

# Werner Vogd

## Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung

© Velbrück Wissenschaft, Weilerswist 2011

In diesem Buch geht es vor allem darum, einen Rahmen für ein tieferes soziologisches Verständnis der Krankenbehandlung aufzuspannen, welche diese an jene gesellschaftlichen Bedingungen rückbindet, denen sie sich verdankt. Erst auf diese Weise lassen sich die gegenwärtigen Probleme der organisierten Krankenbehandlung hinreichend verstehen und aufschließen.

Hierbei zeigt sich, dass die Bezugsprobleme der modernen Medizin nicht nur in der Frage des angemessenen Umgangs mit dem kranken Körper liegen. Vielmehr sind im Kontext der modernen Krankenbehandlung neben rechtlichen, wirtschaftlichen, politischen und wissenschaftlichen Erwartungshorizonten eine Reihe weiterer Ansprüche entstanden, die sich mittlerweile als wirkmächtige Semantiken plausibilisiert haben. Agenden wie »evidence based medicine«, »diagnosis related groups«, »corporate identity«, »Kundenorientierung«, »total quality management«, »new public management« formatieren – sobald sie als kommunikative Praxis hinreichend etabliert und institutionalisiert sind – medizinische Praxen in hohem Maße. Als kommunikative Formen treten sie entsprechend einer »Gesellschaft der Gegenwart« (Nassehi) parallel und gleichzeitig in Erscheinung, ohne dabei im Sinne einer strengen Kausalität miteinander gekoppelt zu sein.

Unter diesen Bedingungen Kranke zu behandeln, heißt entsprechend immer auch, sich den multiplen, überfordernden und untereinander inkommensurablen Ansprüchen der Gesellschaft stellen zu müssen. All dies ist in der Praxis jedoch nur möglich, indem die Krankenbehandlung die an sie gestellten Ansprüche sowohl akzeptieren als auch auf Distanz halten kann. Die eigentliche Kulturleistung der Krankenbehandlung besteht also gerade darin – all jene, die nahe genug an der Ausbildung medizinischer Praktiker dran sind, wissen dies schon längst, – die mit ihr verbundenen vielfältigen Unsicherheiten durch Kommunikation bewältigen zu können.

Um die Dynamik der hiermit verbundenen Problemlagen in einer zeitgemäßen wie auch auflösungsstarken Weise beschreiben zu können, ist es notwendig, gesellschafts-, organisations- wie auch netzwerktheoretische Perspektiven in die Beschreibung mit einzubeziehen. Dabei zeigen sich mit Blick auf die sich hieraus

ergebenden theoretischen und empirischen Perspektiven fünf unterschiedliche Stränge. Diese werden zunächst in einführenden Kapiteln getrennt verfolgt, um dann anschließend in übergreifenden gegenstandsbezogenen Beschreibungen verzahnt zu werden.

Beim ersten Strang handelt es sich um eine *differenzierungstheoretische Perspektive*, welche die Eigenlogiken von Medizin, Wirtschaft, Politik, Recht und Wissenschaft trennscharf unterscheiden kann, um auf diesem Wege ein Analyseinstrument zur Verfügung zu stellen, mit dessen Hilfe die vertrackten Beziehungen zwischen den unterschiedlichen gesellschaftlichen Funktionssystemen angemessen beleuchtet werden können.

Beim zweiten Strang handelt es sich um eine *organisationstheoretische Perspektive*, die Organisationen nicht mehr (nur) als zweckorientierte Bürokratien begreift, sondern als Einheiten versteht, die über eine eigenständige System- und Prozesscharakteristik verfügen. Organisationen erlauben es, mehrdeutige Inputs zu verarbeiten. Sie sind in der Lage, funktionale Bereiche voneinander zu entkoppeln sowie externe Anforderungen im Modus des Als-ob zu bearbeiten.

Beim dritten Strang handelt es sich um eine *netzwerktheoretische Perspektive*, mittels derer sich die besonderen Dynamiken organisationsübergreifender Behandlungsarrangements begreifen lassen.

Der vierte Strang fokussiert auf die Einflüsse von *Technologien* auf die Krankenbehandlung. So wird es einerseits möglich, die Eigendynamiken technisch vermittelter Kontrollregimes angemessen zu reflektieren. Andererseits können auf diese Weise die gesellschaftlichen Eigendynamiken des medizinischen Fortschritts hinreichend gewürdigt werden.

Mit dem fünften Strang wird der Sonderstatus der *medizinischen Profession* berücksichtigt, so dass die professionstypischen Eigendynamiken in die Analyse mit einbezogen werden können.

Die Zusammenführung der jeweiligen Reflexionsstränge erzeugt ein differenziertes Bild der ›Krankenbehandlung der Moderne‹, das nicht zuletzt erlaubt, ihre gegenwärtigen Krisensymptome zu verstehen und darüber nachzudenken, was dies für die ›Krankenbehandlung in der nächsten Gesellschaft‹ bedeuten kann.

Die in diesem Buch durchgeführten Reflexionen werden durch Interviewaussagen von Vertretern aus Medizin, Wirtschaft, Politik und den Gesundheitswissenschaften illustriert, um auch auf diesem Wege im Sinne der mit dieser Arbeit angestrebten Multiperspektivität, die Standortabhängigkeit der unterschiedlichen Orientierungen zu dokumentieren.

## Aus der Einleitung

Die moderne Krankenbehandlung ist eine äußerst voraussetzungsreiche Veranstaltung. Dass Menschen zum Arzt gehen, diesem Vertrauen schenken und sich teilweise schmerzhaften und mit Scham besetzten Prozeduren unterwerfen, ist an sich schon bemerkenswert. Auch dass sich dazu noch im großen Maßstab ökonomische Ressourcen mobilisieren lassen, um eine nahezu flächendeckende Gesundheitsversorgung möglich werden zu lassen, ist sowohl mit Blick auf unsere Geschichte wie auch mit Referenz auf viele andere Staaten der Weltgesellschaft alles andere als selbstverständlich.

Zum einen: Warum soll man der Medizin überhaupt vertrauen? Hat nicht etwa Ivan Illich mit seiner viel beachteten Studie ›Die Nemesis der Medizin‹ längst aufgezeigt, dass es wirklich gute Gründe gibt, den Ärzten auch hinsichtlich ihrer Gesundheitskompetenz zu misstrauen?

Zum anderen: Warum sollten Gelder – etwa öffentliche Mittel – überhaupt so verteilt werden, dass jeder eine Krankenbehandlung auf hohem Niveau erhalten kann und soll? Schon der Blick auf die US-amerikanischen Verhältnisse lässt deutlich werden, dass sich gegen ein kollektiv bindendes Versicherungssystem leicht Freiheitssemantiken mobilisieren lassen: Warum soll man gezwungen werden, für jemanden zu bezahlen, von dem man glaubt, dass er dies nicht verdient habe.

Nichtsdestotrotz scheinen wir als Erben der Moderne in Verhältnissen zu leben, in denen die bekannten Einrichtungen der Krankenbehandlung trotz der Unwahrscheinlichkeit ihrer Voraussetzungen für uns unverzichtbar erscheinen. Der soziologische Grund dafür ist, dass wir uns in den Semantiken der Moderne als Erwartungsstrukturen in einer Weise eingerichtet haben, dass diese sozusagen als unsere zweite Haut erscheinen. Die Selbstverständlichkeit unseres Erlebens und unser Vertrautsein mit den Institutionen unseres Alltags verdecken jedoch zugleich das Geflecht jener Semantiken, welches die Realität der Krankenbehandlung aufspannt.

Im Sinne eines originär soziologischen Blickes lohnt es sich, zunächst von den allzu offensichtlichen Aspekten der Krankenbehandlung abzusehen. Aus analytischen Gründen ist hier zunächst einzuklammern, dass es kranke Körper, Keime, Organversagen, chirurgische Eingriffe, Spritzen, Pillen, Bestrahlungen, Röntgenbilder etc. gibt. Dieser Schritt ist notwendig, um sich von den vertrauten Kausalitätsvorstellungen des Common Sense zu lösen, und damit brauchen wir weder davon auszugehen noch infrage zu stellen, dass Medizin wirklich heilt, nützt, sondern können in inkongruenter Perspektive stattdessen die Frage stellen, warum Medizin selbst dann attraktiv ist, wenn die Heilungschancen fraglich

sind, wenn die Evidenz und Effizienz ihrer Organisationsweisen nicht nachgewiesen ist und wenn ihre Veranstaltungen eine solche Zumutung darstellen, dass man sich eigentlich wundern müsste, warum die Beteiligten so selten die Behandlungen verweigern.

Hiermit soll natürlich nicht bestritten werden, dass Medizin in der Tat auch kranke Körperzustände behandeln kann und dass gerade dies auch in den gegenwärtigen medizinischen Einrichtungen in vielen Fällen geschieht. Doch all dies darf nicht mit den Eigengesetzlichkeiten der Krankenbehandlung selbst verwechselt werden. Hat nicht die Medizingeschichte gezeigt, dass auch Behandlungsformen kulturell weit verbreitet sein können, die offensichtlich mehr Schaden als Nutzen stiften – man denke hier etwa daran, dass Syphilis bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts noch mit hochgiftigem Quecksilber behandelt wurde. Und zeigt nicht die *evidence based medicine*, dass für die Mehrzahl der heute angewendeten medizinischen Behandlungsschritte der biomedizinische Nutzen keineswegs so eindeutig belegt ist, wie es die Selbstverständlichkeit ihrer Anwendung suggeriert? Zeigen nicht die vielfältigen Variationen in der Organisation und Ausgestaltung von Behandlungsprozessen, dass es eigentlich bei genauerem Hinsehen alles andere als klar ist, wie in vernünftiger Weise Medizin zu betreiben ist?

Das Selbstverständliche, das Zwingende und in sich Zweckrationale moderner medizinischer Praxen löst sich in *Kontingenz* auf, sobald man die Kontexte ihrer kommunikativen Selbstplausibilisierung betrachtet. »Kontingent ist etwas, was weder notwendig ist noch unmöglich ist; was also so, wie es ist (war, sein wird), sein kann, aber auch anders möglich ist«. Kontingenz verweist darauf, dass weder eine strenge deterministische Kausalität noch eine zwingende Normativität einer in sich evidenten aufgeklärten Rationalität hinreicht, um zu beschreiben, was in medizinischen Praxen vor sich geht. Der Blick auf Kontingenz impliziert vielmehr, dass es sich bei der Krankenbehandlung vor allem um eine *Kultur* handelt. Der Begriff Kultur führt zugleich jene Vergleichshorizonte mit, dass andere Gemeinschaften zu anderen Zeiten an anderen Orten eben anderes tun und dass diese Differenz durch nichts anderes gedeckt ist als die Vollzüge der Praxis selber.

Um sich als Forscher über die gewählte analytische Strategie Rechenschaft abzulegen, werden im Text immer wieder Darstellungen vorkommen, die an die formtheoretische Notationsweise anschließen, wie sie insbesondere Dirk Baecker vorgelegt hat. Im Sinne von Åkerström dient diese Darstellung der Offenlegung und Klärung der eigenen Reflexionsverhältnisse.

Die Notation ist hier nicht im Sinne ihres Erfinders Spencer Brown als Recheninstrument misszuverstehen. Die Formen stellen keine Gleichungen dar, die entsprechend einer mathematischen Verständnisweise zu lesen sind. Sie werden hier

ausschließlich im Sinne von ›aus der hier beschriebenen Perspektive betrachten wir den zu analysierenden Gegenstand als ...‹ gebraucht. Der Leser kann hierdurch einen zusammenfassenden Einblick in die theorieleitenden Unterscheidungen gewinnen, um dann gegebenenfalls die Potenziale und Grenzen der hier vorgeschlagenen soziologischen Modellierung auf einen Blick erfassen zu können.

In diesem Sinne lässt sich unsere kulturalistische Beschreibung der Medizin in folgender Kurzform darstellen:

**Medizinische Kultur: Behandlungsform Traditionspflege**

Die medizinische Kultur erscheint jetzt als eine Praxisform, die dadurch instruiert wird, dass sie durch tägliche Anwendung gepflegt wird. Die jeweilige Behandlungspraxis (›Behandlungsform‹) erscheint dann als jene positive Setzung, die in der Welt kommunikativ einen Unterschied macht. Medizin ist, wie sie ist, weil sie so gemacht wird, wie sie ist, weil ihre Praxen die Welt so und nicht anders anschneiden und weil diese damit bestimmte gegenüber anderen möglichen Unterschieden machen. Dieser Schnitt in der Welt wird durch den einfachen Haken hinter dem Begriff ›Behandlungsform‹ ausgedrückt.

Operation der Unterscheidung und Bezeichnung

Form =

Operation der Wiedereinführung:

Der sich schließende *reentry*-Haken weist demgegenüber auf jene systemische Dynamik hin, dass die vertrauten und geläufigen Behandlungsformen selbstinstruierend durch ihre eigene Anwendung gepflegt werden. Entsprechend der alten War-zuerst-die-Henne-oder-das-Ei-Problematik lässt sich hier auch in Hinblick auf die Frage der Kausalität und Rationalität nicht mehr sagen, ob die Form oder das Behandlungsformat oder die sie bestätigende Praxis zuerst da gewesen ist. Die Behandlungsform ist da, weil sie *gepflegt* wird (prozessuale Beschreibungsebene). Umgekehrt instruiert die Tatsache der Behandlung Praxen der Wiederholung. Man macht es eben so, weil man es bereits so gemacht und sich an entsprechende *Formen* gewöhnt hat (strukturelle Beschreibungsebene).

**›Symbolische Heilung‹ oder ›Medizin als Kommunikation‹**

»All systems of symbolic healing refer to a culturally established mythic world. The systems differ in where they place it. Some may place it in a supernatural realm. Other may see it as part of everyday reality or as scientific knowledge. The cultural mythic world contains knowledge that is experientially, but not necessarily empirically, true. The healer and the patient create a particularized segment of the cultural mythic world for use in a particular case of symbolic healing. [...] Once particularized by the healer, the manipulation of transactional symbol in a

particularized mythic world can suggest a change in the way that the patient evaluates personal experiences. To a culturally initiated observer or even to one outside the complementary relationship, the manipulation of transactional symbols may seem ridiculous. Nails may be pulled out of the body; ›demons‹ may be cast into the darkness, ›souls‹ may be found; sorcerers may be identified; and so on. However, if the healer has done the job well, the symbolic healing will be a significant experience for the patient.«

*James Dow (1986), Emeritus of Anthropology, Oakland University*

Insofern Medizin als Kultur reflektiert wird, rücken weitere Vergleichsperspektiven in den Vordergrund. Dies geschieht beispielsweise, wenn innermedizinisch Variationen in der Behandlungspraxis zum Thema werden. Medizin wird sich damit ihrer Kontingenzen und auf diesem Wege als Kultur bewusst.

Formtheoretisch modelliert ergibt dies:

#### **Medizinische Kultur: Behandlungsform Traditionspflege Vergleich**

Sobald eine Gesellschaft beginnt, ihre medizinische Kultur in dieser Weise zu reflektieren, wird diese mit einem *Unruhemoment* durchzogen. Es überzeugt nun nicht mehr, sich allein auf die Tradition zu beziehen. Der Blick auf die Kontingenz der bisherigen Praxis lässt gegebenenfalls auch die Alternativen attraktiv erscheinen. Man kann nun darüber nachdenken, ob das Neue oder das Alte, komplementärmedizinische Verfahren oder Schulmedizin bzw. eine sanftere oder aggressivere Praxis wünschenswerter erscheint. Der Vergleich instruiert dabei zugleich die Pflege der bereits bewährten Behandlungsform, wie dann auch die Referenz auf die eigene Behandlungsform erst den Vergleich mit anderen Optionen möglich macht. Wichtig an dieser Stelle ist zu betonen, dass dies nicht den kulturellen Charakter der Medizin aufhebt. Vielmehr stellen die Operationen des Vergleichens medizinischer Praxisformen selbst wieder eine kulturell gepflegte Praxisform dar – dieser selbstreferenzielle Charakter wird wiederum durch den *reentry*-Haken ausgedrückt.

Die Reflexion der modernen Medizin auf die Kontingenz ihrer Praxen induzierte Bestrebungen nach Standardisierungen, sei es, dass nun mit Blick auf Diagnosen eine gemeinsame Sprache gesucht und Leitlinien angestrebt werden sowie versucht wird, die undurchschaubare Menge medizinischer Forschung zu ordnen und in vergleichende ›Metaanalysen‹ zu überführen. Die Standardisierung und Formalisierung der Medizin auf Weltniveau kann entsprechend der hier vorgelegten Perspektive jedoch nicht so verstanden werden, dass damit der kulturelle Charakter der Medizin verschwindet. Im Gegenteil, all die hiermit verbundenen Bemühungen haben nun selbst kulturellen Charakter, sind Ausdruck der Kultur einer (westlich geprägten) Weltgesellschaft, der Praxen einer »Welt-

kultur«. Diese betont zwar in ihrer Selbstbeschreibung ein hohes Maß an Rationalität bzw. Rationalität ist das wesentliche Merkmal ihrer kulturellen Identität. Bei genauerem Hinsehen handelt es sich hierbei jedoch um »Rationalitätsmythen«, welche zwar Zwecke und Mittel benennen können und in diesem Sinne eine hohe Verfahrensrationalität verkörpern, aber in Hinblick auf die Funktionalität und den Wert dieser Zwecke und Mittel nur auf Mythen gründen können, denn der gesellschaftliche Wert oder der Nutzen dieser Rationalitäten bzw. ihre negativen Folgelasten sind in der Regel weder empirisch überprüfbar noch durch eine übergreifende Wert- oder Zweckrationalität gedeckt. Die in der gegenwärtigen medizinischen Weltkultur beanspruchten Rationalitäten sind aus dieser praxistheoretischen Beschreibung, welche die Operationen ihrer Selbstinstruierung und Selbstplausibilisierung rekonstruiert, vor allem »Kultur«.

Formtheoretisch lässt sich dies für die Medizin dann folgendermaßen charakterisieren:

Medizinische Kultur: Behandlungsform Traditionspflege Vergleich Evolution Weltgesellschaft

Mit der Evolution kommt hier eine Entwicklungsdimension ins Spiel. Erst die institutionalisierten Tätigkeiten zur Kulturalisierung der Medizin evozieren durch die Operationen des Vergleichs jene Bestrebungen, welche die Medizin als eine Weltkultur zu vereinheitlichen versuchen. Der *reentry*-Haken drückt aus, dass die Weltgesellschaft sowohl die gegenwärtigen Behandlungsformen instruiert als auch dass ihre dominanten Praxisformen instruieren, was dann als Weltkultur gilt. Es gibt sozusagen kein Entkommen aus der Tatsache, dass Medizin Kultur darstellt.

An dieser Stelle – um es nochmals zu betonen – geht es keineswegs darum, die biomedizinische Wirkung von medizinischen Interventionen zu bestreiten – dass Antibiotika Bakterien vernichten können, stellt *nicht* nur eine »soziale Konstruktion der Wirklichkeit« dar.

Das Ziel ist hier vielmehr, den soziologischen Blick auf die Praxen der sozialen Herstellung der Krankenbehandlung zu lenken, um auf diese Weise Medizin in einer umfassenderen Weise verstehen zu können. Dabei gilt es auch, sich zu vergegenwärtigen, dass Krankheiten nicht nur die von ihr heimgesuchten Menschen irritieren, sondern zugleich jene mit diesen Menschen assoziierten sozialen Umwelten. Krankheit ist immer auch eine Krise der sozialen Bezugssysteme und angesichts des schwerwiegenden Charakters dieses Problems verwundert es nicht, dass alle bekannten menschlichen Kulturen Formen der Krankenbehandlung ausgebildet haben.

### 9:40 Uhr Chefarztvisite (im Patientenzimmer)

*Prof. Wieners:* Sie können wir jetzt als geheilt entlassen ... es geht ja heute nach Hause.

*Patient:* Jetzt muss ich Ihrem Team ausdrücklich noch mal das Lob aussprechen ... Sie haben sich hervorragend um mich gekümmert ... auch um die Kleinigkeiten, die kleinen Probleme, die ich so hatte [...]

*Prof. Wieners* (wendet sich zum nächsten Patienten, dreht sich aber nochmals zu Herrn Schulz zurück): Auch wenn ich jetzt sage ›geheilt‹, kann es dann doch sein, dass die Krankheit noch mal wiederkommt.

*Patient:* Ja, das weiß ich ja, wusste ich auch schon, als ich mit der Therapie angefangen habe.

*Beobachtet auf einer onkologischen Station eines Universitätsklinikums. Vgl. Vogd (2004b, 145f.).*

Im Sinne der bewährten Einsicht der Ethnomedizin heißt all dies zunächst nur, dass »Heilen die Ausgrenzung von Chaos darstellt« und hiermit »der unregelmäßige krankheitsbedingte ›Natur‹zustand in einen ›Kultur‹zustand überführt und damit handhabbar gemacht« wird. Kultur heißt dann auf sozialer Ebene einfach, dass man der Kontingenz des Krankheitsgeschehens, welches als kommunikatives Ereignis die sozialen Verhältnisse verstört, in einer vertrauten, sich selbst bestätigenden und plausibilisierenden Weise antworten kann.

Mit Blick auf das Verhältnis von Erleben und Kommunikation bedeutet dies nicht mehr und nicht weniger, als dass – selbst wenn eine Krankheit im biomedizinischen Sinne nicht (mehr) therapiert werden kann –, ein »Wissen darüber« erzeugt wird, »wie ein Krankheitsgefühl klassifiziert und benannt, wie das Leiden auch emotional ausgedrückt und wie ein bleibendes Leiden aufgrund kultureller Erfahrung gedeutet und integriert werden kann. Mag dies auch der einzige Moment bleiben, entfaltet es dennoch eine große Kraft, indem es das Leiden in eine sinnvolle Ordnung eingliedert und somit den Betroffenen verfügbar macht«.

Die physiologisch wirksamen Aspekte der Krankenbehandlung erscheinen jetzt sozusagen nur noch als die Spitze eines Eisberges. Natürlich operiert Medizin *auch* in diesem Sinne, doch unterhalb ihrer körperlichen Wirkungen liegt ein komplexes Geflecht sozialer Praxen, in denen all jene Kontingenzen stecken, durch welche sich kulturelle Formen auszeichnen. Erst über diese – sozusagen tiefergelegte – Beschreibungsebene medizinischer Wirklichkeit kann eine angemessene Rekonstruktion medizinischer Praxen geleistet werden. Erst auf diesem Wege kann verstanden werden, dass all die Praxen, welche auf die Anwendung und Organisation der Krankenbehandlung zielen, nicht per se rational sind – so sehr sich dann einzelne Akteure mit der Rationalität dieser Praxen identifizieren



mögen. Erst auf diesem Wege eröffnet sich der Blick auf die empirische Tatsache, warum auch nutzlose und bei genauem Hinsehen physiologisch kontraindizierte Behandlungspraxen weiterhin attraktiv erscheinen. Erst über diesen Zugang eröffnet sich eine Perspektive, die nicht vorschnell den Rationalitätsansprüchen der Initiativen zur Verbesserung der medizinischen Praxis auf den Leim geht. Ob dann beispielsweise die Qualitätssicherung die Qualität wirklich verbessert, die Evidenzbasierung wirklich zu einer besseren Gesundheit der Zielakteure und die Organisationsentwicklung tatsächlich zu einer angemessenen Verzahnung der Arbeitsabläufe führt, folgt dann nicht mehr nur aus der immanenten Selbstbeschreibung dieser Programme.

*In diesem Buch geht es vor allem darum, den Rahmen für ein tieferes soziologisches Verständnis der Krankenbehandlung aufzuspannen, welche diese an jene gesellschaftlichen Bedingungen rückbindet, denen sie sich verdankt.*

Nur auf diese Weise lassen sich die gegenwärtigen Probleme der organisierten Krankenbehandlung analytisch aufschließen. Der hier vorgeschlagene wissenschaftssoziologische Zugang versteht sich sowohl radikal empirisch als auch auf hohem theoretischen Reflexionsniveau argumentierend. Er operiert empirisch, denn es ist nun realistischerweise davon auszugehen, dass der untersuchte Gegenstand sich als kulturelles Phänomen selbst konstituiert und damit auch seine eigenen Weisen des Unterscheidungsgebrauchs hervorbringt (*Empirie*). Im Sinne einer praxeologischen Wissenssoziologie geht es entsprechend darum, den Bedingungen der Selbstkonstitution des Gegenstandes zu folgen und diese in ihrer kulturellen Selbstreferenz zu begreifen und zu beschreiben. Wir operieren bewusst theoriebasiert, denn spätestens seit Kant wissen wir, dass theoriefreies Erkennen nicht möglich ist, und mit den Ergebnissen des neurobiologischen Konstruktivismus wissen wir, dass selbst scheinbar selbstverständliche Wahrnehmungsvorgänge wie Sehen, Hören und Fühlen bereits auf vorformatierten neurologischen Bahnungen beruhen, wir also immer nur das erkennen können, für dessen Unterscheidungsweisen wir bereits sensibilisiert worden sind (*Theorie*).

Eine intelligente Reflexion der gegenwärtigen Kultur(en) der Krankenbehandlung ist deshalb nur zu haben, wenn theoretisierende Konzeptionen mit hinreichender Auflösungsschärfe eingeführt worden sind, wenn also eine Theoriesprache zur Verfügung steht, mit der die Komplexität der empirischen Verhältnisse abstrahierend und in Relation zu ihrer eigenen kulturellen Genese aufgeschlossen werden kann.

Hierfür ist es zunächst hilfreich, einen zeitgeschichtlichen Rahmen aufzuspannen, der deutlich werden lässt, wie sehr die gegenwärtigen Modelle der wohlfahrtsstaatlich organisierten Krankenbehandlung durch historisch bedingte gesellschaftliche Lagerungen bestimmt sind (*›Krankenversorgung im Wandel‹*). Im Anschluss daran gilt es, die theoretische Sensibilisierung weiter voranzutrei-

ben, um jene konzeptionellen Zugänge vorzustellen (*›Fünf Stränge der Reflexion‹*), die unseres Erachtens notwendig sind, die Dynamiken der gegenwärtigen Krankenhandlung hinreichend aufzuschließen. Die übergreifende Verbindung dieser Stränge wird dabei auch als formtheoretische Modellierung dargestellt werden.

((In diesem Auszug werden die formtheoretischen Zeichen leider nicht angezeigt.))