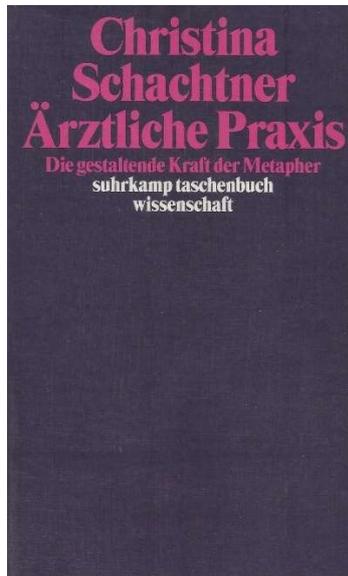


## Christina Schachtner: Ärztliche Praxis – Die gestaltende Kraft der Metapher – 25 Jahre später wiedergelesen



1999 (1)

Christina Schachtner nähert sich den Besonderheiten, Problemen und der Dynamik ärztlichen Denkens und Handelns aus soziologischer Perspektive. Was mir an ihrem Buch besonders gefällt, ist die Erörterung erkenntnistheoretischer Grundlagen und die detaillierte Beschreibung ihrer etwas ungewöhnlichen Herangehensweise an das Thema ärztliche Praxis.

### ***Die grounded theory einer aus Beobachtungsdaten entwickelten Theorie***

Die *grounded theory* ist ein in den 60er Jahren von Anselm Strauss (1916-1996) und Barney Glaser (1930-2022) an der Universität von Chicago entwickelter Forschungsstil. Im Unterschied zum Popperschen Wissenschaftsverständnis und zum üblichen Forschungsparadigma, mit Hilfe empirischer Daten eine Theorie zu verifizieren oder zu falsifizieren, beinhaltet die methodologische Forderung der *grounded theory*, die Theorie in enger Verbindung mit und aus den Daten heraus zu entwickeln. ‚Zur Entstehung der Grounded Theory trugen zwei Denkrichtungen bei. Zum einen ist sie beeinflusst vom amerikanischen Pragmatismus (wie er insbesondere von John Dewey [1859-1952], George H. Mead [1863-1931] und Charles S. Peirce [1839-1914] vertreten wird), der seine Aufmerksamkeit auf das menschliche Handeln und auf Problemlösungsprozesse richtet. Zum andern knüpft er an die Chicagoer Schule der Soziologie an, die der Feldbeobachtung und dem intensiven Interview einen hohen Stellenwert bei der Datenerhebung gab.‘ (1:56).

Ihre Bemerkungen zur Forschungsmethode beginnen mit den Worten: ‚Forschen heißt, Fragen zu stellen. Ich frage in dieser Studie nach dem Wesen ärztlicher Praxis, womit mein Interesse auf einen bedeutungsvollen Prozess gerichtet ist. Ich will verstehen. Worte und Bilder weisen mir in dieser Studie den Weg zu den Bedeutungen. Sie gilt es zu deuten. Verstehen durch deuten

lautet die Formel, an der sich mein methodisches Programm orientiert.' (1:45). Sie geht von einer indischen Geschichte des Ethnologen Clifford Geertz (1926-2006) aus, nach der einem Engländer gesagt wurde, ‚die Welt stehe auf einem Podest, das auf dem Rücken eines Elefanten stehe, der selbst auf dem Rücken einer Schildkröte stehe. Der Engländer will wissen, worauf denn diese Schildkröte stehe. Auf einer anderen Schildkröte. Und die andere Schildkröte? ‚Oh Sahib‘ wird ihm geantwortet, ‚dann kommen nur noch Schildkröten, immer weiter hinunter.‘ (2:41). Was sich auf der Oberfläche präsentiert, so ist der Geschichte zu entnehmen, ist nie schon alles; es liegt etwas darunter. Die Geschichte kann als Parabel gelesen werden für die notwendige Unterscheidung zwischen Ausdruck und Bedeutung: ‚Worte, Handlungen, materielle Manifestationen sind sinnlich wahrnehmbarer Ausdruck tieferliegender, ineinander verschlungener Bedeutungsschichten. Ihr Sinn speist sich aus diesen Bedeutungsschichten, die freilich, auch das besagt die Geschichte, in ihrer Zahl unendlich sein können. So kann man niemals einen letzten Grund erreichen. Die Untersuchung sozialer Wirklichkeiten muss daher notwendig unvollständig bleiben (vgl. Geertz 1983, 41f (2)).‘ (1:45-46).

Danach berichtet Schachtner von einer vorausgegangenen Untersuchung, in der Forscherinnen und Forscher aus dem Bereich der Künstlichen Intelligenz (K.I.) von ihren Schwierigkeiten berichteten, den Prozess der ärztlichen Diagnosefindung in sogenannte Expertensysteme zu übertragen.. Die Forscher hatten Ärztinnen und Ärzte ‚gebeten, ihre Entscheidungsmuster zu beschreiben. Doch die erhaltenen expliziten Informationen gaben aus der Sicht der KI-ForscherInnen den Entscheidungsprozess nur unzureichend wieder. Ein solches Unterfangen muss unbefriedigend bleiben, solange der Unterschied zwischen Ausdruck und Bedeutung ignoriert wird und die expliziten Aussagen nicht auf die in ihnen enthaltenen Bedeutungsschichten untersucht werden. [...]. Bedeutungen sind komplexe, von latenten, widersprüchlichen und schwer voneinander trennbaren Sinngehalten durchzogene Gebilde, die sich gegen eine Transformation in eindeutige rechenbare technische Daten sperren.‘(1:46).

Schachtner schildert, dass sie aus der erlebten Diskrepanz zwischen Ausdruck und Bedeutung ‚entnehmen konnte, worauf es mir ankommen musste, nämlich auf die Erfassung und das Verstehen von Zusammenhängen, über die Worte Auskunft geben, ohne dass sie mit diesen identisch wären. Worte sind Zeichen für etwas. Sie müssen entziffert werden, um zu diesem Etwas vorzudringen. Entzifferung verweist auf Deutungsarbeit. Deutung ist korrelativ zu Sinn. Sinn braucht das Verstehen [Verweis auf den Soziologen A. Schütz (1899-1959) (3)] .‘ (1:46).



1987 (2)

1974 (3)

6.Aufl. 1999 (4)

1998 (5)

1993 (6)

### ***Deutungsarbeit zu Worten und Bildern der interviewten Ärztinnen und Ärzte***

Die Deutungsarbeit in Schachtners Studie zur ärztlichen Praxis ,bezog sich auf zwei Arten von Texten, die Auskunft geben sollten über ärztliche Praktiken: Das qualitative Interview und die Visualisierung. Es wurden thematisch strukturierte Interviews durchgeführt. Zu den Interviewthemen zählten: Kindheit und Familie, Berufsmotive und beruflicher Werdegang, Krankheits- und Gesundheitsverständnis, Arbeitsorganisation und Zeitplan sowie ein von den InterviewpartnerInnen ausgewählter Fall, anhand dessen im einzelnen der Weg zur Diagnose, zur therapeutischen Entscheidung sowie die Durchführung der Therapie dargestellt wurde.‘ (1:47). Die Fragen zu bestimmten Themen versuchte Schachtner ,so zu formulieren, dass sie dazu anregten, das Thema narrativ zu behandeln.‘ (1:47). Sie stellte den ärztlichen InterviewpartnerInnen frei, in welcher Reihenfolge die o.a. Themen besprochen werden sollten. Ihr Satz: ,Wie ich wiederholt in empirischen Untersuchungen festgestellt habe, werden am Anfang von den InterviewpartnerInnen die entscheidenden Dinge gesagt, wenn sie selbst bestimmen können, was sie sagen.‘ (1:48), hat mich insofern überrascht, als ich Argelanders szenische Beobachtung (4) wiederholt erlebt habe, dass beim Erstkontakt Patienten beim Herausgehen aus dem Sprechzimmer, sozusagen im Türrahmen, das Wichtigste noch zu sagen haben. Neben der Deutungsarbeit der im Interview gesprochenen Worte verwandte Schachtner als eine zweite Deutungsarbeit die Visualisierung. Ärztinnen und Ärzte waren von ihr ,gebeten worden, zwei Bilder zu zeichnen. Eines der Bilder sollte in Bezug auf den berichteten Fall den ärztlichen Erkenntnis- und Handlungsweg darstellen. Das zweite Bild, ein Körperbild, sollte eine Antwort geben auf die Frage: ,Was von mir ist beteiligt, wenn ich herauszufinden versuche, was einem Patienten fehlt?‘ ,Das Herstellen von Bildern wurde von mir als kontrastierende Methode gewählt, weil sie ein vom Interview unterschiedenes, nicht-verbales Medium ist, das ergänzende, differenzierende und widersprechende Gesichtspunkte zutage fördern kann. Kontrastierende Verfahren dienen insofern der Überprüfung der Gültigkeit von Interpretationen, als die durch sie erhobenen Daten systematisch danach untersucht werden, ob sie diese Interpretationen widerlegen oder relativieren [...].‘ (1:48-9).

Schachtner kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: ,Die in den Texten gefundenen Metaphern sind auf einer Ebene angesiedelt, die sich nicht eindeutig als bewusst oder unbewusst charakterisieren lässt. Sie haben einen Zwischenstatus, der in der hermeneutischen Literatur bislang nicht beschrieben ist. Sie sind irgendwie bewusst und doch nicht bewusst. Die ÄrztInnen benutzen zum Beschreiben ihrer Praxis ausdrücklich metaphorische Begriffe [...], aber es gibt keine Anzeichen dafür, dass sie sich der in ihren Äußerungen steckenden Implikationen [...] bewusst sind. Und das bedeutet wiederum, dass sie sich über *die handlungsorganisierende Kraft der Metaphern* [Kursivdruck durch O.L.] nicht im klaren sind.‘ (2:50-51). Statt den von George Lakoff (1941-2016) und Mark Johnson (geb. 1949) geprägten Begriff der *schlafenden Metapher* (5) zu verwenden, der zu sehr auf das Nicht-Bewusste abziele, präferiert Schachtner die Formulierung *schlummernde Metapher* (1:51).

,Die Interpretationsarbeit im Stile der Grounded Theory beginnt mit einem offenen Codieren. [...]. Es gilt, für die Hauptidee oder das Hauptproblem eines Satzes oder Abschnitts Kategorien zu finden, die als Code dienen.‘ (1:56) – als Codes, die für eine spezifische Terminologie eines Forschungsfelds fungieren können. Parallel fertigt man Memos an, die theoretische Gedanken oder Assoziationen zu anderen Begriffen festhalten, die einem spontan bei der Textanalyse

einfallen. Die verschiedenen Codes und Memos werden im weiteren Verlauf gebündelt und integriert, ‚mit dem Ziel, eine oder mehrere Schlüsselkategorien zu konstruieren, um die herum eine Theorie entwickelt werden kann. Eine Schlüsselkategorie zeichnet sich durch folgende Charakteristika aus:

1. Sie muss zentral sein, das heißt einen Bezug haben zu möglichst vielen anderen Metaphern.
2. Sie muss im Datenmaterial häufig vorkommen.
3. Sie muss in ihrer vorrangigen Stellung gegenüber anderen Kategorien immer wieder bestätigt werden.
4. Sie erlaubt, die maximale Variation eines Phänomens zu erfassen [...].‘ (1:57). Nach erneuter, noch feinmaschigerer Analyse stellte Schachtner fest, die ‚Äußerungen der einzelnen ÄrztInnen zentrierten sich um jeweils ein Thema. Aus diesem Thema heraus erklärte sich ihr Denken und Tun. Dieses Thema hatte, so wurde für mich erkennbar, eine handlungsorganisierende Funktion.‘ (1:57). ‚Zugleich bahnte sich eine weitere Erkenntnis an, nämlich die, dass diese Themen die Gestalt metaphorischer Konzepte hatten.‘ (1:58).

### ***Metaphernanalyse***

Schachtner begann, eine Metaphernanalyse (5,6) durchzuführen und stellte alle in einem Interview enthaltenen Metaphern in Metaphernlisten zusammen und suchte Codes zu finden, die die einzelnen metaphorischen Elemente zu einer *integrativen Metapher* zusammenfügten. Sie ‚arbeitete [...] die Implikationen der Metaphern heraus, um diese im weiteren Verlauf der Textanalyse zu überprüfen (vgl. Buchholz 1993c, S.67).‘ (1:59, 6:67). ‚Diese Implikationen mussten sich, sollte der Metapher eine gestaltende Kraft zuerkannt werden, in den sprachlichen Äußerungen wiederfinden. Eine Metapher ist um so relevanter, je mehr Äußerungen sich auf sie beziehen lassen bzw. sich aus ihr erklären. Der Überprüfungsvorgang, der ein Deutungsvorgang ist, bewegt sich in einem hermeneutischen Zirkel von der einzelnen sprachlichen Äußerung zur rekonstruierten Metapher und umgekehrt (vgl. Schmitt 1995, S.135).‘ (1:59).

‚Worin besteht meine Praxis als Arzt / Ärztin? Auf was achte ich besonders? Worauf kommt es mir an? Die befragten ÄrztInnen umkreisen in den Interviews ihre Praxis mit Stellungnahmen, Wünschen, Geschichten, und bebilderten sie im Zuge dieses sprachlichen Umkreisens. Sie bedienen sich hierfür verschiedenartiger metaphorischer Elemente, doch stets schiebt sich eine Metapher in den Vordergrund, die ich Schlüsselmetapher nenne.‘ (1:65).

### ***Schlüsselmetaphern ärztlicher Praxis***

‚Es ließen sich acht Metapherentypen voneinander unterscheiden: die Retter- und Heilermetapher, die Strukturmetapher, die Prozessmetapher, die Beziehungsmetapher, die Gleichgewichtsmetapher, die Kontrollmetapher, die Entdeckermetapher.‘ (1:59).

Tabelle 3:

**Schlüsselmetaphern ärztlicher Praxis** nach Schachtner (2)

- 
- 1. Retter- und Heilermetapher
    - o 1.1. Das Übel fernhalten und/oder beseitigen
    - o 1.2. Herausholen aus der Gefahrenzone
  - 2. Strukturmetapher
    - o 2.1. Die Ablehnung von Struktur
    - o 2.2. Strukturorientiertes Handeln
  - 3. Prozessmetapher
    - o 3.1. Im Zeichen des Anfangens
    - o 3.2. Entwicklung fördern
    - o 3.3. Entwicklung begleiten
  - 4. Beziehungsmetapher
    - o 4.1. Zwischen Sorge und Bewunderung
    - o 4.2. Nach dem Muster eines Geschäfts
    - o 4.3. Im Modus Angriff und Verteidigung
    - o 4.4. In Verbindung sein
  - 5. Gleichgewichtsmetapher
  - 6. Teile-Ganzes-Metapher
  - 7. Kontrollmetapher
  - 8. Entdeckermetapher
- 

Schachtner belegt die einzelnen Metaphern mit Zitaten aus den Interviews. Bei der **Rettermetapher** zitiert sie eine Ärztin, die den wunden Punkt des Patienten finden will, *„an dem sie festmachen kann und dann ,ne Art roten Faden, an dem sie das aufdröseln. Der wunde Punkt erscheint in dieser Formulierung als Rettungsanker und der rote Faden, den die Ärztin anbietet, könnte das Synonym für ein Rettungsseil sein.“* (1:66). Eine andere Ärztin sucht *„nach Blockaden und Verhärtungen im Körper der PatientInnen“*, die etwas versperren und an denen sich was staut. *„Man arbeitet nur mit seinen Händen, mit sonst nix [...] und ich erfahre auch eigentlich meine Patienten am besten durchs Anfassen“* (1:66). Ein weiteres Beispiel: *„Aus der Sicht der Ärztin befand sich die Patientin in einem depressiven Sumpf, in dem sie nicht mit ihr rumsteigen wollte; sie überlegte vielmehr, wie sie rauszuholen ist.“* (1:68). Die Metaphorik in diesen Variationen der Retter- und Heilermetapher fokussiert auf das Ziel ärztlicher Praxis, auf das Eingreifen, Verändern, auf das Hand-Anlegen, Lösen, Beseitigen des Übels und *„ein Herausholen der Gefährdeten aus der Gefahrenzone“* (1:70).

Bei der **Strukturmetapher** differenziert Schachtner zwischen Ablehnung von Struktur und strukturorientiertem Handeln. Sie bringt das Beispiel einer Ärztin, die aus ihrer Sicht *nicht sehr strukturiert und sehr schematisch* arbeitet. *„Dem eigenen Schema verpflichtet, kann man sich dem Gegenüber nur eingeschränkt öffnen. Die Ärztin aber will das Gegenteil: Ich lass immer so die Leute auf mich einwirken.“* (1:71). In einem anderen Beispiel beschreibt ein Arzt sein Vorgehen mit den Worten. *„Ich versuche, die Symptome zu strukturieren und zu hinterfragen.“* (1:73). Er spricht davon, die Symptome zu *richtig zu gewichten* und *zusammenzuführen* und

fügt hinzu: ‚Manchmal haben Symptome ein so *starkes Gewicht, dass alles andere zurücktritt.*‘ Und: ‚*Aus diesen unterschiedlichen Angaben heraus kann ich schon meine Schubladen dann öffnen.*‘ (1:73). ‚Die Strukturmetapher [...] kennzeichnet ärztliche Praxis als ein Sortieren, Ordnen und Rechnen. Sie stellt vorrangig auf die Diagnostizierung einer klar benennbaren organischen Erkrankung ab, auf die das Handeln des Arztes beschränkt bleibt. Die ärztliche Praxis ist damit enger angelegt als ein Handeln, das der Retter- und Heilermetapher folgt und sich tendenziell auf die gesamte Existenz der PatientInnen bezieht.‘ (1:74).

Die **Prozessmetapher** verwenden Ärztinnen und Ärzte offenbar häufig, wenn sie in einer Situation stecken, in der sie den Wunsch haben, *vielleicht reinwachsen* zu können, vielleicht in die Praxis eines Kollegen einmal als Teilhaber einsteigen oder sie später übernehmen zu können. ‚Die Metaphorik des Reinwachsens hebt auf den eigenen Entwicklungsprozess ab. Ihr korrespondiert eine Praxis, die sich durch ein vorsichtiges, tastendes bis zögerndes, abwartendes beobachtendes mehrere Möglichkeiten in Betracht ziehendes, selbstreflexives und selbstkritisches Vorgehen auszeichnet. In einem anderen Beispiel vermutet eine Ärztin bei der Betreuung obdachloser oder alkoholabhängiger Patienten eine ‚abgebrochen Persönlichkeitsentwicklung. Sie haben nicht gelernt, *Verantwortlichkeit (...) für sich zu entwickeln; sie konnten die Sensibilität nicht entwickeln, dass sie was wert sind.*‘ (1:78). In einem anderen Beispiel erschien der Ärztin einer dieser Patienten ‚*wie ein großes Kind, ein großer Junge*, für den sie nur dann eine Chance sah und sieht, wenn er diesen Willen entwickeln könnte, was aus seinem Leben zu machen. [...] Sie beschreibt ihre Phantasie zur Arzt-Patient-Beziehung in folgendem Bild: *Ich hab uns zwei so gesehen, ja auf einem Weg und den Patienten ein Stück voraus und mich ein Stück hinterher und ihn so ein bisschen stützend.* Die Entwicklung des anderen verträgt nicht, dass sie ihn zu sehr stützt: *Er muss lernen, selbst fertig zu werden mit seinem Leben.*‘ (1:78). ‚Diese Variation der Prozessmetapher rückt den therapeutischen Eingriff in den Mittelpunkt. Ärztliche Praxis ist als hinweisende, aufklärende, bewusstseinsfördernde, stützende, Veränderungen in Gang setzende und Entwicklungsdefizite aufholende Praxis konzipiert.‘ (1:78). Bei der **Beziehungsmetapher** unterscheidet Schachtner vier Muster: zwischen Sorge und Bewunderung, nach dem Muster eines Geschäfts, im Modus Angriff und Verteidigung und in Verbindung sein. Schachtner führt als Beispiel für das Muster zwischen Sorge und Bewunderung einen jungen Motorradfahrer an, ‚der ihr [der Ärztin (O.L.)] zunächst als *undifferenzierter grober Klotz* begegnet sei. Erst als sie ihn körperlich untersucht habe, konnte sie ein genaueres und anderes Bild gewinnen. Sie habe einerseits bemerkt, dass er *beladen (ist) wie ein Müller, der Säcke schleppt, weswegen sie ihn ein bisschen im Auge behalten* müsse und andererseits habe sie *herrliche Tätowierungen* auf Brust und Armen entdeckt, die ihr gesagt haben, *er ist differenzierter.*‘ (1:81). Mit dem Muster der Sorge und Bewunderung werden Patienten ‚in ihrer Besonderheit und die auf diese Besonderheit eingehende Arzt-Patient-Beziehung in den Mittelpunkt gerückt.‘ (1:81). Ein anderes Muster der Arzt-Patient-Beziehung beinhaltet die ‚Metaphorik des Geschäfts. Das Bild impliziert, es gibt einen Anbieter, der Ware anbietet und einen Kunden, dem diese angeboten wird.‘ (1:81). ‚Die Zurückweisung ihres Angebots ist für die Ärztin ein *frustrierendes Geschäft*; es ist, wie wenn man *gegen eine Mauer* redet. Es kommt nichts zurück. Verläuft das Geschäft jedoch erfolgreich, kommt etwas zurück, zum Beispiel, *wenn man durchs Gelände geht (...) und die grüßen (...) oder winken einem zu und (...) das tut einem dann auch schon gut.*‘ (2:81). Ein anderer Arzt berichtet, ‚als Student sei ihn ein Internist zum Vorbild geworden, dem es gelang, *nicht nur seine körperliche, seine*

*somatische Medizin zu machen, sondern eben auch mit den Leuten zu reden, zu sprechen, auch ein Stück zu verhandeln.*‘ Der betreffende Arzt stellt nicht nur ‚auf den Prozess des Verhandeln sowie auf die Teilhabe des Arztes an der Erfahrungswelt seiner PatientInnen ab. Er sagt: *Es ist nicht nur so, dass ich ihm jetzt was gebe, sondern im Grunde genommen auch was von ihm bekomme, was lerne, was erfahre.* In der Verhandlung vermittelt sich ihm die Welt seines Gegenübers, was er als Erweiterung seiner Sichtweise empfindet.‘ (1:82-83). ‚Ärztliche Praxis als Verhandlung gedacht, rückt die Beziehung, die Kommunikation, den Dialog in den Vordergrund. Psychosoziale Kompetenzen wie Verstehen, Empathie, emotionale Nähe gewinnen zentrale Bedeutung.‘ (1:83).

Das dritte Muster der Beziehungsmetapher, der Modus Angriff und Verteidigung, resultiert aus dem ‚Eingekeiltsein ihrer Praxis zwischen den Sparbeschlüssen im Kontext der Gesundheitsreform einerseits und der Anspruchshaltung der PatientInnen andererseits.‘ (1:83). Die Ärztin sieht sich von 2 Seiten her angegriffen und fühlt sich *kränkbar, verwundbar* und *verunsichert.*‘ (1:84). Je bestimmender die ‚Kleinkriegsmetapher‘ für die ärztliche Praxis wird, desto stärker fördert sie ‚die Tendenz, in der Arzt-Patient-Beziehung Grenzen zu ziehen, auf der Hut zu sein, aufzupassen, um Angriffe rechtzeitig zu identifizieren und abzuwehren. Nähe, Offenheit, Intimität dagegen müssen als Gefahrenquelle erscheinen.‘ (1:84). Das dritte Muster der Beziehungsmetapher beinhaltet Handlungen des *Zugewendetseins.* ‚Als niedergelassener Arzt entfernt man sich aus seiner Sicht von einer technikzentrierten Medizin *und geht wieder sehr zurück in das Gespräch, Anschauen und Fühlen, Riechen.* [...]. Auch die von ihm für die Diagnosefindung benutzte Technik bewertet er danach, ob sie ihn in seinem Anliegen, sich den PatientInnen anzunähern, unterstützt. Ultraschall zum Beispiel ist für ihn eine Technik, *die sehr hilfreich für den Kontakt auch ist, also die nicht trennt, sondern eher verbindet.* Er begründet dies damit, dass eine Ultraschalluntersuchung einen körperlichen Kontakt einschließt und damit *eine ganz wichtige öffnende Geschichte (ist), wo man also in Gesprächen plötzlich tiefer kommt.*‘ (1:87). Für einen anderen Arzt kommt es darauf an, ‚*eine gute Antenne für den Patienten (haben) und auch einen guten Draht.*‘ (1:88). ‚Unter Verwendung der **Gleichgewichtsmetapher** werden Krankheitsverständnis, Diagnosesuche und Therapie in den Vordergrund gerückt.‘ (1:91). Die Gleichgewichtsmetapher kann die Herstellung eines Gleichgewichts in der Arzt-Patient-Beziehung beinhalten, kann sich aber auch auf das Bemühen um ein Gleichgewicht im eigenen Handeln beziehen. Beispielhaft drückt letzteres ein Arzt in den Worten aus: ‚*Ich arbeite mit beiden Seiten (...) Ich versuch sowohl auf meinen schulmedizinischen Beinen nicht fanatisch zu werden, aber erst recht nicht auf meinen naturheilkundlichen Beinen.*‘ (1:91).

Die **Teile-Ganzes-Metapher** umfasst z.B. Redewendungen der interviewten Ärzte von einem Mosaik: ‚*Das ist ein Mosaik, das setzt sich aus ganz vielen Sachen zusammen, aus dem, was ich sehe, was ich spür, wenn ich ihn untersuch, aus dem, was er sagt, wie er es sagt, auch wie ich es aufnehmen kann.*‘ (1:92). Auch andere Redewendungen wie *Ich kreis das so ein* oder *Erst mit der Zeit entwickelt sich so ein Gesamtbild* heben darauf ab, dass es Zeit braucht, um die einzelnen Bausteine einer Diagnose zu entdecken und zu sammeln und ‚dass sich ein Gesamtbild erst nach und nach aus *tausend Faktoren* zusammensetzt.‘ (1:93).

Die Metaphorik der **Kontrollmetapher** ‚drängt zu eindeutigen klaren Regeln und Entscheidungen, die von der Ärztin insbesondere auf die ökonomischen und organisatorischen

Strukturen bezogen werden, aber auch in der Arzt-Patient-Beziehung zum Tragen kommen.‘ (1:95). Mit der Metaphorik des In-den-Griff-Kriegens erteilt z.B. eine Ärztin ‚medizinische Ratschläge, die sich *die Patienten zu Herzen nehmen sollen*, andernfalls sagt sie ihnen: *Wir kommen nicht zurecht.*‘ Gleichzeitig wird ‚das In-den-Griff-Kriegens der betriebswirtschaftlichen Situation ihrer Praxis als unverzichtbares Mittel [angesehen (O.L.)], um angesichts der gesetzlichen Neuregelungen *einigermaßen obenauf zu bleiben.*‘ (1:95).

Die **Entdeckermetapher** ‚gibt dem Suchen, dem genauen Beobachten und Hinhören, der Empathie einen hohen Stellenwert; sie drängt dazu, mit verschiedenen Erkenntnismöglichkeiten zu experimentieren.‘ (1:96).

### ***Unschärfe, Komplexität und Dynamik des ärztlichen Handlungssettings***

Unschärfe, Komplexität und Dynamik ärztlicher Praxis erfordern – Schachtner zufolge – ein Expertenkönnen, das folgende Übersetzungsleistungen beinhaltet: ‚1. Die unscharfe Problemsituation ist in eine bearbeitbare zu übersetzen. Es gilt zu bestimmen, was der Fall ist, anders gesagt eine Diagnose zu stellen. 2. Die Diagnose ist in eine Therapieentscheidung zu transferieren. 3. Die therapeutische Entscheidung muss in therapeutisches Handeln überführt werden.‘ (1:97). Schachtner zitiert Arbeiten zu Expertenwissen und -können, nach denen die Bearbeitung komplexer Probleme ein ‚opportunistisches Vorgehen‘ erfordert. Dies beinhaltet keine systematische und vollständige Zerlegung des Problems ehe zur Bearbeitung übergegangen wird, beides kann auch simultan in Angriff genommen werden, wobei das Vorgehen unregelmäßig zwischen mentalen und externalen Verdeutlichungsversuchen von Problemaspekten wechseln kann (z.B. zwischen Blickdiagnose und Laboruntersuchungen). Durch erfahrungsgestütztes Entdecken und Erschließen lösungsrelevanten Wissens oder durch neue Einsicht, die den Problembereich modifizieren oder zu neu erkannten Anforderungen führen, können eine Reformulierung des Problems und eine Änderung im Vorgehensplan nötig werden. Im Verlauf einer komplexen Problemlösung sind ggf. mehrmals Entscheidungen über Lösungsvarianten vorzunehmen. Unter Verweis auf Untersuchungen ihrer Mitarbeiterin, inwieweit ärztliche Praxis durch medizinische Expertensysteme ersetzt werden könnten, weist Schachtner ‚ergänzend darauf hin, dass ÄrztInnen mit Hilfe und durch das Zusammenwirken impliziten und expliziten Wissens handeln und dass sie in der Situation in Fühlungnahme mit der Spezifik der Situation handeln, im Unterschied zu einem technischen System, dessen Handlungsprogramm der Situation vorausgehend entworfen wird.‘ (1:98). Ein flexibles, der betreffenden Situation angepasste Handhabung von impliziten und explizitem Wissen und Können ist das, was Experten auszeichnet.

In Anwendung der von ihr herausgefundenen Schlüsselmetaphern auf das diagnostische Vorgehen der interviewten Ärztinnen und Ärzte findet Schachtner, dass die interviewten Ärztinnen und Ärzte je nach Schlüsselmetapher unterschiedliche Verfahren der Diagnosesuche anwenden. Bei der Suche nach dem Grundübel bzw. der Lebenswunde unterteilt sie die Vorgehensweise in emotional-mentale Suchverfahren und leiblich-sinnliche Suchverfahren. Bei einer größeren Gruppe der Ärztinnen und Ärzte stellt sie fest, ‚dass sie nach funktionalen, kausal strukturierten, eindeutig benennbaren Ursache-Wirkungs-Ketten fahnden [...]. Das Suchmuster wird im Bild eines Diagnosebaums beschrieben. Es zu entwickeln, erfordert vor

allem kognitive Kompetenz, nämlich planendes, kombinierendes, systematisierendes Denken. Mentale und externale Verdeutlichungsversuche wechseln einander im Verlauf der Konstruktion der Ursache-Wirkungs-Kette ab. Die Orientierung an einem standardisierten Suchprogramm ermöglicht, dieses in einem Zug durchzuführen.' (1:112). Bei denen, die weitgehend oder partiell der Strukturmetapher folgen, lässt das Vorgehen ‚kaum ein emotionales Involviertsein erkennen‘ (1:113). Bei den Ärzten, deren Schlüsselmetapher die Beziehungsmetapher, die Teile-Ganzes-Metapher oder die Gleichgewichtsmetapher darstellt, dominiert die Suche nach der soziopsychosomatischen Konstellation bei den im Fallbeispiel dargestellten Patienten.

Der Diagnoseprozess verläuft mal gradlinig, mal mehr wellenförmig, mal gestuft, mitunter auch mit Einschnitten und Vor- und Rückwärtsbewegungen (1:117). Die unterschiedlichen Suchverfahren im Prozess der Diagnosefindung korrespondieren mit bestimmten Fähigkeiten und Kompetenzen der untersuchenden Ärztinnen und Ärzte. ‚Die Durchführung und Interpretation der medizintechnischen Untersuchungen fordern von dem Arzt systematisierende, analysierende kognitive Kompetenzen; die beziehungsorientierten Suchverfahren dagegen empathische und kommunikative Fähigkeiten sowie die Aufmerksamkeit für nonverbale Botschaften.‘ (1:115). Bei der Gruppe von Ärztinnen und Ärzten, denen die Einbeziehung der Lebensumstände als krankheitsrelevante Faktoren wichtig ist und die ‚auf das Verstehen des Menschen und seiner körperlichen Beschwerden im Kontext seiner Lebensumstände abzielen‘ (1:121), gestaltet sich der Prozess der Diagnosesuche z.T. als ‚Lebensbegleitung, die [ihnen] ein sukzessives Erkennen und Intervenieren ermöglich[en].‘ (1:120). Auch hinsichtlich der Suche nach gesundheitsstabilisierenden und -fördernden Faktoren (Salutogenese-Modell nach A. Antonovsky) finden sich Unterschiede in Abhängigkeit von der dominierenden Schlüsselmetapher. ‚Mit dem Erkunden der Gesundheitspotentiale [...] setzt bereits ein therapeutischer Prozess ein, da die Aufmerksamkeit für diese Potentiale als Unterstützung erfahren werden kann.‘ (1:130).

In der komplexen, unscharfen und dynamischen Problemsituation, in der Ärzte bei jedem individuellen Patienten stehen, folgt ‚die Antwortsuche [...] den Implikationen der jeweiligen Schlüsselmetaphorik, die Aktionsräume eröffnet und begrenzt. Sie beginnt vom ersten Augenblick der Begegnung an. Der erste Eindruck steht in Verbindung mit dem, was PatientInnen ausdrücken, doch beeindruckt den Arzt oder die Ärztin nicht alles. Der ärztliche Blickwinkel wählt aus und deutet. Die geschilderten ersten Eindrücke lassen erkennen, dass der Blick des Arztes primär auf jene Aspekte fällt, die im Kontext seines metaphorischen Konzepts bedeutsam sind.‘ (1:130). Diese metaphorbasierte Grundhaltung fungiert als habituelles Schema, als Art einverlebte Gewohnheit, als das, was der französische Soziologe Bourdieu als *Habitus* bezeichnet hat. Dem holistischen Charakter von Praxis folgend bezieht sich das das Erkennen betonende metaphorische Konzept natürlich auch auf das therapeutische Vorgehen, das Schachtner ebenfalls bei den von ihr interviewten Ärztinnen und Ärzten untersucht hat, auf dessen detaillierte Besprechung hier jedoch verzichtet werden soll.

Schachtner weist auf ein Dilemma hin: ‚Das in der professionellen Ausbildung erworbene Wissen liefert die expliziten Modelle und Regeln. Die in der praktischen Erfahrung gewonnenen Wissensbestände enthalten darüber hinaus sprachlich schwer erfassbares und begründbares Wissen etwa in Bezug auf die Aussagekraft von Körperhaltungen, Gesten,

Blicken, die die verbalisierten Symptome stumm kommentieren. [...]. Ob ein Gesichtsausdruck traurig, bitter oder fröhlich ist, weiß man, wenn man einer Vielzahl von Gesichtern mit Aufmerksamkeit begegnet ist und durch Vergleich gelernt hat, Nuancen zu lesen.' (1:154). ‚Die Nutzung der theoretischen Wissensbestände im [diagnostisch- (O.L.)] therapeutischen Prozess verlangt die Fähigkeit der Urteilskraft. Die Urteilskraft ist es, die das professionelle Handeln zu einem solchen macht [...]. Um sie kompetent auszuüben, ist es nötig, die Theorie flexibel und in einem gewissen Sinn respektlos zu behandeln, das heißt sie im Hinblick auf die Fallspezifika zu modellieren.‘ (1:154). Das ist hier in einfachen Sätzen auf den Punkt gebracht, was andere unter *tacit knowledge* und Expertenwissen in Büchern ausführlicher dargestellt haben.

Auch wenn der Begriff Diagnose das Erkennen betont und der Begriff Therapie das Handeln, sind Diagnose und Therapie meist nicht zwei aufeinanderfolgenden Phasen zuzuordnen (1:156). Um Einheit und Ineinander-Verwoben-Sein von Diagnose und Therapie zu betonen, haben Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiak das Konzept des *diagnostisch-therapeutischen Zirkels* entwickelt. Mit den Befunden ihres *grounded theory*-Ansatzes bestätigt Schachtner dieses Konzept, weswegen ich ihre soziologische Herangehensweise, aus einer gründlichen Analyse der Praxis auf die zugrundeliegende Theorie zu schließen so ausführlich dargestellt habe. Sie unterscheidet fünf Formen der Überschneidung von Diagnose und Therapie:

- Die Zuwendung wird diagnostisch und therapeutisch genutzt.
- Therapeutische Maßnahmen werden als Erkenntnisinstrumente genutzt.
- Diagnoseinstrumente werden therapeutisch genutzt.
- Einzelne therapeutische Maßnahmen sind in den Diagnoseprozess integriert.
- Der Diagnose wird therapeutische Wirksamkeit zugeschrieben.

Auf Schachtners Ausführungen zum Arzt-Patienten-Verhältnis soll hier nicht näher eingegangen werden, dazu sowie zu Aspekten einer *achtsamen* Praxis sei auf weiterführende Literatur verwiesen.

### ***Tanja Merls handlungstheoretische und arbeitssoziologische Analyse ärztlicher Kunst***

Schachtners Sicht der ärztlichen Praxis aus einer *grounded theory*-Perspektive ist 2021, d.h. über 20 Jahre nach Erscheinen ihres Buchs, um eine aktuelle handlungstheoretische und arbeitssoziologische Sicht ergänzt werden. Tanja Merl, Mitarbeiterin des Arbeitssoziologen F. Böhle, geht in ihrem Buch *Ärztliches Handeln zwischen Kunst und Wissenschaft* (7) von der Verwissenschaftlichung und Technisierung der modernen Medizin aus, sie nimmt ‚eine dem technisch mediatisierten Erkenntnisprozess immanente Quantifizierungstendenz‘ und die ‚ökonomisierte Medizin mit einer deutlichen Zunahme formaler Dokumentations- und Begründungszwänge‘ (7:VI) in den Blick. Sie geht ausführlich auf die Professionalisierung der ärztlichen Tätigkeit, auf die veränderten Rahmenbedingungen ärztlicher Praxis, auf die Folgen der zunehmenden Vermarktlichung des Gesundheitswesens, auf öffentliche Kritik und eine ‚Orientierungskrise der medizinischen Profession‘ (7:XII) ein und kommt zu dem Schluss: in diesem Umfeld ‚erscheint die ärztliche Kunst in ihrer Unschärfe und Subjektgebundenheit als

kaum anschlussfähig und wird, zugespitzt formuliert, zum ‚Störfaktor‘ einer auf Effizienz getrimmten pauschalierten Dienstleistungsmedizin.‘ (7:XIV).



2021 (7)

Wem Schachtners Buch *grounded theory*-Ansatz zu wissenschaftshistorisch oder zu narrativ und vor allem zu weit weg von der aktuellen Realität in Krankenhaus und Praxis erscheint, sei Merls arbeitssoziologische Analyse ärztlichen Handelns (7) als ergänzende Lektüre sehr empfohlen. Sie stellt Schachtners durch Nähe, Verbundenheit und Teilhabe gekennzeichnete Arzt-Patienten-Beziehung drei Makrotendenzen der Verwissenschaftlichung, der Technisierung und der Ökonomisierung des ärztlichen Handlungsfeldes entgegen, die ‚trotz Unterschieden ihres Inhalts und der ihnen immanenten Logiken gleichwohl eine übergreifende Gemeinsamkeit‘ [enthalten (Einfügung O.L.)], ‚die Tendenz zur Forcierung einer Standardisierung ärztlichen Handelns im Sinne von dessen Objektivierung und Formalisierung:‘ (7:XV). Dem objektivierendem Handeln stellt sie jedoch ein subjektivierendes Handeln zur Seite, das was unter dem Begriff *tacit knowledge* das Geheimnis eines Expertenwissens ausmacht, das was als ärztliche Kunst bezeichnet wird und als implizites Wissen leibgebunden mit in ärztliche Entscheidungen und ärztliches Handeln einfließt. Allen Objektivierungs- und KI-Tendenzen zum Trotz – der Faktor Mensch bleibt für eine humane Medizin unverzichtbar.

Wiesbaden, Juli 2024

Ottmar Leiß