
Die Arzt-Patient-Beziehung aus der Sicht der Soziologie

Harald Künemund

Aus der Sicht der Soziologie ist auch die Arzt-Patient-Beziehung sozial konstruiert. Eine Möglichkeit, gesellschaftliche Konstruktionen als solche erkennbar werden zu lassen, bieten historische oder interkulturelle Vergleiche – sie lassen Zusammenhänge und Entwicklungen durch einen zumeist starken Kontrast sichtbar werden. Weitere Möglichkeiten ergeben sich durch eine theoretische Diskussion dieser Beziehung wie auch gelegentlich durch empirische Beobachtung sozialer Regelmäßigkeiten. Ich möchte daher in einem ersten Schritt einige exemplarische Schlaglichter auf die Arzt-Patient-Beziehung im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen werfen und in einem zweiten Schritt ebenso exemplarisch einige soziologische Perspektiven der Arzt-Patient-Beziehung und einige empirische Befunde skizzieren.

Die Arzt-Patient-Beziehung im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen

Dietrich von Engelhardt hat anlässlich einer Tagung der Hamburg Mannheimer Stiftung für Informationsmedizin im Jahr 1994 eine ganze Reihe von Kunstwerken zum Thema Arzt-Patient-Beziehung zusammengestellt – von der Antike bis zur Neuzeit, von Darstellungen etwa des Achilles über Gemälde von Rubens und Goya bis zu Otto

Dix (Engelhardt 1996). Dem Betrachter und Leser drängt sich dabei ein relativ klarer roter Faden auf, eine Konstante gewissermaßen: Helfer und Hilfsbedürftige, Kranke und Verletzte sowie Heilende und Tröstende hat es wohl schon immer gegeben, und in dieser ausgesprochen ehrenwerten Tradition steht die Arzt-Patient-Beziehung sicher ganz fraglos noch heute (und hoffentlich auch zukünftig).

Bei aller Berechtigung einer solche Perspektive möchte ich demgegenüber anhand einiger Zitate und Schilderungen quer durch die Zeit, die mir bei der Durchsicht der Literatur signifikant schienen, auf Brüche und Inkonsistenzen aufmerksam machen, an denen sich unschwer die Bedeutung des gesellschaftlichen Wandels für die Arzt-Patient-Beziehung erkennen lässt, aus denen also auch eher deutlich wird, in welcher Weise diese Beziehung hochgradig sozial strukturiert ist (vgl. auch den Beitrag von Klaus Bergdolt in diesem Band).

Einen recht drastischen Kontrast bieten beispielsweise die Konsequenzen im Falle ärztlichen Versagens: „Misslang die Operation bei einem Freien, wurde dem Arzt nach dem Codex Hammurabi (1700 v. Chr.) die Hand abgeschlagen. An Königen scheiternde Ärzte konnten auch ans Kreuz geschlagen werden. Nach römischem Recht war der Sklavenarzt, nicht jedoch der freie Arzt, dazu verpflichtet, seinen Herrn vom Selbstmordversuch abzuhalten.“ (Engelhardt 1989: 75) Handlungsnormen und Konsequenzen hingen also sehr stark mit der sozialen Stellung der Ärzte und insbesondere der Patienten zusammen. Dem Arzt kam aber auch nicht immer eine nennenswerte Rolle zu: „Im Mittelalter werden Mensch und Welt, Leib und Natur zwar als verschiedene, nicht aber als erforschbare Objekte wahrgenommen. (...) Krankheit ist eine Folge von Sünde oder eine besondere Prüfung durch Gott, Gesundheit bedeutet Gottgefälligkeit. (...) Der akademisch ausgebildete Arzt hat in diesem unvermittelten Leben keine Bedeutung.“ (Labisch 1989: 15 f.)

Noch vor vergleichsweise wenigen Jahrzehnten kleideten sich die gelehrten Ärzte schwarz. Dabei ging es darum, sich mit den damals anerkannten Wissenschaften – Jura und Theologie – möglichst deutlich auf einer Stufe zu präsentieren und sich zugleich gegen die „Kurpfuscher“ abzugrenzen, also einen möglichst „seriösen Eindruck“ zu machen. Diese Röcke wurden wahrscheinlich nicht täglich gewaschen und gewechselt, weshalb die Ärzte vielleicht auch tatsächlich manchmal an der Verbreitung von Krankheiten beteiligt waren. Aber wie auch immer, zu jener Zeit war die Autorität der Ärzteschaft offenbar gering. Die gelehrten Ärzte boten ihre Dienste zunächst vornehmlich dem Adel und begüterten städtischen Bürgern an. Sie wurden in der Regel zu diesen gerufen – der Arzt kam zum Patienten –, die Ärzte waren vom gesellschaftlichen Status her typischerweise unterhalb eines großen Teils der Klienten zu verorten und ökonomisch meist von diesen abhängig. Sie hatten sich entsprechend auch nach den Wünschen und Launen der Patienten zu richten und z. B. nicht genehme Kuren und Behandlungsmethoden durch andere, genehmere Therapien zu ersetzen (vgl. ausführlich hierzu Huerkamp 1989). Die „einfachen Leute“ benutzten derweil Hausmittel, fragten Nachbarn oder Verwandte und konsultierten Laienheiler.

Von „Paternalismus“ konnte also noch vor wenigen Jahrzehnten ebenso wenig die Rede sein wie von „compliance“. Wenn heute eine Machtverschiebung zwischen Arzt und Patient konstatiert wird – im „heutigen Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung verschiebt sich ‚Das Wohl des Kranken als oberstes Gesetz‘ zum Prinzip: ‚Der Wille des Patienten ist oberstes Gesetz‘“ (Geisler 2002: 217 f.) –, ist dies nur teilweise, gewissermaßen kurzfristig betrachtet, treffend: Die Arzt-Patient-Beziehung verändert sich im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Veränderungen.

Die Arzt-Patient-Beziehung in soziologischer Perspektive

Die Soziologie bietet u. a. Perspektiven und Analysen an, die für das Verständnis der Gesellschaft wie auch ihre Selbstverständigung genutzt werden können. Diese Perspektiven können eher theoretisch abgeleitet oder eher empirisch fundiert sein, und sie können durchaus im Widerstreit miteinander stehen oder sich ergänzen. Die Diskussion der Arzt-Patient-Beziehung in der Soziologie wurde z. B. lange beherrscht von der Auseinandersetzung zwischen der strukturfunktionalistischen und der interaktionistischen Perspektive (vgl. z. B. die Übersicht bei Schroeter/Rosenthal 2005). Erstere betrachtet die Beziehung aus einer statischen, quasi geschichtsblinden Sicht von außen auf die Strukturen der gegenwärtigen Gesellschaft. In einer solchen Perspektive erscheinen Krankheiten als Störungen im Sozialsystem, die es zu beheben gilt, damit die Individuen ihre gesellschaftlichen Rollen möglichst bald wieder aufnehmen können. Die Gesellschaft bildet eigens zu diesem Zweck entsprechende Spezialisten aus und beobachtet z. B. Teile der Gesellschaft, etwa im Hinblick auf die Gesundheitsentwicklung oder Gesundheitsgefährdungen. Dabei ist es möglich, dass sich Ärzte selbst als „Räder“ im System wahrnehmen und die Arzt-Patient-Beziehung gewissermaßen wie Techniker gegenüber reparaturbedürftigen Maschinen gestalten oder sich als empathische Helfer verstehen und die Kranken mit Beistand begleiten – das Ergebnis im Sinne der Funktion für die Gesellschaft ist – bei allen Unterschieden im Einzelfall – jedoch weitgehend identisch.

Die Individuen werden in dieser Perspektive nicht primär selbst für ihre Krankheit verantwortlich gemacht – hier kommen eher Ansteckung sowie insbesondere gesellschaftlich bedingt „riskante“ Lebenslagen wie mangelndes Einkommen, geringe Bildung oder schlechte Arbeits- oder Wohnbedingungen in den Blick. Fahrlässiges Verhalten,

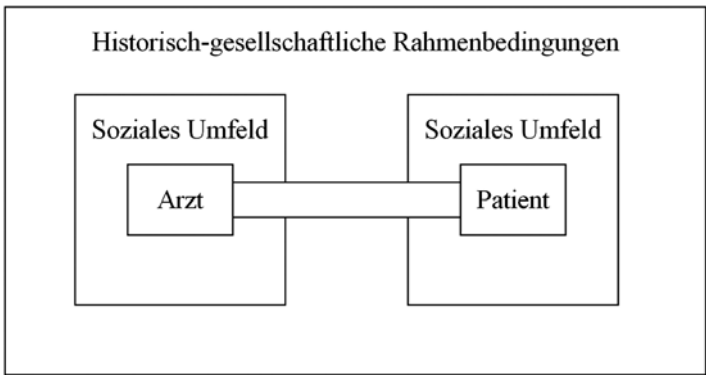
unzureichende Eigenverantwortlichkeit usw. bleiben eher ausgeblendet, ebenso chronische und psychische Krankheiten. Die Arzt-Patient-Beziehung selbst wird in diesem Kontext zumeist als Machtverhältnis problematisiert, da der Arzt typischerweise statushöher einzustufen ist, über ein Wissen verfügt, das der Patient nicht überblicken kann, und zudem eine Sprache spricht, die der Patient nicht oder kaum versteht.

Die interaktionistische Sicht betrachtet Krankheit dagegen primär als soziale Zuschreibung, die von der Gesellschaft – unter anderem auch der akademischen Medizin – erst geschaffen wird: Diese stellt erst die sozialen Voraussetzungen für das „Sich-krank-Fühlen“ bereit, indem sie bestimmt, was krank ist und was nicht. Die Krankheit mag z. B. biologischen Ursachen zugeschrieben werden, aber ob sie als Krankheit interpretiert wird und wie die Menschen darauf reagieren, wird z. B. von der Medizin oder den Medien, jedenfalls von der Gesellschaft vorgegeben. Diesbezügliche Normen, Werte und Erwartungen prägen entsprechend die Arzt-Patient-Beziehung, und man erkennt Krankheiten oder sucht den Arzt auf, wenn die entsprechenden Muster und Symptome erkannt werden. Gelegentlich werden neue Krankheiten auch schlicht „erfunden“ – ein aktuelles Beispiel wäre vielleicht das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (vgl. auch den Beitrag von Werner Bartens in diesem Band, der sich u. a. dieser soziologischen Perspektive der sozialen Konstruktion von Krankheit bedient). Aus diskursanalytischer Perspektive wird inzwischen aber auch diskutiert, inwieweit die konstatierte Asymmetrie in der Arzt-Patient-Beziehung nicht selbst ein Konstrukt der beobachtenden Wissenschaften ist (vgl. Saake 2003).

Diese Perspektiven sprechen sicher wichtige Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung an, weisen aber offenbar auch jeweils Blindstellen auf. In jedem Fall aber machen sie in

ihrer Gegenüberstellung darauf aufmerksam, dass die Arzt-Patient-Beziehung keinesfalls nur aus zwei Personen besteht, die sich in einem sozialen Vakuum gegenüber treten. Sie sind vielmehr eingebunden in soziale Netzwerke und gesellschaftliche Kontexte, die diese Beziehung mit strukturieren. Diese wären daher idealiter in der konkreten Arzt-Patient-Beziehung mit in den Blick zu nehmen.

Diese Kontexte lassen sich anhand einer einfachen schematischen Darstellung zumindest grob skizzieren:



Arzt wie auch Patient sind Individuen mit verschiedenen biologischen, psychischen und sozialen Merkmalen – Geschlecht, Bildung, religiöse Orientierung, Status usw. –, die sich sowohl hinsichtlich der Wahrnehmung bzw. Definition von Krankheit und Gesundheit wie auch z. B. hinsichtlich der Krankheitsrisiken unterscheiden. Sie sind eingebunden in familiäre, berufliche und Freundschaftsnetzwerke, die z. B. auch hinsichtlich der compliance (oder auch der sog. „Vollkaskomentalität“) unmittelbar relevant sind, aber in der Praxis der Arzt-Patient-Beziehung oft außer Acht gelassen werden. Und sie partizipieren an jeweils spezifischen Ausschnitten gesellschaftlichen Wissens in Bezug auf Gesundheit und Krankheit – z. B. über die Mas-

senmedien oder die Werbung, welche für (potentielle) Patienten bzw. Konsumenten und Ärzte Informationen (von gelegentlich zweifelhaftem Wert) zielgruppenspezifisch aufbereiten und platzieren. Dies wiederum findet statt unter historisch-gesellschaftlichen Rahmenbedingungen mit z. B. spezifischen technologischen Entwicklungen, gesellschaftlichen Normen, rechtlichen Bedingungen und Entwicklungen wie z. B. Tendenzen der Kommerzialisierung der Arzt-Patient-Beziehung oder dem Wandel des Krankenhauses von einem Obdach für Hilfsbedürftige mit sozialen und humanitären Funktionen zu einem betriebswirtschaftlich und organisatorisch optimierten Betrieb.

Auf all diesen hier nur exemplarisch und stichpunktartig beschriebenen Ebenen ergeben sich Konsequenzen für die konkrete Arzt-Patient-Interaktion. Diese kommen jedoch typischerweise nur in Ausschnitten in den Blick, manches bleibt den Beteiligten gänzlich verborgen. Betrachten wir beispielsweise Arzt-Patient-Beziehungen hinsichtlich des Geschlechts, lassen sich der Literatur zu älteren Patienten u. a. folgende Befunde entnehmen (vgl. hierzu Beisecker 1996): Männliche Ärzte werden als imponierender wahrgenommen, wirken aber auch überheblicher, und sie geben mehr Ratschläge als Ärztinnen. Letztere werden dagegen als aufmerksamer und engagierter wahrgenommen, sie beziehen stärker die Familie ein und geben mehr Sachinformationen. Weibliche Patienten klagen durchschnittlich über mehr Symptome, sprechen unbefangener und stellen mehr Fragen als Männer – aber sie bekommen dennoch im Schnitt kürzere und weniger fachspezifische Antworten.

Solche Beispiele aus der empirischen Sozialforschung verweisen offenbar auf soziale Regelmäßigkeiten in der Arzt-Patient-Beziehung, die sich sicher hinsichtlich Hautfarbe, Alter, Schicht usw. weiter vertiefen ließen und die möglicherweise auf gesellschaftliche Normen, Vorurteile

usw. verweisen. Eine solche Zurückführbarkeit von Regelmäßigkeiten auf zugrunde liegende Regeln begegnet uns zwar sehr häufig – sei es am Stammtisch oder in den Medien –, sie ist allerdings methodisch zweifelhaft. Hier bliebe im genannten Beispiel zunächst zu fragen, ob und in welchem Ausmaß z. B. geschlechtsspezifische Krankheitsrisiken und -bilder für das Zustandekommen solcher Regelmäßigkeiten verantwortlich zu machen sind – dann wäre der genannte Schluss nicht gerechtfertigt. Gleiches gälte für soziale Regelmäßigkeiten, die mit Alter und Geschlecht korreliert sind – ältere Frauen hatten z. B. im Schnitt deutlich geringere Bildungschancen, auf die der Arzt möglicherweise reagiert und somit im Schnitt weniger fachspezifische Antworten gibt. Streng genommen müssten also weitere Merkmale kontrolliert werden, wenn solche Zusammenhänge der Arzt-Patient-Beziehung untersucht werden sollen. Dies ist m. E. in diesem Feld bislang leider nur selten der Fall.

Die Gefahr von Fehlinterpretationen im Sinne der sog. „Scheinkorrelationen“ ist insbesondere bei der Präsentation von Forschungsergebnissen in den Medien allgegenwärtig. Nicht alle Scheinkorrelationen sind so leicht als solche zu erkennen wie jene zwischen Einkommen und Schuhgröße – je größer die Schuhe, desto höher ist das persönliche Einkommen, weil Männer im Schnitt höhere Einkommen erzielen und Frauen kleinere Füße haben – oder Storchendichte und Geburtenhäufigkeit. Sie können aber durchaus an der Meinungsbildung beteiligt sein. Wenn etwa berichtet wird, dass Privatpatienten nach einer Gehirnerschütterung schneller wieder am Arbeitsplatz erscheinen als Kassenpatienten, mag dies als Beleg für die These interpretiert werden, eine erkennbare finanzielle Beteiligung führe zu einer Verringerung der Kosten im Gesundheitswesen. Es könnte aber auch z. B. darauf verweisen, dass Arbeitsmotivation und Arbeitsbedingungen von

Kassen- und Privatpatienten systematisch verschieden sind – dann wäre der Schluss auf die Wirksamkeit ökonomischer Anreize in diesem Falle nicht gerechtfertigt.

In diesem Sinne sind m. E. manche der gegenwärtigen Diagnosen zur Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung noch näher empirisch zu prüfen, etwa die Frage nach der faktischen Verbreitung der sog. „Vollkaskomentalität“. Während die allgemeine Diagnose von Prozessen der Ausdifferenzierung und zunehmender Spezialisierung im hier interessierenden Bereich – trotz gewisser Tendenzen der Entdifferenzierung, z. B. hinsichtlich einer möglicherweise zunehmendem Selbstdiagnose und Selbstmedikation über das Internet – eher unstrittig ist, bleibt im Detail noch einiges an den gegenwärtigen Diagnosen der Ökonomisierung, Kommerzialisierung oder Verwissenschaftlichung der Medizin wie auch der Arzt-Patient-Beziehung zu diskutieren und empirisch zu klären. Dies muss nicht Aufgabe der Mediziner sein. Wünschbar wäre aber, dass in der Aus- und Fortbildung entsprechende Methoden und Ergebnisse vermittelt würden, um das ärztliche Handeln im gesellschaftlichen Kontext reflektieren zu können, aber auch um in der konkreten Arzt-Patient-Beziehung z. B. Erkenntnisse zur Wirkung nonverbalen Verhaltens oder zur Relevanz der sozialen Situation der Patienten – ihrer Netzwerke wie auch ihrer Informationsbedürfnisse – in Betracht ziehen zu können und so positive Wirkungen hinsichtlich der oftmals als mangelhaft beklagten compliance zu erzielen (vgl. hierzu insbesondere die Übersicht von Stosberg 1996).

Literatur

- Beisecker, Analee E. (1996):* Older persons' medical encounters and their outcomes. In: *Research on Aging*, 18, 9–31.
- Engelhardt, Dietrich von (1989):* Entwicklung der ärztlichen Ethik im 19. Jahrhundert – medizinische Motivation und gesellschaftliche Legitimation. In: *Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (Hrsg.):*

Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75–88.

Engelhardt, Dietrich von (1996): Die Arzt-Patient-Beziehung – gestern, heute, morgen. In: Lang, Erich/Arnold, Klaus (Hrsg.): Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Stuttgart: Enke, 19–48.

Geisler, Linus (2002): Arzt-Patient-Beziehung im Wandel – Stärkung des dialogischen Prinzips. In: Deutscher Bundestag (Hrsg.): Schlussbericht der Enquetekommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“. Berlin: Deutscher Bundestag (Drucksache 14/9020), 216–220.

Huerkamp, Claudia (1989): Ärzte und Patienten. Zum strukturellen Wandel der Arzt-Patient-Beziehung vom ausgehenden 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert. In: Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (Hrsg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 57–73.

Labisch, Alfons (1989): Gesundheitskonzepte und Medizin im Prozess der Zivilisation. In: Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (Hrsg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 15–36.

Saake, Irmhild (2003): Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie in der Arzt-Patient-Interaktion. In: Soziale Welt, 54, 429–459.

Schroeter, Klaus R./Rosenthal, Thomas (2005): Einführung: Soziologie der Pflege oder Pflegesozio­logie – eine weitere Bindestrichsoziologie? In: Schroeter, Klaus R./Thomas Rosenthal (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Weinheim: Juventa, 9–31.

Stosberg, Manfred (1996): Medizinsoziologische Ansätze zur Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses. In: Lang, Erich/Arnold, Klaus (Hrsg.): Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Stuttgart: Enke, 66–75.