

Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft

Tanja Merl

Ärztliches Handeln zwischen Kunst und Wissenschaft



Springer VS

Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft

Reihe herausgegeben von

Ernst-Wilhelm Luthé, Institut für angewandte Rechts- und Sozi, Ostfalia
Hochschule Institut für angewandte Rechts- und Sozi, Wolfenbüttel/Oldenburg,
Niedersachsen, Deutschland

John N. Weatherly, NEWSTAND Management Akademie, Berlin, Deutschland

Der Gesundheitssektor ist in politischer, ökonomischer und gesellschaftlicher Hinsicht eine einzige Herausforderung. In entwickelten Gesellschaften wird er zunehmend zum eigentlichen Motor für wirtschaftliches Wachstum, enthält er als Kostentreiber gleichzeitig viel politischen Sprengstoff und ist er für die Zukunft einer alternden Gesellschaft schlechthin konstitutiv. Vor allem aber ist der Gesundheitssektor viel mehr als bloße Krankenbehandlung: als *Prävention*, *Rehabilitation* und *Pflege* verweist er auf den gesamten ihn umgebenden sozialen Kontext, als *Organisation* auf ein in steter Veränderung begriffenes System der Koordination und Vernetzung von Behandlungsleistungen und als *medizinisches Experimentierfeld* auf die Grenzen dessen, was von Politik und Gesellschaft noch verantwortet werden kann. Der Gesundheitssektor ist nach allem ein Thema, das nicht nur Medizinern vorbehalten sein kann und zweifellos auch Politiker, Juristen, Betriebs- und Volkswirte, Sozialwissenschaftler sowie zahlreiche weitere Disziplinen betrifft. Mit wachsender Einsicht in die Komplexität des Gegenstandes aber ist mittlerweile deutlich geworden, dass auch dies nicht reicht. Wer den Gesundheitssektor verstehen und hier wirksam handeln will, für den ist der isolierte Blickwinkel einer einzigen Fachdisziplin grundsätzlich unzureichend. Mehr denn je ist der kombinierte Sachverstand gefragt. Dies ist für die neue Buchreihe tonangebend. Leitbild ist der *interdisziplinäre Diskurs* auf der Suche nach Lösungen für einen in der Gesamtheit seiner Strukturen und Prozesse nur noch schwer zu durchdringenden Gesellschaftsbereich. In dieser Hinsicht wäre bereits viel gewonnen, wenn es gelänge, einen Blick über den eigenen Tellerrand zu werfen und divergierende Perspektiven zusammenzuführen. Ein Dankesgruß in die Zukunft sei bereits jetzt an alle Leser und Autoren gerichtet, die mit konstruktiver Kritik, Anregungen, Verbesserungsvorschlägen und natürlich eigenen Publikationen einen persönlichen Beitrag zum Gelingen der Buchreihe und damit letztlich zur Fortentwicklung des Gesundheitssektors leisten wollen.

Weitere Bände in der Reihe <http://www.springer.com/series/11770>

Tanja Merl

Ärztliches Handeln zwischen Kunst und Wissenschaft

 Springer VS

Tanja Merl
München, Deutschland

ISSN 2625-1515 ISSN 2625-1523 (electronic)
Gesundheit, Politik – Gesellschaft – Wirtschaft
ISBN 978-3-658-21971-0 ISBN 978-3-658-21972-7 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-21972-7>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Katrin Emmerich

Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Klappentext

Gegenstand der Untersuchung ist eine handlungstheoretische und arbeitssoziologische Analyse der ‚ärztlichen Kunst‘ sowie ihres Stellenwerts und ihrer Relevanz in der ökonomisierten „High-Tech-Medizin“. Eine inhaltliche und empirische Präzisierung und Fundierung des Konzepts jenseits der geflügelten Worte ‚Ärztlicher Blick‘ und ‚Ärztliche Intuition‘ – erst recht unter den Rahmenbedingungen einer verwissenschaftlichten, technisierten und ökonomisierten Medizin – fehlt bislang. In diesem Sinne wird mit der vorliegenden Arbeit der Versuch unternommen, grundlegende Elemente der ‚ärztlichen Kunst‘ aufzuschlüsseln und ihre Bedeutung im Rahmen gegenwärtigen ärztlichen Handelns aufzuzeigen.

Die Untersuchung nähert sich von verschiedenen Seiten dem Phänomen ‚ärztliche Kunst‘. Sowohl historische Betrachtungen des Arztes und aktuelle empirische Untersuchungen zum ärztlichen Wissen und Handeln wie auch handlungstheoretische Konzepte jenseits eines rationalen Handlungsbegriffs werden im Rahmen einer Konturierung der ärztlichen Praxis berücksichtigt. Einzubetten ist diese Näherbestimmung von Wesen und Beschaffenheit ärztlichen Handelns im Sinne einer ‚ärztlichen Kunst‘ zudem in den Wandel der Rahmenbedingungen des ärztlichen Handlungsfelds. Der gesellschaftliche Bereich der gesundheitlichen Versorgung und speziell das System der Medizin stellt sich in den vergangenen Jahrzehnten als in besonders durchdringender Form von Prozessen der Verwissenschaftlichung, Technisierung und Ökonomisierung und (als deren Konsequenz) auch Standardisierung berührt dar. Etabliert hat sich infolgedessen ein neues Leitbild des Arztes im Sinne einer wissenschaftlich-technischen und auch ökonomischen Rationalität, das zur Orientierungsgröße für die gesundheitspolitische Arbeitsgestaltung wie auch für die gesellschaftliche Erwartung an den Arzt wurde. Der hiermit einhergehende Legitimationsverlust des Kunst-Konzepts

kann anhand der Darstellung des Wandels der makrostrukturellen Rahmenbedingungen nachvollzogen und weiterhin als durch deren Zusammenwirken im Sinne einer Formalisierung und Objektivierung ärztlichen Handelns verursacht aufgezeigt werden. So rekurren sowohl die Effekte der Verwissenschaftlichung im Sinne des verwissenschaftlichten „medizinischen Blicks“ wie auch die der Technisierung ärztlichen Handelns durch eine dem technisch mediatisierten Erkenntnisprozess immanente Quantifizierungstendenz auf objektivierende Handlungsweisen. Komplementär zu diesen wartet die ökonomisierte Medizin mit einer deutlichen Zunahme formaler Dokumentations- und Begründungszwänge auf, wie sie im Rahmen der budgetierten und pauschalierten, vom Einzelfall entkoppelten Versorgung notwendig werden. Auf diese Weise ergänzen sich die drei Makrodynamiken, indem das wissenschaftlich-technische Modell durch die Zuschreibung von wissenschaftlicher Rationalität und Zuverlässigkeit eine berechenbare Grundlage für die ökonomische Kalkulation von Gesundheitsleistungen bildet, hierdurch deren wirtschaftliche Verwertung anhand von – vermeintlich objektiv-messbaren Leistungsmaßstäben erleichtert. In diesem Umfeld erscheint die ‚ärztliche Kunst‘ in ihrer Unschärfe und Subjektgebundenheit als kaum anschlussfähig und wird, zuspitzend formuliert, zum „Störfaktor“ einer auf Effizienz getrimmten pauschalierten Dienstleistungsmedizin.

Bestimmte, in der ärztlichen Praxis wesentliche Aspekte fügen sich jedoch weder in das Schema der wissenschaftlichen (Selbst-)beschreibung noch in das Konzept einer effizienzoptimierten, standardisierten Medizin. Vielmehr werden durch diese zur Leitvorstellungen erhobenen Diskrepanzen zu den Logiken ärztlichen Handelns erzeugt. So ist es durchaus als problematisch zu betrachten, dass sich der Arzt im zunehmend komplexer werdenden Gefüge des Gesundheitssystems einer wachsenden Anzahl von sachfremden Erwartungen gegenübergestellt sieht, die seine Handlungsgrundlagen im Kern berühren.

Dargelegt und empirisch begründet werden kann, dass sich ärztliches Handeln nur unvollständig als objektivierendes Handeln im Sinne eines wissenschaftlich und ökonomisch rationalen Handelns fassen lässt. Zur Analyse dieser Grenzen objektivierenden Handelns wird die Kategorie ‚ärztliche Kunst‘ zunächst erschlossen, zudem durch die Anbindung an das Konzept des subjektivierenden Handelns handlungstheoretisch informiert, erscheint dieses in hohem Maße geeignet, mit den Kategorien des objektivierenden und subjektivierenden Handelns die wissenschaftlich-rationalen Aspekte als auch die Eigenschaften einer ärztlichen Kunstlehre zu reflektieren. Auf Grundlage der empirischen Analyse können zahlreiche Belege für die ärztliche Praxis als nicht-objektivierbares Handeln angeführt werden. Weiterhin können durch eine in direkter Form die „Arbeit am Gegenstand“ bzw., die „Arbeit am Menschen“ fokussierende Analyseebene,

die mit dem theoretisch-empirischen Instrumentarium des Konzepts des subjektivierenden Handelns realisiert wird, ärztliche Handlungsweisen speziell auf sinnlich-körperlicher Ebene greifbar gemacht werden, die sich als Schlüssel zum Verständnis des Konzepts ‚ärztliche Kunst‘ erweisen. Facetten der ärztlichen Kunst, wie der ‚ärztliche Blick‘, die ‚ärztliche Intuition‘ und der ‚ärztliche Eindruck‘ werden somit handlungstheoretisch erklärbar und als besondere Form von Professionalität beschreibbar, die in der Praxis unverzichtbar ist. Insbesondere Situationen, die als unwägbare, von einer Vielzahl individueller Variablen abhängige Praxis zu beschreiben sind, profitieren in hohem Masse von subjektivierenden Handlungsweisen. Dies gilt nicht nur für die kommunikativen Aspekte ärztlichen Handelns, sondern auch für scheinbar rein instrumentelle Verrichtungen im Umgang mit Medizintechnik oder mit „objektiven Daten“. Die Kontrastierung von Ärzten unterschiedlicher Altersstufen lässt zudem Differenzen im Handlungsstil erkennen, die die Befähigung zu subjektivierendem Handeln als Merkmal erfahrener Ärzte ausweist, während „Anfänger“ generell enger am Raster standardisierter Handlungsabläufe und formaler Kriterien, somit objektivierend, agieren. Der Erwerb von Fähigkeiten, die gemeinhin als ‚ärztliche Kunst‘ umschrieben werden, kann so als erfahrungsbasierter Lernprozess aufgezeigt werden. Mit der Integration subjektivierender Elemente ärztlichen Handelns und Wissens wird ein Beitrag zu einer angemessenen Beschreibung ärztlichen Handelns durch einen erweiterten Arbeitsbegriff geleistet.

(Einleitung) Ärztliche Kunst – quo vadis?

Als vermeintlich selbstverständlicher Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit ist die ‚ärztliche Kunst‘ ein scheinbar wohl vertrautes Phänomen, das – wie auch die mit ihm assoziierten Wissens- und Handlungsformen, z. B. die ‚ärztliche Intuition‘ oder der ‚ärztliche Blick‘ – im Alltagsverständnis auf allgemeine Akzeptanz stößt. Erst auf den zweiten Blick eröffnen sich einige Unklarheiten und Ambivalenzen. Werden zwar gemeinhin mit dieser Zuschreibung besondere Kompetenzen des ‚guten Arztes‘ gewürdigt, schwingt jedoch zumeist in der Rede von der ‚ärztlichen Kunst‘ eine eher diffuse Vorstellung des hiermit verbundenen Fähigkeitsensembles mit. Tatsächlich gibt es weder eine Definition noch eine systematische Beschreibung oder gar Analyse dieses für das ärztliche Handeln so zentralen Konzepts – erst recht nicht unter den gewandelten Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit in der modernen, hoch technisierten Medizin. Weiterhin fällt auf, dass in der Literatur explizite Bezüge zur ärztlichen Kunst, sei es in den Biografien „großer Ärzte“ oder Monographien zur Medizingeschichte mit Beginn des 20. Jahrhunderts deutlich seltener werden, bis Mitte des Jahrhunderts nahezu verschwinden. Berufen wird sich ab diesem Zeitpunkt mit zunehmender Ausschließlichkeit auf die Idee des Arztes als Wissenschaftler, bzw. auf ein stark verwissenschaftlichtes Selbstbild der ärztlichen Profession, das den professionellen Referenzrahmen der „Heilkunst“ beerbt hat.

Festgestellt werden kann, dass sowohl die Folgen der Verwissenschaftlichung der ärztlichen Handlungsgrundlagen wie auch „die Auswirkungen von Ökonomie und Technologie nicht ohne Einfluss auf das Arztbild, aber auch die Arztdefinition geblieben“ (Anschütz, 1987, S. 180) sind. Eine erste große Zäsur in der gesellschaftlichen Wahrnehmung des Arztes markiert zunächst das Bild des „Halbgott in Weiß“, das den Arzt im Verbund mit der in immer größerem Umfang zur Verfügung stehenden Medizintechnik nicht nur als Herrscher über

die menschliche Natur, sondern auch über komplexe Apparaturen und Verfahren zeichnet. Im Umfeld einer verwissenschaftlichten und technisierten Medizin haftet dem Begriff „ärztliche Kunst“ ein zunehmend anachronistischer Klang an, bezieht er sich offenbar auf Aspekte professionellen Handelns, die in der modernen Konzeption des High-Tech-Mediziners eine untergeordnete Rolle zu spielen scheinen. Diese Bewertungsverschiebung wird in der ökonomisierten Medizin fortgeschrieben, fügt sich eine sich auf individuell-persönliche, noch dazu kaum näher bestimmte Aspekte beziehende Leistungsbeschreibung der Medizin, wie sie das Kunst-Konzept beinhaltet, nur schwer in das Bild eines von überindividuellen Strukturen dominierten, hoch spezialisierten, arbeitsteilig und marktförmig organisierten Geschehens des modernen Gesundheitssystems. Weitgehend ungeklärt erscheint (mehr denn je), was sich im Detail hinter der Formel ‚ärztliche Kunst‘ verbirgt, wie auch die Bedeutung des aus der griechischen Antike stammenden Leitbilds des Arztes als „Heilkünstler“, der Medizin als „Techné“, „Heilkunst“, für die evidenzbasierte, leitliniengerechte Medizin der Gegenwart.

Der Modernisierungsprozess der Medizin wurde lange Zeit angesichts beeindruckender Fortschritte im Bereich der wissenschafts- und technikbasierten Diagnostik und Therapie nahezu ausschließlich positiv bewertet. (Kaum jemand würde – und dies soll auch mit der vorliegenden Arbeit keineswegs impliziert werden – zu einer vorwissenschaftlichen Heilkunde zurückkehren wollen.) Das Bild der Heilkunst trat darüber zunehmend in den Hintergrund. Zeitgenössische Publikationen beklagen nun jedoch „Die verlorene Kunst des Heilens“ (Lown, 2002) und „Das Elend der ärztlichen Kunst“ (Kathan, 2002). Etwas erscheint bedroht, in Auflösung begriffen zu sein. Offenbar tritt die Verdrängung einer professionellen Arbeitsweise, deren konkrete Beschreibung bislang fehlt, schmerzhaft zutage. „Unbehagen“ an der modernen Medizin.

Seit geraumer Zeit gibt es ein „Unbehagen“ (Anschütz, 1987) in der Betrachtung der modernen, oftmals als „inhuman“ bezeichneten (vgl. v. Trotschke, 2004, S. 141) Medizin, das vor allem den Arzt ins Zentrum der Kritik gerückt hat. „Ablehnung und Skepsis der Bevölkerung“ (Anschütz, 1987, S. 16–18) prägen seit den 1970er Jahren vielfach die Haltung gegenüber der ärztlichen Profession. Die wissenschaftlich-technische Professionalisierung ist offenbar zu hohen Kosten- sowohl auf Seite der Patienten als auch der Ärzte – erfolgt. So ist als eine Folge der Schwerpunktverlegung der ärztlichen Tätigkeit in den technisch-apparativen Bereich die vielfach beklagte „Entfremdung“ und „Vertrauenskrise“ im Arzt-Patient-Verhältnis zu betrachten. Die wohl einer breiteren Öffentlichkeit bekannteste Kritik der „Apparatemedizin“ reflektiert die als einschneidend empfundene Vernachlässigung kommunikativer Aspekte, die in die von Lüth 1974

prominent charakterisierte „stumme Medizin“ mündete. Auch ist ein verstärktes Misstrauen gegenüber der vormals unterhinterfragten ärztlichen Autorität und den professionellen Fähigkeiten des einstigen „Halbgott in Weiß“ zu verzeichnen. Rating-Instrumente in Online-Portalen und regelmäßige Veröffentlichungen der „100 besten Ärzte“ und Ähnliches reflektieren (oder schüren zusätzlich) ein gespaltenes Verhältnis zur ärztlichen Profession als tendenziell zu misstrauendem Berufsstand. Aller Brüche zum Trotz- oder gerade verstärkt durch sie? – zeigt sich die anhaltende Faszination des Arztes als gesellschaftliche Figur in seiner fortdauernden medialen Präsenz in den zumeist stark idealisierenden „Arztserien“ (vgl. v. Troschke, 2004, S. 204–206).

Eine weitere Ausdrucksform der Krise der „Schulmedizin“ ist die seit den 1970er Jahren verstärkt erfolgte Hinwendung der Patienten zu alternativmedizinischen Strömungen und Konzepten. „Alternative Medizin“ ist zum Oberbegriff für eine Vielzahl von Strömungen und Denkstilen der Medizin jenseits der „Schulmedizin“ geworden. Subsumiert werden hierunter größtenteils Ansätze, die eine ganzheitliche Sichtweise auf den Menschen vertreten, sowie naturheilkundliche Ansätze. Hauptkritikpunkte an der einseitig rationalistischen „Schulmedizin“ sind ihr naturwissenschaftlich geprägtes Menschenbild bzw. die in der naturwissenschaftlichen Medizin angelegte Leib-Seele-Trennung sowie der Verlust des Bezugs von Arzt und Patient (vgl. Schölmerich, 1988, S. 5). In der alternativen Medizin zentrale Themen, wie biografische Aspekte sowie Fragen nach dem „Sinn“ einer Erkrankung (vgl. ebd., S. 6) finden im medizinischen Mainstream kaum Berücksichtigung, nehmen jedoch für den sinnsuchenden, selbstbestimmten und individualisierten Patienten des 20. und 21. Jahrhunderts immer größeren Raum ein. So bemüht sich die alternative Medizin, „die fehlenden Leistungen der Schulmedizin zu kompensieren, z. B. die Versäumnisse im emotional-empathischen, im spirituellen und kommunikativen Bereich“ (Nager, 1999, S. 156). Der „Boom naturheilkundlicher Strömungen“ sei die „Quittung für unsere schulmedizinischen Unterlassungssünden“ (ebd.). Infolge dieser Entwicklungen hat es eine (scheinbare) Öffnung der Schulmedizin in Richtung der alternativen Medizin gegeben, vor allem gegenüber der seit den 1930er Jahren unter dem Einfluss der Psychoanalyse Freuds entwickelten Psychosomatik. Deren heute allgemein und auch in der „Schulmedizin“ weitgehend anerkanntes Erkenntnis des Entstehens körperlicher Symptome als Folge von psychisch-seelischen Belastungen bietet eine konkurrierende Deutung der Krankheitsentstehung- und -Definition zum naturwissenschaftlichen biomedizinischen Krankheitskonzept an. Auch hat eine Vielzahl praktischer Ärzte, wenn auch sicherlich die Minderheit, naturheilkundliche Methoden in ihr Therapiespektrum integriert, sei es aus Überzeugung oder um einem gewandelten Patientenbedürfnis zu entsprechen. Als

hinderlich für eine weitere Verbreitung naturheilkundlicher Verfahren ist einzustufen, dass populäre und subjektiv als erfolgreich empfundene Methoden vielfach nicht wissenschaftlich anerkannt und daher nicht von den Krankenkassen finanziert werden. Um als vollwertig anerkannt zu werden, müssen alternative Heilmethoden im Paradigma der Verwissenschaftlichung verortbar, dementsprechend objektivierbar sein. Ein aktuelles Beispiel hierfür ist die naturwissenschaftliche Hinterfragung der Akupunktur, die im Mainstream der Schulmedizin nicht voll akzeptiert ist. Die Psychosomatik und mehr noch die im Anschluss an sie entstandenen Strömungen der alternativen Medizin stellen daher trotz wachsender Akzeptanz innerhalb und außerhalb der Medizin nach wie vor Randerscheinungen in der eng an ihre naturwissenschaftlichen Grundlagen angelehnten akademischen Schulmedizin dar.

Auch die öffentliche Kritik an der ärztlichen Profession hat mit den Auswirkungen der fortschreitenden Ökonomisierung der Medizin weiter an Schärfe zugenommen. So dominiert mittlerweile wahlweise das Bild des skrupellosen und korrupten oder des heillos überforderten Arztes die öffentliche Wahrnehmung. Auf ihre Sicht der Dinge versuchten die Ärzte vielfach mit den so genannten öffentlichen „Ärzteprotesten“ hinzuweisen. Neben finanziellen Forderungen standen bei diesen auch die Verschlechterungen der Rahmenbedingungen in der Patientenversorgung im Vordergrund, die es zunehmend erschweren, „ärztlich“ zu handeln, wie von Ärzteseite auch in einer wachsenden Zahl von Publikationen (z. B. Ratheiser, 2006) beklagt wird. Schon 1996 sprechen Badura/Feuerstein von einer „Orientierungskrise der medizinischen Profession“ (Badura & Feuerstein, 1996, S. 12), die sich seither kaum aufgelöst, sondern eher verschärft haben dürfte. Zu den „alten Problemen“ sind seither eine Reihe von Anforderungen an den Arzt hinzugekommen (man denke an den „mündigen Patienten“ des Internetzeitalters), die die ärztliche Praxis vor neue Herausforderungen stellen.

Zu resümieren ist, dass die Medizin – und hierbei zuvorderst der Arzt – mit Kritik aus verschiedensten Richtungen konfrontiert wird, wobei als aktuellster und wohl größter Krisenherd die Folgen der zunehmenden Vermarktlichung des Gesundheitswesens bzw. die massive, durch die Anforderungen der Ökonomie induzierte Veränderung der Gegenwartsmedizin zu betrachten sind. Im Kanon der vielen kritischen Auseinandersetzungen mit der modernen Medizin sind jedoch direkt auf die ärztliche Tätigkeit Bezug nehmende, über punktuelle Ursachenzuschreibungen hinausgehende Betrachtungen der von verschiedenen Faktoren verursachten maßgeblichen Veränderungen der Parameter des ärztlichen Handlungsfelds deutlich unterrepräsentiert. Als problematisch zu betrachten ist in erster Linie, dass sich der Arzt im zunehmend komplexer werdenden Gefüge

des Gesundheitssystems einer wachsenden Anzahl von sachfremden Erwartungen gegenübergestellt sieht, die seine Handlungsgrundlagen im Kern berühren. Um dies zu verdeutlichen soll, ausgehend von der empirischen Analyse der ärztlichen Tätigkeit, argumentiert werden, dass (und eruiert werden, inwiefern) hierin ernstzunehmende Hinweise auf tief greifende Fehlentwicklungen in der gesellschaftlichen Betrachtung ärztlichen Handelns zu sehen sind.

Ist nun die ärztliche Kunst als vormodernes Relikt oder als ein tatsächlich auch für die moderne Medizin tragfähiges Konzept ärztlichen Handelns zu betrachten? Praktizierte der Arzt früher Kunst und heute Wissenschaft? Hat sich das ärztliche Handeln in seiner Substanz so stark verändert, dass ein als „künstlerisch“ zu beschreibendes Handeln der modernen ärztlichen Tätigkeit inadäquat geworden ist?

Beim genaueren Hinsehen zeigt sich, dass beide – häufig klischeehaft gegenübergestellt – Arztstereotype, das „alte“, häufig romantisierende Bild des Hausarztes gegenüber der technokratischen Konzeption des verwissenschaftlichten High-Tech-Mediziners (ohne behaupten zu wollen, dass es nicht beide Varianten in der empirischen Realität gäbe) keine angemessene Beschreibung für das Gros der heutigen Ärzteschaft bieten. Zweifellos hat sich die Medizin durch den Zuwachs wissenschaftlichen Wissens und durch neue Erkenntnismethoden infolge der Integration von wissenschaftsbasierter Technik in das Repertoire ärztlichen Handelns fundamental geändert. Auch gibt es infolge der Ausdifferenzierung der Medizin Spezialisten, die mit dem „Arzt am Krankenbett“, oder dem „gütigen alten Hausarzt“ (Shorter, 1991, S. 48), wenn überhaupt, äußerlich und möglicherweise auch arbeitsinhaltlich nur noch entfernte Verwandtschaft aufweisen, die aber dennoch unstreitig erfolgreiche Mediziner sind. So ist anzunehmen, dass eine Analyse der Tätigkeit des Laborarztes, des Pathologen, des Nanomediziners oder des Arztes in der minimalinvasiven Chirurgie vermutlich in unterschiedlich akzentuierte Kataloge exklusiven professionellen Wissens und Könnens münden würde. Zu unterschiedlich und zu vielschichtig ist die berufliche Realität derer, die mit der Bezeichnung ‚Arzt‘ umfasst sind, als dass eine pauschale und für alle Spezialgebiete der Medizin erschöpfende Antwort auf die Frage „Was bedeutet heute ärztliche Kunst?“ gegeben werden könnte. Wohl aber können hinsichtlich zentraler Aspekte ärztlichen Handelns im Rahmen des „klassischen“ ärztlichen Tätigkeitsspektrums, als solches die Bereiche der direkten Arzt-Patient-Interaktion, der Gestaltung des diagnostischen und therapeutischen Prozesses und die Nutzung von Medizintechnik gelten, Kriterien „guten“ ärztlichen Handelns im Sinne einer ‚ärztlichen Kunst‘ benannt werden.

Mit der Auswahl des empirischen Gegenstands, der Erforschung ärztlichen Handelns im Rahmen ihres Kernfeldes, der krankenhausmedizinischen Versorgung und der niedergelassenen hausärztlichen Praxis, wird sich bewusst ins Zentrum der Domäne der etablierten „Schulmedizin“ begeben, um die Spezifik dieses Handlungsfelds herausarbeiten zu können und sie in Kontext mit der Kritik an der modernen Medizin und schließlich „aktuellen Problemfeldern“ stellen zu können. Hierbei wurde mit dem Schwerpunkt der Inneren Medizin ein möglichst vielfältiges, heterogene Aktivitäten umfassendes Handlungsfeld ausgewählt, welches zusätzlich durch die Integration von Interviewpartnern aus dem Bereich der Chirurgie und der Psychiatrie, als zwei möglichst gegensätzliche Spezialfelder, kontrastiert wurde. Ziel ist eine inhaltliche und empirische Präzisierung und Fundierung des Konzepts jenseits der oftmals nur deskriptiv im Sinne von Oberflächenbeschreibungen verwendeten Begriffe ‚ärztlicher Blick‘ und ‚ärztliche Intuition‘ wie auch seine angemessene Verortung unter den Bedingungen einer verwissenschaftlichten, technisierten und ökonomisierten Medizin. Unter Rückgriff auf historische Diskurse sowie klassische und aktuelle Forschungsarbeiten zum ärztlichen Wissen und Handeln wird zunächst die Auflösung des tradierten professionellen Referenzsystems der ärztlichen Kunst zugunsten einer stark verwissenschaftlichen Selbstbeschreibung aufgezeigt, die sich – ganz im Sinne des Leitbilds rationalen, wissenschaftsbasierten Handelns – als Orientierungsgröße für die gesundheitspolitische Arbeitsgestaltung (vgl. Gerlinger & Stegmüller, 2009) sowie die gesellschaftliche Erwartung an den Arzt etabliert hat. Im Rahmen dieses Leitbilds erscheint die ärztliche Kunst in ihrer Unschärfe und Subjektgebundenheit als kaum anschlussfähig und wird, zuspitzend formuliert, zum „Störfaktor“ einer auf Effizienz getrimmten pauschalierten Dienstleistungsmedizin. Entgegen diesen Betrachtungen ist es das Ziel der vorliegenden Arbeit, darzulegen und empirisch zu begründen, dass sich ärztliches Handeln nur unvollständig als objektivierendes Handeln im Sinne eines wissenschaftlich und ökonomisch rationalen Handelns fassen lässt. Zur Analyse der Grenzen objektivierenden Handelns bei der ärztlichen Tätigkeit erscheint der Rekurs auf die historische Kategorie ‚ärztliche Kunst‘ und deren handlungstheoretische Fundierung gewinnbringend. Handlungsweisen, die einer ärztlichen Kunst zuzurechnen sind, können so nicht nur als durch das systemische Leitbild „bedroht“, sondern auch als unverzichtbarer Bestandteil professionellen ärztlichen Handelns aufgezeigt werden.

Ausgangspunkt der Untersuchung ist eine umfassende Einführung in langfristige innermedizinische Entwicklungsprozesse sowie die gesundheitspolitischen Umwälzungen der vergangenen Jahrzehnte, durch welche die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit erheblich modifiziert wurden. Der gesellschaftliche

Bereich der gesundheitlichen Versorgung und speziell das System der Medizin stellt sich als in besonders durchdringender Form von Prozessen der Verwissenschaftlichung, Ökonomisierung, Technisierung und (als deren Konsequenz) auch Standardisierung berührt dar. Über den Befund eines „Spannungsfelds“ unterschiedlicher Rationalitäten hinausgehend werden die drei Makrotendenzen ‚Verwissenschaftlichung‘, ‚Technisierung‘ und ‚Ökonomisierung‘ des ärztlichen Handlungsfelds vorgestellt und in ihrer Wechselbezüglichkeit entfaltet. Dabei wird die These begründet, dass die drei Makrodynamiken trotz Unterschieden hinsichtlich ihres Inhalts und der ihnen immanenten Logiken gleichwohl eine übergreifende Gemeinsamkeit enthalten. Es ist dies die Tendenz zur Forcierung einer Standardisierung ärztlichen Handelns im Sinne von dessen Objektivierung und Formalisierung. Auf dieser Grundlage wird im Weiteren der Frage nachgegangen, in welcher Weise sich mit dieser Entwicklungstendenz der Objektivierung und Formalisierung ärztlichen Handelns zugleich eine Bedrohung wesentlicher Kernelemente ärztlichen Handelns bzw. der ‚ärztlichen Kunst‘ verbindet.

In Kap. 2 wird eine Aufbereitung des Forschungsstands und der theoretisch-konzeptuellen Grundlagen erfolgen, hierbei Konzepte „anderen“ Wissens und Handelns vorgestellt und für die vorliegende Arbeit synthetisiert. Eingeführt wird hiermit der für die vorliegende Arbeit zentrale Gedanke eines empirisch unterscheidbaren „objektivierenden“ und „subjektivierenden“ Handelns als zwei differente Handlungsstile im Rahmen des handlungstheoretischen Konzepts des subjektivierenden Arbeitshandelns.

Das Kap. 3 widmet sich unter theoriegeleitetem Fokus der empirischen Untersuchung der ärztlichen Praxis. Zunächst wird in Vorarbeit zur eigenen empirischen Untersuchung eine maßgebliche empirische Pionierarbeit zum ärztlichen Handeln, die Studie „Ärztliche Praxis“ (Schachtner, 1999), hinsichtlich der Kategorien objektivierenden und subjektivierenden Handelns reinterpretiert. Als Ergebnis der eigenen empirischen Untersuchung kann durch die Anbindung an das Konzept des subjektivierenden Handelns eine handlungstheoretisch informierte Konturierung der ärztlichen Praxis geleistet werden. Facetten der ärztlichen Kunst, wie der ‚ärztliche Blick‘, die ‚ärztliche Intuition‘ und der ‚ärztliche Eindruck‘ werden somit handlungstheoretisch erklärbar und als besondere Form von Professionalität beschreibbar, die in der Praxis unverzichtbar ist. Weiterhin zeigen die empirischen Befunde das situationsspezifische Zusammenspiel objektivierender und subjektivierender Handlungselemente als Charakteristikum der ärztlichen Tätigkeit auf. Dieser Befund kann in Abhängigkeit der spezifischen Handlungsanforderungen (Gespräch mit dem Patienten, körperliche Untersuchung, Einsatz von Medizintechnik, Diagnosefindung und Therapie) weiter differenziert werden. Insbesondere Situationen, die als unwägbar, von einer Vielzahl individueller

Variablen abhängige Praxis zu beschreiben sind, profitieren in hohem Masse von subjektivierenden Handlungsweisen. Dies gilt nicht nur für die kommunikativen Aspekte ärztlichen Handelns, sondern auch für scheinbar instrumentelle Verrichtungen im Umgang mit Medizintechnik oder mit „objektiven Daten“. Die Kontrastierung von Ärzten unterschiedlicher Altersstufen lässt zudem Differenzen im Handlungsstil erkennen, die die Befähigung zu subjektivierendem Handeln als Merkmal erfahrener Ärzte ausweist, während „Anfänger“ generell enger am Raster standardisierter Handlungsabläufe und formaler Kriterien, somit objektivierend, agieren. Der Erwerb von Fähigkeiten, die gemeinhin als ‚ärztliche Kunst‘ umschrieben werden, kann so empirisch als erfahrungsbasierter Lernprozess aufgezeigt werden.

Abschließend sind im Kap. 4 anhand der empirischen Befunde Rückschlüsse in Bezug auf die Ausgangsthese einer zunehmenden Überformung originär ärztlicher Handlungslogiken durch Prozesse der Verwissenschaftlichung, Technisierung und Ökonomisierung zu ziehen. Die eingangs dargestellten Makrotendenzen werden als Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns bzw. die These einer hierdurch induzierten Verdrängung der ärztlichen Kunst mit den empirischen Befunden der vorliegenden Untersuchung konfrontiert, in diesem Zusammenhang „aktuelle Problemfelder“ benannt. Die handlungstheoretische Fundierung der ärztlichen Praxis als vielfach subjektivierendes Handeln bestätigt die (Ausgangs-) These, dass die originär ärztliche Handlungslogik nur begrenzt mit den (objektivierenden) Dynamiken der Verwissenschaftlichung, Technisierung und Ökonomisierung, bzw. allgemeiner, der Formalisierung ärztlichen Handelns kompatibel ist. Ausgehend von der Analyse der ärztlichen Tätigkeit ist somit eine Kritik der makrostrukturellen Entwicklungstendenzen ableitbar, die die im Rahmen der Darstellung der Kontextbedingungen ärztlichen Handelns aufgegriffenen Betrachtungen durch ihren direkten Bezug zur ärztlichen Tätigkeit erweitert. Die empirische Untersuchung verweist nachhaltig darauf, dass das professionelle Fähigkeitsensemble der ‚ärztlichen Kunst‘ nicht als vormoderner, traditioneller Restbestand zu betrachten ist, der durch immer intelligentere Formen des Wissenstransfers und der betriebswirtschaftlichen Steuerung ersetzt und optimiert werden kann. Handlungsweisen, die als subjektivierendes Handeln einer ärztlichen Kunst zuzurechnen sind, können nicht nur als durch das systemische Leitbild „bedroht“ aufgezeigt werden, sondern sind darüber hinaus als zentrale Elemente professionellen ärztlichen Handelns in Bezug auf zukünftige Herausforderungen einer ökonomischen und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung als bewahrens- und förderungswert zu betrachten.

Literatur

- Anschütz, F. (1987). *Ärztliches Handeln. Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen, Widersprüche*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Badura, B., & Feuerstein, G. (1996). Krisenbewältigung durch Systemgestaltung. In B. Badura, G. Feuerstein (Hrsg.), *Systemgestaltung im Gesundheitswesen: Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung* (S. 9–20). Juventa.
- Gerlinger, T., & Stegmüller, K. (2009). Ökonomisch-rationales Handeln als normatives Leitbild der Gesundheitspolitik. In U. H. Bittlingmayer, D. Sahrai, & P.-E. Schnaber (Hrsg.), *Normativität und Public Health* (S. 135–161). VS.
- Kathan, B. (2002). *Das Elend der ärztlichen Kunst. Eine andere Geschichte der Medizin*. Kadmos.
- Lown, B. (2002). *Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken*. Schattauer.
- Lüth, P. (1974). *Sprechende und stumme Medizin. Über die Patienten-Arzt-Beziehung*. Campus.
- Nager, F. (1999). Intuition: Brücke von der Heiltechnik zur Heilkunst. In B. Ausfeld-Hafter (Hrsg.), *Intuition in der Medizin. Grundfragen zur Erkenntnisgewinnung* (S. 149–162). Lang.
- Ratheiser, K. (2006). *Dauerfeuer. Das verborgene Drama im Krankenhausalltag*. Suhrkamp.
- Schachtner, C. (1999). *Finführung in die computergestützte Analyse: Ärztliche Praxis. Die gestaltende Kraft der Metapher*. Suhrkamp.
- Schölmerich, P. (1988). *Wandel im Selbstverständnis der Medizin* (S. 4–24). Akademie der Wissenschaften und der Literatur.
- Shorter, E. (1991). *Das Arzt-Patient-Verhältnis in der Geschichte und heute*. Picus.
- von Troschke, J. (2004). *Die Kunst ein guter Arzt zu werden*. Huber.

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Entwicklungen im Gesundheitssystem und deren Rückwirkungen auf das ärztliche Handeln	1
1.1	Verwissenschaftlichung der ärztlichen Praxis	2
1.2	Technisierung der ärztlichen Praxis	30
1.3	Ökonomisierung: Vom Gesundheitswesen zum Gesundheitsmarkt – vom Arzt zum Kaufmann- vom Patient zum Kunden?	54
1.4	Standardisierung ärztlichen Handelns (und Verdrängung ärztlicher Kunst) als Effekt der drei Makrotendenzen	72
	Literatur	78
2	Die „andere“ Seite ärztlichen Handelns	85
2.1	Erforschung ärztlicher Expertise im Kontext allgemeiner kognitionspsychologischer Forschung – prominenteste Ansätze und Meilensteine	86
2.2	„State of the Art“ zum ärztlichen Wissen und Handeln – Konzepte und Befunde	111
2.3	Erweiterung der Vorstellung planmäßig-rationalen Arbeitshandelns	145
2.4	Darstellung des Konzepts: „Objektivierendes“ und „Subjektivierendes“ Handeln	160
	Literatur	167
3	Empirische Untersuchung der ärztlichen Praxis	175
3.1	Handlungstheoretische Reinterpretation der Studie „Ärztliche Praxis. Die gestaltende Kraft der Metapher“ (1999) von Christina Schachtner	176

3.2	Reflexionen zur Studie „Ärztliche Praxis“ und Anknüpfungspunkte für die eigene empirische Untersuchung	189
3.3	Konzeption und Rahmenbedingungen der eigenen empirischen Studie	192
3.4	Ärztliche Praxis als objektivierendes und subjektivierendes Handeln	205
3.4.1	Die Erstbegegnung zwischen Arzt und Patient	205
3.4.2	Die körperliche Untersuchung	229
3.4.3	Techniknutzung	236
3.4.4	Der abschließende Diagnoseprozess	246
3.4.5	Therapiegestaltung	265
3.4.6	Die ‚Ärztliche Kunst‘ und der ‚Gute Arzt‘ in der Reflexion des Samples	271
3.4.7	Zentrale Ergebnisse der handlungstheoretischen Untersuchung	276
	Literatur	285
4	Schlussbetrachtung: Ärztliche Kunst und aktuelle Problemfelder	287
4.1	Diskrepanzen zwischen ärztlicher Praxis und Entwicklungen im Gesundheitssystem	288
4.2	Perspektiven der ‚Ärztlichen Kunst‘	299
	Literatur	301
	Weiterführende Literatur	303

Über die Autorin



Dr. Tanja Merl Jahrgang 1978 Studium der Diplom-Soziologie/LMU München Promoviert zum Dr. phil. Universität Augsburg 2011 Seit 2009 Mitglied der Forschungseinheit für Sozioökonomie der Arbeits- und Berufswelt, Philosophisch- Sozialwissenschaftliche Fakultät der Universität Augsburg, derzeit wiss. Mitarbeiterin im BMBF- Projekt „LedivA- Leistungsregulierung digital vernetzter Arbeit“. Forschungsschwerpunkte: Dienstleistungsforschung Wandel der Erwerbsarbeit im Zuge der Digitalisierung Gesundheitsprävention & Arbeitsgestaltung Medizinsoziologie & Professionssoziologie der Gesundheitsberufe.

Kontakt: drtmerl@mail.de



Allgemeine Entwicklungen im Gesundheitssystem und deren Rückwirkungen auf das ärztliche Handeln

Beginnend mit einer historischen Darstellung des Transformationsprozesses der Medizin von der Heilkunst zur medizinischen Wissenschaft werden Grundgedanken und Elemente der antiken Heilkunst sowie deren Überformung durch wissenschaftliche und technische Denkweisen im 19. Jahrhundert nachgezeichnet. Eine Zäsur in der Betrachtung ärztlichen Handelns, im Rahmen derer dieses zunehmend bis ausschließlich nach wissenschaftlichen Maßstäben bewertet wird, ist spätestens in der Mitte des 20. Jahrhunderts anzusiedeln (vgl. Shorter, 1991). Das Feld der Medizin war bis zu diesem Zeitpunkt keine reine Domäne der Naturwissenschaften, da im Rahmen der „Heilkunde“ auch nicht-wissenschaftliche Wissensformen nicht nur Anwendung, sondern auch Anerkennung fanden. Dargestellt werden die historische Genese wie auch die Auswirkungen des verwissenschaftlichten „medizinischen Blicks“ als Repräsentant einer sich im engen Sinne naturwissenschaftlich definierenden Handlungspraxis. Indikatoren für Prozesse der Verwissenschaftlichung finden sich nicht erst in der Gegenwart, jedoch bringt die Einführung der evidenzbasierten Medizin in pronociertester Form diese Entwicklungen auf den Punkt. So mögen Methoden der Wissensobjektivierung und Handlungsalgorithmisierung bzw. eine durch die Standardisierung von Diagnose und Therapieentscheidungen erreichbare Komplexitätsreduktion angesichts des exponentiell ansteigenden Umfangs theoretischen Fachwissens notwendig erscheinen, im Rahmen einer vielschichtigen und wenig planbaren Praxis ist ihnen jedoch mit einer gewissen Grundskepsis zu begegnen.

Auch die Folgen der Technisierung ärztlichen Handelns bzw. die Konsequenzen der „Dominanz der technischen Orientierung in der Medizin“ (Weishaupt, 1994, S. 239) für die Betrachtung der ärztlichen Tätigkeit sind kritisch zu hinterfragen. Der Einsatz von Medizintechnik als „Königsweg“ der Erkenntnis erscheint nicht nur volkswirtschaftlich fragwürdig, sondern vor allem als

kaum mehr hinterfragte Entwicklung und schließlich Zementierung des modernen medizinischen Bezugsrahmens des „biomedizinischen Modells“ und des diesem zugrunde liegenden reduktionistischen und objektivistischen Körperbilds (vgl. ebd., S. 245 f.).

Mit der Ökonomisierung bzw. Vermarktlichung des Gesundheitssystems in den vergangenen Jahrzehnten, deren direkte Auswirkungen auf das System der medizinischen Versorgung und das ärztliche Handeln ausführlich dargelegt werden, wird die ärztliche Praxis schließlich mit den Anforderungen einer betriebswirtschaftlichen Leistungssteuerung konfrontiert. Hinterfragt wird auch die zu erkennende Tendenz der Bewertung der ärztlichen Tätigkeit anhand formaler Kriterien, gleichzeitig werden populäre zeitgenössische Rollenkonzepte wie das des Arztes als „Dienstleister“, des Patienten als „Kunde“ oder als „mündiger Patient“ genauer unter die Lupe genommen.

Das Kapitel schließt mit der Erläuterung der These der Verdrängung der ‚ärztlichen Kunst‘ im Zuge der durch die Makrotendenzen forcierten Objektivierung und Formalisierung ärztlichen Handelns.

1.1 Verwissenschaftlichung der ärztlichen Praxis

Der gegenwärtig festzustellende Grad der Verwissenschaftlichung nicht nur der ärztlichen Handlungsgrundlagen, sondern auch der ärztlichen Praxis, steht in der Kontinuität einer langen Entwicklungsgeschichte der Medizin, als deren Radikalisierung oder „Zuspitzung“ (Borgetto & Kälble, 2007, S. 173) die innermedizinische Strömung der „evidenzbasierten Medizin“ zu betrachten ist. Die Medizin erfuhr im Zuge der großen Entdeckungen der Naturwissenschaften im 19. Jahrhundert sicherlich ohne Übertreibung eine Revolutionierung ihrer Handlungsgrundlagen auf naturwissenschaftlichem Fundament. Durch bahnbrechende wissenschaftliche Entdeckungen konnten Krankheitserscheinungen nun in ihrer Kausalität verstanden und durch naturwissenschaftlich fundierte Therapien zunehmend beherrschbar gemacht werden. Ein Blick in die Medizingeschichte zeigt, dass sich nicht nur die medizinische Wissenschaft, sondern auch das ärztliche Handeln seither zunehmend an naturwissenschaftlichen Prinzipien der Erkenntnisgewinnung orientierte (vgl. Weishaupt, 1994, S. 240 f.) bzw. nicht nur die Erkenntnisse, sondern auch die Methoden der Naturwissenschaften (vgl. Marckmann, 2003, S. 63) übernahm. Die einstige erfahrungsbezogene Heilkunde wird spätestens im 20. Jahrhundert, in welchem der Durchbruch ärztlichen Therapieerfolgs im Verbund mit der wohlstandsabhängigen Verbesserung der Lebens-

Arbeitsbedingungen maßgeblich zu einer Verlängerung der allgemeinen Lebenserwartung bis hin zu ihrer statistischen Verdopplung beitrug (vgl. Anschütz, 1987, S. 4–5), zur „angewandten (Natur-) Wissenschaft“ (ebd.) erklärt und wurde schließlich zu einem Vorzeigefeld wissenschaftlich-technischen Fortschritts.¹

So unstrittig die Erfolge der wissenschaftsbasierten Medizin sind, gilt es dennoch im Rahmen einer kritischen Auseinandersetzung auch die Schattenseiten einer positiven Entwicklung nicht aus der Betrachtung auszuklammern. Als solche muss die Überformung der traditionellen Medizin durch das „biomedizinische Modell“ sowie die in diesem angelegte Engführung der Vorstellung des menschlichen Organismus bzw. von Krankheit als einem primär organischen, kausal determinierten Defekt, der mit modernster Technik zu beheben sei, bzw. das wissenschaftlich-objektive Krankheitsverständnis mit der Vorstellung, dass „Krankheiten objektiver Natur sind und man diese gleichsam automatisch erkennen kann, wenn man über das dazu nötige Wissen verfügt“ (Sing, 2007, S. 21), gelten. Als Ausgangspunkt für die unter diesem Aspekt auch problematische Verwissenschaftlichung der ärztlichen Praxis muss das biomedizinischen Modell differenziert bewertet werden, so als „segensreiche Utopie“ für eine leistungsfähige Medizin, die noch kein vergleichbar konkurrenzfähiges Konzept hervorgebracht hat (vgl. Rothsuh, 1978, S. 447–448), dessen Ablösung zugunsten eines möglicherweise auch in Bezug auf zukünftige Herausforderungen tragfähigeren Leitbildes jedoch vielfach gefordert wird. Grenzen des biomedizinischen Modells werden nach anfänglicher Euphorie über den sprunghaften Fortschritt offenkundig- sei es hinsichtlich der diesem immanenten Selbstlimitierung der Erkenntnismöglichkeiten oder auch der Folgeprobleme und Auswirkungen einer in diesem Sinne gestalteten ärztlichen Praxis anzustreben sei eine erweiterte Vorstellungen vom Menschen, seinem Körper und Krankheit mit dem Ziel „eines angemesseneren und humaneren Umgangs mit Problemen, die das heute vorherrschende Krankheitsspektrum aufwirft“ (Weishaupt, 1994, S. 247).

Im zwanzigsten Jahrhundert werden in der Medizin aus Kunst und Wissenschaft entgegengesetzte Pole. Für die Medizin als Anwendungsfeld wissenschaftlichen Wissens in besonderem Maße relevant erscheint die Betrachtung des komplexen Verhältnisses von „methodisch kontrolliert erzeugte(m), überprüfbar(m) und verallgemeinerungsfähige(m) explizite(m) Wissen“ (ebd.) und

¹ Einzubetten sind die Entwicklungen der modernen Medizin in übergeordnete gesamtgesellschaftliche Entwicklungstendenzen der wissenschaftsbasierten Rationalisierung.

„anderen Wissensformen“. So gestaltet „sich die Beziehung zwischen Wissenschaft und Medizin keineswegs trivial“ (Vogd, 2004a, S. 195)². „Die Faszination der Naturwissenschaft“ (Anschütz, 1987, S. 181) besteht für die Medizin sicherlich nicht zuletzt darin, dass sie durch ihre Assoziation mit dem Wahrheitsbegriff Unsicherheiten und Ambivalenzen im ärztlichen Handeln zu beseitigen verspricht. Dass die Übernahme der naturwissenschaftlichen Sichtweise auch eine Begrenzung für die ärztliche Erkenntnis darstellt, wird dabei vielfach ausgeblendet. Die Ansicht, dass ärztliches Handeln im naturwissenschaftlichen Denkstil nicht aufgeht, wird jedoch von vielen maßgeblichen Ärzten des 19. und 20. Jahrhunderts geteilt (vgl. Anschütz, 1987, S. 180). Insbesondere dem Totalanspruch der ausschließlich naturwissenschaftlich definierten Medizin wird mit äußerster Skepsis begegnet. Trotz der vielfach auch aus den Reihen der ärztlichen Profession stammenden kritischen Stimmen bleibt jedoch die Auseinandersetzung mit den wissenschafts- und erkenntnistheoretischen Grundlagen des eigenen Fachs in der Medizinteorie bislang unterreflektiert.

Techné: Die antike Heilkunst, der Arzt als „Heilkünstler“

Um ein tieferes Verständnis der Konsequenzen der Verwissenschaftlichung der Medizin entfalten zu können, erscheint zur Klärung grundsätzlicher Fragen nach Wesen und Beschaffenheit der ‚ärztlichen Kunst‘ zunächst die Beschäftigung mit den historischen Wurzeln der ärztlichen Kunstlehre, wie auch die Betrachtung der sozialen und speziell wissenschaftlich-technischen Konstellationen, die den tief greifenden Wandel des ärztlichen Selbstverständnisses ausgelöst haben, lohnenswert. Ein erster Schwerpunkt des Erkenntnisinteresses ist daher die Konturierung des Wesens einer sich als „Heilkunst“ verstehenden vorwissenschaftlichen Medizin in ihren Ursprüngen und Grundlagen, bevor der Transformationsprozess des traditionellen Leitgedankens in das Bild des technokratischen Wissenschaftlers dargestellt wird.

Die traditionelle Konzeption der Medizin als „Kunst“ wurzelt in der antiken griechischen Medizin, die sich im 5. Jahrhundert vor Beginn der modernen Zeitrechnung

² Als Phänomen „reflexiver Verwissenschaftlichung“ wird von Wagner (1995) die „Krise der Medizin“ bzw. „Krise ihrer wissenschaftlichen Methodengewissheit“ infolge des immensen Zuwachses an wissenschaftlich fundiertem Wissen in der Medizin thematisiert. Als solche kann mit der Perspektive der Theorie der Reflexiven Modernisierung (Beck et al., 1994) eine Radikalisierung der Entwicklung der gesellschaftlichen Verwissenschaftlichung, im Rahmen derer das System der Wissenschaft mit den von ihm erzeugten Folgeproblemen konfrontiert wird, verstanden werden. Als Resultat der Verwissenschaftlichung und Technisierung ärztlichen Handelns werde die für das ärztliche Handeln charakteristische Unsicherheit ärztlicher Praxis nicht aufgelöst, sondern vielmehr von „einfachen“ in „reflexive“ Unsicherheiten transformiert (vgl. Wagner, 1995, S. 267), die kaum einfacher zu bewältigen sein dürften.

selbst als „*Techné*“, „Heilkunst“ und „Handwerkskunst“, definierte. Mit der Verabschiedung von übernatürlichen und religiösen Konzepten von Krankheit ist die antike griechische Medizin als Fundament einer modernen Medizin zu betrachten (vgl. Porter, 2000, S. 53–54). Als „Einheit von Erfahrungs- und Theoriewissen“ (Sing, 2007, S. 33), „*Theoria*“ und „*Pragma*“, wird die *Techné* zum ersten umfassenden Konzept der Medizin (vgl. Sing, 2007, S. 33). Dieses enthält bereits jene zwei Elemente einer angewandten Wissenschaft, die bis heute als wesentliche Komponenten ärztlichen Handelns zu betrachten sind und die erst mit der Übernahme der Definitionsmacht durch die wissenschaftliche Medizin ein Spannungsfeld erzeugen.

Gebündelt wird mit dem Begriff *Techné* ein heterogener Bestand an Fähigkeiten und Fertigkeiten, der sowohl medizinisches Wissen als auch ärztliches Handeln und Verhalten umfasst (vgl. Heidel, 2008, S. 117). *Techné* kann im Sinne einer „praktischen Wissenschaft“ als „Werkzeug“ verstanden werden, einen bestimmten Bereich „verstandesmäßig zu beherrschen“ (Kölbing, 1977, S. 97). Jedoch werden auch und vor allem erfahrungsbezogene Wissensformen, wie die personengebundene Erfahrung des Arztes sowie seine subjektive Wahrnehmung, wie hier in der Umschreibung von Aristoteles, hervorgehoben: „Die Kunst entsteht dann, wenn sich aus vielen durch die Erfahrung gegebenen Gedanken eine allgemeine Annahme über das Ähnliche bildet“ (Neuweg, 1999, S. 265).

Als Begründer der Heilkunde – sowie als „Wegbereiter“ (Otte, 1995, S. 14) der abendländischen wissenschaftlichen Medizin – ist Hippokrates zu betrachten, dessen Gedankengut die Medizin bis in die Neuzeit hinein prägte (vgl. Bodamer, 1962, S. 120). Mit dem Namen Hippokrates wird in erster Linie der „Hippokratische Eid“ (siehe dazu: Porter, 2000, S. 63) assoziiert. Als Kodifizierung von Vorstellungen über den idealen Arzt bildet dieser den Grundstein der ärztlichen Ethik, der Lehre vom richtigen bzw. unerlaubten Handeln des Arztes, die bis in die Gegenwart (zumindest im normativen Sinn) die Vorstellung des Arztes als nach moralischen Prinzipien Handelndem und Entscheidendem prägt³. Die prominenteste Formel des Eides „*Primum non nocere*“, bzw. „*nihil nocere*“, „Zum Wohl des Patienten, nie zu dessen Schaden“, wird zur zentralen Handlungsmaßgabe für die Ärzte der Antike und darüber hinaus. Die von Hippokrates und seinen Nachfolgern geschaffene Schriftensammlung „*Corpus Hippocraticum*“ zeugt von einem komplexen Theoriegebäude, das Vorstellungen über Natur, Krankheit und die ärztliche Rolle integriert (vgl. Schipperges et al., 1978, S. 235–240). Natur und Umwelt enthalten einen zentralen Stellenwert in der Krankheitslehre, in welcher die Krankheit

³ Vergessen werden darf in diesem Zusammenhang nicht, dass es sich hierbei um regulative Selbstbilder einer Profession handelt, die bei Professionalisierungsprozessen eine erhebliche Rolle spielen (vgl. Göckenjan, 1992, S. 118–119).

nicht länger „als abstrakte Wesenheit verstanden, sondern aus der Lebensweise und den Umständen des einzelnen Organismus heraus gedeutet“ (ebd., S. 236) wird. Vereint werden im „hippokratischen System“ sowohl mystische Vorstellungen als auch empirische und kausalanalytische Zugänge. So wurde im Rahmen der lange einflussreichen Säftelehre die Vielfalt von Krankheiten und Heilungsmöglichkeiten aus der „Pluralität von Elementen- und Säftekonstellationen“ (ebd., S. 238), die es in Harmonie zu bringen gelte, abgeleitet. Krankheit lässt sich in der hippokratischen Heilkunst vor allem als „klinisch fassbare Geschichte des einzelnen Falls erklären“ (ebd., S. 239). So spezialisierten sich die hippokratischen Mediziner auf die ein „enges Arzt-Patient Verhältnis“ (Porter, 2000, S. 10) befördernde „Medizin am Krankenbett“, die vor allem das häufige Besuchen und sorgfältige Untersuchen des Kranken beinhaltete (vgl. ebd., S. 58). Aus der präzisen Beobachtung von Krankheitsverläufen, akribisch („Akribeia“) dokumentiert, entsteht so nach und nach die Zeichenlehre der „Symptomalogie“ (vgl. Schipperges et al., 1978, S. 240), die bestimmte „Krankheitsmuster“ (Porter, 2000, S. 60) erkennen lässt. Im Zentrum ärztlichen Handelns stand die „individuell-historische Schau“ (Schipperges et al., 1978, S. 240) sowie der systematische Vergleich des Einzelfalls mit den klassischen Krankheitsbeschreibungen von Hippokrates. Als „patientenorientiert“ (Porter, 2000, S. 60) fokussiert die Heilkunst in erster Linie das „Unwohlsein“ (ebd.), d. h., das subjektive Befinden des Patienten. Es wurde sich „viel Zeit für die Beschwerde“ genommen, teilweise die gesamte Lebensgeschichte des Patienten aufgenommen (vgl. Shorter, 1991, S. 18). Die umfassende Anamnese, in der der Arzt „nach allen Einzelheiten fragen“ (Porter, 2000, S. 61) soll, bildete in der Antike den Kern der vorwissenschaftlichen Heilkunst und auch der medizinischen Ausbildung.

Der hippokratischen Heilkunst liegt eine später als „ganzheitlich“ bezeichnete Orientierung zugrunde, indem sie „aus Lebensweise, Wohnung, Arbeit und Ernährungsgewohnheiten des Patienten ein Profil erstellt“ (Porter, 2000, S. 61). Zur ausführlichen Anamnese war zudem der „Gebrauch geschulter Sinne“ unverzichtbar (vgl. ebd.), so z. B. im Rahmen der hippokratischen Krankenuntersuchung, bei der der Geruch von Ausscheidungen als Hinweis auf Erkrankungsursachen beurteilt wurde. Hierbei wird den hippokratischen Medizinern ausgesprochener „klinischer Scharfsinn“ (Porter, 2000, S. 62) zugesprochen, der auch, worauf das bekannte Wort der „Facies Hippocratica“ (ebd.) hinweist, im Bereich der Blickdiagnostik äußerst erfolgreich war. Bedeutsamer als die Diagnose war den hippokratischen Medizinern die Prognose als „Kunst der Voraussicht“ (ebd.), die für das hippokratische Denken merkmalsgebend ist (vgl. Schipperges et al., 1978, S. 240)- dies auch aus Gründen der professionellen Abgrenzung gegenüber „Wahrsagern und Quacksalbern“ (vgl.

Porter, 2000, S. 62). Auch im „Übergewicht der Prognose über die Diagnose“ (Schipperges et al., 1978, S. 240) wird erneut das Motiv der Patientenorientierung deutlich, in dessen Zentrum die Entwicklung therapeutischer Möglichkeiten durch Antizipation der Krankheitsentwicklung steht. Ein erfolgreiches Beispiel und zugleich ein „frühes rationales Modell von Krankheit“ stellt das Konzept der Wunde dar, durch welches Ursache und Wirkung auf Grundlage empirischer Beobachtungen benannt und hierauf aufbauend schließlich therapeutische Strategien im Sinne einer „Wundarzneikunst“ entwickelt werden konnten (vgl. ebd., S. 232). Insgesamt ist die hippokratische Praxis in Ermangelung wirksamer Heilmethoden jedoch im Hinblick auf die Therapie als zurückhaltend einzustufen. Im kurativen Sinne behandelt werden konnten lediglich „chronische Beschwerden und kleinere Gebrechen“ (Porter, 2000, S. 10). Auch wenn das „Handwerk“, das sich in der Erfindung der Disziplin der Chirurgie niederschlägt, zum festen Bestandteil der hippokratischen Medizin wird, nimmt es im Rahmen der tendenziell konservativen Behandlungstradition einen nachrangigen Stellenwert ein (vgl. ebd., S. 59–60). Ihr Fokus ist eher, wie man heute sagen würde, auf Prävention gerichtet, indem Empfehlungen zur gesunden Lebensweise wie Diät, Ernährung und Lebensgewohnheiten (vgl. Kölbing, 1977, S. 96) gegeben wurden. Im Rahmen einer Heilkunst, die „lediglich das Streben der Natur nach Wiederherstellung ihrer Harmonie“ (Schipperges et al., 1978, S. 235) anvisiert, wird der Arzt als Unterstützer natürlicher Prozesse konzipiert. Mit der hippokratischen Interpretation von Heilkunst: „Die Heilkunst umfasst Dreierlei: Die Erkrankung, den Kranken, den Arzt. Der Arzt ist Diener der Kunst. Der Kranke muss zusammen mit dem Arzt gegen die Krankheit sich wehren.“ (zitiert u. a. in Kölbing, 1977, S. 100) wird zudem die starke Stellung eines engen Arzt-Patient-Verhältnisses als Kernelement der hippokratischen Medizin akzentuiert.

Knapp 700 Jahre später werden im zweiten Jahrhundert die Grundlagen der hippokratischen Heilkunst von dem in Rom praktizierenden griechischen Arzt Galen in Richtung einer stärkeren wissenschaftlichen Fundierung der Krankheitslehre weiterentwickelt. Sein Ziel ist die Entwicklung einer „Theorie der Medizin“, die sich aus den zwei Komponenten der beobachtenden Erfahrung („Empeiria“) und des verstandesmäßigen Denkens („Logismos“) zusammensetzt. Erhalten bleiben ein starker Naturbegriff in Sinne der Betrachtung der Natur als „bildende“, „künstlerisch schaffende Kraft“ und „hervorragende und höchste Kunst, die alles zu einem bestimmten Zweck schafft, sodass nichts unnütz oder überflüssig ist und nichts sich so verhält, dass es auf eine andere Art und Weise besser sein könnte“ (vgl. Schipperges et al., 1978, S. 241) sowie die nun weiter ausdifferenzierte Humoralpathologie (Säftelehre) als krankheitserklärendes Konzept (vgl. ebd., S. 242). Noch klarer als zuvor formuliert Galen die Aufgabe, die „Techné“, des Arztes im „Erkennen, Vorsorgen, Helfen“ (ebd., S. 243).

Ein wesentliches Novum durch Galen, der über profunde anatomische Kenntnisse und chirurgische Fähigkeiten verfügte, ist die Einführung der öffentlichen Tiersektion im antiken Rom, die ihm zu wissenschaftlicher Evidenz und enormem Ansehen verhilft. Als „Kunststück“ wurde beispielsweise das Durchtrennen der Halsnerven eines Schweins wahrgenommen. Mit Galen wurde die Methode des Experiments am lebenden Objekt in die Medizin eingeführt, die Funktionsweise des Körpers so wissenschaftlich nachvollziehbar. Er erhob die Philosophie, die er mit den drei Elementen Logik (Disziplin des Denkens), Physik (Wissenschaft der Natur) und Ethik (Wissenschaft vom Handeln) bestimmte, zur Leitwissenschaft der Medizin. Trotz dieser stärker systematischen Ausrichtung blieb auch in der galenischen Medizin weiterhin das Vertrauen des Patienten für den Heilungsprozess unerlässlich. Auch psychosomatische Leiden finden im Krankheitskonzept Galens Berücksichtigung, so die Entdeckung von Pulsrasen als Angst- oder Erregungssymptom, die er in der Abhandlung „Über die Ursachen der Pulsation“ neben der Beschreibung physiologischer Vorgänge von Herz und Arterien beschrieb. Den „doppelschlägigen Puls“ markiert er hierbei z. B. als Zeichen für Herzschwäche. Galen vereinigt somit in sich die Rollen des „guten Kliniklers“ und des „Medizinwissenschaftlers“. Er löste auf der Grundlage seines umfassenden Vermächtnisses Hippokrates als Leitfigur der antiken Medizin ab und wurde für mehr als ein Jahrtausend zur Galionsfigur der Heilkunst (vgl. Porter, 2000, S. 74–78). Mit seinem Tod gingen jedoch einige als herausragend zu bezeichnende Elemente seines umfassenden Heilkunstverständnisses sowie insgesamt weite Teile des Wissens der großen griechischen und römischen Ärzte, die z. B. bereits Opium als Schmerzmittel kannten, Knochenbrüche heilen und Augen operieren konnten (vgl. Koelbing, 1977, S. 94) verloren. In den folgenden tausend Jahren gab es keine nennenswerte Fortentwicklung der Medizin, die jedoch durch Galen ein „solides Fundament“ erhalten hatte (vgl. Otte, 1995, S. 15). Es hielt sich das „Ideal vom gelehrten Arzt, der Wissenschaft, Philosophie und praktische Medizin in sich vereint“ und sich „als persönlicher Begleiter des Patienten“ (Porter, 2000, S. 83) versteht.

Einen außerordentlich langen Nachhall hatte die „Säftelehre“ bzw. später die Humoralpathologie nach Galen, die Krankheit als Verstimmung der Säfte bestimmte (vgl. Anschütz, 1987, S. 103), die erst fast eineinhalb Jahrtausende später durch den „intuitiv-mystischen Außenseiter und Rebell“ (Nager, 1999, S. 156) Paracelsus (1493–1541) vehement infrage gestellt wurde (vgl. Porter, 2000, S. 203). Die Bewertung der Bedeutung von Paracelsus für die Weiterentwicklung der Medizin ist bis heute umstritten und uneinheitlich, wie auch die teils sehr unterschiedliche Einstufung durch die Medizinhistoriker Porter, Schipperges/Seidler/Unschuld und Rothschiuh untermauert. Festzuhalten sind jedoch eine Kontinuität eines starken Naturbegriffs im Rahmen der „Paracelsischen Naturlehre“ (Rothschuh, 1978,

S. 266) sowie die Einführung der Alchimie („Alchimia“) als vierte Säule der Medizin neben der Philosophie, Astronomie und Physik (vgl. Schipperges et al., 1978, S. 262). Paracelsus war der erste, der chemische Vorgänge im menschlichen Organismus erkannte (vgl. Porter, 2000, S. 205) und diese als Krankheitsursachen benannte: „Auch von dem was unsichtbar ist, sollte der Arzt reden, was sichtbar ist, sollte ihm ohnehin bekannt sein.“ (zitiert in: Nager, 1999, S. 156). Dennoch ist nach Porter Paracelsus entgegen der häufigen Darstellung nicht als Begründer der wissenschaftlichen Medizin, sondern auch in dieser Hinsicht als „paradoxe Erscheinung“ einzustufen, da er neben wissenschaftlichen Zugängen auch die Elemente der volkstümlichen Heilkunde und esoterische Vorstellungen integrierte (vgl. (Porter, 2000, S. 204). Aus diesem Grund gilt er als Begründer einer „komplementären Heilkunde“ (Nager, 1999, S. 156) und – wie Porter meint, zu Unrecht – als „Schutzpatron der alternativen Medizin“ (vgl. Porter, 2000, S. 206). Verdeutlicht werden können anhand der Figur Paracelsus die Diskontinuitäten und Widersprüchlichkeiten der Entwicklungsgeschichte der Medizin, in der einzelne „große Ärzte“ und ihre Konzepte und Entdeckungen prägend für ganze Epochen blieben.

Die Hinwendung zur modernen, wissenschaftsbasierten Medizin wird durch die Revolutionierung der Vorstellung von der menschlichen Anatomie, basierend auf – den lange tabuisierten – Sektionen von Menschen⁴ einen entscheidenden Schritt vorangebracht. Als „Begründer“ der neuzeitlichen Anatomie gilt Vesalius (1514–1564), der zu einer umfassenden Korrektur der auf Grundlage von Tiersektionen formulierten galenischen Anatomie gelangt, die unter dem Namen „Fabrica“⁵ 1543 in mehreren Bänden veröffentlicht wurde. Die Anatomie als „Markenzeichen der modernen Medizin“ im 16. Jahrhundert (vgl. Porter, 2000, S. 181–183) wurde in

⁴ So erfolgte bereits 1315 in Bologna durch Mondino die erste öffentliche Sektion eines Menschen. Nicht nur das Interesse an der Anatomie als Grundlagenwissenschaft der Medizin nahm zu dieser Zeit deutlich zu, auch wurden vor allgemeinem Publikum Sektionen zunächst in Kirchen, ab Ende des 16. Jahrhunderts auch in den speziell zu diesem Zweck gegründeten „anatomischen Theatern“ („theatrum anatomicum“) vollzogen, die in erster Linie als „Spektakel“ denn als tatsächlich wissenschaftliche Lehrmaßnahme einzustufen sind. Den öffentlichen Sektionen wird darüber hinausgehend der Charakter von Herrschaftsinszenierungen von Ärzten als „Interpreten der Natur“ attestiert (Kathan, 2002, S. 34). Die Verankerung des Sektionsschauspiels innerhalb des zivilisatorischen Rahmens eines aufwändigen Rituals legitimierte die Tabuverletzung und ermöglichte die Partizipation der Öffentlichkeit an den als Unterhaltungsveranstaltung konzipierten „grausam-schönen Spektakeln“ (ebd.). Der letzte Vorhang im theatrum anatomicum fällt sicherlich nicht zufällig zeitgleich mit der erfolgreich abgeschlossenen Herrschaftsübernahme über die menschliche Natur, die die ärztliche Profession ab dem 19. Jahrhundert exklusiv für sich reklamiert (vgl. Kathan, 2002, S. 42–43).

⁵ Mit dieser Titelwahl („Herstellung“, „Arbeitsraum“) deutet sich nach Kathan bereits die zukünftige Ausrichtung der Medizin an, den menschlichen Körper als komplexes Zusammenwirken analog zur Maschine zu betrachten (vgl. Kathan, 2002, S. 62).

der Folge in die Schulmedizin integriert (vgl. ebd., S. 187). Die im Anschluss an Vesalius erfolgende Ausdifferenzierung der anatomischen Kenntnisse bildet das Fundament des heutigen medizinischen Wissens. Die Methode der Sektion steht darüber hinaus als Symptom für eine folgenreiche Entwicklung der abendländischen Medizin, die als Partialisierung, Objektivierung und Reduktion des menschlichen Körpers bezeichnet werden kann. So lässt sich die Geschichte der Medizin auch als Geschichte des menschlichen Körpers lesen (vgl. Weishaupt, 1994). Bis zur cartesianischen Ära, die den Beginn eines verwissenschaftlichten Körperbilds markiert, wurden Körper, Geist und Seele und Mensch und Natur als Entität konzipiert. Die „immer feinere Untersuchung des Körpers“ führte zu einer „einschränkenden Konzentration auf Teile zulasten des Blicks auf das Ganze“ (Porter, 2004, S. 81). Die ehemalige „black box“ Körper“ (Porter, 2004, S. 86) wurde dem medizinischen Blick sowie dem verdinglichenden Zugriff der modernen Wissenschaftstechnik geöffnet. Die objektivierende Betrachtung des seziierten Körpers und dessen Zergliederung in seine einzelnen Elemente fügte sich fortan optimal in den von der cartesianischen Konzeption des Menschen als Maschine geprägten Zeitgeist (vgl. Kathan, 2002, S. 18–19). Revolutionäre Paradigmenwechsel sind in der Entwicklungsgeschichte der Medizin bis zur Etablierung des wissenschaftlichen Denkstils nicht vorzufinden. Vielmehr sind eine Reihe von Grundkonzeptionen von Krankheit und Heilung über Jahrhunderte in der Ideengeschichte der Medizin parallel präsent, wobei sich die jeweils dominierenden Vorstellungen ablösen (vgl. Schölmerich, 1988, S. 4). Auch ist die Deutung von Krankheit von jeher in hohem Maß Ausdruck des vorherrschenden Weltbilds. So reflektieren die jeweiligen Krankheitskonzeptionen die Vorstellungen archaischer und mystischer Weltdeutungen wie später auch der Religion⁶. So wurde Krankheit in Abhängigkeit des jeweiligen kulturellen Überbaus entweder als Besessenheit von Dämonen, als Ausdruck magischer Kräfte oder als Strafe Gottes⁷ gedeutet (vgl. Rothschuh, 1978, S. 46 f.). Auch die Figur des Arztes in seinem jeweiligen gesellschaftlichen Kontext ist so vielfältig und abwechslungsreich wie die menschliche Kulturgeschichte. Als Magier und Schamanen entsprachen Ärzte dem „animistisch-intuitiven Denken archaischer Kulturen“ (Nager, 1999, S. 154). Bei den hippokratischen Medizinern gingen ärztliche Kunst und die philanthropisch-einfühlsame Rolle des Arztes „als Freund“ (ebd.) untrennbar Hand in Hand. Bei Sokrates und Plato spielte der „kommunikative und dialoggewandte doctor“ (ebd.) die zentrale Rolle. Später hat die Heilkunde jeweils

⁶ Der Medizinhistoriker Rothschuh zeigt dies eindrucksvoll auf (vgl. Rothschuh, 1978).

⁷ Das deutsche Wort „Pein“ entstammt so auch dem lateinischen Ausdruck für Strafe („Poena“).