

Wissen, Macht und Information im Zeitalter der Konsumenten - neue Arrangements im Gesundheitswesen

Kuhlmann, Ellen

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Kuhlmann, E. (2006). Wissen, Macht und Information im Zeitalter der Konsumenten - neue Arrangements im Gesundheitswesen. 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. 198-212). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-145414>

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.

Wissen, Macht und Information im Zeitalter der Konsumenten – neue Arrangements im Gesundheitswesen

Ellen Kublmann

»Knowledge is the currency of competition.« (Abbott 1988: 102) Diese These der Professionssoziologie greife ich auf und wende sie auf die Modernisierungsprozesse im Gesundheitssektor an. Im Zentrum stehen neue Formen der Legitimation von Expertenwissen infolge veränderter Steuerungsmechanismen und Regulierungsinstrumente. Ich frage, wie und von welchen Akteuren Wissen verhandelt wird, wie es in die Praxis übersetzt wird und hier Machtverhältnisse strukturiert. Die politischen Versprechen einer Machtverschiebung, die mit dem Einzug von »Expertenpatienten« und »wissenschaftlich-bürokratischer Medizin« in die Gesundheitsversorgung verbunden sind, werden mit empirischen Ergebnissen konfrontiert.

Ich verknüpfe professionssoziologische Konzepte, die Wissen als Ressource für die Kontrolle über ein Berufsfeld und Professionalität als Regulierungsmechanismus erfassen, mit Ansätzen zur sozialen Konstruktion von Wissen und Macht. Die empirische Grundlage stellen Daten aus einem laufenden Forschungsprojekt zur Modernisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland dar, das die Perspektive der Ärzteschaft wie auch der PatientInnen erfasst.¹ Die Wandlungsprozesse werden auf zwei Ebenen analysiert: neue Formen der Formalisierung und Standardisierung von Wissen auf der Makroebene – Leitlinien und evidenz-basierte Medizin – und die »informierte Entscheidungsfindung« als neue Norm der Informationsvermittlung auf der Mikroebene. Im Zentrum steht die Frage, ob die veränderten Formen der Legitimation und Distribution von Wissen die Machtasymmetrien insbesondere zwischen ExpertInnen und Laien verringern.

¹ Die vorgestellten Teilergebnisse basieren auf folgenden Daten und Methoden: Fragebogenstudie mit ÄrztInnen in der ambulanten Versorgung (n = 3.500; unterstützt durch die KV Westfalen Lippe, KV und Ärztekammer Nordrhein), Fokusgruppe mit Netzwerk-ÄrztInnen, ExpertInneninterviews, sieben Fokusgruppen mit Mitgliedern in Selbsthilfegruppen für chronische Erkrankungen; Erhebungszeitraum: Frühjahr 2003 bis März 2004; Projektförderung: Universität Bremen/HWP, ZF 27/820/1.

1. Einleitung

Bürgerbeteiligung und Patientenorientierung, die populären Leitbilder der Reformprozesse im Gesundheitswesen, sollen die Partizipation der NutzerInnen verbessern. Mit dem Einzug der »ExpertenpatientInnen« in die Arrangements der Regulierung wird das orthodoxe medizinische Wissenssystem mit subjektiven Perspektiven und alternativen Wissenssystemen konfrontiert. Die zweite damit zusammenhängende Zielsetzung der Reformprozesse ist Transparenz und Rationalität von Entscheidungen und die Reduktion von Varianz in der Versorgung. Die favorisierte Strategie ist die Standardisierung des Wissens durch evidenzbasierte Medizin und neue Steuerungsinstrumente, wie Leitlinien für die Praxis, Dokumentationen, Audits und Qualitätsindikatoren. Diese sollen die Kontrolle der Medizin und die Qualität und Effizienz der Versorgung sowie die Sicherheit für die NutzerInnen verbessern (Sackett u.a. 1997). Mit den neuen Steuerungsinstrumenten und Bewertungskriterien zieht Management-Wissen in die Medizin ein; Evidenz wird zur Zauberformel der Modernisierer. Angefangen mit der evidenz-basierten Medizin als Kern einer neuen wissenschaftlich-bürokratischen Medizin (Harrison 1998) sollen nunmehr auch die Informationen der PatientInnen und die Versorgung insgesamt nach evidenz-basierten Regeln erfolgen.

Das Ergebnis ist eine Fülle von Informationen, deren Verteilung insbesondere durch die neuen Medien potenziert wird. Immer mehr Menschen erhalten Zugang zu medizinischem Wissen. Somit werden die Ressourcen und die Strategien der Nutzung von Wissen pluraler und widersprüchlicher: Expertenwissen gerät zunehmend unter Legitimationszwang. Diese Diagnose ist vergleichsweise eindeutig, doch ist damit noch nicht geklärt, ob hierdurch Machtverschiebungen ausgelöst werden. Die internationale Debatte legt erhebliche Veränderungen offen, sie weist aber zugleich darauf hin, dass Machtasymmetrien reproduziert und neu ausgebildet werden. Empirische Studien belegen, vielfach auch in komparativer Perspektive, dass professionelle Macht und die Dominanz medizinischen Wissens auch in modernisierter Variante nicht grundlegend an Bedeutung verlieren (Allsop/Saks 2002; Blank/Bureau 2004). Kontroversen bestehen jedoch weiterhin darüber, ob die Macht der Professionen abnimmt oder neue Formen von Professionalität ausgebildet werden und wie diese Prozesse zu erfassen sind (Evetts 2003).

Meine These ist, dass sich weiterführende Einsichten bieten, wenn Wissen als die zentrale Ressource für die Legitimation professioneller Macht (Thorstendahl/Burrage 1990) ins Zentrum gerückt und die Modernisierungsprozesse als eine *Verhandlung über Wissen* analysiert werden. Wenn die klassischen Signifikanten von Expertenwissen – die staatliche Protektion von Titeln und die Qualifikation der Professionellen – mit neuen Formen der Kontrolle und neuen Signifikanten zusammentreffen, nimmt der Zwang zur Aushandlung legitimen Wissens zu. In diesem

Rahmen kommt der Information eine neue Bedeutung zu. Information wird zu einer Technologie der Legitimation von Macht im Gesundheitssystem, und hierdurch werden soziale Ungleichheiten sowohl reproduziert wie auch verschoben. Die Neutralitätsansprüche der Information verdecken diese Machtasymmetrien jedoch. In der Bedeutung als Handlungsressource ist der Zugang zu Informationen nicht nur zwischen Professionellen und NutzerInnen, sondern auch in der Gruppe der NutzerInnen asymmetrisch verteilt; als Legitimationsressource sind ungleiche Chancen zwischen Experten und Laien sowie zwischen der Ärzteschaft und den Gesundheitsberufen unverkennbar. Ich konzentriere mich im Folgenden auf die Experten-Laien-Differenzierung.

Die weitergehende These lautet, dass die Legitimationsmacht der Information von der sozialen Akzeptanz des Wissenssystems abhängt, auf das die Information rekurriert. Sie ist damit an die Professionalität und biomedizinisches Wissen als zentrales Regulierungssystem des Gesundheitswesens gebunden. Diese Regulierungsmechanismen sind hochflexibel und anpassungsfähig. Sie können sowohl den Ausschluss wie auch die Integration neuer Akteure und Wissenssysteme legitimieren, wie die Studien zu alternativer und komplementärer Medizin (Saks 2003) ebenso wie die Geschlechterforschung belegen.

Aus dieser Perspektive wird deutlich, dass weder die Integration der NutzerInnen in das Regulierungssystem noch die forcierte Standardisierung von Wissen zwangsweise zu grundlegenden Veränderungen in den Machtbeziehungen führen. Standardisierung und Formalisierung sind ambivalente Konzepte: Sie bieten ein demokratisches Potenzial, aber zugleich auch Möglichkeiten, die Dominanz der Ärzteschaft zu sichern und die Exklusion all derer zu legitimieren, die nicht den Standards entsprechen (Freidson 2001; Larsen 1990; Turner 1995). Eine entscheidende Frage ist, welche Wandlungsprozesse im Wissenssystem selbst hervorgerufen und wie alternative Wissenssysteme integriert werden. Folgen die Transformationen den Pfaden der Moderne und dem Anspruch auf eine einzige Wahrheit, oder bringen sie veränderte Wissenssysteme hervor, die Pluralität und Partizipation als Forderungen der so genannten Postmoderne begünstigen?

Diese Fragen sollen nachfolgend diskutiert werden. Im ersten Teil wird die in den Modernisierungsprozessen der Gesundheitsversorgung genährte Vision der Machtverschiebungen infolge der »Entdeckung« der NutzerInnen und neuer Regulierungsinstrumente auf Basis der vorliegenden Literatur auf ihre theoretische und empirische Plausibilität geprüft. Der zweite Teil stellt empirische Daten aus Deutschland vor, die Auskunft über die Einschätzungen der PatientInnen und ÄrztInnen geben. Abschließend werden die Herausforderungen der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen sowie die Chancen und Bedingungen für partizipative soziale Beziehungen diskutiert.

2. Transformationen von Wissen – neue Formen der Regulierung im Gesundheitssystem

Die neuen Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen verschieben die charakteristische Balance der Medizin zwischen kognitivem, formalisiertem Wissen und Praxiswissen – »mystic«, wie es Bryan Turner (1995) nennt – zugunsten der Wissenschaft. Die Professionssoziologie hat diese Balance und die Ambivalenz der unterschiedlichen epistemologischen Grundlagen medizinischen Wissens aufgezeigt: Beide Formen bieten jeweils spezifische Möglichkeiten, Wissen als Machtressource zur Kontrolle des Berufsfelds und der sozialen Beziehungen zu nutzen (Kuhlmann 2004b). Beide Formen sind historisch für die Ausbildung des biomedizinischen Wissenssystems konstituierend. Der Zwang zur Aushandlung unterschiedlicher Wissensformen ist also keineswegs neu. Das innovative Moment ist vielmehr, dass die Machtverschiebung in Richtung Wissenschaft gegenwärtig durch Instrumente und nach Kriterien erfolgt, die dem Management entliehen sind: Praxiswissen – das »verkörperte« Wissen der ÄrztInnen – muss sich wissenschaftlich-bürokratisch legitimieren.

Das zweite Novum ist, dass diese Verschiebungen die Beteiligung der NutzerInnen in Entscheidungsprozessen auf der Mikro- und Makroebene verbessern sollen. Damit kommt ein weiteres Wissenssystem ins Spiel: das subjektive Wissen der NutzerInnen, dessen Vielfalt sich der Standardisierung und Formalisierung weitgehend entzieht. Wie diese Wissenssysteme in der Praxis der Gesundheitsversorgung interagieren, ist nicht geprüft. Die neueren Steuerungsformen fordern einen einheitlichen Bewertungsmaßstab auf der Basis »rationaler« Informationen und schließen modelltheoretisch die Möglichkeit pluraler Kriterien der Bewertung aus, die zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können. Diese Annahmen und ihre sozialen Effekte werden kritisch in den Blick genommen und mit empirischen Ergebnissen konfrontiert.

2.1 Standardisierung und die »Produktion« von Objektivität

Die Standardisierung von Wissen bietet die Möglichkeit, die Expertenmacht zu kontrollieren; diese Einschätzung ist weithin konsensfähig. Die Kontrolle erfolgt über vorgeblich objektive und neutrale Informationen. Ann Oakley (2000) führt diese Argumentation am Beispiel der Medizin und der *Cochrane Collaboration* als das internationale Referenzzentrum der evidenz-basierten Medizin aus (Sackett u.a. 1997). Dieser Argumentation folgend stehen die Entwicklungen in der Medizin in einem breiteren Kontext der evidenz-basierten Politik im Dienstleistungssektor, die

Machtverschiebungen auf der Basis von experimentellen Formen des Wissens ermöglicht:

»The accumulation and wider accessibility of evidence produced by this means would bring about nothing short of a revolution in the traditional relationship between the ›lay‹ public as targets of interventions, on the one hand, and the professionals and others who practice these interventions on them, on the other. In this sense, scientific enquiry is fundamentally anti-authoritarian.« (Oakley 2000: 312)

Die Autorin fordert formalisierte Formen des Wissens, »in order to protect the public from the damaging effects of professional and other forms of arrogance« (ebd.: 323). So überzeugend diese Forderungen klingen, berücksichtigen sie die Grundlagen der wissenschaftlichen Medizin und die soziale Produktion von »objektiven Fakten« nicht. Eine empirische Analyse der Einführung evidenz-basierter Medizin zeigt, dass die vermutete »revolutionäre« Veränderung der Experten/Laien-Trennung eher eine theoretische Option als ein empirisches Ergebnis ist (Timmermans/Berg 2003). Die bei Oakley wie auch bei einigen AutorInnen aus der Professionsforschung (z.B. Freidson 2001) zu findende ahistorische These eines grundlegenden Interessenkonflikts zwischen Professionen und Staat/Öffentlichkeit kann die komplexen Verweisungen nicht erfassen, wie insbesondere unter Bezug auf Michel Foucaults Konzept der Regulierung gezeigt wurde (Johnson 1995).

Ein statisches Konzept von Staat und Professionen führt zu einer Unterschätzung der Anpassungsfähigkeit der Professionalität an veränderte soziale Bedingungen (Kuhlmann 2004a) und infolgedessen zu einer Überbewertung des demokratischen Potenzials formalisierten Wissens und der Vernachlässigung empirischer Belege. Ein Vergleich unterschiedlicher Gesundheitssysteme macht die Ambivalenz der evidenz-basierten Medizin sichtbar. So zeigen Robert H. Blank und Viola Burau (2004), dass sich zwar der Druck für die ÄrztInnen erhöht, aber die Qualitätsdebatte ebenso Chancen bietet. Allerdings, so die weiteren Schlussfolgerungen, sei nicht einfach eine »Wiedergeburt« medizinischer Praxis infolge von Qualitätsmanagement zu erwarten, sondern neue Praxisformen (Blank/Burau 2004: 137).

Evidenz-basierte Medizin verringert die Macht nicht unbedingt, sie kann aufgrund der deterministischen epistemologischen Basis und der Autoritätsansprüche von Wissenschaft zur Ressource werden. Stephen Harrison (1998) diskutiert evidenz-basierte Medizin im Kontext sozialen Wandels und macht die Verbindungen zum Fordismus sichtbar. Der Autor charakterisiert evidenz-basierte Medizin als »späte Blüte des Fordismus«, die auf der Ideologie der Rationalität und eines einzigen »best way« der Produktion basiert und demzufolge scheinbar gegen die Zeichen der Zeit arbeitet (Harrison 1998: 26).

Aus dieser Perspektive werden die Verweisungen zwischen wissenschaftlichem medizinischen und ökonomischem Managementwissen sichtbar: Beide Wissenssys-

teme berufen sich auf das Paradigma der Neutralität und Objektivität; beide sind reduktionistisch und positivistisch in ihrer Forderung nach einer einzigen »Wahrheit« und schließen Subjektivität, Kontextabhängigkeit und Vielfalt von Wissen aus; »Rationalität von Wissen« und »production of objectivity« (Timmermans/Berg 2003: 117) sind Schlüsselemente.

Der Diskurs der Standardisierung basiert auf einer hierarchischen Ordnung zwischen Wissenschaft und Praxis, die verkörpertes Wissen und klinische Erfahrung der ÄrztInnen abwertet. Neu an diesem Muster der Produktion legitimen Wissens ist also lediglich, dass die Geschichte der Moderne, die Geist/Körper-Trennung (Latour 2001), vor veränderter Kulisse und mit neuer Besetzung inszeniert wird. Die Mechanismen und sozialen Ordnungsmuster dieser Inszenierung sind – neben anderen – von feministischen AutorInnen entschlüsselt. So beschreibt Donna Haraway Universalismus und Relativismus als »conquering gaze (that) signifies the unmarked position of Man and White« (Haraway 1991: 188). Dieses Wissen konstruiert ein »Selbst« abgetrennt und jenseits von »Anderen« (Davies 2002). Die Analysen der Konstruktion von Wissen zielen darauf, einen anhaltenden naturalisierten Diskurs zu enthüllen, der soziale Ordnungen im Rückgriff auf »natürliche« Begründungen legitimiert (Haraway 1991). Medizinisches Wissen ist ein Prototyp einer formalisierten Wissensproduktion, die komplexe Zusammenhänge negiert und so ein Verständnis von Körper, Gesundheit und Krankheiten konstruiert, das auf hierarchischen Funktionslogiken basiert (Kuhlmann/Babitsch 2002).

Aus dieser Perspektive wird das demokratische Potenzial der Standardisierung von Wissen mindestens fragwürdig. Es wird deutlich, dass die Verknüpfung von Management und Medizin zu einer neuen wissenschaftlich-bürokratischen Medizin ein Instrument bietet, das den Ausschluss von Subjektivität und Kontext aus autorisiertem Wissen perfektioniert. »The heroic journey of mastery knowledge« (Davies 2002: 99) kann demzufolge auch in den Zeiten der Standardisierung relativ ungehindert fortgesetzt werden. Die Entschlüsselung von Konstruktionsprozessen sagt allerdings noch nichts darüber aus, wie sich diese in der Praxis konstituieren und wie die hierarchischen Arrangements zu verändern wären.

2.2 Die »neue Unübersichtlichkeit« der Information und der Ruf nach »sichtbaren Markern« für Qualität

Information wird infolge der Pluralisierung von Wissensressourcen und Distributionsmedien zunehmend unübersichtlicher; zugleich nimmt das Bedürfnis nach »sichtbaren Beweisen« (Webster 2002) für die Qualität und Zuverlässigkeit von Expertenwissen zu. Die Sichtbarkeit soll durch die wissenschaftlich-bürokratische Medizin und ihre Indikatoren für Qualität und Effizienz hergestellt werden. ÄrztIn-

nen, PatientInnen, Politik und BürgerInnen vertrauen alle auf Daten der evidenzbasierten Medizin, auf Qualitätsreporte, Evaluationen, Audits und Dokumentationen von Versorgungsleistungen. Die Macht dieser neuen Regulierungsformen basiert jedoch nicht nur auf der Akzeptanz der Instrumente, sondern auf dem Vertrauen in das Wissenssystem, das diese Informationen produziert, und einem kulturellen Konsens über die Macht »objektiver« und »neutraler« Zahlen (Porter 1995).

An anderer Stelle wurde dargelegt, dass Information zu einer Brücke zwischen ungleichen PartnerInnen im Gesundheitswesen und zu einer neuen Strategie der Vertrauensbildung zwischen Zweifel und Sehnsucht nach Vertrauen avanciert (Kuhlmann 2005). Hier sollen die in die Information eingelagerten Machtbeziehungen eingehender beleuchtet werden. Information kann von unterschiedlichen Akteuren flexibel genutzt werden. Sie passt scheinbar perfekt in das Szenario der Individualisierung und des Risikomanagements (Beck 1986): Information verspricht selbstbestimmte Entscheidungen »reflexiver Akteure« (Lupton 1997) jenseits des Zugangs zu formaler Macht und Institutionen. Die Information muss ihren sozialen Wert nicht in jedem Fall nachweisen, sie wird vielmehr zu einem Signifikanten für Qualität und Partizipation in der Gesundheitsversorgung. Diese Entwicklungen sind insbesondere für die Biotechnologien und die Humangenetik analysiert. Als Metapher greift Information jedoch zunehmend auf alle gesellschaftlichen Bereiche über.

In der Gesundheitsversorgung ist die veränderte ethische Norm der informierten Entscheidungsfindung ein Feld, in dem die Vermittlungsfunktion und die Macht der Information deutlich wird. Die neue Relevanz der Information – der *informed consent* – führt nicht automatisch zu Machtverlusten der ExpertInnen, sie weist allerdings auf der diskursiven Ebene Verschiebungen auf. Eine historische Analyse bietet hier weiter gehende Einsichten, um die Reichweite der aktuellen Veränderungen einzuschätzen: Philipp Sarasin (2001) fragt, ob und warum die Autorität des wissenschaftlichen, speziell des medizinischen Wissens auch dann funktioniert, »wenn gar nicht dieser oder jener bekannte Herr Professor spricht, sondern ein unbekannter Arzt in einer billigen Broschüre oder in der Ratgeberspalte einer Zeitschrift« (Sarasin 2001: 141). Am Beispiel des Hygienediskurses des 19. und frühen 20. Jahrhunderts wird die Frage weiterentwickelt: »Gibt es in den Hygienediskursen etwas, das hinter dem Arzt und seiner Wissenschaft steht und das diesem Reden Autorität verleiht?« (ebd.)

Sarasin folgend wird Vertrauen nicht nur individuell in der Arzt-Patient-Beziehung hergestellt, es gründet sich auf eine symbolische Ordnung, die durch den Arzt repräsentiert wird:

»Das Naturgesetz trat Mitte des 19. Jahrhunderts erfolgreich in Konkurrenz mit dem göttlichen Gesetz, und es verschränkte sich mit dem neuen politischen, ebenso quasi-transzendentalen Ordnungsentwurf der Nation, der den Subjekten den Sinn ihrer gesellschaftlichen Existenz erklärt. Dieses Gesetz ist Garant einer von Ärzten und Naturforschern personifizierten symbolischen

Ordnung der Welt und der Körper; es wird von diesen Autoren mit dem Anspruch vertreten, nicht einfach nur »Vertrauen« in den Arzt zu haben – das mussten Kranke schon immer mehr oder weniger –, sondern Vertrauen in jene konkreten Gesetzmäßigkeiten, die das »chemisch-physikalische Experiment« des eigenen Lebens bestimmen.« (ebd.: 146)

Die Personifizierung dieses Naturgesetzes ist »die väterliche Figur des Gelehrten, der seinen Namen zum Garanten dafür macht, dass die Laien sich diesem Symbolischen unterwerfen« (ebd.).

Aus dieser Perspektive werden qualitative Dimensionen der neuen Regulierungsinstrumente sichtbar: Die symbolischen Ordnungsmuster im Gesundheitswesen werden immer weniger durch einen paternalistischen Professionellen, sondern zunehmend durch die Information repräsentiert, vermittelt durch scheinbar objektive, neutrale Daten. Die traditionelle »verkörperte Professionalität«, repräsentiert durch einen männlichen Professionellen und einen paternalistischen Habitus, wird in eine vom Körper abgetrennte Professionalität transformiert, die sich auf Information gründet. Hierdurch bieten sich einerseits neue Möglichkeiten der Partizipation für Ärztinnen und die weiblich konnotierten Gesundheitsberufe (Blättel-Mink/Kuhlmann 2003) sowie für die PatientInnen (Davies 2002), aber andererseits auch neue Risiken der Abwertung von Erfahrungswissen.

Die Effekte dieser Entwicklungen sind folglich ambivalent: Die Beweise für die Vertrauenswürdigkeit von medizinischen Informationen gründen sich nach wie vor auf Expertensysteme und Expertenwissen; die Macht der Experten nimmt insgesamt eher zu als ab. Zugleich wird auf der diskursiven Ebene ein Potenzial sichtbar, über Information soziale Arrangements zu verändern und neuen Akteuren Zugang zur Regulierung zu ermöglichen. Ob und wie dieses Potenzial genutzt wird, lässt sich auf der symbolischen Ebene nicht zuverlässig klären. Der Ruf nach sichtbaren Markern eröffnet zunächst einmal nur eine Arena der Aushandlung, die neuen Akteuren Zutritt bietet.

3. Information und Partizipationschancen aus der Perspektive von ÄrztInnen und PatientInnen

Die Modernisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland folgt ähnlichen Pfaden, wie sie international beschrieben sind: Neue Formen der Regulierung der Ärzteschaft – die insbesondere auf eine Reduktion von Varianzen zielen und die Fragmentierung der Versorgung überwinden sollen – und eine verbesserte Patientenorientierung stehen auch hier auf der Agenda. Zu berücksichtigen sind allerdings die korporatistische Struktur des Versorgungssystems, die Arztzentrierung und

geringe Institutionalisierung der Patientenbeteiligung. Die Restrukturierung der Versorgung verlässt diese Pfade nicht grundsätzlich; wesentliches Instrument im Modernisierungskanon sind die auf die Ärzteschaft fokussierten *Disease Management*-Programme für ausgewählte chronische Erkrankungen.

Das Untersuchungsfeld und die Untersuchungsgruppen sind unter dem Aspekt ausgewählt, Wandel und Dynamiken zu erfassen. Auf der Seite der Ärzteschaft geht es um die ambulante Versorgung, die gegenwärtig die höchsten Potenziale für Veränderungen aufweist. Mit den Mitgliedern in Selbsthilfegruppen für koronare Herzerkrankungen, Diabetes mellitus und Brustkrebs sind die Zielgruppen der neuen Behandlungsprogramme sowie ein exemplarischer Typus der Expertenpatienten erfasst.

3.1 Ambivalenz wissenschaftlich-bürokratischer Medizin und Attraktivität für die Ärzteschaft

Die Ergebnisse der Fragebogenstudie zeigen, dass die Einstellungen der Ärzteschaft zu Regulierungsinstrumenten der wissenschaftlich-bürokratischen Medizin nicht homogen, aber auch nicht durchgängig ablehnend sind. Die Einschätzungen zu zentralen Zielen der Gesundheitspolitik (auf der 5-Punkt-Likert-Skala) ergeben bei 68 Prozent eine positive bis sehr positive Wertung für »verpflichtende Qualitätsstandards«. Die Zustimmung sinkt weiter ab auf 32 Prozent für »Weiterbildungsverpflichtung« und »Zertifizierung der Praxen« (27 Prozent). Mit Blick auf das Qualitätsmanagement sind die Einstellungen homogener und weisen eine höhere Übereinstimmung mit den gesundheitspolitischen Zielen auf; die Mehrheit bewertet das Qualitätsmanagement positiv. An der Spitze der Instrumente stehen die »Qualitätszirkel« (79 Prozent), gefolgt von »Zweitmeinung« (75 Prozent) und »Leitlinien« (74 Prozent) sowie »evidenz-basierte Medizin« mit 72 Prozent positiver bis sehr positiver Bewertung. Mit Blick auf Differenzierungen innerhalb der Ärzteschaft zeigt sich kein konsistentes Muster für die Items »Alter«, »hausärztliche Versorgung«, »Mitglied in einem Netzwerk«, aber Frauen bewerten die Instrumente bürokratischer Regulierung und Kontrolle positiver als Männer (multiple Regression).

Die Ärzteschaft greift den Ruf nach Qualitätsmanagement aktiv auf. So geben 53 Prozent an, sie hätten entsprechende Maßnahmen in ihrem eigenen Arbeitsbereich eingeführt, und weitere 27 Prozent planen dieses. Es zeichnet sich jedoch eine deutliche Präferenz für solche Instrumente ab, die in der Hand der Ärzteschaft liegen. Die Fokusgruppe bestätigt die Tendenzen und erlaubt weiter gehende Einblicke. In dem hier untersuchten Netzwerk werden Instrumente bürokratischer Regulierung aktiv aufgegriffen und eingesetzt, um die Kooperation innerhalb der

Ärzeschaft zu verbessern und vertrauensvolle Beziehungen auf der Basis rationaler Bewertungskriterien aufzubauen.

Auch die Ärzteschaft verlangt nach Informationen und »Signifikanten« der Qualität, und sie zieht hierfür genau die Instrumente heran, die als Kontrolle der medizinischen Profession konstruiert sind. Diese Instrumente werden aktiv genutzt, um das Vertrauen der PatientInnen und der Öffentlichkeit zu gewinnen und die Macht der Ärzteschaft in einer Situation zu sichern, in der das Vertrauen in die Institutionen abnimmt und der Legitimationsdruck der Medizin steigt (Kuhlmann 2005).

Die Einschätzungen der PatientInnen zu Standards sind weitaus skeptischer. So werden zwar transparente Daten, Indikatoren, Qualitätsberichte und Ähnliches begrüßt, aber die Fragen nach Standards und Leitlinien lösen in allen Gruppen erhebliche Unsicherheiten, Zweifel und Ängste aus:

»Und haben wir dann unser Standardprogramm und kriegen dann nur noch drei Teststreifen (Diabetes) pro Tag? Da habe ich also Bedenken, das sind tatsächlich meine Bedenken, (...) da wird dann nur noch eine Norm vorgegeben, (...) das fände ich schlimm.« (FG 7, Diabetes)

PatientInnen nehmen die Standardisierung und Reduktion von Varianzen in der Behandlungspraxis als Instrumente der Regulierung wahr, auf die sie keinen Einfluss haben und die gegen ihre Interessen und Bedürfnisse eingesetzt werden können.

3.2 Von Informationsvermittlung zu Informationsaustausch – Bedürfnisse der PatientInnen nach »anderen« Informationen

Die Mehrheit der Ärzteschaft greift die Forderung nach verbesserter Information der PatientInnen auf. Den Ergebnissen der Fragebogenstudie folgend haben 63 Prozent die Patienteninformation verbessert und weitere 24 Prozent planen dies. Allerdings wird die Stärkung von Patientenrechten als Strategie zur Verbesserung der Versorgungsqualität als nachrangig eingeschätzt: Nur 31 Prozent sehen darin ein »wichtiges« Instrument; Frauen erzielen hier höhere Werte als Männer (Regressionsmodell, siehe oben).

Weitere Problemfelder zeigen sich in der Gruppendiskussion: Selbst wenn die Patienteninformation als wichtiger Aspekt der Versorgung eingeschätzt wird, konzentrieren sich die Strategien zur Verbesserung auf formale Verfahren; das sind zum Beispiel mehr und verbesserte Infoblätter oder so genannte Patientenbücher, die Informationen zusammenfassen und den PatientInnen zum Teil auch ausgehändigt werden. ÄrztInnen tragen also zur Pluralisierung und zum verbesserten Zugang der

PatientInnen zu Informationen bei. Doch jenseits der Quantifizierung finden sich kaum Hinweise auf veränderte Beteiligungschancen.

Mit Blick auf die PatientInnen bestätigen die Daten zunächst, dass die Verbesserung von Informationen gefordert wird. Zugleich zeigt sich, dass PatientInnen nicht grundsätzlich unzufrieden sind mit der Information der Ärzteschaft, sie wollen vielmehr Informationen aus unterschiedlichen Quellen, auch unabhängig von der individuellen Arzt-Patient-Beziehung. Sie sehen die Pluralisierung als eine Strategie, um in einer insgesamt unübersichtlichen und hochkomplexen Versorgungslandschaft eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu entscheiden und das notwendigerweise begrenzte Wissen eines einzelnen Arztes oder einer Ärztin zu ergänzen.

Die befragten PatientInnen nehmen die Rolle der Expertenpatienten an. Sie lesen Bücher, kontaktieren Freunde und Verwandte, suchen im Internet und informieren sich bei Beratungsstellen über Behandlungsoptionen. Weitere Strategien sind, Fragen vor dem Arztbesuch zu notieren oder eine vertraute Person zum Gespräch mitzunehmen. Letzteres wird allerdings, den Berichten zufolge, eher skeptisch von ÄrztInnen aufgenommen. Interessant ist, dass diese Suche nach Informationen nicht unbedingt Misstrauen gegenüber ÄrztInnen ausdrückt, sondern explizit als Ergänzung zu deren Informationen verstanden wird:

»Dass man auch mal fragen kann, ohne dass man seinen eigenen Arzt damit beleidigt. (...) Dass man also seine Frage jemandem stellen kann, ohne seinen Arzt offen zu legen. Einfach seine Zweifel offen tut. Das fände ich eine super Idee. Und das würde manch einem vielleicht auch das Vertrauen in seinen eigenen Arzt auch wieder etwas stärken.« (FG, KHK)

Die Ärzteschaft spielt weiterhin eine zentrale Rolle in der Informationsvermittlung und genießt das höchste Vertrauen im Vergleich zu den Gesundheitsberufen. Die Arztzentrierung des deutschen Systems ist auch von den PatientInnen verinnerlicht, aber daneben steht der Ruf nach umfassenden Informationen, einschließlich alternativer Therapien. PatientInnen wollen nicht unbedingt mehr, sondern andere Informationen:

»Und ich muss sagen, dass mir jeder bereitwillig alles erzählt hat, auch mit Nachfragen. Auch wenn ich was nicht verstanden hatte, dann haben sie sich die Zeit genommen und auch die Geduld und haben mir das gesagt. Nur das eine, was mich erschüttert hat: Wenn man das (Chemotherapie und Bestrahlung) nicht will, wenn man sich nicht voll Gift pumpen lassen will, (...) dann ist man so alleine gelassen, weil keine andere Stelle auch Informationen gibt. Die Krankenkasse habe ich gefragt: Könnt ihr mir Vorschläge machen, was bezahlt ihr an alternativen Therapien? Die haben überhaupt nicht verstanden, was ich wollte. (...) Was mich noch mehr erschüttert, man ist kein Mensch mehr. Man ist ein Tumor, der jetzt behandelt werden muss. Und dann kriegt man Chemotherapie und Bestrahlung und Arzneimittel. Und wenn man das nicht will, dann passt man nicht in dieses vorgegebene Schema, und dann geht man besser weg und lässt sich nie wieder blicken.« (FG, Brustkrebs)

Diese Frau hat sich für eine Bestrahlungstherapie entschieden, da sie fürchtet, sie könne die Konsequenzen einer Ablehnung alleine möglicherweise nicht bewältigen und mache sich dann Vorwürfe. Sie trifft diese Entscheidung gegen ihre Einstellung, die auf umfassenden Informationen basiert. Das Beispiel demonstriert die Macht biomedizinischer Informationen, die tief in individuelle Entscheidungen – auch gegen den Willen von PatientInnen – eindringen und das Handeln strukturieren (vgl. Martin 1994). Diese Patientin hebt hervor, sie habe immer Auskunft erhalten und fühle sich insgesamt gut betreut. Dennoch zeigt sich: Die Informationen entsprechen nicht ihren Bedürfnissen. Das Beispiel zeigt auch die Grenzen selbstbestimmter Patientenentscheidungen auf, selbst wenn es sich um hochgebildete und informierte Patienten handelt, die – wie in diesem Fall – sogar den fachlichen Inhalt beurteilen können.

Die Grenzen des Modells »Expertenpatienten« sind keineswegs nur durch ärztliche Informationspolitik gesteckt, sie liegen auch in den widersprüchlichen und situativ variablen Bedürfnissen: PatientInnen nehmen die Expertenrolle zwar an, aber sind nicht in jeder Situation dazu in der Lage, dieser Rolle zu entsprechen. Sie fühlen sich überfordert und greifen auf Verhaltensmuster der Hilfesuchenden zurück, die eine Informationsselektion und den Rat der ÄrztInnen wünschen. Die Bedürfnisse von PatientInnen lassen sich nicht auf das Modell der marktfähigen Experten-Konsumenten reduzieren; sie sind vielfältig und widersprüchlich. Dieses Ergebnis ist nicht unbedingt auf die deutsche Versorgungsstruktur zurückzuführen, da ähnliche Befunde in einer australischen Studie ermittelt wurden (Lupton 1997). Zusammengefasst zeigt sich, dass PatientInnen nicht unbedingt mehr, sondern vor allem *andere* Informationen und andere Formen der *Informationsvermittlung* fordern, die ihrer subjektiven Bedarfslage gerecht werden.

5. Von der Pluralisierung der Information zu »Diversity« des Wissenssystems

Die empirischen Ergebnisse dämpfen die Partizipationsversprechen neuer Steuerungsmodelle, die insbesondere in der Policy- und Managementliteratur hervorgehoben werden. Sie belegen, dass die Chancen der NutzerInnen in einem Rahmen verharren, der durch biomedizinisches Wissen gesteckt ist. NutzerInnen können sich der Deutungsmacht der Medizin nicht oder nicht vollständig entziehen. Ihr Wissen geht in den Kommunikationsprozess auf der Mikroebene der Arzt-Patient-Beziehung nicht ein. Die Wissensproduktion bleibt also eine »Einbahnstraße« entlang biomedizinischer Information, die das Handeln der Individuen

strukturiert. Statt eines Informationsaustausches findet ein Informationstransfer von ÄrztInnen zu PatientInnen statt. In der Rolle der BürgerInnen haben sie ebenfalls wenig Einfluss auf die Prozesse, in denen die Kategorien der Bewertung von Gesundheitsleistungen ausgehandelt werden. *Mehr* Information und verbesserter Zugang zu Informationen garantieren also noch nicht unbedingt veränderte Machtbeziehungen.

Mit dem Einzug der wissenschaftlich-bürokratischen Medizin verschiebt sich das Machtgefälle eher zugunsten orthodoxen medizinischen Wissens; die Synthese von Medizin und Managementwissen verleiht dem Anspruch auf eine einzige »Wahrheit« noch mehr Nachdruck. Evidenzbasierung verstärkt den Anschein der Neutralität und marginalisiert klinisches Wissen, Subjektivität und Unsicherheit medizinischer Information (Fox 2002). Standardisierung wird so zu einem Instrument, um medizinische Macht unter veränderten Bedingungen zu sichern. Die Pluralisierung von Informationsquellen und die verbesserte Distribution tragen dazu bei, dass medizinisches Wissen in immer mehr soziale Bereiche immer tiefer eindringt. Die Information erfüllt durch ihre Versprechen selbstbestimmter Entscheidungen scheinbar perfekt die Bedürfnisse einer pluralisierten und individualisierten Gesellschaft; die eingelagerten Machtverhältnisse bleiben hinter dem Mantel der Neutralität von Information verborgen und werden so reproduziert und neu ausgebildet. Das soziale Konfliktpotenzial der Ressourcenverteilung im Gesundheitssystem wird hierdurch allerdings reduziert und wohlfahrtsstaatliche Verantwortung auf die Professionellen *und* auf die NutzerInnen verschoben.

Solange Information auf ein Wissenssystem rekurriert, das Objektivität und universale Deutungsmacht reklamiert und die NutzerInnen ebenso wie den größten Teil der Gesundheitsberufe aus den Aushandlungsprozessen ausschließt, bleibt Information auch unter veränderten Bedingungen eine machtvolle Ressource in der Hand der Professionellen. Insbesondere für Deutschland liegen keine Hinweise auf grundlegende und nachhaltige Veränderungen der Machtbeziehungen vor. Zugleich eröffnet der steigende Legitimationszwang des Expertenwissens Partizipationschancen vor allem der marktfähigen und -willigen NutzerInnen wie auch der Gesundheitsberufe und alternativer TherapeutInnen, die Standardisierung als Instrument der Professionalisierung nutzen können (Timmermans/Berg 2003).

Das Innovationspotenzial von Standardisierung und Nutzerorientierung ist allerdings an bestimmte Bedingungen geknüpft, die bisher nicht nur nicht erfüllt, sondern auch aus den Aushandlungsprozessen legitimen Wissens ausgeblendet werden und unsichtbar bleiben. Die wesentliche Bedingung wäre, die Pluralisierung von Informationen qualitativ zu wenden. Voraussetzung dafür sind neue Definitionen von Objektivität, neue Methoden und eine veränderte Wertschätzung der Subjektivität und Kontextabhängigkeit von Wissen (Dean 2004; Timmermans/Berg 2003). Damit nun steht nichts Geringeres als die epistemologische Trennung zwi-

schen Subjekt/Objekt, Experten/Laien und wissenschaftlichem und verkörpertem Wissen auf dem Spiel.

Ein wahrlich herausforderndes Projekt, das wohl noch einiger Modernisierungsgesetze und komplexerer Lernprozesse im Gesundheitswesen bedarf. Der Beitrag soziologischer Studien könnte darin liegen, die »blinden Flecken« gesundheitspolitischer Regulierungshypothesen und Management-Strategien empirisch fundiert zu beleuchten.

Literatur

- Abbott, Andrew (1988), *The System of Professions*, Chicago.
- Allsop, Judith/Saks, Mike (Hg.) (2002), *Regulating the Health Professions*, London.
- Beck, Ulrich (1986), *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Frankfurt a.M.
- Blättel-Mink, Birgit/Kuhlmann, Ellen (2003), »Health Professions, Gender and Society: Introduction and Outlook«, *International Journal of Sociology and Social Policy*, Jg. 23, H. 4/5, S. 1–21.
- Blank, Robert H./Bureau, Viola (2004), *Comparative Health Policy*, Houndmills.
- Davies, Celia (2002), »What about the Girl Next Door? Gender and the Politics of Self-Regulation«, in: Bendelow, Gillian u.a. (Hg.), *Gender, Health and Healing. The Public/Private Divide*, London, S. 91–107.
- Dean, Kurt (2004), »The Role of Methods in Maintaining Orthodox Beliefs in Health Research«, *Social Science and Medicine*, Jg. 58, S. 675–685.
- Evetts, Julia (2003), »The Construction of Professionalism in New and Existing Contexts: Promoting and Facilitating Occupational Change«, *International Journal of Sociology and Social Policy*, Jg. 23, H. 4/5, S. 23–38.
- Fox, Robert C. (2002), »Medical Uncertainty Revisited«, in: Bendelow, Gillian u.a. (Hg.), *Gender, Health and Healing. The Public/Private Divide*, London, S. 236–254.
- Freidson, Eliot (2001), *Professionalism. The Third Logic*, Oxford.
- Haraway, Donna J. (1991), *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*, New York.
- Harrison, Stephen (1998), »The Politics of Evidence-Based Medicine in the United Kingdom«, *Policy and Politics*, Jg. 26, S. 15–31.
- Johnson, Terry (1995), »Governmentality and the Institutionalization of Expertise«, in: Johnson, Terry/Larkin, Gerald/Saks, Mike (Hg.), *Health Professions and the State in Europe*, London, S. 7–24.
- Kuhlmann, Ellen (2004a), »Post-Modern Times for Professions – the Fall of the Ideal Professional and its Challenges to Theory«, *Knowledge, Work and Society*, Jg. 2, H. 2, S. 69–89.
- Kuhlmann, Ellen (2004b), *Knowledge and Power in the Era of Consumerism – Negotiations on Professionalism in Health Care*, Paper presented to the Interim Conference, International Sociological Association, RC »Professional Groups«, Versailles, 22.–24. September 2004.
- Kuhlmann, Ellen (2005), »Traces of Doubt and Sources of Trust – Health Professions in an Uncertain Society«, *Current Sociology*, Special Issue, forthcoming.

- Kuhlmann, Ellen/Babitsch, Birgit (2002), »Bodies, Health, Gender – Bridging Feminist Theories and Women's Health«, *Women's Studies International Forum*, Jg. 25, S. 433–442.
- Larson, Sarfatti Magali (1990), »In the Matter of Experts and Professionals, or How Impossible it is to Leave Nothing Unsaid«, in: Thorstendahl, Rolf/Burrage, Michael (Hg.), *Knowledge, State and Strategy*, London, S. 24–50.
- Latour, Bruno (2001), *Das Parlament der Dinge*, Frankfurt a.M.
- Lupton, Deborah (1997), »Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter«, *Social Science and Medicine*, Jg. 45, S. 373–381.
- Martin, Emily (1994), *Flexible Bodies. Tracking Immunity in American Culture – from the Days of Polio to the Age of AIDS*, Boston.
- Oakley, Ann (2000), *Experiments in Knowing*, New York.
- Porter, Theodore M. (1995), *Trust in Numbers: the Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton.
- Sackett, David L. u.a. (1997), *Evidence-Based Medicine*, New York.
- Sarasin, Philipp (2001), *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765–1914*, Frankfurt a.M.
- Saks, Mike (2003), *Orthodox and Alternative Medicine*, London.
- Timmermans, Stephan/Berg, Marc (2003), *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*, Philadelphia.
- Thorstendahl, Rolf/Burrage, Michael (Hg.) (1990), *Knowledge, State and Strategy*, London.
- Turner, Bryan S. (1995), *Medical Power and Social Knowledge*, London.
- Webster, Andrew (2002), »Innovative Health Technologies and the Social: Redefining Health, Medicine and the Body«, *Current Sociology*, Jg. 50, S. 443–457.