

## Zum Wandel der generellen gesellschaftlichen Erwartungen an Arzt und Patient

Borgetto, Bernhard

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Borgetto, B. (2006). Zum Wandel der generellen gesellschaftlichen Erwartungen an Arzt und Patient. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2* (S. 1965-1975). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-144096>

### Nutzungsbedingungen:

*Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.*

*Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.*

### Terms of use:

*This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.*

*By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.*

# Zum Wandel der generellen gesellschaftlichen Erwartungen an Arzt und Patient

*Bernhard Borgetto*

Erwartungen prägen das Rollenhandeln – in unterschiedlicher Weise und auf unterschiedlichen Ebenen. Generelle gesellschaftliche Erwartungen basieren auf allgemeinen Werten und Normen. In der strukturfunktionalistischen Theorietradition gelten diese als zentrale Kohäsionsmechanismen der Gesellschaft. Die daran anknüpfenden *normativen* Rollenerwartungen werden in der Sozialisation und durch positive wie negative Sanktionierung institutionalisiert und damit verbindlich.

Beruhend auf Erwartungen an einen Rollenträger hingegen auf eigenen wie kommunikativ vermittelten fremden Erfahrungen von Bezugsgruppen und -personen mit entsprechenden Positionsinhabern, so kann man von *deskriptiven* Rollenerwartungen sprechen.

In der interaktionistischen Theorietradition sind Rollenerwartungen die Erwartungen, die Menschen in konkreten Handlungssituationen aneinander richten. Diese sind nicht unabhängig von den die Handlungssituation transzendierenden normativen und deskriptiven Erwartungen, ihre Relevanz wird jedoch situativ ausgehandelt. In diesem Aushandlungsprozess entstehen wechselseitige *situative* Erwartungen, Rollendistanz und Rollenschöpfung.

Tatsächliches Handeln und normative Erwartungen fallen häufig auseinander, was allerdings nicht nur auf den distanzierten und schöpferischen Umgang mit Rollenerwartungen zurückzuführen ist, sondern auch darauf, dass sowohl deskriptive und situative als auch normative Erwartungen oftmals widersprüchlich sind und deshalb zu Rollenkonflikten führen können.

Dieser Beitrag beschäftigt sich hauptsächlich mit den generellen gesellschaftlichen Erwartungen an Arzt und Patient. In der Medizin- und Gesundheitssoziologie steht dabei noch immer die dem strukturfunktionalistischen Theorieverständnis verpflichtete Analyse von Talcott Parsons (1951) im Vordergrund. Diese wurde zwar vielfach kritisiert und verteidigt, jedoch, wie auch ein Blick in einschlägige Lehr- und Einführungsbücher zeigt, systematisch kaum weiterentwickelt (vgl. Gerhardt 1991; Siegrist 1995; Stollberg 2001; Strauss u.a. 2004). Der Fokus hat sich in den letzten Jahren vielmehr auf Modelle der Entscheidungsfindung von Arzt und Patient verlagert, die sich vorrangig an der Differenz paternalistisch/partnerschaftlich abarbeiten (Klemperer 2003; Scheibler u.a. 2003). In diesen Modellen werden

zwar ebenfalls Erwartungen an das Rollenverhalten formuliert, aber nicht rollentheoretisch entfaltet.

Im Weiteren wird versucht, einen Beitrag zu einer systematischen Weiterentwicklung der Analyse der Arzt- und Patientenrolle zu leisten, indem ausgehend von Parsons Bestimmungen einige Wandlungsprozesse der generellen gesellschaftlichen Erwartungen nachgezeichnet werden.

## I. Die Arztrolle und die Krankenrolle nach Parsons

Aus der strukturfunktionalistischen Perspektive Parsons sind die Rollenerwartungen an den Arzt und den Kranken an der funktionalen Notwendigkeit orientiert, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, damit die Individuen die Rollen erfüllen können, für die sie sozialisiert wurden.

Üblicherweise werden die generellen gesellschaftlichen Erwartungen an den Arzt in Anlehnung an die so genannten *Orientierungsalternativen*, den *Pattern Variables*, formuliert, die Erwartungen an den Kranken hingegen als Rechte und Pflichten (so z.B. Siegrist 1995; Strauss u.a. 2004). Parsons (1958) wendet in seiner Analyse jedoch die Orientierungsalternativen ebenso auf die Krankenrolle an, wie er auch die Arztrolle anhand von Rechten und Pflichten beschreibt (vgl. Gerhardt 1991; Stollberg 2001). Von Arzt und Krankem werden in der Interaktion gleichermaßen eine Orientierung an *emotionaler Neutralität* und nicht an Sympathie oder spontaner Bedürfnisbefriedigung, an *funktionaler Spezifität* im Sinne einer Beschränkung auf Fragen der Gesundheit und Krankheit und an einem *Universalismus* im Sinne für alle Patienten gleichermaßen geltender objektiver medizinischer Kriterien hinsichtlich der diagnostischen und therapeutischen Praxis erwartet. Beide sind mehr auf das *Gemeinwohl* als den Eigennutz verpflichtet: Der Arzt soll das Wohl seiner Patienten über seine eigenen Interessen stellen, der Kranke soll einen Genesungswillen zeigen und die mit der Krankenrolle verbundenen Privilegien nicht über die Maßen beanspruchen. Schließlich werden beide Rollen nicht aufgrund von vorgegebenen Merkmalen wie Abstammung oder Geschlecht zugeschrieben, sondern *erworben*: Vom Arzt durch die an wissenschaftlichen Maßstäben messbaren Leistungen beim Zugang zur Arztrolle, vom Kranken durch den Verlust der Gesundheit, der ihm den Zugang zur Krankenrolle erschließt.

Die Komplementarität der Arzt- und der Krankenrolle erschließt sich jedoch erst richtig bei der Analyse der mit dem Rollenerwerb verbundenen Rechte und Pflichten (vgl. Tab. 1). Die Krankenrolle bringt für den Kranken in Abhängigkeit von der Art und Schwere der Erkrankung Privilegien mit sich, vor allem das Recht auf die *Befreiung von normalen Rollenverpflichtungen*.

Da er sich aus eigener (Willens-)Kraft nicht heilen kann (auch wenn Spontanheilungen vorkommen), kann er für seinen Zustand der Hilfsbedürftigkeit und Unfähigkeit, normalen Rollenverpflichtungen zu entsprechen, seine sozialen Devianz, auch *nicht verantwortlich* gemacht werden – unabhängig davon, ob er die Erkrankung vielleicht »fahrlässig« (mit-)verschuldet hat (Parsons 1958: 20). Um diesen gesellschaftlich unerwünschten, weil dysfunktionalen Zustand so schnell wie möglich zu beenden (und Missbrauch durch Simulation zu verhindern), muss die Krankenrolle einerseits legitimiert und andererseits die Erkrankung unter *Inanspruchnahme fachkundiger professioneller Hilfe* schnellstmöglich behandelt werden. Beides führt zu der Verpflichtung, *Genesungswillen* zu zeigen, die Krankenrolle als eine transitorische zu akzeptieren und (meist) einen Arzt zu konsultieren. Dabei – und vor allem dies begründet die Etikettierung des Ansatzes von Parsons als *paternalistisch* – verweist Parsons auf die Pflicht des Patienten zur *Compliance*, zur Unterordnung unter die Autorität des Arztes.

Akteur	Rechte	Pflichten
Kranker	Unverantwortlichkeit für die krankheitsbedingte Devianz	Willen zur schnellsten Gesundung
	Befreiung von Rollenverpflichtungen	↔ Inanspruchnahme eines Arztes/Compliance
Arzt	Ausschließlichkeits- und Vertrauensverhältnis	Handeln zum Wohle des Patienten
	Verletzung der Integrität des Patienten	↔ Einsatz der höchsten wissenschaftlichen Standards

Tabelle 1: Die Arzt-Kranken-Rollen als soziales System

Die Autorität des Arztes, der sich der zum Patient gewordene Kranke im Interesse seiner Gesundheit unterordnen sollte, begründet sich in seinem im Vergleich zum Arzt geringeren medizinischen Wissen und in zwei Verpflichtungen des Arztes: dass dieser zum *Wohle des Patienten* handelt und dabei sein Handeln an den *höchsten wissenschaftlichen Standards* orientiert. Dabei darf er ein Recht in Anspruch nehmen, das außerhalb der Arztrolle rechtliche Sanktionen nach sich ziehen würden: die gezielte (indizierte) *Verletzung der körperlichen und seelischen Integrität* des Patienten zum Beispiel durch eine Operation oder eine Psychotherapie. Schließlich geht Parsons davon aus, dass der Arzt, anders als beispielsweise ein Autohändler, ein *Ausschließlichkeits- und Vertrauensverhältnis* zu dem Patienten erwarten darf.

## II. Paternalismus und Partnerschaft

Im Gegensatz zu dem paternalistisch orientierten Modell von Parsons ist vom Sachverständigenrat im Gesundheitswesen die Hinwendung zu einem partnerschaftlich orientierten Beziehungsmodell angemahnt worden (Sachverständigenrat 2003: 183ff; Vorläufer siehe Gerhardt 1991). Als Grundlage der Arzt-Patient-Beziehung muss zwar nach wie vor die von Parsons beschriebene prinzipielle Asymmetrie hinsichtlich der medizinischen Kompetenzen und des medizinischen Wissens gelten. Jedoch ist als Minimalstandard der Autonomie des Patienten gegenüber dem Arzt in der deutschen Zivil- und Strafrechtssprechung nach dem Zweiten Weltkrieg die heute gültige Norm des *informed consent*, der freiwilligen und *informierten Einwilligung* des Patienten in eine Behandlungs- bzw. Diagnosemaßnahme nach vorheriger bestmöglicher Aufklärung, entwickelt worden.

In den letzten Jahren wird auch in Deutschland die im angelsächsischen Sprachraum schon länger geführte Diskussion um das *shared decision making*, die *gemeinsame Entscheidungsfindung* von Arzt und Patient, aufgegriffen (Scheibler u.a. 2003). Der wesentliche Unterschied zum *informed consent* ist, dass die Patienten nicht nur einwilligen, sondern dass ihnen Alternativen angeboten und ihre Werte und Präferenzen stärker berücksichtigt werden sollen. In diesem Zusammenhang kommt auch zwischen Arzt und Patient das Konzept des *Empowerments*, der *Befähigung*, stärker zum Tragen. Im Mittelpunkt steht die Befähigung zur Mitentscheidung. Es werden zum Beispiel Entscheidungshilfen entwickelt, die durch laienverständlich aufbereitete Informationen den gemeinsamen Entscheidungsprozess von Patient und Arzt unterstützen sollen. Die öffentliche Förderung von Modellprojekten unter dem Titel »Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess« zeigt, dass sich die entsprechenden Erwartungen auch in der Gesundheitspolitik im Wandel befinden. Dieser Wandel drückt sich auch in der gesetzlichen Normierung der unabhängigen Patientenberatung und der verpflichtenden Selbsthilfeförderung als Elemente der Stärkung der individuellen Patientenrolle durch die Gesundheitsreform 2000 aus (Borgetto 2004a).

Ein weiteres Modell der Arzt-Patient-Beziehung, das des *informed decision making* des Patienten (Scheibler u.a. 2003) bzw. das *informative model* (Klemperer 2003), orientiert sich an dem Patienten als Kunden. Hierbei agiert der Arzt insofern als Dienstleistungserbringer, als er den Patienten mit relevanter Information versorgt und nach dessen Entscheidung über die medizinische Behandlung die gewünschte Intervention durchführt. In diesem Modell kontrolliert der Patient als Kunde die Information, die auch von Dritter Seite (Zweitmeinung, Internet, Verbraucherinformation, Patientenorganisationen) ergänzt werden kann, und die Behandlungsentcheidung.

Es kann jedoch nicht darum gehen, diese unterschiedlichen Modelle als die jeweils einzig richtige Variante gegeneinander auszuspielen. Es ist vielmehr von der Art des gesundheitlichen Problems und den Präferenzen<sup>1</sup> und Kompetenzen des jeweiligen Patienten abhängig, welches Modell angemessen erscheint. Ein paternalistischer Interaktionsstil ist am ehesten dann passend, wenn es für eine Erkrankung nur eine bestmögliche Behandlungsmöglichkeit gibt, eine Notfallsituation vorliegt, die keinen oder nur wenig Spielräume für Abwägungen lässt, seitens des Patienten eine entsprechende Präferenz vorliegt<sup>2</sup> oder – aus welchen Gründen auch immer – der Patient nicht über die entsprechenden Kompetenzen verfügt, an einem Abwägungs- und Entscheidungsprozess teilzunehmen. Für einen partnerschaftlichen Interaktionsstil sprechen wiederum entsprechende Präferenzen und Kompetenzen beim Patienten, alternative Behandlungsmöglichkeiten sowie sachliche und zeitliche Spielräume für Abwägungs- und Aushandlungsprozesse. Für das Kundenmodell gelten im Grunde die gleichen Prämissen.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Unterscheidung von akuten und chronischen Erkrankungen. Chronisch Kranke erwerben im Zeitverlauf oftmals umfangreiches medizinisches und individuelles Krankheitswissen. Insbesondere bei seltenen Erkrankungen sind die Patienten im Hinblick auf ihre Erkrankung häufig auch medizinisch besser informiert als ihr behandelnder Arzt. Damit geht oft auch eine Änderung der Präferenzen hinsichtlich des Interaktionsstils einher. Dementsprechend wird auch von der sich immer stärker entwickelnden Selbsthilfebewegung eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Arzt und Patient angemahnt (vgl. Borgetto 2004b).

Insgesamt spricht also viel dafür, dass der Arzt über die Kompetenzen zur Realisierung paternalistischer und partnerschaftlicher Interaktionsstile verfügen sollte, um auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und gesundheitlichen Problemlagen angemessen reagieren zu können.<sup>3</sup> Zugleich sollte aber nicht vergessen werden, dass es Möglichkeiten gibt, und diese auch im Rahmen der Forschung zum *shared decision making* weiterentwickelt werden, den Patienten zur Mitentscheidung zu *befähigen*.<sup>4</sup>

---

1 Die Zustimmung zu partizipativen Entscheidungsverfahren ist u.a. vom Alter der Patienten, vom Krankheitsbild und von sozioökonomischen und soziokulturellen Einflüssen abhängig.

2 So unterscheidet Dierks (2001) zwischen aufgefordertem und unaufgefordertem Paternalismus.

3 Allerdings weisen empirische Studien eher darauf hin, dass Ärzte einen festen therapeutischen Interaktionsstil bevorzugen.

4 In die gleiche Richtung zielend konstatiert der Sachverständigenrat (2003) noch immer eine andauernde Diskrepanz zwischen der von Patienten gewünschten und von Ärzten teilweise auch anerkannten Bedeutung des *orientierenden Gesprächs* und seiner Realisierung im klinischen Alltag.

### III. Verantwortung für Erkrankung und Gesundheit

Es werden aber nicht nur die Anforderungen an die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung durch den Arzt reformuliert, sondern auch gesteigerte Rationalitätserwartungen an das gesundheits- bzw. krankheitsrelevante Verhalten von Gesunden wie Kranken nachdrücklicher vertreten. Im Gefolge der zunehmenden Aufklärung des Zusammenhangs von Lebensstil und Gesundheitszustand wird Kranken wie Gesunden immer mehr Verantwortung für ihren Gesundheits- bzw. Krankheitszustand zugewiesen.

Die Zunahme der Bereitschaft, gesundheitsschädliches Verhalten immer stärker negativ zu sanktionieren zeigt sich unter anderem in der immer wieder auflebenden Diskussion um höhere Krankenkassenbeiträge für Raucher, Übergewichtige und andere Risikogruppen. Gleichzeitig werden Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung nicht nur im Versorgungssystem sondern zunehmend auch in den Lebenswelten »gesunder« Gesellschaftsmitglieder verankert.

Aber auch bei Kranken und insbesondere bei chronisch Kranken wird davon ausgegangen, dass diese einen eigenen Beitrag zu ihrer Gesundheit leisten können, Badura spricht in diesem Zusammenhang von dem Patienten als Koproduzenten der Gesundheit (Badura/Feuerstein 1994). Hier wird also zumindest partiell die Entbindung vor allem chronisch Kranker von der Verantwortlichkeit für ihren Gesundheitszustand in Frage gestellt. Um die Eigenverantwortlichkeit der Patienten jenseits von finanziellen Eigenleistungen zu stärken, werden Selbsthilfe (Borgetto 2004b) und selbstorganisierte fachliche Angebote wie Koronarsportgruppen, Rheumafunktionstraining oder Brustkrebs-Sportgruppen systematisch gefördert und Patientenschulungen entwickelt und angeboten (Petermann 1997).

### IV. Eigennutz und Gemeinwohlorientierung

Nach Parsons gehört es zu den zentralen Pflichten des Arztes, zum Wohl des Patienten zu handeln und alles was möglich ist zu tun, um die Heilung zu fördern. Dies entspricht einer auf den ersten Blick wohl kaum zu hinterfragenden normativen Erwartung, die ihren Niederschlag zum Beispiel in der Berufsordnung der deutschen Ärzteschaft gefunden hat. Dennoch hat gerade hier der Gesetzgeber Einschränkungen vorgenommen.

Der Gesetzgeber erwartet zumindest in Deutschland schon seit geraumer Zeit, dass der Arzt das im individuellen Fall medizinisch Mögliche auf das medizinisch Ausreichende und Wirtschaftliche beschränkt. Ob der Arzt dieser Erwartung nachkommt, wird in den letzten Jahren zunehmend diskutiert. Eine besondere Rolle

spielt dabei das Argument, dass der Arzt sowohl Leistungserbringer sei, als auch über die Nachfrage dieser Leistungen bestimmen könne. Ungeachtet der Stichhaltigkeit dieses Arguments zeigt diese zumindest fachöffentliche Diskussion, dass die normative Erwartung der Orientierung der Ärzte am Gemeinwohl durch die deskriptive Erwartung einer Orientierung am Eigennutz eingeschränkt, wenn nicht sogar überlagert wird. Die Folge sind Sanktionierungen wie Einschränkungen des Leistungskatalogs der Krankenkassen und verschiedene Formen von Budgetierungen (vgl. Rosenbrock 2004), die das Wirtschaftlichkeitsgebot durchsetzen sollen, den Arzt aber (auch) zum Agenten der Distribution knapper medizinischer Güter machen. Hier verfestigt sich zunehmend ein ärztlicher Intrarollenkonflikt, der auch die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient beeinträchtigt, da die Formalisierung der genannten Sanktionen, die den Entscheidungsspielraum der Ärzte immer weiter einengen, zunehmend Fragen der gerechten und adäquaten Verteilung von medizinischen Gütern aufwerfen.

Die subjektive Erfahrung ungerechter Behandlung durch den Arzt wird genährt durch medial geführte Diskussionen um die Entlohnung ärztlicher Leistungen und die mitunter genüssliche Ausbreitung und Skandalisierung ärztlichen Fehlverhaltens. Insbesondere die auch von Kassenpatienten privat zu zahlenden so genannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL), die einige Ärzte anbieten, haben entsprechende Diskussionen ausgelöst. Um den Eindruck zu vermeiden, dass die Kassenleistungen keine ausreichende Absicherung mehr bieten, prangerten Politiker und Kassenvertreter die IGEL häufig als Ausdruck ärztlichen Eigennutzes an. Im Gegenzug sehen sich ärztliche Standesorganisationen immer häufiger dazu genötigt, das Bild des am Gemeinwohl orientierten Arztes zu stärken.

Der Hintergrund der tatsächlichen und medial inszenierten Ökonomisierung des Gesundheitssystems liegt in den finanziellen Problemen der öffentlichen Haushalte und der anhaltenden Massenarbeitslosigkeit. Diese tragen maßgeblich zu der andauernden Erosion der generellen Erwartung altruistischen ärztlichen Verhaltens und damit zu der Verunsicherung der Patienten bei, ob und inwieweit Ärzte tatsächlich zu ihrem Wohl agieren.

## V. Rollenentpflichtung

Die wirtschaftliche Problemlage und die Massenarbeitslosigkeit erschweren auch die Inanspruchnahme des von Parsons postulierten Rechts auf Rollenentpflichtung im Krankheitsfall. Das Recht auf Entbindung von den normalen Rollenverpflichtungen ist nur dann einlösbar, wenn damit die ökonomischen und/oder sozialen Grundla-



gen der Existenz eines Betroffenen bzw. seiner Familie nicht gefährdet werden. Immer häufiger jedoch kollidiert die Krankenrolle mit anderen Rollen.

Ein häufiger Rollenkonflikt entsteht zwischen der Krankenrolle und der Berufsrolle bzw. der Rolle des Hauptverdieners in einer Familie. So ist seit langem bekannt, dass die Zahl der Krankschreibungen mit der Höhe der Arbeitslosigkeit kovariert (vgl. Siegrist 1995). In dem Maße, wie es einer Wirtschaft schlecht geht, werden normative Erwartungen an die Krankenrolle offenbar durch deskriptive Erwartungen zumindest teilweise überlagert, die ihren Grund wiederum in normativen Erwartungen an die Berufsrolle und andere Rollen haben. Das Gleiche gilt natürlich auch, wenn – um nur zwei Beispiele zu nennen – etwa wichtige Haushaltstätigkeiten oder die Kinderbetreuung im Falle einer Erkrankung nicht durch die Übernahme durch Dritte gesichert ist.

Hier zeigt sich vielleicht am deutlichsten die Notwendigkeit, das abstrakte Konzept der Arzt- und Kranken-Rollen von Parsons konkret an Raum und Zeit anzu binden. In Zeiten anhaltender wirtschaftlicher Stagnation, wie wir sie auch in Deutschland gerade erleben, können bereits benachteiligte Bevölkerungsschichten ihr Recht auf Rollenentpflichtung häufig nicht in Anspruch nehmen. In vielen Ländern Afrikas oder Südamerikas können normative wie deskriptive Erwartungen einer Rollenentpflichtung aus gesundheitlichen Gründen wohl als Ausnahme betrachtet werden.

## VI. Inanspruchnahme eines Arztes

Die Verpflichtung des Kranken, fachkundige professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, führt in Deutschland zumindest den gesetzlich Versicherten fast immer zum Vertragsarzt (Ausnahme: zum Psychologischen Psychotherapeuten), der als *Gatekeeper* für die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen und anderer Heil- und Hilfsmittel sowie für die stationäre Versorgung fungiert.

In den letzten Jahren, vor allem seit Einführung der Versichertenkarte, wird verstärkt diskutiert, ob Patienten ärztliche Leistungen nicht übermäßig in Anspruch nehmen. Insbesondere die Konsultation verschiedener Ärzte wegen einer Erkrankung wird als *Ärzte-Hopping* oder *Ärzte-Shopping* etikettiert. Diese Begrifflichkeit beschreibt ein Verhalten des Patienten, der sich als Kunde versteht, und Dienstleistungen von Ärzten nach Belieben in Anspruch nimmt. Mit verschiedenen Maßnahmen wird versucht, hier gegenzusteuern. Hausarztmodelle, zum Teil verbunden mit Bonus/Malus-Regelungen sollen erreichen, dass ein Patient immer nur dann zu einem Facharzt geht, wenn er zuvor von einem Hausarzt dorthin überwiesen wurde. Dadurch soll die Zahl der Arztbesuche gesenkt werden. Die Praxisgebühr zielt in

eine ähnliche Richtung: Die einmalige Zahlung pro Quartal soll Patienten davon abhalten, wegen Bagatellerkrankungen den Arzt aufzusuchen.

Die Verpflichtung, einen Arzt zu konsultieren beruht nicht allein darauf, dass dieser die Legitimationsinstanz ist, die Zugang zu den Privilegien der Krankenrolle verschafft. Sie beruht auch darauf, die soziale Funktionsfähigkeit der Kranken zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Die Begründungen, die für die eingeführten bzw. diskutierten Sanktionsmechanismen gegeben werden, deuten nicht darauf hin, dass diese Verpflichtung in Frage gestellt wird. Ihre Verletzung wird allerdings billigend in Kauf genommen und nicht sanktioniert. Zudem wird Frage, ob und inwieweit die Sanktionen die gewünschten Effekte, aber auch nicht-intendierte Nebenfolgen haben, breit diskutiert, ohne dass eindeutige Belege für die Wirksamkeit der in Frage stehenden Maßnahmen erbracht worden seien. Wissenschaftliche Untersuchungen kommen eher zu gegenläufigen Schlussfolgerungen.

Parsons hat die Inanspruchnahme eines Arztes nicht nur als Pflicht, sondern auch als Recht angesehen. Während diese also als Pflicht nicht sanktionsbewehrt ist, wird sie als Recht durch Sanktionen eingeschränkt, bzw. an finanzielle Bedingungen geknüpft.

## V. Resümee

Parsons hat das Gefüge der Arzt-Patient-Rollen als Musterbeispiel für ein soziales Interaktionssystem gesehen, welches durch die Verpflichtung auf gemeinsame Werte und Normen sowie auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und der individuellen Fähigkeit zur Erfüllung sozialer Rollen einen Beitrag zur funktionalen Stabilität der Gesellschaft leistet. Auch wenn der Absolutheitsanspruch, mit der im Strukturfunktionalismus diese These vertreten wurde, heute nicht mehr haltbar ist, so ist doch ein stabilisierender Einfluss in sich stimmiger gesellschaftlicher normativer Rollenerwartungen nicht von der Hand zu weisen, da sie darauf angelegt sind, funktional erforderliche Verhaltensweisen von Arzt und Patient zu generieren.

Das Ineinandergreifen der Rollenbeziehungen erscheint angesichts der beschriebenen Entwicklungen jedoch brüchig. Es scheint, als trügen nicht die Rollenerwartungen zur gesellschaftlichen Stabilität bei, sondern als würden die Erwartungen insbesondere in Zeiten wirtschaftlicher Instabilität selbst unter Druck geraten. Dies gilt insbesondere für das Recht des Patienten auf Rollenentpflichtung und seine Pflicht zur Inanspruchnahme des Arztes sowie das Vertrauen in das Handeln des Arztes zum Wohle des individuellen Patienten. Hier rücken zunehmend soziale

Kontrollmechanismen kompensierend an die Stelle verpflichtender Werte und Normen.

Andererseits scheint der Patient zunehmend aus der Rolle des abhängigen Hilfebedürftigen herauszuwachsen. Die Ergänzung des paternalistischen Beziehungstyps durch partnerschaftlich orientierte Beziehungstypen (einschließlich der kundenförmig gestalteten Beziehung) ist vor allem den Menschenrechts-, Bürger-, Selbsthilfe- und Verbraucherbewegungen sowie dem epidemiologischen Wandel, das heißt der zunehmenden Bedeutung von chronischen Erkrankungen geschuldet. Eine wichtige Rolle spielt dabei auch die zunehmende Erkenntnis, dass insbesondere chronische Erkrankungen psychosozial (mit)verursacht werden und so die Kommunikation mit dem Patienten und die Einflussnahme auf Lebensstil und Lebensweise auch in der Arzt-Patient-Interaktion sachlich geboten sind. Die gleiche Erkenntnis bildet die Grundlage für die zunehmenden Anforderungen an das gesundheitsbezogene Verhalten von Kranken wie Gesunden.

Inwieweit der hier skizzierte Wandel der Arztrolle und der Krankenrolle, der sich abschließend mit den Schlagworten *Ökonomisierung* und *Emanzipation* charakterisieren lässt, dazu beiträgt, dass das Interaktionssystem von Arzt und Patient zu einem neuen Gleichgewicht findet, oder instabil wird, ist eine derzeit noch offene Frage. Die Medizin- und Gesundheitssoziologie sollte diesen Wandel beobachten und begleiten, indem sie die Analyse der Rollen von Arzt und Patient als soziales System theoretisch und konzeptionell weiterentwickelt und durch raum-zeitliche Konkretisierung sowie durch empirische Untersuchungen überprüft.

## Literatur

- Badura, Bernhard/Feuerstein, Günter (1994), *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*, Weinheim/München.
- Borgetto, Bernhard (2004a), »Aktivierender Staat und aktive Bürgergesellschaft im deutschen Gesundheitswesen«, *Sozial- und Präventivmedizin*, Jg. 49, H. 2, S. 152–160.
- Borgetto, Bernhard (2004b), *Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven*, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.
- Dierks, Marie-Luise (2001), *Empowerment und die Nutzer im deutschen Gesundheitswesen*, Habilitationsschrift, Medizinische Hochschule Hannover.
- Gerhardt, Uta (1991), *Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie*, Frankfurt a.M.
- David Klemperer (2003), *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient Kommunikation*, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Berlin
- Parsons, Talcott (1951), *The Social System*, New York/London.

- Parsons, Talcott (1958), »Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse«, in: König, René/Tönnemann, Margret (Hg.), *Probleme der Medizinsoziologie* (= Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3), Opladen, S. 10–57.
- Petermann, Franz (Hg.) (1997), *Patientenschulung und Patientenberatung*, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2004), *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.
- Sachverständigenrat (2003), *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*, Gutachten 2003, redaktionell überarbeitete Version der Ministerfassung vom 24. Februar 2003, Berlin.
- Scheibler, Fülöp/Janssen, Christian/Pfaff, Holger (2003), »Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur«, *Sozial- und Präventivmedizin*, Jg. 48, H. 1, S. 11–23.
- Siegrist, Johannes (1995), *Medizinische Soziologie*, München/Wien/Baltimore.
- Stollberg, Gunnar (2001), *Medizinsoziologie*, Bielefeld.
- Strauss, Bernhard u.a. (Hg.) (2004), *Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle/Oxford/Prag.