

Aus implizit wird explizit?

Folgen der Digitalisierung für Professionen am Beispiel der Ärzte

An der Universität Witten/Herdecke,
Fakultät für Kulturreflexion und stadium fundamentale
am Lehrstuhl für Soziologie bei Prof. Dr. Werner Vogd
im **Masterstudiengang Ethik und Organisation** eingereichte

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades eines Master of Arts (M. A.)

vorgelegt von

Maximilian Matthias Locher, B. A.

geboren am 08. Juli 1991 in Ulm

Matrikel-Nr.: 1400247

Erstgutachter: Prof. Dr. Werner Vogd

Zweitgutachter: Dr. Jonathan Harth

Eingereicht am: 21. September 2017

Zusammenfassung

Viele Untersuchungen der Digitalisierung unterlassen es mit allen Konsequenzen für aufsetzende ethischen Analysen, ein tieferes Verständnis des sozialen Kontexts des von ihnen untersuchten Aspekts der Digitalisierung aufzubauen. Damit bricht die vorliegende Arbeit in der Untersuchung der Folgen der Digitalisierung für Professionen, indem sie Strukturmerkmale identifiziert, welche die professionelle Praxis und ihrer Erfahrungsräume unterscheiden. Entlang dieser Strukturmerkmale werden exemplarisch an der Profession der Ärzte die Folgen der Digitalisierung durch die Fokussierung auf besonders relevante Formen der Digitalisierung analysiert. Hierbei stößt die Arbeit darin auf die zentrale Folge der Digitalisierung, dass es zu einer medialen Erhitzung des interaktiven professionellen Erfahrungsraums kommt, die Prozesse der Einverleibung und der Hermeneutik des Kranken und seiner Krankheit erschwert und Unsicherheiten aus ihm tilgt. Um die professionelle Praxis weiterhin in der Gesellschaft zu halten, wird ein neues Wissen um die Selektion der anwachsenden kommunikativen Wissensbasen und der Digitalisierungsformen nötig. Mit der Digitalisierung, so schließt diese Arbeit, stehen gerade in der ethisch bedeutsamen professionellen Praxis Verschiebungen zwischen dem Impliziten und dem Expliziten an, wozu ein tieferes Verständnis umso wichtiger wird, wenn mit Wittgenstein in jenem Impliziten das Gute vermutet werden darf.

Kennwörter: Profession, Professionssoziologie, Ärzte, e-health, Wahrnehmung, Interaktion, Erfahrungsraum, Einverleibung, elektrische Medien, Digitalisierung, implizites Wissen, implizite Ethik.

Abstract

Many scientific analyses of digitalization are missing a deep understanding of social context, which has large implications for respective ethical considerations. In the analysis of the impact of digitalization on professions, this paper will break with this pattern by identifying key characteristics of professional practices and their realms of experience. By taking the profession of the physician as the main example, the impacts of different forms of digitalization will be tested along these key characteristics. Through this research, the key finding is that digitalization is removing significant amounts of uncertainty from the professional practice and is making processes of incorporation and hermeneutics of the sick person and their sickness harder. As a result, physicians must improve their knowledge about the different forms of digitalization and the right selectivity towards them in order to reproduce their professional status under these changed circumstances. This paper concludes that, in the process of digitalization, rearrangements between the tacit and the explicit can be uncovered in professional practice. Since following Wittgenstein the Good can be believed to evolve in those tacit areas, these rearrangements require an even deeper understanding.

Keywords: profession, sociology of professions, physicians, e-health, perception, interaction, realm of experience, incorporation, electric media, digitalization, tacit knowledge, implicit ethics.

*„Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach
bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem
Unrecht.“*

(Aus dem Eid des Hippokrates)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung und Problemstellung	1
Das Phänomen der Profession	5
Schwerpunkt Nr. 1: Das System der Professionen	5
Schwerpunkt Nr. 2: Der workplace	8
Das Arbeitsbündnis	10
Wissen im interaktiven Arbeitsbündnis.....	11
Ethik im Umgang mit krisenhaften Problemlagen.....	14
Die gesellschaftliche Einbettung der Professionen	18
Vergleichbares darstellen – die Frage nach funktionalen Äquivalenten.....	20
Eine Problemlösung, die selbst Probleme produziert	20
Der Umgang mit selbst produzierten Problemen	22
Eine erste definitorische Synthese: Das interaktive Arbeitsbündnis	25
Die Interaktion – Angelpunkt der professionellen Praxis	26
Interaktion unter Anwesenden	26
Wahrnehmung und ihre Bedeutung in der Interaktion	31
Einverleibung als Form der Wissensproduktion.....	34
Räume der Genese und der Artikulation des Impliziten.....	36
Eine zweite definitorische Synthese: Das interaktive Arbeitsbündnis als professioneller Erfahrungsraum.....	41
Eine medientheoretische Annäherung an die Digitalisierung.....	49
Medien oder mediale Formen?	50
Der Medienbegriff Marshall McLuhans	51
Formen der Digitalisierung in der ärztlichen Praxis.....	57
Digitalisierungsform 1: Telemedizin	58
Konkrete Ausprägungen.....	58
Form-spezifische Reflexion	59

Digitalisierungsform 2: Techniken der Selbstvermessung	65
Konkrete Ausprägungen.....	66
Form-spezifische Reflexion	68
Digitalisierungsform 3: Big Data-Analysesysteme	76
Konkrete Ausprägungen.....	76
Form-spezifische Reflexion	77
Digitalisierungsform 4: Digitalisierung von Krankenhausabläufen	84
Konkrete Ausprägungen.....	85
Form-spezifische Reflexion	86
Folgen der Digitalisierung für die ärztliche Profession	93
Eine kurze Rekapitulation des Professionsverständnisses	94
Die Bedeutung der Digitalisierung für den ärztlichen Erfahrungsraum	95
Folgen für die implizite Ethik in der ärztlichen Praxis	98
Die Dynamisierung der gesellschaftlichen Einbettung ärztlicher Praxis.....	103
Diskussion	106
Rückschlüsse für Untersuchungen der Digitalisierung.....	109
Aufleitungen aus der Welt der Ärzte für die professionelle Praxis	112
Literaturverzeichnis	121

Einleitung und Problemstellung

Wissenschaftliche Beobachter¹ flüchten sich allzu häufig und allzu schnell in Abwehrhaltungen gegen die Digitalisierung: Die einen lassen alte Humanismus-Debatten wiederaufleben, geben dabei aber schnell zu erkennen, dass sie Schwierigkeiten haben, darzustellen, was denn nun das Besondere Menschliche ist, das sich nicht durch die Digitalisierung nachbilden lässt.² Die anderen üben sich einer Evgeny Morozov³ folgenden Kritik an den hinter der Digitalisierung vermuteten Silicon Valley-Unternehmern und der ihnen unterstellten Ideologie des Solutionismus, soziale Probleme technisch unter einem Mantel der Objektivität und Neutralität Lösungen zuführen zu wollen, ohne dafür eine ausreichend komplexe Sicht auf die sozialen Probleme aufzubauen.

Wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit der Digitalisierung sollten vor solchen schnellen Urteilsfällungen gewarnt sein. Besonders dann, wenn sie versuchen, sich wie diese Arbeit mit den Folgen der Digitalisierung für einen höchst sensiblen Bereich der Gesellschaft auseinanderzusetzen wie dem der Professionen. Als sensibel lässt sich dieser Bereich deswegen beschreiben, weil in ihm in der Minimal-Definition personale mittels der Selbstsorge nicht mehr behandelbare Probleme und Krisen bearbeitet werden⁴.

Diese Arbeit möchte sich vorschneller Urteile auch dadurch enthalten, dass sie sich zunächst über einen soziologischen Moment des Staunens über Professionen und ihre professionelle Praxis in Distanz zum Gegenstand setzen. Denn konstruktivistisch informierte soziologische Beobachter werden angesichts der Professionen wohl zuerst konstatieren, dass es kein Zufall sein wird, dass sie seit mehr als 100 Jahren

¹ Die maskuline Form in der Formulierung soll im Rahmen dieser Arbeit gleichermaßen für Frauen wie Männer gelten, wäre doch der Verlust an Lesbarkeit ein zu hoher Preis für den Gewinn an scheinbarer Gleichheit auf der Zeichenebene.

² Vgl. hierzu Luhmann (2000), S. 376 f., wonach die Humanisten in der Auseinandersetzung mit dem Computer den Menschen hiervon ähnlich unterscheiden wie vom Tier, und es dabei vorziehen im Abstrakten bei der Beschreibung von Eigenschaften zu bleiben, anstatt sich mit dem Sozialen auseinanderzusetzen.

³ Vgl. hierzu Morozov (2013), *Smarte neue Welt: Digitale Technik und die Freiheit des Menschen*, München.

⁴ Vgl. hierzu, weiter unten deutlich präziser ausgearbeitet, Oevermann (2000).

als soziales Phänomen beobachtbar sind.⁵ Dass sich ein Phänomen so lange halten konnte und kann, spricht einerseits dafür, dass sich ein Netz von Voraussetzungen relativ stabil gehalten hat, das die Unwahrscheinlichkeit der Reproduktion einer sozial hoch komplexen Angelegenheit wie der professionellen Praxis in eine Wahrscheinlichkeit verwandelt hat. Andererseits verweist diese historische Stabilität darauf, dass die professionelle Praxis Leistungen für andere Teile der Gesellschaft produziert haben muss, die sie in dieser Gesellschaft halten konnten.

In dieses Netz von Voraussetzungen und das von Professionen erstellten Leistungsmuster greift nun die Digitalisierung folgenreich ein, so lautet die zu überprüfende und gegebenenfalls auszubuchstabierende Arbeitsannahme dieser Arbeit. Die Vermessung der Folgen der Digitalisierung auf Professionen muss in den Mittelpunkt gerückt werden, soll die wissenschaftliche wie öffentliche Debatte um Digitalisierung in einem guten, und das soll im Kontext dieser Arbeit heißen in einem komplexitätssteigernden, Sinne angereichert werden. Und so wird sich diese Arbeit mit diesem Fokus ausgestattet folgenden Fragen widmen: Wie stellt sich die Digitalisierung in Professionen dar? Was bedeutet die Digitalisierung für Verschiebungen zwischen Implizitem und Explizitem in der professionellen Praxis? Wie sehen neu entstehende Arrangements aus? Was bedeutet dies für ethische Postulate wie den hippokratischen Eid? Was folgt aus diesen neue Arrangements für die gesellschaftliche Stellung von Professionen? Wird die Stellung von Professionen durch Digitalisierung ausgehöhlt, oder wird sie durch die Digitalisierung erst erkennbar?

Insbesondere die Soziologie muss sich auf solche Reflexionen der Digitalisierung einlassen, will sie das Feld nicht Ethikern überlassen, die häufig eher zu einem unterkomplexen Verständnis von Praxis beitragen, als ein solches zu stören. So riet die Ethikerin Aimee van Wynsberghe an, eine ethische Programmierung von Robotern könnte dann gelingen, wenn bei deren Programmierung mit fallunabhängigen Frameworks für die ethische Bewertung von Digitalisierungslösungen ausgestattete Ethiker anwesend seien, die zuvor die in die digitale Lösung zu übersetzende praktischen Situation der Anwendung besucht hätten.⁶

⁵ Vgl. Abbott (1988), S. 3.

⁶ Vgl. van Wynsberghe (2013), S.435 ff.

Da die Soziologie ihrem Gegenstand sozialer Praxis eine höhere Intelligenz und Komplexität unterstellt, als über einen bloßen Besuch zu erkennen ist, gilt es im Folgenden zuallererst eine soziologische Analyse vorzunehmen, bevor dann ethische Aussagen getroffen werden können. Denn nur solche Analysen ermöglichen es, einen präzisen Blick auf Reproduktionsbedingungen eines Phänomens zu entwickeln, und es so zu vermeiden, dass ethische Analysen und Bewertungen sich auf einen *common sense* zurückbeziehen und an den falschen Punkten ansetzen.

Ein zusätzlicher Bedarf zur Untersuchung der Problemstellung entsteht aufgrund des Zeitfensters, in welchem sich diese Arbeit bewegt. Denn die Einbringung neuer Medien in die soziale Praxis ermöglicht die Beobachtung von Differenzen, die Jahre nach deren Einbringung nicht mehr gemacht werden können. Von solchen Differenzanalysen bzw. Folgeabschätzungen könnten auch Diskurse um die gesetzgeberisch angestoßene Einführung elektrischer Medikationspläne ab 2018, der elektronischen Patientenakte ab 2019 oder dem aktuell verlaufenden Ausbau der Telemedizin profitieren.⁷ Dementsprechend kann und soll sich die Arbeit in den folgenden Schritten der Frage nähern, welche Folgen die Digitalisierung für Professionen hat.

In einem ersten Schritt gilt es dafür die verschiedenen professionssoziologischen Zugänge zum Phänomen der Profession zu vermessen, um dadurch ein Verständnis von Profession zu gewinnen, mit dem die Einbringung digitaler Medien analysierbar wird. Um dieses Verständnis von professioneller Praxis tiefer auszubauen und so die Kreuzung mit dem Phänomen der Digitalisierung präziser gestalten zu können, sollen daraufhin zusätzliche Theorien herangezogen werden, um die deskriptive Platzhalter der Professionssoziologie besser erklären und damit besser verstehen zu können.

Im zweiten Schritt soll in Anlehnung an die Medientheorie McLuhans der Begriff des (elektrischen) Mediums ausgearbeitet werden, um hieran anschließend die Frage entscheiden zu können, ob die Digitalisierung als solche überhaupt in ihrer Folgenhaftigkeit auf Professionen untersucht werden kann, oder, wie diese Arbeit herausarbeiten wird, es adäquater erscheinen kann, verschiedene Formen der Digitalisierung zu identifizieren und zu analysieren. In der Auseinandersetzung mit diesen einzelnen Formen soll sich an der Arbeit mit *case studies* im Sinne von Eisenhardt & Graebner

⁷ Vgl. zu diesen aktuellen Entwicklungen Martenstein & Wienke (2015).

orientiert werden. Hiernach sind für die induktive Auseinandersetzung mit einzelnen Fällen die folgenden beiden Schritte zentral, die auch in dieser Arbeit der Orientierung dienen sollen.⁸ Um auf solche konkreten Fälle zu stoßen, wird das Beispiel der ärztlichen Profession gewählt werden.

In der Auseinandersetzung mit den einzelnen Digitalisierungsformen soll sich zuerst voll und ganz auf den einzelnen Fall eingelassen werden, um so in der Lage zu sein, dessen Einzigartigkeit herauszuarbeiten,⁹ und dabei auch auf die Verwobenheit des zugrundeliegenden Phänomens mit seinem Kontext einzugehen¹⁰. Hierfür soll sich bei der Herausarbeitung der Fälle auf Zeitungsberichte und erste angesichts der Problemstellung noch rar gestreute wissenschaftliche Untersuchungen gestützt werden. Im Anschluss soll vor dem Hintergrund der Cases und der im Rahmen dieser Arbeit aufgrund der Unterschiedlichkeit der Cases zusätzlich schon auf einzelner Case-Ebene vollzogenen theoretischen Reflexion die Frage gestellt werden, welche Verschränkungen, Ähnlichkeiten und Kontraste sich beobachten lassen,¹¹ wenn mit dem zuvor ausgearbeiteten Verständnis zu Professionen und Medien die verschiedenen Fälle als Formen der Digitalisierung miteinander in Verbindung gebracht werden. Damit soll dann im Beispiel der Ärzte verharrend die Folgenhaftigkeit der verschiedenen Formen der Digitalisierung diskutierbar, und plausible Folgen für die ärztliche professionelle Praxis skizzierbar werden, ohne jedoch in eine in Digitalisierungsfragen lockende aber unwissenschaftliche Prognostik zu verfallen. Zum Abschluss der Auseinandersetzung mit der ärztlichen Profession werden die blinden Flecken der hier gewählten Form der Bearbeitung der Problemstellung diskutiert und zusätzliche Hinweise für die künftige Forschung gegeben.

Vom Beispiel der ärztlichen Profession eine weitere Stufe aufleitend soll anschließend analysiert werden, welche allgemeineren Professionen-übergreifenden Folgen der Einführung elektrischer Medien für Professionen identifizierbar sind, und was dies für die gesellschaftliche Einbettung von Professionen bedeuten könnte. Nehmen wir die Fährte der Professionen also auf.

⁸ Vgl. Eisenhardt & Graebner (2007), S. 25.

⁹ Vgl. Eisenhardt (1989), S. 540.

¹⁰ Vgl. Eisenhardt & Graebner (2007), S. 25.

¹¹ Vgl. zu diesem Schritt des „Searching for cross-case patterns“ Eisenhardt (1989), S. 540.

Das Phänomen der Profession

Ein aufmerksames Studium der Professionssoziologie deckt auf, dass die unterschiedlichen Theorien Professionen ähnliche Eigenschaften zuschreiben, sich die Schwerpunkte ihrer Beobachtungen aber in einem Aspekt unterscheiden. Denn während die einen (hierfür seien Abbott und Larsen genannt) den Beobachtungsschwerpunkt vor einem machttheoretischen Hintergrund vor allem auf die Professionsysteme legen, greifen die anderen Theorien (wie von Oevermann und Stichweh) das Phänomen der Profession an der Interaktion des Professionellen mit dem Klienten. Im Folgenden sollen beide Beobachtungsschwerpunkte vorgestellt werden.

Schwerpunkt Nr. 1: Das System der Professionen

Abbott zieht zum Auftakt seiner Ausführungen zum „System of Professions“ eine Theorien überspannende Definition heran, nach der Professionen Berufsgruppen mit einer besonderen abstrakten Fähigkeit darstellen, welche diese dann auf einzelne Fälle anwenden.¹² Von dieser Minimal-Definition ausgehend stellt er die „jurisdiction“¹³, also die (rechtliche) Zuständigkeit der Profession und der durch sie verkörperten Fähigkeiten und „cognitive structure“¹⁴ für einen spezifischen Arbeitsbezug, sowohl in ihrer rechtlichen als auch ihrer kulturell ausgestalteten Form, in das Zentrum seiner Untersuchungen. Da die rechtlichen Zuständigkeiten aber in zeitlicher Hinsicht kontingent sind, bildet sich, so Abbott, „an interacting system, an ecology“¹⁵ zwischen den unterschiedlichen um Zuständigkeitsbereiche konkurrierenden Professionen, das System der Professionen. Der Anspruch um rechtliche Zuständigkeit ist dabei auch ein Anspruch auf soziale Rechte, wie die Bezahlung aus öffentlichen Mitteln, das Monopol über bestimmte Praktiken, das Recht auf Beschäftigung und die Kontrolle über eigene Ausbildungs-, Rekrutierungs- und Lizenzierungsanstalten.¹⁶

Die rechtliche Garantie eines sozial abgesicherten Raums zieht Abbott zufolge auch eine kulturelle Kontrolle der Verbindung zwischen den bestimmten Fähigkeiten der Profession und ihren Aufgaben mit sich, die er in den kulturellen Mechanismen der

¹² Vgl. Abbott (1988), S. 7f.

¹³ Abbott (1988), S. 20.

¹⁴ Abbott (1988), S. 59.

¹⁵ Abbott (1988), S. 33.

¹⁶ Vgl. Abbott (1988), S. 59.

Diagnose, Inferenz und Behandlung verortet.¹⁷ Arbeitsbezüge zu dominieren und über einen exklusiven Zuständigkeitsbereich auch rechtlich abzusichern, stellt das Ziel der Auseinandersetzung im System der Professionen dar.¹⁸ Externe Einflüsse wie Technologien, neue Gruppierungen, neue Aufgaben oder Organisationen,¹⁹ oder interne Einflüsse wie neue Arbeits- oder Organisationsstandards²⁰ sind nur die Initiatoren inter-professioneller Auseinandersetzungen um exklusive Zuständigkeiten für die Professions-spezifische Professionalisierung von Arbeitsbezügen, die durch kognitive Strategien, Professions-interne Differenzierung, oligarchische Bewegungen, ausreichend und doch nicht übermäßig abstraktes Wissen, oder eine vorteilhafte Definition von professionellem Erfolg erreicht werden kann.²¹ Diese Auseinandersetzungen werden in drei unterschiedlichen Arenen ausgetragen: am Wirkungsort des Professionellen („workplace“), in der Öffentlichkeit („public“) und im Staat („state“).²²

Larsen schließt sich diesen Beobachtungen an, indem sie die Genese und Ausweitung der Professionen als „monopolistic project“²³ beschreibt, in dem die Professionalisierung von Arbeitsbezügen durch einzelne Professionen mit dem Ziel versucht wird, die Kontrolle bestimmter Arbeiten mittels ihrer exklusiven Expertise mit sozialem Status und ökonomischen Kompensationen vergolten zu bekommen.²⁴ Dabei bedarf die Exklusivität der Expertise auch im Sinne ihrer Asymmetrie gegenüber Laien monopolistischer Strategien, um beispielsweise den Zugang zur Profession zu verknappen.²⁵

Dementsprechend sind die Mitglieder von Professionen im Bilde Larsens „agents of power“, welche Laien genauso wie sich selbst durch „technocratic legitimations“²⁶ der durch sie reproduzierten Strukturen über ihre Machtlosigkeit hinwegtäuschen, und

¹⁷ Vgl. Abbott (1988), S. 40-42.

¹⁸ Vgl. Abbott (1988), S. 59.

¹⁹ Vgl. Abbott (1988), S. 91-93.

²⁰ Vgl. Abbott (1988), S. 96-98.

²¹ Vgl. Abbott (1988), S. 98-107, 135-139 & 167.

²² Vgl. Abbott (1988), S. 138.

²³ Larsen (1977), S. 16.

²⁴ Vgl. Larsen (1977), S. 50 f.

²⁵ Vgl. Larsen (1977), S. 50-52.

²⁶ Larsen (1977), S. 243.

erst dank dieser Täuschung mit ihren Kompetenzen zumindest partiell helfen, die gesellschaftlichen Produktionskräfte zu reproduzieren und menschliche Bedürfnisse zu befriedigen.²⁷

Obgleich diese Beobachtungen des Systems der Professionen den Startpunkt eigener wissenschaftlicher Untersuchungen bilden können, müssen sie an dieser Stelle nur als kontextgebend behandelt werden, da die Problemstellung mit dem intervenierenden Phänomen der Digitalisierung auf die Beobachtungsebene dessen führt, was Abbott den *workplace* nennt, und wo Professionelle tatsächlich wirken. Denn einerseits stellt der *workplace* die Ebene der *jurisdiction* dar, die am freiesten darin ist, sich gegenüber Interventionen anzupassen, und auch Ansprüche des Rechts und der Öffentlichkeit verschwimmen zu lassen.²⁸ Andererseits lässt sich aber auch in zeitlicher Hinsicht am *workplace* eine höhere Reagibilität gegenüber Veränderungen in der Kontrolle von Zuständigkeitsbezügen beobachten, was zur Folge hat, dass nach Abbott am *workplace* als Startpunkt der Änderung von Zuständigkeiten diese in Zeitabständen von zwei bis drei Jahren neu verhandelt werden, während die Öffentlichkeit entsprechende Neu-Verhandlungen in 10 bis 20 Jahres-Abständen vornimmt, und das Recht und der Staat in 20- bis 25-Jahres-Perspektiven die Arbeitsbereiche von Professionen neu umreißen.²⁹

Die unter dem Schwerpunkt des Professionssystems ausgearbeiteten Aspekte werden aber im Folgenden nicht gänzlich ausgeschlossen werden, sondern stellenweise auch in die Einlassungen zum *workplace* wiedereingeführt werden. Denn diese Arbeit orientiert sich an der noch auszuführenden funktionalen Analyse, anstatt ontologisch zwischen Makro und Mikro zu unterscheiden und sich für eine Ebene zu entscheiden. Obgleich der Beobachtungsfokus auf der Interaktion liegt, werden Aspekte des Professionssystems also gerade dann relevant werden, wenn die folgenden Un-

²⁷ Vgl. Larsen (1977), S. 243.

²⁸ Vgl. Abbott (1988), S. 59 & 139.

²⁹ Vgl. Abbott (1988), S. 135-139.

tersuchungen in funktionaler Hinsicht auf sie stoßen und die Lokalisierung sonst global beobachteter Aspekte oder die Globalisierung entsprechender lokaler Aspekte beobachtet werden können³⁰.

Schwerpunkt Nr. 2: Der workplace

Um diesen Gang durch die Professionssoziologie weiter beschreiten zu können, kann mit Oevermann angeknüpft werden, da dieser die Situation zwischen Professionellem und Klient als Angelpunkt des Phänomens der Profession vorschlägt.

Der Ausgangspunkt seiner Argumentation besteht darin, „daß die Lebenspraxis sich als widersprüchliche Einheit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung in in sich krisenhaften, zukunfts-offenen Entscheidungssituationen konstituiert und in dem Maße ihre Autonomie material füllt“³¹ und dementsprechend mit Krisen selbständig umgeht. Von dieser Normalität der Lebenspraxis können sich Phasen der Überforderung unterscheiden, in denen das Individuum an die Grenzen seiner selbständigen Krisenbewältigung kommt, da seine Autonomie im Umgang eingeschränkt ist, oder seine Kompetenz im Vergleich zu wissenschaftlich vorgehaltener Expertise in einem Gefälle steht, das ein Verharren im selbständigen Modus als irrational erscheinen lässt.³² So kommt die Zuwendung des Individuums zum Professionellen der Füllung einer Lücke in der autonomen Lebenspraxis gleich, und wird eben diese Zuwendung im aus der Lücke entstehenden „Leidensdruck“³³ auf der Seite des Individuums, nun des Klienten, begründet. Die Folge ist das gemeinsame Eingehen eines „Arbeitsbündnisses“³⁴, das seine Spezifität aus der Bezahlung des Professionellen, der Offenheit des Klienten und der zeitlichen Begrenzung der gemeinsamen Interaktion generiert, dabei aber auch in hohem Maße in einem Umfeld der Diffusität operieren muss.³⁵ Denn während sich der Patient öffnen muss, um dem Professionellen der Wieder-Erweckung der Klienten-seitigen autonomen Lebenspraxis dienliche Erkenntnisse zu ermöglichen, muss sich der Professionelle trotz der Intimität dieses

³⁰ Vgl. zu den Begriffen der Lokalisierung und Globalisierung Beiliger & Krieger (2016), 136 ff. & 246, wonach es der Einbezug dieser beiden Bewegungen in die Organisationstheorie ermöglicht, mit der Annahme unterschiedlicher ontologisch zu unterscheidender Mikro- und Makro-Ebenen zu brechen.

³¹ Oevermann (2000), S. 21.

³² Vgl. Oevermann (2000), S. 22.

³³ Oevermann (2000), S. 26

³⁴ Oevermann (2000), S. 24.

³⁵ Vgl. Oevermann (2000), S. 27 f.

Verhältnisses und entsprechender Zugänge zum Klienten individuellen daran aufsetzenden Handlungsvollzügen enthalten,³⁶ und sich stattdessen an dem Unterschied zwischen der Normalität und der Überforderung der Lebenspraxis abarbeiten.

Bei diesem Abarbeiten ist dem Professionellen eine besondere Expertise zugänglich, die er sich seinerseits autonom zunutze macht, bei der entsprechenden Anwendung und deren Wiederholung aber droht, diese Autonomie und damit die Annahme der Autonomie und Würde der Lebenspraxis des Gegenübers in Krisen der Anwendung zugunsten einer sich routinisierenden und damit technisierenden Wissensanwendung aufzugeben, Probleme also zu delegieren, anstatt sie selbständig individualisierend und nicht subsumtionslogisch zu bearbeiten.³⁷ Es ist genau dieses „Modell der Autonomie und Würde einer je konkreten Lebenspraxis“³⁸ aus der die Wissensanwendung des Professionellen ihre ethische Bedeutung gewinnt und auch die auftretenden Phasen der „wissensmäßigen, diagnostischen Unsicherheit und Unentschiedenheit“³⁹ praktizierend überbrückt.

Wissen ist in der professionellen Praxis, welche nun, da sie im Arbeitsbündnis zwischen Klient und Professionellem geleistet wird, als „stellvertretende Krisenbewältigung“⁴⁰ zu bezeichnen ist, immer nah am Nichtwissen gebaut, wodurch sich der Professionelle in der Anwendung auch nicht problemlos auf ein fallunabhängiges Wissen zweiter Ordnung verlassen kann, da die Anwendung selbst Nichtwissen produziert und die ethische Bedeutung des Gegenübers prozessiert. Die Berücksichtigung letzterer im Arbeitsbündnis ist auch dafür entscheidend, die noch vorhandenen Eigenkräfte auf Klienten-Seite nutzen zu können, und auch von dieser Seite aus dem Modus der Überforderung in den Modus der Normalität zurückzufinden, was in erster Linie durch das *Wie* der Wissensanwendung geleistet werden kann.⁴¹

Oevermann leistet damit einen Blick auf Professionen, der in den folgenden drei Schritten vorgeht, die im Anschluss jeweils mithilfe ähnlich orientierten Professionssoziologien weiter ausgearbeitet werden sollen: In einem ersten Schritt (1) stößt

³⁶ Vgl. Oevermann (2008), S. 28.

³⁷ Vgl. hierzu Oevermann (2000), S. 26.

³⁸ Oevermann (2000), S. 31.

³⁹ Oevermann (2000), S. 30.

⁴⁰ Oevermann (2000), S. 22.

⁴¹ Vgl. Oevermann (2000), S. 22 f.

Oevermann auf Abweichungen in der individuellen Lebenspraxis, die eine stellvertretende Krisenbewältigung im *Arbeitsbündnis* mit dem Professionellen nötig machen, anstatt in der autonomen Behandlung verbleiben zu können. Um dies leisten zu können, (2) kann sich der Professionelle einer besonderen *Expertise* bedienen, sieht sich aber *Unsicherheiten*, Unentscheidbarkeiten und präsentem Nichtwissens ausgesetzt,⁴² durch die er sich und den Klienten manövrieren muss. Darüber hinaus (3) generiert der Professionelle eine *ethische Qualität des Stils* der Anwendung seines Wissens, die sich aus der ethischen Bedeutung der formal autonomen und würdevollen Lebenspraxis des interaktiv präsenten Gegenübers ergibt, wobei diese ethische Bedeutung bzw. Relevanz des Gegenübers in ihrer individuellen Qualität bei aller Routinisierung der Wissensanwendung nicht verschwindet, und so Widersprüche produziert, die im Arbeitsbündnis prozessiert werden müssen. Das *Was* der Wissensanwendung lässt sich im Arbeitsbündnis also nicht von seiner ethischen Qualität, seinem *Wie*, trennen.

Das Arbeitsbündnis

Das von Oevermann dargestellte Arbeitsbündnis wird von Stichweh vor allem unter der Voraussetzung gesehen, dass es gelungen ist, Klienten als individuelle Handlungsträger mit individuellen Problemen zu individualisieren,⁴³ welche sich aus einer Position der Angewiesenheit Professionellen zuwenden,⁴⁴ wobei sich letztere ihrerseits auf den entsprechenden Bereich der Angewiesenheit und den Handlungsvollzug darin spezialisiert haben⁴⁵. Da die zu bearbeitenden Probleme somit einen personalen Bezug besitzen,⁴⁶ übersetzt sich das Arbeitsbündnis in einen in hohem Maße interaktiven Kontakt,⁴⁷ weil diese Interaktivität eine am Problem orientierte Intimität zwischen Klient und Professionellen ermöglicht. Auch durch den Professionellen in Abwesenheit des Patienten produzierte Ergebnisse werden wieder in die Interaktion mit dem Klienten zurückübersetzt.⁴⁸ Diese interaktiv intime Auseinandersetzung mit personalen Problemen hat nach Stichweh dreierlei Folgen: der Professionelle wird

⁴² Vgl. Oevermann (2000), S. 30.

⁴³ Vgl. Stichweh (1994, 1997 & 2008).

⁴⁴ Vgl. Stichweh (2008), S. 337.

⁴⁵ Vgl. Stichweh (1994), S. 312 & 372.

⁴⁶ Vgl. hierzu u.a. Stichweh (1994), S. 289.

⁴⁷ Vgl. Stichweh (1994), S.372, der darauf hinweist, dass sich Interaktionssysteme der Bearbeitung personaler Probleme in besonderem Maße anbieten.

⁴⁸ Vgl. Stichweh (2008), S. 337.

vom Klienten immer von seiner und nun gemeinsamen Besonderheit der Situation (beispielsweise der Krankheit) her erlebt;⁴⁹ der Klient drängt sich dem Professionellen als Orientierungspunkt auf;⁵⁰ und außerhalb des Arbeitsbündnisses institutionalisierte Kontrollstrukturen besitzen eine strukturelle Lücke zur interaktiven Aushandlung im Arbeitsbündnis,⁵¹ das sich aufgrund der nicht möglichen Programmierbarkeit seines Erfolgs gegenüber solchen Kontrollstrukturen „abschirmen“⁵² muss.

Je nachdem, wie fokal die Professionellen dann im Verhältnis zu anderen Berufsgruppen stehen und diese kontrollieren, stellen sie zugleich die Repräsentanten des jeweiligen Funktionssystems dar, wofür Stichweh die Bezeichnung des „monoprofessionelle[n] Funktionssystem[s]“⁵³ einführt, worunter er die Religion, die Gesundheit, das Rechts und das Militärs zählt.

Wissen im interaktiven Arbeitsbündnis

Wo Oevermann schon auf die paradoxalen Folgeproblematiken von routinisierter Wissensanwendung durch den Professionellen und dessen prinzipielle Unsicherheit hinweist, beginnt sich Stichweh weniger voraussetzungsvoll mit dem Phänomen des Wissens im interaktiven Arbeitsbündnis zu beschäftigen. Im Arbeitsbündnis kommt es nach Stichweh zum Aufeinandertreffen einer selbständig nicht kompetent bewältigbaren Problematik mit spezifisch für diesen Problembereich (an Universitäten) ausdifferenzierten Wissensbeständen, die dazu befähigen, einen anderen Umgang mit der überkomplexen Situation des Problems zu finden, als dies dem mit dem Problem Behafteten selbständig möglich wäre.⁵⁴

Parsons beschreibt die Institutionalisierung der hinter diesen Wissensbeständen liegenden wissenschaftlichen Disziplinen und deren praktische Anwendung als „core of the professional system“⁵⁵. Denn erst diese ermöglichen ein Wissen, das es gerade

⁴⁹ Vgl. Stichweh (1994), S. 318 f.

⁵⁰ Vgl. Stichweh (1997), S. 97.

⁵¹ Vgl. Stichweh (1994), S. 329 & 362.

⁵² Luhmann (2002), S. 148.

⁵³ Stichweh (2008), S. 335.

⁵⁴ Vgl. Stichweh (1994).

⁵⁵ Parson (1968), S. 537.

durch sein Abstraktionsniveau dem Professionellen ermöglicht, von diesem auf individuelle Fälle angewendet zu werden.⁵⁶ Abbott unterscheidet dieses abstrakte Wissen in die Kategorien eines klassifizierenden Systems, welches die Erkenntnisse über und Eindrücke vom Patienten einer Diagnose zugänglich macht, und eine Kategorie der Inferenzsysteme, mittels derer komplexere Trajektorien zwischen Fall und Behandlung durchschritten werden.⁵⁷

Es baut sich somit ein „gap in competence“⁵⁸ und eine entsprechende Asymmetrie zwischen dem Professionellen und dem Laien auf. Diese werden zum einen durch Monopole im Bereich des Trainings und der Zertifizierung aufrecht erhalten, da hierdurch die Möglichkeiten des Wechsels von der Position des Laien auf die des Professionellen verknüpft wird.⁵⁹ Andererseits wird die derart abgesicherte Position der Professionellen über Prozesse der professionellen Sozialisation materiell gefüllt, da sie es ermöglichen, Wissensstandards aus der oftmals wissenschaftlich orientierten Professionselite in die Subjektivität der individuellen Professionellen zu übersetzen.⁶⁰ Dieses Wissen ermöglicht es dem Professionellen, eine „ausreichend große Zahl komplexer Routinen“⁶¹ vorzuhalten und in unklaren Situationen selektiv darauf zuzugreifen zu können, wodurch dieser an Sicherheit und Lernmöglichkeiten im Sinne einer künftigen Variation der Routinen gewinnt.

Obgleich sich die Wissenschaft mit der Verfügbarmachung von Routine-Konzepten in die Wissensbestände der Professionen übersetzt, bleibt ihre Interpretation und Selektion unroutinisiert.⁶² Elliott weist hier neben der krisenhaften Natur der im Arbeitsbündnis bearbeiteten Aufgaben und Probleme auf die spezifische Natur des Wissens hin, das Professionelle im Bezug großer abstrakter Wissensbestände auf eben jene krisenhafte Situationen „in the course of their work“⁶³ generieren, und welches sich kaum auf eine verschriftlichte Expertise reduzieren lässt, die dann eine bürokratische Programmierung zulassen würde.⁶⁴ Umso funktionaler wird in diesen Momenten der

⁵⁶ Vgl. Stichweh (2008).

⁵⁷ Vgl. Abbott (1988), S. 53.

⁵⁸ Larsen (1977), S. 231.

⁵⁹ Vgl. Larsen (1977), S. 231.

⁶⁰ Vgl. Larsen (1997), S. 227.

⁶¹ Luhmann (2002), S. 149.

⁶² Vgl. Elliott (1972), S. 127.

⁶³ Elliott (1972), S.126.

⁶⁴ Vgl. Elliott (1972), S. 126-129.

Unroutiniertheit, Selektivität und Interpretation die Autonomie des Professionellen, welche sich zugleich in eine Verantwortung für den richtigen Umgang mit den ihm zugänglichen Wissensbeständen übersetzt, weil sich der Professionelle auch Situationen unprogrammierten - ja unprogrammierbaren - Entscheidens gegenüber sieht.⁶⁵

Ähnlich wie Elliott scheint auch Parsons abstrakt zu bleiben, wenn er für Professionen wie andere Berufsgruppen beschreibt, dass diese ihre wichtigen Fähigkeiten erst „in its (der „cultural tradition“, die er mit Wissen gleichsetzt, Anm. d. Verf.) use“⁶⁶ erlangen. Das bedeutet, dass das praktische Bezugnehmen auf theoretische Wissensbestände im Angesicht des Problems des Klienten und der damit einhergehende Selektivitätszwang neue Wissensformen produziert, welche die Professionen erst auszeichnen.⁶⁷ Die Applikation disziplinar vorgehaltenen Wissens ist dabei keinesfalls unproblematisch, sondern immer mit einer Ungewissheit über die Dynamik der Situation konfrontiert, in welcher der Professionelle auch auf Grundlage des Vertrauensvorschlusses von Seiten des Klienten, der damit seine eigene Unsicherheit überdeckt, ins Handeln kommen muss.⁶⁸ Die professionsspezifische zum Handeln in der „Vermittlungsrolle ...: von krank zu gesund oder von ungebildet zu ungebildet“⁶⁹ motivierende Wertorientierung macht auch ein Handeln in Unsicherheiten möglich.

Dazu, in dieser Situation der Unsicherheit ins Handeln zu kommen, trägt auch die Professions-seitige Knappheiten der Zeit und Aufmerksamkeit bei, indem sie den Professionellen dazu bringen, die subjektive Nachfrage des Klienten in den Charakter eines für ihn behandelbaren „objektiven Bedarfs“⁷⁰ umzuwandeln. Dabei werden mit der Übersetzung in einen objektiven Bedarf die subjektiven Qualitäten des Klienten nicht abgeschnitten, sondern bleiben immer nur eine Wahrnehmung weit entfernt, was das Handeln des Professionellen in einer ethischen Relevanz belässt.⁷¹ Vogd doppelt diese Situation nun, in dem er mit dem Professionellen als fokalem Punkt den Beobachtungswinkel vom Klienten auf den Hintergrund des Professionellen und die sich diesem darin aufdrängenden verschiedenen operationalen Logiken wie des

⁶⁵ Vgl. Elliott (1972), S. 127 f.

⁶⁶ Parsons (1968), S. 536.

⁶⁷ Vgl. zu einer wissenssoziologischen abstrakten Unterstützung dieser Beobachtung Bohnsack (2016).

⁶⁸ Vgl. Stichweh (1994).

⁶⁹ Vgl. Luhmann (2002), S. 149

⁷⁰ Stichweh (1994), S. 289.

⁷¹ Vgl. Vogd (2017).

Rechts, der Wirtschaft, ... verschiebt.⁷² In dieser Eingebettetheit beschreibt Vogd die besondere Leistung des Professionellen darin, mithilfe seiner Wissensbestände „specific reflexive capabilities“⁷³ auszubilden und mit dieser sich und den Klienten durch die mitunter widersprüchlichen von vorne von Seiten des Klienten und von hinten von Organisationen oder Vereinigungen kommenden Erwartungen zu manövrieren.⁷⁴ Einmal der einen operationale Logik den Vortritt gebend, ein andermal der anderen, und dies ausgestattet mit der reflexiven Kapazität, Handlungserwartungen auf deren normative Bedeutung reflektieren, und relativ autonom darauf reagieren zu können,⁷⁵ ohne dabei das Handeln von der Unsicherheit ob des richtigen Handelns ganz abzusetzen. Wo Situationen prinzipiell unsicher, sich aufdrängende operationale Logiken inkommensurabel und Probleme komplex und personal subjektiver Natur sind, und Entscheidungen sich damit mitunter als unentscheidbar darstellen,⁷⁶ erzeugt sich ein im reflexiven Verhältnis zur beruflichen Sozialisation und theoretisch vorgehaltenen Wissensbestände neues einverleibtes Wissen, das den Professionellen mit seiner Leistung des Manövrierens von und mit Klienten durch diese krisenhaften Situationen von anderen Berufsgruppen absetzt.

Ethik im Umgang mit krisenhaften Problemlagen

Bei Oevermann scheint die Rolle der Ethik im interaktiven Arbeitsbündnis klar: Da die stellvertretende Krisenbewältigung einer überforderten Lebenspraxis im Zentrum steht, geht die moralische Normativität für die Handlungen des Professionellen von der formalen Würde und Autonomie des Trägers der Krise, dem Klienten, aus.

Parsons wählt hier einen anderen Zugang, indem er, ohne die Ethik konkret zu bestimmen, die „disinterestedness“⁷⁷ von Professionellen an dem sonst Berufsgruppen befallenden Streben nach monetären Vorteilen beschreibt, was auch von Freidson betont wird, der dies mit einer den Professionen eigenen Ideologie begründet⁷⁸.

Wenn also der Thron der Normativität relativ leer ist, und darauf deuten auch die obigen Ausführungen zur relativen Autonomie der Professionellen und der Intimität und

⁷² Vgl. hierzu Vogd (2017), S.1

⁷³ Vogd (2017), S. 1.

⁷⁴ Vgl. Vogd (2017), S. 4 f. & 11.

⁷⁵ Vgl. Vogd (2017), S. 2.

⁷⁶ Vgl. Vogd (2017), S. 9.

⁷⁷ Parsons (1938), S.458.

⁷⁸ Vgl. Freidson (2001), S. 127, wonach diese Ideologie ein „greater commitment to doing good work than to economic gain“ durchsetzt.

Exklusivität seines Kontakts mit Klienten hin, stellt sich die Frage, über welchen Weg moralische Normativität ihren Weg in die Interaktion mit Klienten findet. Ein Weg ist das Professionssystem, das aufgrund der monopolhaften Kontrolle der Profession über ihre jeweiligen Arbeitsbereiche die Konkurrenz zwischen Professionen unwahrscheinlich, und damit die „competition for collegial respect“⁷⁹ innerhalb der Profession wahrscheinlich macht. Ein anderer von Stichweh beschriebene Weg erinnert an die Oevermann'schen Ausführungen, da er die Profession als „spezialisierte Berufsgruppe für die Bearbeitung von Problemen der Strukturänderung, des Strukturaufbaus und der Identitätserhaltung von Personen eingesetzt“⁸⁰ sieht, und es so der Körper und die Identität des Klienten sind, die die Anwendung des Wissens durch den Professionellen normativ lenken.

Unabhängig davon, wie genau nun der Raum zwischen Klient und Professionellem normativ gefüllt wird, ist es für die Stabilisierung der professionellen Praxis nötig, die professionsethischen Codierungen gegen negative Abweichungen zu behaupten, und bei Anpassungsdruck auch zu korrigieren.⁸¹ Doch dabei stellt der intime und interaktive Charakter des Arbeitsbündnisses ein Hindernis dar: denn wer kann abgesehen vom Professionellen und dem jeweiligen Klienten in eine Position der Bewertung von Verhalten kommen, das dann einer entsprechenden Regulierung offen stünde? Strukturell kann das Feedback vor allem vom Klienten kommen, kann sich aber aufgrund der Informations- und Wissensasymmetrie nur auf das erstrecken, was der Klient in der Interaktion mit dem Professionellen wahrnimmt, bzw. als kausale Folge mit dieser in Verbindung bringt. In der Folge ergibt sich also eine prinzipielle Angewiesenheit der (Selbst-)Kontrollversuchen der Professionellen auf den Klienten⁸², das eigene Reflexionsvermögen und andere Professionelle.

Was Kontrollversuche von außen erschwert, sichert dem Professionellen aber zugleich größere Freiheitsgrade dafür, relativ autonom, aus der unterschiedliche Logiken reifizierenden wie bestätigenden Kreuzung zwischen dem Klienten, den eigenen Wissensbeständen und anderen sich aufdrängenden Logiken, Handlungen für die

⁷⁹ Freidson (2001), S. 203.

⁸⁰ Stichweh (1994).

⁸¹ Vgl. Freidson (2001), S. 216.

⁸² Vgl. hierzu Elliott (1972), S. 23.

Wiederherstellung der Autonomie des in eine persönliche Krise geratenen Gegenübers abzuleiten. Solche Freiheitsgrade können auch schnell in einen Zustand der Konfusion führen, wenn ethische Ansprüche aufgrund ihrer Abstraktheit eine unüberwindbare Distanz zu den besonderen Gegebenheiten der Situation aufweisen, in der sich der Professionelle befindet, und zu denen er sich verhalten muss, weshalb die Entwicklung eigener professionellen ethischen Codierungen eine wichtige Funktion gewinnt.⁸³ Umgekehrt hat die professionelle Ethik die Funktion, dem Klienten eine Reflexionsmöglichkeit für den Umgang mit Professionellen zu geben, und ihm so vor wie nach seinem Eintritt in das Arbeitsbündnis einen Umgang mit seiner Ungewissheit zu ermöglichen. Vom Patienten aus gedacht deckt Stichweh dann das eigentliche Bezugsproblem der professionellen Ethik auf, das dem Professionellen gegenüber als soziale Erwartung präsent gehalten wird: Es kommt auf das altruistische „*Wie des Verhaltens und der Handlungsausführung*“⁸⁴ an, denn das *warum* ist angesichts der Problemhaftigkeit der Problemlage des Gegenübers zumeist relativ klar. So wälzt die professionelle Ethik im Arbeitsbündnis die Frage des richtigen „Stil[s] verantwortungsbewußten und äußerst sorgfältigen Prozedierens“⁸⁵ um.

Dies schlägt sich auch darin nieder, dass in der Sozialisation von Medizinerinnen beobachtet werden kann, dass technisches von normativem Fehlverhalten unterschieden wird, und auf letzteres deutlich repressiver reagiert wird.⁸⁶ Jener Stil wird auch von Freidson betont, der professionelle Ethik in einen Arm der „institutional ethics“ und einen der „practice ethics“⁸⁷ unterscheidet. Während sich die *institutional ethics* mit der Modulierung und Moderierung ökonomischer, politischer und ideologischer Umweltbedingungen und ihren Folgen für die Praxis auseinandersetzen, beschäftigen sich die *practice ethics* mit den Problemen, die sich in der konkreten Praxis stellen.⁸⁸ Die *practice ethics* individualisieren sich dabei in hohem Maße und sind damit an die Individualität des diese ethischen Normen in seiner Praxis praktizierenden Professionellen gebunden,⁸⁹ denn ethische Normen stellen zu Ausbildungsende eben noch kein fertiges Muster dar. Auch hier muss das strukturationstheoretische Bonmot

⁸³ Vgl. zum Problem der Anwendung der zehn Gebote in professioneller Praxis Freidson (2001), S. 215.

⁸⁴ Stichweh (1994), S. 308.

⁸⁵ Stichweh (1994), S. 308.

⁸⁶ Vgl. hierzu Stichweh (1994), S. 308 f. unter Rückgriff auf eine Studie von Charles Bosk.

⁸⁷ Freidson (2001), S. 216.

⁸⁸ Vgl. Freidson (2001), S. 216 ff.

⁸⁹ Vgl. Larsen (1977), S. 206.

gelten, wonach Strukturen immer zugleich „Medium und Resultat des Handelns“⁹⁰ sind. Anstatt also die professionelle Ethik als die feldspezifische Anwendung praktischer Philosophie zu beschreiben, finden diese Autoren die Wurzeln professioneller Ethik in der Situation des Professionellen mit dem Klienten, und der sich mit der jeweiligen personalen Krise aufdrängenden ethischen Relevanz des professionellen Sich-Verhaltens zu diesem wieder.

Elliott wendet dieses ethische Verhältnis um, indem er beschreibt, dass der Professionelle im Gegensatz zu Arbeitern in einem Arbeitsverhältnis arbeitet, das ihn nicht entfremdet, ihm also nicht seine Macht über seine Arbeit und deren Bedeutung entzieht, und ihn auch nicht isoliert.⁹¹ Die Gründe hierfür benennt Elliott in der Zentralität der Arbeit für den Professionellen und seine Karriere, sowie in den relativ autonomen Kontrollmöglichkeiten über seine Arbeit.⁹² Dies hat auch Folgen für den Klienten: die stellvertretende Krisenbewältigung des Klienten wird nämlich nicht durch ein sich selbst entfremdetes Individuum übernommen, das auch vor allem auf seine eigene Krise der Entfremdung reagiert, sondern ein Individuum, das in der Lage ist, Arbeitsmittel im Sinne des Gegenübers zu wählen. Der Professionelle besitzt eine „professional soul“⁹³, woraufhin Freidson dann die Hoffnung wagt, die Institutionen des Professionalismus könnten einen Modus der dritten Logik zwischen Kapitalismus und zentralisierter Planwirtschaft darstellen, die einen Umgang mit den gesellschaftlich besonders bedeutungsvollen Aufgaben ermöglichen, der sich weder an Profit noch an anderen von außen heran getragenen Logiken ausrichtet, sondern daran, dass Professionen „good work for their own satisfaction and for the benefit to others“⁹⁴ erbringen, woran sich Larsen anschließt, wenn sie im „service ideal and the intrinsic value placed on work“⁹⁵ eine ähnliche ethische Fundierung professioneller Arbeit nennt. Freidson denkt damit ein Steuerungsmodell von Gesellschaft, in dem sich die Erstellung der wichtigen Dienstleistungen über die professionelle Ethik aus der professionellen Praxis heraus steuert, und von außen versucht wird zu bestimmen.

⁹⁰ Ortmann et al. (1997), S. 315.

⁹¹ Vgl. Elliott (1972), S. 139.

⁹² Vgl. Elliott (1972), S. 138 f.

⁹³ Freidson (2001), S. 217, der „professional soul“ passenderweise definiert als „The freedom to judge and choose the ends of work is what animates the institutions of the third logic.“

⁹⁴ Freidson (2001), S. 2.

⁹⁵ Larsen (1977), S. 226.

Wo sich Situationen in ihrer Unentscheidbarkeit einem relativ autonomen von der stellvertretenden Überwindung kritischer Schwellen (beispielsweise von krank zu gesund) attrahierten Akteur zeigen, da stellt sich eine Verantwortung für eben diese unentscheidbaren Entscheidungen dar und beginnt mit von Foerster die implizite Ethik,⁹⁶ über die auch die Professionssoziologen zu sprechen versuchen, wenn sie sich mit *practice ethics*, dem *Stil*, dem *Wie des Verhaltens* und/oder dem *service ideal* mit sich wie von allein ergebenden Professionsethiken auseinandersetzen und damit versuchen, was mit Wittgenstein unmöglich ist: „Es ist klar, daß sich die Ethik nicht aussprechen läßt. Die Ethik ist transcendental.“⁹⁷ Doch schon der Versuch hat seinen Wert, weil er auf etwas hinweist, was sich über Hinweise hinaus nur schwer ausdrücken läßt:

„Ich sehe jetzt, daß diese unsinnigen Ausdrücke nicht deshalb unsinnig waren, weil ich die richtigen Ausdrücke noch nicht gefunden hatte, sondern daß ihre Unsinnigkeit ihr eigentliches Wesen ausmacht.“⁹⁸

Die gesellschaftliche Einbettung der Professionen

Diese Spezifizierungen des Phänomens professioneller Praxis blieben aber unvollständig, würden sie nicht mit Hilfe der Methode funktionaler Analyse komplettiert. Denn sie erlaubt es, „Bedingungen, unter denen Differenzen einen Unterschied machen“⁹⁹ zu präzisieren, und damit zu thematisieren, was die Bedingungen dessen sind, dass die derart sich von anderen Praxen unterscheidende professionelle Praxis einen Unterschied macht, und sich entsprechend in der Gesellschaft hält. Nun wie weit verbreitet im Stile eines ‚Wozu Professionen?‘ nur nach dem ‚Wozu?‘ des sozialen Phänomens zu fragen, würde die funktionale Analyse aber nur unterkomplex nachvollziehen, weshalb die Grundzüge ihrer methodischen Vorgehensweise hier kurz angerissen seien.

Mit der funktionalen Analyse gilt es im ersten Schritt das beobachtbare Phänomen auf ein Problem zu beziehen, es so als Modus der Lösung dieses Problem kontin-

⁹⁶ Vgl. von Foerster & Bröcker (2014), S. 16 ff.

⁹⁷ Wittgenstein (2016), 6.421.

⁹⁸ Wittgenstein (1989), S. 18.

⁹⁹ Luhmann (1984), S. 83.

gent zu setzen und damit nur als eine mögliche Lösung unter anderen möglichen Lösungen beobachten zu lernen.¹⁰⁰ Dadurch wird ein weiterer Blick auf das Phänomen gewonnen, der funktional äquivalente Umgangsformen mit dem Problem miteinschließt. In einem zweiten Schritt gilt es die gesellschaftliche Selektion der gesellschaftlich stabilisierten Problemlösung nachzuvollziehen, und damit deren Lösungsangebot zu spezifizieren, das sie im Gegensatz zu funktionalen Äquivalenten zum Zuge kommen lässt. Im Anschluss hieran, und dieser Schritt wird häufig unterlassen, gilt es nach Luhmann das fokal als Problemlösung gesetzte Phänomen als Teil komplexerer „Problem-Systeme“¹⁰¹ zu beschreiben. Denn damit wird auch die Perspektive eröffnet, dass Problemlösungen durch ihren Modus der Problemlösung selbst Probleme produzieren können, für die sie durch eine ausreichende interne Komplexität wiederum Problemlösungen vorhalten müssen, um sich trotz der eigenen Problemhaftigkeit als Problemlösung im *Problem-System* - im weitesten Sinne der Gesellschaft - zu halten und zu reproduzieren.

Schon der Sozialanthropologe Bronislaw Malinowski stieß in seiner Erforschung von Kulturen auf diese Qualität sozialer Phänomene, indem er feststellte, dass „[e]in kultureller Lebensstandard bedeutet ... daß neue Bedürfnisse auftauchen“¹⁰². Dass diese neuen Bedürfnisse ihrerseits durch ihre Produzenten nah an Lösungsformationen gehalten werden müssen, damit sich diese weiterhin von ihrer Umwelt differenzierend abheben können, das kann und muss mit Luhmann konsequenter zu Ende gedacht werden. Etwas (sozial) Gegebenes stellt also nie nur eine Problemlösung dar, sondern produziert auch immer Probleme, die ihrerseits Lösungen bedürfen, damit das Gegebene weiterhin als gegeben beobachtbar bleibt. Dass bei diesem rekursiven Schluss das Gegebene selbst eine Rolle spielen kann, wird in der im Folgenden vorgenommenen funktionalen Analyse aufschlussreich sein. Beginnen wir also mit der Frage nach den funktionalen Äquivalenten von Professionen.

¹⁰⁰ Vgl. Luhmann (1984), S. 83 f.

¹⁰¹ Luhmann (1984), S. 84.

¹⁰² Malinowski (2005), S. 76.

Vergleichbares darstellen – die Frage nach funktionalen Äquivalenten

Den Schritt in den Vergleich professioneller Praxis mit anderen funktionalen Äquivalenten geht bereits Elliott, indem er den Professionalismus nur als *eine* mögliche Organisations- und Orientierungsform von Arbeit beschreibt.¹⁰³ Stichweh geht hier weiter, in dem er für das Wissenschaftssystem die modernen Professionen als das Ergebnis der Negation anderer prominenten Rollenmuster wie der disziplinären Steuerung von Wissenschaft, der staatlich bürokratischen Arbeit und der Unterwerfung von Arbeit unter kommerzielle Paradigmen beschreibt.¹⁰⁴ Beide Autoren kommen also zu einem Rückbezug auf die sozial notwendige Funktion der Gestaltung von Arbeit.

Dahingegen verortet Luhmann die Funktion von Professionen immer schon auf der Ebene gesellschaftlich ausdifferenzierter Funktionssysteme, denen die Lösung bestimmter prekärer gesellschaftlicher Probleme zugeschrieben wird. Die Leistung von Professionen liegt nun darin, die Idee des jeweiligen Funktionssystems zu respezifizieren, und damit in die Praxis zu überführen: Lehrer lehren etwas Nützliches für den Lebenslauf und Ärzte heilen Krankheiten.¹⁰⁵ Dementsprechend beschreibt Luhmann mit der Organisation ein funktionales Äquivalent, dem es in ähnlicher Weise gelingt, die Ideen der Funktionssysteme zu respezifizieren. Doch was ist nun die besondere Lösung der Professionen, die diese als Gestaltungsweise von Arbeit in der Verzahnung mit dem jeweiligen Funktionssystem in der Gesellschaft halten?

Eine Problemlösung, die selbst Probleme produziert

In aller Kürze rekapituliert, stellt die professionelle Praxis eine stellvertretende Krisenbewältigung personaler krisenhafter Probleme dar, die in einem intimen interaktiven Arbeitsbündnis zwischen Professionellem und Klient in einem Modus beidseitiger relativer Autonomie praktiziert wird, und dabei im reflexiven Bezug auf theoretische Wissensbasen eigenes praktisches und implizites Wissen ausbildet, zu dem auch ein implizites Verständnis des ethisch Richtigen gehört.

In diesem Sinne produziert die professionelle Praxis aber auch augenfällige Folgeprobleme. So stellt Stichweh das Handeln des Professionellen ganz im Gegensatz zu

¹⁰³ Vgl. Elliott (1972), S. 96 f.

¹⁰⁴ Vgl. Stichweh (1994), S. 288 f.

¹⁰⁵ Vgl. hierzu Luhmann (2002), Kapitel 6: *Respezifikation: Profession und Organisation*.

problemlosen Applikationsvorgängen vorgegebenen Wissens vielmehr als das Prozessieren von ungewissen Situationen dar, da man sich über die Folgen von Handlungen im Arbeitsbündnis nie in Gänze sicher sein kann.¹⁰⁶ Soll der Klient sich in diesen Modus der Krisenbewältigung bewegen, so bedarf es ihm dementsprechend einen Vertrauensvorschuss für das Arbeitsbündnis abzurufen. Wo die Situation ungewiss ist, und so im Stieglitz'schen Sinne die Informationsasymmetrie zwischen Agent (Professionellem) und Prinzipal (Klient) nicht kontrollierbar ist, muss vertraut werden, dass der Agent auch in der Abwesenheit unmittelbarer Kontrollmöglichkeiten richtig mit der Informationsasymmetrie umgeht, den Prinzipalen also nicht betrügt und die Asymmetrie ausnutzt.¹⁰⁷

Anstatt diese Informationsasymmetrie unhinterfragt vorauszusetzen beschreibt Larsen die Notwendigkeit, dass die Entscheidung des Klienten in die ungewisse Situation der stellvertretenden Krisenbewältigung im Arbeitsbündnis einzutreten auch der Voraussetzung bedarf, dass diese Asymmetrie auch tatsächlich als bestehend beobachtet wird, und so die eigene Inkompetenz auch in einem kompetenten Sinne vorübergehend ersetzt wird.¹⁰⁸ Die Asymmetrie des Arbeitsbündnisses muss also nicht nur in dem Sinne vertrauenserweckend gefüllt werden, dass mit der Klienten-seitigen Krise bei aller Ungewissheit richtig umgegangen wird, sondern auch so, dass auf der anderen Seite der Ungewissheit in der Person des Professionellen ein Akteur vermutet werden kann, der als ausreichend kompetent dafür beobachtet wird, dass ein besserer Umgang mit der Krise gefunden werden kann, als dies dem Klienten in seiner Isolation möglich wäre. Der Arzt kommt nur in Frage, wenn angenommen werden kann, dass seine Konsultation einen Unterschied für den Umgang mit der eigenen (vermuteten) Krankheit macht.¹⁰⁹ Nur dies garantiert ihm auch, von der Seite der ihn kontextualisierenden Organisationen die Autonomie eingeräumt zu bekommen, welche er für die beschriebene Prozessierung ungewisser Situationen seiner Klienten benötigt¹¹⁰.

¹⁰⁶ Vgl. Stichweh (1994), S. 269 f.

¹⁰⁷ Vgl. zur Theorie der Informationsökonomik Stiglitz (1985).

¹⁰⁸ Vgl. hierzu Larsen (1977), S. 206.

¹⁰⁹ Vgl. zu dem hier implizierten Verständnis von Entscheidungen, wonach diese als Zukunftsfestlegungen getroffen werden, wenn die mit ihnen zusammenhängenden positiven Erwartungen als die in der Auseinandersetzung mit einer ungewissen Situation präsenten Risiken überwiegend beobachtet werden, Baecker (1988, S. 530) und ders. (1987, S. 12ff.)

¹¹⁰ Vgl. zu diesem Aspekt der Autonomie Larsen (1977), S. 206.

Zugleich wird diese Reproduktion des notwendigen Vertrauensvorschlusses aber eher auf einer kollektiven, als auf einer individuellen Ebene geleistet, wobei sie immer nur individuell in einzelnen Arbeitsbündnissen abgerufen wird.¹¹¹ Umgekehrt macht Luhmann darauf aufmerksam, dass Professionelle für die mit der Unentscheidbarkeit vieler Situationen im Arbeitsbündnis nötige Risikoübernahme Mittel der Entgeltung bedürfen, um den Schritt in das Arbeitsbündnis zu machen.¹¹²

An dieser Stelle der Argumentation lässt sich rekapitulieren, dass Professionen als Problemlösungsmuster der Gesellschaft durch die Art und Weise ihres gesellschaftlichen Vorkommens in der professionellen Praxis neue Probleme schaffen, die je nach ihrer Lösung darüber entscheiden, ob sich die Profession über ihre professionelle Praxis weiterhin als Problemlösung bewähren kann, sich anpassen muss, oder als durch bessere Lösungen substituierbar beobachtet wird.

Der Umgang mit selbst produzierten Problemen

Wenngleich Professionen spezifische Umgangsformen mit diesen Problemen finden, lassen sich, wie Parsons herausgestellt hat, auch Lösungen finden, in denen sich Professionen mit anderen Berufsgruppen überschneiden.¹¹³ Dazu zählt neben dem Anschein der Rationalität der eigenen Praxis deren „functional specificity“¹¹⁴, die sich in dreierlei Formen ausdrückt. So erlaubt ihre funktionale Spezifität den Professionen wie anderen Berufsgruppen aufgrund des eigenen (technischen) Kompetenzvorsprungs gegenüber anderen Anspruchsgruppen eine Position der Autorität einzunehmen.¹¹⁵ Über die Spezifizierung der Leistung in spezifischen Beziehungsformen entwickeln sich explizite wie implizite Verträge, die manche Erwartungen und Zumutungen ihrer Legitimität berauben (der Arzt kann dem Patienten keine obszönen Fragen stellen, ohne mit seiner Delegitimierung rechnen zu müssen).¹¹⁶ Darüber hinaus entsteht mit der funktionalen Spezifität eine Autorität, die gleichsam auf die Autorität des aufgesuchten Kontexts, wie beispielsweise der Praxis oder des Krankenhauses,

¹¹¹ Vgl. Larsen (1977), S. 206.

¹¹² Vgl. Luhmann (2002), S. 149.

¹¹³ Vgl. Parsons (1939), S. 467.

¹¹⁴ Parsons (1939), S. 460.

¹¹⁵ Vgl. Parsons (1939), S. 460.

¹¹⁶ Vgl. Parsons (1939), S. 460.

beschränkt wird.¹¹⁷ Darüber hinaus entsprechen sich Professionen und andere Berufsgruppen darin, dass sie von der konkreten Person auf die Ebene des Falls oder Klienten abstrahieren, und genau dadurch signalisieren, dass sie ihrem Handeln universalistische Standards unterlegen und keine Abstufung zwischen unterschiedlichen Gegenübern vornehmen.¹¹⁸

Von diesen zwischen Professionen und anderen Berufsgruppen geteilten funktionalen Charakteristika setzt Parsons aber die *disinterestedness* der Professionellen ab, wonach Professionelle nicht durch personalen Profit motiviert würden, sondern durch die unmittelbare Praxis und den Fortschritt der damit verbundenen Wissenschaften.¹¹⁹ Genau diese Abwesenheit einer monetären Motivation erlaubt es dann auch entsprechende Ethiken zu entwickeln, die es der Öffentlichkeit erlauben einen Vertrauensvorschuss dafür aufzubauen, die Professionellen würden in der Krisensituation auch in einem ethischen Sinne richtig mit den Krisen ihrer Klienten umgehen.¹²⁰ Hiervon ausgehend beschreibt Luhmann zusätzliche Mechanismen, die Professionelle durch die Generierung professionsspezifischen Prestiges dafür entgelten, mit ihrem Handeln in prekären Arbeitsbündnissen Risiken zu übernehmen: „Prestige beruht auf Zugehörigkeit zur Profession und auf erfolgreicher Praxis, eventuell auf besonderen symbolischen Mitteln wie einer besonderen, teilweise unverständlichen Sprache oder der Ausstattung der Privatpraxis mit Angestellten, Maschinen, Büchern“¹²¹.

Das zweite oben heraus gearbeitete Problem von Professionen, darauf angewiesen zu sein, von Klienten auf der kompetenteren Seite einer für die Krise des Klienten relevanten Wissensasymmetrie verortet zu werden, wird auf der einen Seite durch die enge Kopplung der Professionen mit akademischen Wissensbeständen gelöst, die neben einer Instruktion von Praxis dieser auch Legitimation verschafft.¹²² Die Repro-

¹¹⁷ Vgl. Parsons (1939), S. 459 ff.

¹¹⁸ Vgl. Parsons (1939), S. 462.

¹¹⁹ Parsons (1939), S. 458.

¹²⁰ Vgl. Freidson (2001), S. 213 f. & Larsen (1977), S. 206.

¹²¹ Luhmann (2002), S. 148.

¹²² Vgl. hierzu Abbott (1988), S. 57 f.

duktion des Anscheins der Wissensasymmetrie wird darüber hinaus durch die Reproduktion von „inaccessible or ‚tacit‘ knowledge“¹²³ komplettiert, womit sich erst die *reflexive capabilities* des souveränen Manövrierens durch die Umwelt unterschiedlicher sich aufdrängender operationaler Logiken generieren, die für Vogd das zentrale Vermögen von Professionen darstellen, und auf die Stichweh in den „Komponenten Intuition, Urteilsfähigkeit, Risikofreudigkeit und Verantwortungsübernahme“¹²⁴ stößt, die den gesellschaftlichen Vertrauensvorschuss für Professionen aufrechterhalten. Dass in diese Aufrechterhaltung des Vertrauensvorschusses vor allem der Schein der Wissensasymmetrie eingeht, zeigt auch die von Stichweh offengelegte Kompetenz von Professionellen, Ungewissheit geschickt zu verdecken, und damit Momente der Erschütterung des Vertrauensvorschusses zu vermeiden.¹²⁵

Dieser gesellschaftlich vorgehaltene Vertrauensvorschuss braucht für seine Einlösung im interaktiven Arbeitsbündnis aber einen weiteren Faktor, den Stichweh in der „relative Homogenität der professionellen Leistungsrolle“¹²⁶ findet. Denn die durch die oben genannten Sozialisationsformen garantierte relative Homogenität erlaubt es den Klienten einerseits, bei der Kontaktaufnahme mit Professionellen mit einer ähnlichen Verantwortungsübernahme rechnen zu können, und es andererseits mit einem Kompetenzniveau zu tun zu haben, das weder zwischen Professionellen differiert, noch zwischen Klienten unterscheidet.¹²⁷ So ist es vor allem die interne Homogenität der Professionen, die den Übertritt von der personalen Krise in das interaktive Arbeitsbündnis und damit die Realisierung des Vertrauensvorschusses ermöglicht.

An Professionen lässt sich somit beobachten, wie sie sich und ihre professionelle Praxis vor allem in Reaktion darauf ausdifferenzieren, dass ihre Praxis in dem Sinne sehr voraussetzungsreich ist, als dass sie selbst neu Probleme und Bedürfnisse produziert, an deren Lösung sie über eigene Formen der Ausdifferenzierung mitwirken können. Diese für ihre gesellschaftliche Reproduktion unerlässliche Arbeit an ihrer Form ist es, was Luhmann mit der Professionalisierung von Praxis bezeichnet und als mögliche Ausformung von Praxis beschreibt, die es dieser ermöglicht von „Ideen

¹²³ Larsen (1977), S. 206.

¹²⁴ Stichweh (1994), S. 296.

¹²⁵ Vgl. hierzu Stichweh (1994), 297.

¹²⁶ Stichweh (1994), S. 297.

¹²⁷ Vgl. Stichweh (1994), S. 297.

respektiert, unterstützt und gegen böswillige Kritik in Schutz genommen zu werden¹²⁸. Die Selbstbeschreibung als ausdifferenzierte professionelle Praxis ermöglicht also ebenso die Abwehr und Rejektion mancher externe Ansprüche, wie den Übertritt von Klienten mit personalen Krisen in interaktive Arbeitsbündnisse.

Eine erste definitorische Synthese: Das interaktive Arbeitsbündnis

Wenn in dieser Arbeit über professionelle Praxis gesprochen wird, dann soll darunter die stellvertretende und interaktive Bearbeitung Klienten-seitiger personaler Krisen in einem Arbeitsbündnis zwischen Professionellem und Klienten verstanden werden. Aufgrund der krisenhaften Ausgangslage dieser stellvertretenden Bearbeitung werden auf der Seite des Professionellen die Bereitschaft zur Risikoübernahme und auf Seite des Klienten der Vorschuss von Vertrauen gegenüber dem Professionellen die Voraussetzungen dafür, dass beide in das Arbeitsbündnis eintreten.

Der Vertrauensvorschuss wird dabei einerseits durch die kompetente und Ungewissheit ebenso verdeckende wie weiter prozessierende Anwendung theoretischer Wissensbestände mithilfe impliziten Wissens (re-)produziert, und andererseits dadurch aufrechterhalten, dass dieser Art der Anwendung von Seiten des Klienten ein ethisch richtiger Modus zugesprochen wird, der vom Professionellen durch die Ausrichtung seiner Wissensanwendungen am Klienten gewährleistet wird.

Dieser Definition folgend muss von der in der Professionssoziologie weit verbreiteten Sprachpraxis Abstand genommen werden muss, die immer schon in der Existenz Professioneller als professioneller Personen ausgeht. Anstatt dessen plädiert die vorliegende Arbeit dafür, Professionelle als personalisierten extremen Pol der graduellen Unterscheidung zwischen professioneller und nicht-professioneller Praxis zu verwenden, in der dann unterschiedliche berufliche Praxen gemäß den oben angerissenen Kriterien verortet werden können. Erst diese graduelle Unterscheidung in der Dimension der Praxis und der sie kontextualisierenden Bedingungen macht die Frage nach den Folgen der Digitalisierung operationalisierbar.

Bevor aber der Aspekt der Digitalisierung ebenso operationalisiert wird, soll zuerst der Tragepunkt der hier an Oevermann angelehnten Definition professioneller Praxis

¹²⁸ Luhmann (2002), S. 144.

weiter herausgearbeitet werden, der in der Interaktion gefunden werden kann. Denn es ist die Interaktion, in der die die Professionen kennzeichnenden Umgangsformen mit personalen Krisen gefunden und reproduziert werden, die es der professionellen Praxis und mit ihr den diese personalisierenden Professionellen erlauben, sich in der Gesellschaft zu halten und zu reproduzieren. Und wie Bourdieu gezeigt hat, ist die Reproduktion von Institutionen nur denkbar, wenn sie durch Leiber und deren Subjektivität einverleibt, und von diesen im Sinne des Habitus bewohnt werden.¹²⁹ Richten wir also den Fokus auf die Interaktion, zu deren Verständnis Niklas Luhmann beeindruckende Zugänge gelegt hat.

Die Interaktion – Angelpunkt der professionellen Praxis

Im Folgenden soll von Luhmanns Theorie sozialer Systeme ausgehend ausgearbeitet werden, wie sich die Interaktion als eigene Systemtyp von seiner Umwelt absetzt und welche Formen der Kommunikation dafür produziert werden. Im Anschluss hieran wird über Erweiterungen aus der Phänomenologie der Wahrnehmung Merleau-Pontys, der Habitus-Theorie Pierre Bourdieus, der Theorie impliziten Wissens nach Michael Polanyi der von Luhmann betonte Aspekt der Wahrnehmung und seine Verbindung mit dem Phänomen des Wissens weiter herausgearbeitet, bevor es dann nach der Kombination dieser theoretischen Eindrücke mit dem methodologischen Zugang der rekonstruktiven Sozialforschung zu sozialer Praxis nach Ralf Bohnsack mit dem Erfahrungsraum möglich wird, das interaktive Verhältnis zwischen Klient und Professionellem genauer zu umschreiben. Diese Vertiefung des Verständnisses professioneller Praxis macht diese dann einer ertragreicheren Kreuzung mit Digitalisierungsphänomenen zugänglich, als dies mit den in der Professionssoziologie aufgerufenen Einlassungen auf Interaktion, Wahrnehmung und Wissen möglich ist.

Interaktion unter Anwesenden

Das Datum der Luhmann'schen soziologischen Systemtheorie und damit der von ihm identifizierten sozialen Systemtypen, wie Interaktion, Organisation und Gesellschaft,

¹²⁹ Vgl. hierzu Bourdieu (1997), S. 107.

ist die Kommunikation. Luhmann beschreibt Kommunikation als „dreistellige[n] Selektionsprozeß“¹³⁰: Die erste Selektion ist die der mitzuteilenden Information.¹³¹ Die zweite Selektion besteht darin, der Information mit der Mitteilung eine „geeignete Zweitform“¹³² zu geben, um damit die dritte Selektion zu ermöglichen. Diese dritte Selektion wird als Selektion auf Seiten von Ego beschrieben, was die Wichtigkeit dieser Selektion, des Verstehens, in den Fokus rückt, und die klassischen Botschaftsmetaphern in der Kommunikationstheorie umwirft: Ob eine Mitteilung verstanden wird, also die ihr zugrundeliegende Selektion der Information in Differenz zu ihrer Mitteilung beobachtet werden kann, entscheidet sich auf Seiten des Verstehenden.¹³³ Darauf kann Alter mit reflexiver Kommunikation reagieren, um zu versuchen, die Verstehensleistung stärker an seinen Selektionen zu orientieren, und so die jeweilige Kontextgebundenheit von Alter und Ego zumindest für den Moment der Kommunikation zu überwinden.¹³⁴ Doch schon diese reflexive Kommunikation stellt ihrerseits einen dreistelligen Selektionsprozess dar, der neues (Miss-)Verstehens ermöglicht.

Auf Grundlage dieser immer schon auf andere Kommunikationen zurückgreifenden Dreistelligkeit des Kommunikation beschreibt Luhmann Kommunikation als relativ unwahrscheinlich, und so jeden Kommunikationsversuch als Versuch eines Schritts über „Schwellen der Entmutigung“¹³⁵: Zum einen ist es aufgrund der Kontextgebundenheit von Ego und Alter im Sinne der sich jeweils unterschiedlich präsent gehaltenen Gedächtnisse und Wahrnehmungsfelder relativ unwahrscheinlich, dass „daß Ego überhaupt *versteht*, was Alter meint“¹³⁶. Jede Kommunikation ist in diesem Sinne der Versuch der Überbrückung (mindestens) zweier disparater Welten. Zum anderen kann das *Erreichen* von Adressaten aufgrund der mit der jeweiligen Zweitform bzw. Codierung der Mitteilung gegebenen räumlichen und zeitlichen Exklusivität des Zugangs zu der Kommunikation als relativ unwahrscheinlich beschrieben werden.¹³⁷ Eine ähnliche Kraft entwickelt die dritte Schwelle der Entmutigung, nach der es als

¹³⁰ Luhmann (1984), S. 194.

¹³¹ Vgl. Luhmann (1984), S. 194.

¹³² Luhmann (1984), S. 197.

¹³³ Vgl. Luhmann (1984), S. 198.

¹³⁴ Vgl. Luhmann (1984), S. 198.

¹³⁵ Luhmann (1984), S. 218.

¹³⁶ Luhmann (1984), S. 217.

¹³⁷ Vgl. Luhmann (1984), S. 218.

relativ unwahrscheinlich erscheint, dass Ego die Verstehensleistung der Kommunikation im Sinne Alters „als Prämisse eigenen Verhaltens übernimmt“¹³⁸, womit der prinzipielle *Erfolg* von Kommunikation alles andere als wahrscheinlich zu beschreiben ist.

Vor dem Hintergrund der dreistelligen Selektivität und der entmutigenden Unwahrscheinlichkeit von Kommunikationsprozessen, beschreibt Luhmann Interaktionssysteme als Systeme des Kontakts zwischen Anwesenden, wobei sich das Kriterium der Anwesenheit daran bemisst, „was als anwesend behandelt werden kann“¹³⁹, bzw. was als anwesend entschieden werden kann¹⁴⁰. Das Kriterium der Anwesenheit unterstreicht die Bedeutung von Wahrnehmungsprozessen in Interaktionen, denn da, wo Anwesenheit herrscht, herrscht auch die Wahrnehmung von Wahrnehmungen. Während Luhmann Wahrnehmungen einseitig als „anspruchlose Form der Informationsgewinnung“¹⁴¹ beschreibt, weil ihre Wahrnehmung die Selektionen der Information und Mitteilung zu umgehen erlaubt, soll hier der logische Umkehrschluss mit eingeführt werden: dass Wahrnehmen genauso eine anspruchlose Form der Informationsabgabe darstellt und in der Lage ist, bewusste Selektionen zu umgehen. Unter Anwesenden bauen sich demgemäß über reflexive kommunikative Bezugnahmen mehr oder minder kontrollierte reflexive Wahrnehmungsschleifen auf, in denen auch wahrgenommen wird, dass wahrgenommen wird, dass wahrgenommen wird, und man genau in diesem Schritt die eigene Wahrnehmung schon zur Kommunikation macht, und damit die Informationsabgabe und -gewinnung in der Kommunikation folgenswer angereichert werden.

Wo wahrgenommen wird, dass wahrgenommen wird, hat das vor allem zwei Folgen. Einerseits wird jede Kommunikation doppelbödig, indem sie auf der Ebene gegenseitiger Wahrnehmungswahrnehmungen durch Kopfschütteln oder gemeinsame Ereignisfokussierungen erweitert werden.¹⁴² Andererseits wird über genau diese Bedeutung von Wahrnehmung der Körper der Anwesenden für den Systemzusammenhang

¹³⁸ Luhmann (1984), S. 218.

¹³⁹ Luhmann (1984), S. 560.

¹⁴⁰ Vgl. Luhmann (1984), S. 560.

¹⁴¹ Luhmann (1984), S. 560.

¹⁴² Vgl. hierzu auch Luhmann (1984), S. 562.

der Interaktion relevant, da er nun zur „Verteilung der Relevanzen und Kommunikationsanlässe“¹⁴³ beiträgt.¹⁴⁴ Was hier als Doppelbödigkeit der Interaktion unter Anwesenden bezeichnet wird, beschreibt Luhmann als „Doppelprozeß von Wahrnehmung und Kommunikation“¹⁴⁵. Je nach spezifischer Leistungsmöglichkeit erlaubt dieser Doppelprozess durch gegenseitige Ergänzungen die Kommunikation bzw. die Wahrnehmung jeweils zu entlasten, und dadurch die Kommunikation zu intensivieren.¹⁴⁶

So führt Luhmann das Leistungsvermögen der Wahrnehmung in Interaktionen darauf zurück, dass sie einen „>>ungefähren<< Modus des Verständigtseins“¹⁴⁷ ermöglicht, Informationen annähernd gleichzeitig prozessierbar macht, und darüber hinaus die Frage des gemeinsamen Informationsbesitzes einfacher geklärt und parallel ablaufende Mitteilungsvorgänge modalisiert werden können.¹⁴⁸ Aufgrund dieser Bedeutung von Wahrnehmungsvorgängen für die Interaktion unter Anwesenden ist dann auch von einer großen Situationsabhängigkeit von Interaktionssystemen auszugehen,¹⁴⁹ da Wahrnehmbares über Wahrnehmungen in die reflexiven Wahrnehmungsschleifen und damit die Kommunikation des Interaktionssystems übersetzt werden kann.

Ist mit der Anwesenheit das zentrale Kriterium der System-Umwelt-Unterscheidung aufgerufen, über deren Entscheidung, also darüber, wer oder was als anwesend zu behandeln ist, sich Interaktionssysteme reproduzieren, so fällt auf, dass das Interaktionssystem für seine weitere Autopoiesis, und damit das kommunikative Aufgreifen seiner kommunikativen Elemente in Differenz zur Umwelt, Mittel der Strukturbildung entwickelt,¹⁵⁰ die „Kommunikationschancen (nicht: die Wahrnehmungschancen!)“¹⁵¹ verteilen. In zeitlicher Hinsicht werden Modi der Unterbrechung und Wiederaufnahme von interaktivem Kontakt eingerichtet, um einen Umgang mit der Zeitabhängigkeit von Interaktionen zu finden.¹⁵² In sozialer Hinsicht resultiert die gesellschaftliche Ein-

¹⁴³ Luhmann (1984), S. 562.

¹⁴⁴ Vgl. Luhmann (1984), S. 562.

¹⁴⁵ Luhmann (1984), S. 564.

¹⁴⁶ Vgl. hierzu auch Luhmann (1984), S. 564.

¹⁴⁷ Luhmann (1984), S. 561.

¹⁴⁸ Vgl. Luhmann (1984), S. 561.

¹⁴⁹ Vgl. Luhmann (1984), S. 564.

¹⁵⁰ Vgl. hierzu Luhmann (1984), S. 564.

¹⁵¹ Luhmann (1984), S. 575.

¹⁵² Vgl. Luhmann (1984), S. 566-569.

bettung von Interaktionen darin, dass sich ihre Teilnehmer auf der Ebene von Erwartungen sich potenziell widersprechenden Konditionierungsversuchen von Rollen außerhalb wie innerhalb der Interaktion gegenübersehen, und diese Konflikte in konditionierenden wie befreienden Effekten resultieren.¹⁵³ Denn ebenso wie äußere Bindungen ihr Recht in der Interaktion einfordern können und sie bei der Transparenz der Bindungsverhältnisse auch von den anderen Interaktionsteilnehmern mit Argusaugen auf ihre Einhaltung beobachtet werden können, können die äußeren Bindungen für den Gebundenen auch neue Freiheitsgrade erschließen.¹⁵⁴ Man verfügt immer mindestens über zwei mit entsprechenden Erwartungen ausgestattete Referenzrahmen, auf die man eigenes Verhalten zurückbeziehen kann. In sachlicher Hinsicht vollzieht sich die Unterscheidung des Prozessierens des Interaktionssystems von seiner Umwelt in der Art, dass in der Interaktion Themen gewählt werden, die gesellschaftlich zwar eine Einschränkung von dem System offenstehenden Verlaufsvarianten bedeuten, gleichsam dem Interaktionssystem aber durch eigene Räume der Kontingenz neue Freiheitsgrade des Prozessierens erlauben.¹⁵⁵

Wenn nun Wahrnehmungen eine konstituierende Rolle für die Reproduktion von Interaktionssystemen spielen, bedeutet dies zugleich, dass die Körper der Interaktionsteilnehmer in den Fokus rücken, da sie als Seismographen Kommunikationen Relevanzen zuteilen und Unterbrechungen wie neue Anfänge ermöglichen.¹⁵⁶ „Plötzliches Nasenbluten wird man kaum übersehen können wie Spritzer auf der Tischdecke.“¹⁵⁷ Man achte hier auf die Zweiseitigkeit des Beispiels: Es geht beim Körper nicht nur um Wahrgenommenes, sondern auch um ein Wahrnehmendes. Die Frage des Entweder-oder zwischen dem menschlichen Körper als „eine bloße Substanz (als Träger von Fähigkeiten)“ oder „bloßes Instrument für soziale Verwendung“¹⁵⁸ ist also die falsche. Der Körper ist als Mittelpunkt der „Interpenetration von Mensch und sozialem System“ ein Drittes und macht letzterem erst Komplexität verfügbar: „Man sieht dann,

¹⁵³ Vgl. Luhmann (1984), S. 569.

¹⁵⁴ Vgl. Luhmann (1984), S. 569 f.

¹⁵⁵ Vgl. Luhmann (1984), S. 571 f.

¹⁵⁶ Vgl. Luhmann (1984), S. 562.

¹⁵⁷ Luhmann (1984), S. 562.

¹⁵⁸ Luhmann (1984), S. 341.

berücksichtigt dann, erwartet dann ganz unmittelbar, daß er (der Körper, Anm. d. Verf.) sich so oder auch anders verhalten kann¹⁵⁹.

Doch hat der Körper in interaktiven Aushandlungsprozessen der professionellen Praxis auch eine zweite Funktion, die hier nur kurz erwähnt sei, um die Relevanz einer weiteren Einlassung auf ihn und das Thema der Wahrnehmung zu begründen. Denn Stichweh schreibt es dem Phänomen der Profession geradezu definitorisch zu, dass man sich hier auf die „Bearbeitung von Problemen der Strukturänderung, des Strukturaufbaus und der Identitätserhaltung von Personen“ einlasse, und es damit, bezogen auf das Beispiel des professionellen Umgangs mit Krankheiten, „defizitär“ sei, die professionelle Arbeit „nur in der Form eines technischen Vollzugs“ durchzuführen, „ohne zugleich auch den Körperbezug des jeweiligen Patienten (oder was er hier impliziert: anderer Klienten; Anm. d. Verf.) in einer Sinnperspektive zu thematisieren, die auf einen bewußteren Umgang mit der Unterscheidung Gesundheit/Krankheit zielt“¹⁶⁰. Wer also über Interaktionssysteme spricht, muss auch über Wahrnehmung und Körper sprechen, und bekommt dafür zusätzliche Gründe, wenn er dies im Kontext professioneller Praxis tut.

Wahrnehmung und ihre Bedeutung in der Interaktion

Um an dieser Stelle verwirrende Abgrenzungen zwischen den Begriffen des Körpers und des Leibs zu vermeiden, soll es hier reichen, mithilfe der Analyse der an Leib und Leiblichkeit angelehnten Phänomenologie der Wahrnehmung von Maurice Merleau-Ponty mit der Argumentation fortzufahren. Denn ähnlich wie Luhmann den Körper, verortet auch Merleau-Ponty den Leib zwischen dem Status als Substanz und Instrument. Der Leib ist bei Merleau-Ponty gleichermaßen Ermöglicher wie Folge dessen, dass sich das Bewusstsein als „Sein beim Ding durch das Mittel des Leibes“¹⁶¹ in die Naturwelt entwirft, und sich in diesem Entwerfen zur Natur verhält. Dieses menschliche Sich-Verhalten in der Natur produziert eine Kulturwelt, in die sich das Bewusstsein ähnlich wie in die Naturwelt in seiner Leiblichkeit entwirft, und in

¹⁵⁹ Luhmann (1984), S. 341.

¹⁶⁰ Stichweh (1994), S. 373.

¹⁶¹ Merleau-Ponty (1965), S. 167 f.

diesem Entwerfen Habitualitäten ausbildet, die es dem Bewusstsein erlauben sich zu den „in seiner personalen Vergangenheit gegebenen Bedeutungen“¹⁶² zu verhalten.

Der Leib als „Bewegung auf die Welt zu“¹⁶³ ermöglicht dem Bewusstsein einen Gegenstandsbezug, indem er räumliche Bewegung und Sehen ermöglicht, und lässt ihn verschiedene Arten der Bewegung erlernen und sich darüber Welt einverleiben.

Denn über die Bewegungsgewohnheiten werden Wahrnehmungsgewohnheiten produziert, die Paarungen perspektivischen Sehens und Bewegens mit dem erlauben, was sich dieser Perspektive nicht verbirgt, sondern sich ihr als sich Zeigendes¹⁶⁴, das heißt sich der Bewegung als Widerständiges präsentiert. In der Perspektivität des Leibes steckt das Geheimnis der Wahrnehmung, der Merleau-Ponty bewusst keinen präziseren Ort gibt als den Leib, weil eine Präzisierung die Leistungen des Leibes als perspektivischen „Gesichtspunkt (des Bewusstseins, Hinzuf. d. Verf.) für die Welt“¹⁶⁵ unterschlagen würde. Weder sieht allein das Auge, noch ist der Stock des Blinden bloßer Gegenstand. Denn durch die Erlernung der Bewegung mit dem Blindenstock verleibt sich der Blinde diesen ein und verwandelt ihn so zu einer Erweiterung seines Leibes.¹⁶⁶ Gegenstände wie der Blindenstock, ein Werkzeug oder eine Straße sind es dann auch, die als Kulturgegenstände die Kulturwelt vergegenständlichen, und dabei immer eine sich perspektivisch zeigende anonyme Rückverweisung auf anonyme Andere mit sich führen.¹⁶⁷ Der Blindenstock ist kein bloßer Stock, sondern er ist kulturell vorgeprägt.

Als ersten unter allen Kulturgegenständen beschreibt Merleau-Ponty den „Leib des Anderen, als Träger eines Verhaltens.“¹⁶⁸ Obgleich von ihm phänomenal nur Spuren seines Bewusstseins auffindbar sind, gelingt es dem Leib von diesen durch ihn wahrnehmbaren Spuren „auf Grund des Vergleichs und der Identifikation der Gefühlsausdrücke des Anderen mit den meinen und auf Grund der Erkenntnis bestimmter Beziehungen zwischen meiner Mimik und meinen ‚psychischen Tatsachen‘“¹⁶⁹ den An-

¹⁶² Merleau-Ponty (1965), S. 166.

¹⁶³ Merleau-Ponty (1965), S. 401.

¹⁶⁴ Vgl. Merleau-Ponty (1965), S. 92: „Sehen heißt ein Feld von *sich zeigendem* Seienden betreten...“.

¹⁶⁵ Merleau-Ponty (1965), S. 94.

¹⁶⁶ Vgl. zu diesem sehr anschaulichen Beispiel Merleau-Ponty (1965), S. 182.

¹⁶⁷ Vgl. Merleau-Ponty (1965), S. 399.

¹⁶⁸ Merleau-Ponty (1965), S. 400.

¹⁶⁹ Merleau-Ponty (1965), S. 403.

deren und sein Bewusstsein hinter dieser Spur zu erkennen. Weil ich Leib habe, erkenne ich in meiner phänomenalen natürlichen wie kulturellen Umwelt Spuren, hinter denen ich den Anderen erkennen kann. Als Spezialfall der leiblichen Bewegung zur Welt und damit zum Anderen beschreibt Merleau-Ponty den Dialog. In diesem wird „ein Sein zu zweien“¹⁷⁰ erfahrbar, das nach dem Austritt aus dem Dialog als Erfahrung einverleibt wird, und so eine temporäre „Erweiterung der Leibessynthese“¹⁷¹ darstellt, die ganz eigene Erfahrungen ermöglicht. Damit zieht Merleau-Ponty auch den Dialog in seine Kategorie der Bewegungsgewohnheiten, obgleich die aus ihm generierten Wahrnehmungen einen kategorialen Unterschied zu anderen Bewegungen aufweisen: die aus dem Dialog stammenden einverlebten Wahrnehmungen konjugieren mich mit dem am Dialog teilnehmenden Anderen. Als Bewegung zur Welt produziert der Leib aber nicht nur Wahrnehmungen, sondern auch Kommunikationen, die wiederum als Formen der Bewegung neue rekursive Wahrnehmungen ermöglichen. Kommunikationen leisten dabei die Übersetzung der Wesenheit des Leibes in Kommunikationen in Raum und Zeit.¹⁷²

An Merleau-Pontys Ausführungen zu Habitualitäten ist weiter mit Pierre Bourdieu anzusetzen, der in seiner Theorie der Habitusformen die von Merleau-Ponty hervorgehobene Perspektivität jedes zwangsläufig leiblichen Wahrnehmens weiter ausarbeitet und genau hierin den Sitz von Habitusformen verortet. Dass also genau diese Perspektivität des eigenen Leibes, welche bestimmt, was wie wahrnehmbar ist, ihrerseits Produkt einer Einverleibung ist¹⁷³. Einer Einverleibung von Institutionen, die Bourdieu in den „auf die relativ autonome Welt der Hauswirtschaft und der Familienverhältnisse“ drückenden „ökonomische[n] und soziale[n] Notwendigkeit[en]“¹⁷⁴ beschreibt. So übersetzen sich objektive Institutionen in soziale Praktiken, weil Leiblichkeit eine Bewegung zur Welt bedeutet und damit ihre „Fähigkeit ... die performative Magie des Sozialen ernst zu nehmen“ und habitusgemäß wahrzunehmen, über diesen Habitus als „praktischer Sinn“¹⁷⁵ auftritt. Situationen sind nur als Situationen erkannt, nachdem

¹⁷⁰ Merleau-Ponty (1965), S. 406.

¹⁷¹ Merleau-Ponty (1965), S. 182.

¹⁷² Vgl. Merleau-Ponty (1965), S. 215.

¹⁷³ Vgl. Bourdieu (1997), S. 105.

¹⁷⁴ Vgl. Bourdieu (1997), S. 101.

¹⁷⁵ Bourdieu (1997), S. 107.

sie schon habituell auch im Sinne der aus ihnen hervorgehenden Möglichkeiten interpretiert sind.¹⁷⁶ Leiblichkeit produziert somit neben Wahrnehmung und Kommunikation auch Handeln, und das immer schon eingelassen in einer mehr oder minder mit Anderen, die ähnlichen Existenzgrundlagen wiederholt situativ ausgesetzt waren beziehungsweise sind, geteilten Perspektive.¹⁷⁷

Einverleibung als Form der Wissensproduktion

Doch wie genau gestaltet sich nun der Weg von der einverlebten Perspektivität in die soziale Praxis? Michael Polanyi antwortet hierauf mit seiner Theorie impliziten Wissens und geht dabei von dem Befund aus, dass „wir mehr wissen, als wir zu sagen wissen“¹⁷⁸.

Polanyi konkretisiert dieses Unvermögen weiter, indem er es darauf bezieht, dass implizites Wissen durchaus an seinen Ergebnissen wie dem Wiedererkennen von Geschichten oder dem herausragenden Spiel eines Pianisten erkennbar sei. Seine Impliztheit gründet sich darin, dass nach Erklärungsansätzen dafür gefragt, wie ein Mensch ein Gesicht unter einer Mannigfaltigkeit anderer zu erkennen oder der Pianist eine bestimmte Musik so besonders zu spielen in der Lage sein könne,¹⁷⁹ die Gefragten dies weder sich selbst noch einem fragenden Gegenüber in Gänze erklären könnten. Dementsprechend kommt es mit dem impliziten Wissen zu einer „Verschiebung von Bedeutung von uns weg“¹⁸⁰, da nun äußere Qualitäten erkennbar und produzierbar werden, für was Aufmerksamkeit nur deswegen freigesetzt werden kann, weil sie sich von inneren Prozessen der Zusammenführung von Einzelheiten wie Muskelbewegungen, sensorischen Wahrnehmungen oder dem Einsatz von Kulturgegenständen getrost lösen und auf diese verlassen können. So unterscheidet Polanyi implizites Wissen in einen proximalen und einen distalen Term.¹⁸¹ Im Fokus des implizit Wissenden immer der distale Term im Sinne der komplexen Verbindung verschiedener Einzelheiten, da er gerade deswegen im sozialen Raum einen Unterschied einzuführen in der Lage ist, weil sich dieser Fokus zwar seiner Voraussetzungs-fähigkeit im Sinne des proximalen Terms gewahr wird, der proximale Term dabei aber

¹⁷⁶ Vgl. Bourdieu (1997), S. 104.

¹⁷⁷ Vgl. hierzu Bourdieu (1997), S. 112.

¹⁷⁸ Polanyi (2016), S. 14.

¹⁷⁹ Vgl. zu diesen Beispielen Polanyi (2016), S. 14 & 25 f.

¹⁸⁰ Polanyi (2016), S. 22.

¹⁸¹ Vgl. Polanyi (2016), S. 20.

nicht auf seine Einzelheiten beobachtet werden muss, um dem distalen Term seine Leistung der Erkennung eines Gesichts oder des Spiels eines Klavierkonzerts zu ermöglichen.¹⁸²

Am Aufbau dieses proximalen Terms kreuzt sich Polanyi dann auch mit Bourdieu und Merleau-Ponty, da er ihn als „mühevollen Lernprozeß“¹⁸³ beschreibt, der es durch „Verinnerlichung“¹⁸⁴, „einverleiben“¹⁸⁵, „körperlicher Ausdehnung“¹⁸⁶ oder „empfindungsbegabte Verlängerung“¹⁸⁷ ermöglicht, „bestimmte Dinge als proximale Glieder eines impliziten Wissens fungieren zu lassen, so daß wir diese Dinge nicht mehr als solche beobachten, sondern ihrer im Zusammenhang der aus ihnen gebildeten komplexeren Entität gewahr werden“¹⁸⁸. Ein derart implizit produziertes Wissen ermöglicht auch ethisches Handeln, da zu den Dingen, die vom proximalen Term impliziten Wissens erfasst bzw. verinnerlicht werden, beispielsweise auch moralische Lehren zählen können, und so deren Träger einen „unausgesprochenen Bezugsrahmen ... (ihrer, Hinzuf. d. Verf.) moralischen Handlungen und Urteile“¹⁸⁹ gewinnen. Implizite Ethik ist somit Polanyi zufolge eine Begleiterscheinung der Bildung und Reproduktion impliziten Wissens.

Es ist also der Prozess der Einverleibung der Einzelheiten, welcher Leiblichkeit integriert, und damit seinem Träger einen Aufmerksamkeitsschwenk auf seine äußere Umwelt und einen könnenden Umgang damit ermöglicht. Ein Prozess, der aber immer durch die Beobachtung der im proximalen Term versinkenden Einzelheiten zerstört werden kann, da ihn solche Einzel-Beobachtungen seiner Bedeutung berauben.¹⁹⁰ Der Pianist, der jede Fingerbewegung einzeln beobachtet, verliert das Werk. Wenn also Luhmann beschreibt, dass, wie sich „Lasten und Probleme“ zwischen „Wahrnehmung und Kommunikation“ verteilen, davon abhängt, „wie die Situation auf-

¹⁸² Vgl. hierzu Polanyi (2016), S. 18.

¹⁸³ Polanyi (2016), S.22.

¹⁸⁴ Polanyi (2016), S. 25.

¹⁸⁵ Polanyi (2016), S. 23.

¹⁸⁶ Vgl. Polanyi (2016), S. 23.

¹⁸⁷ Polanyi (2016), S. 23.

¹⁸⁸ Polanyi (2016), S. 25.

¹⁸⁹ Polanyi (2016), S. 24.

¹⁹⁰ Vgl. Polanyi (2016), S. 25 f.

gefaßt und wohin die ablaufende Systemgeschichte die Aufmerksamkeit aller Beteiligten lenkt¹⁹¹, dann liegt in dem bei Polanyi beschriebenen Aufmerksamkeits-schwenk im Selbstbezug geradezu die Voraussetzung dafür, dass Aufmerksamkeit im Sinne des sozialen Kontexts gelenkt werden kann.

Für die Revision der genannten Zerstörungen skizziert Polanyi zwei Wege, die aber gleichsam keine vollständige Revision leisten können – die „ursprüngliche Bedeutung“¹⁹² bleibt verloren. Der eine Weg besteht darin, „durch eine erneute Verinnerlichung der einzelnen Merkmale“¹⁹³ die komplexe Entität des distalen Terms durch die Wiederaneignung der Zusammenhänge der Einzelheiten wiederherzustellen. Der andere Weg beschreibt, Beziehungen innerhalb komplexer Entitäten zu explizieren und so Einzelheiten explizit zu integrieren.¹⁹⁴ An diesen zweiten Weg der Revision der Zerstörung komplexer Entitäten, die das Wissen bedeuten, durch einen gefährlichen „Detailfetischismus“¹⁹⁵, setzt nun Polanyis Warnung an, die explizite Integration nicht als gänzliche Substitution der impliziten Integration zu missverstehen. Denn solche Substituierbarkeiten unterstellende und Objektivität behauptende wissenschaftlichen Ansätze könnten „unentbehrlichen Bestandteil allen Wissens“ riskieren und so die Folgen weiterer „verheerender Trugschlüsse“¹⁹⁶ nach sich ziehen. Auch hiergegen bringt Polanyi seine Theorie impliziten Wissens in Anschlag, indem er sie als Grundlage dafür nutzt, implizitem Wissen aufgrund dessen kategorialen Unterschiedenheit von explizitem Wissen einen Eigenwert zuzuweisen.

Räume der Genese und der Artikulation des Impliziten

Anstatt wie Bourdieu in erster Linie unterschiedliche Milieus und soziale Felder als Ursprünge dieser habituellen und damit gleichsam wissenden Perspektiven zu analysieren, geht Ralf Bohnsack mit seinem Ansatz der rekonstruktiven Sozialforschung einen Schritt weiter, indem er interaktive Erfahrungsräume als Ursprung solcher Perspektiven beschreibt.¹⁹⁷ Deswegen erlaubt es Bohnsack auch, die bisherigen Ausführungen zur Interaktion, zur Bedeutung und Bedingtheit von Wahrnehmung, und zum

¹⁹¹ Luhmann (1984), S. 564.

¹⁹² Polanyi (2016), S. 26.

¹⁹³ Polanyi (2016), S. 26.

¹⁹⁴ Vgl. Polanyi (2016), S. 26.

¹⁹⁵ Polanyi (2016), S. 26.

¹⁹⁶ Polanyi (2016), S. 27.

¹⁹⁷ Vgl. Bohnsack (2000).

Charakter impliziten Wissens und impliziter Ethik wieder in die professionelle Praxis und ihre feste Kopplung mit der Interaktion zurückzuführen. Dafür sei Bohnsacks Zugang zum Erfahrungsraum zuallererst abstrakt dargestellt, bevor dieser Zugang im Sinne der in dieser Arbeit in Anschlag gebrachten Problemstellung auf die professionelle Praxis bezogen wird.

In Anlehnung an Karl Mannheim unterstellt Bohnsack jeder sozialen Praxis die oben skizzierte Doppelseitigkeit: also zum einen an sich als soziale Praxis, und zum anderen auf vorausgehende und diese Praxis ermöglichende wie bedingende Erfahrungen beobachtbar zu sein.¹⁹⁸ Mit Bohnsack sind diese der sozialen Praxis unterliegenden Erfahrungen nur mittelbar erforschbar, da sie sich Handlungssituationen als Orientierungsrahmen in „Motivunterstellungen, Generalisierungen und Kausalitätszurechnungen“¹⁹⁹ vergegenwärtigen, und damit analytisch in einen positiven Handlungen attrahierenden Horizont, und einen negativen durch Handlungen zu vermeidenden Horizont unterscheidbar werden²⁰⁰. Erst diesen Orientierungsrahmen entspringt das Wissen um das *Wie* sozialer Praxis. Dieses Wissen lässt sich wiederum in kommunikativ generalisiertes und damit expliziertes Wissen und ein handlungspraktisches das heißt in „in der Praxis angeeignet[es]“²⁰¹ Wissen unterscheiden. Letzteres ist durch seinen handlungspraktischen Erwerb auf Erfahrungsräume mit den ihnen eigenen „Wissens- und Bedeutungsstrukturen“²⁰² zurückführbar und stellt damit eine eigene Form habituellen und gleichsam impliziten Wissens dar. Denn erst hier im Erfahrungsraum gewinnen Handelnde Wissen über ihr Handeln, indem sie Reaktionen Anderer darauf kennen lernen, und so lernen deren Perspektiven zu rekonstruieren und sie repräsentierend in ihr Bewusstsein zu übernehmen.²⁰³

Was also Merleau-Ponty am Dialog gezeigt hat, legt hier Bohnsack nochmals auf: die Perspektive des Anderen in seiner Perspektive mir und meiner Handlung gegenüber wird über Erfahrungsräume genauso einverleibt, wie der Blindenstock durch den Blinden. Das Ich verleibt sich mit dem Du das Ich als Du ein. Soziale Praxis befindet sich somit immer schon im Kontext unterschiedlicher sich überkreuzender und sich

¹⁹⁸ Vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr (2010), S. 278 f.

¹⁹⁹ Vogd (2008), S. 34.

²⁰⁰ Vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr (2010), S. 296.

²⁰¹ Przyborski & Wohlrab-Sahr (2010), S. 275.

²⁰² Przyborski & Wohlrab-Sahr (2010), S. 282.

²⁰³ Vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr (2010), S. 279.

gegenseitig nicht zwangsläufig transparenter Erfahrungsräume, in dem dann in Interaktionen mit den Mitteln der parallel prozessierten Kommunikation und Wahrnehmung trotzdem gehandelt werden kann.

Wo Erfahrungsräume, mitunter auch zeitlich und räumlich getrennt, in der Homologie ihrer spezifischen Bedeutungs- und Wissensstrukturen geteilt werden, lässt sich von konjunktiven Erfahrungsräumen sprechen, die den in ihnen generierten Wissensbeständen eine zusätzliche konjunktive Qualität verleihen.²⁰⁴ Eine konjunktive Qualität, die, kommen die derart Konjugierten in eine gemeinsame Handlungssituation, diesen in einen modus operandi der Selbstverständlichkeit verhelfen, der den kommunikativen Austausch in vielen Bereichen redundant macht.²⁰⁵ Die Hooligans des gleichen Vereins brauchen in der feurigen Auseinandersetzung vor dem Stadion keinen Diskurs, der Rollen verteilt und Grenzen der körperlichen Gewalt festsetzt.²⁰⁶

Um diesen wichtigen Schritt Bohnsacks nochmal zu vergegenwärtigen: Implizites Wissen wird in Erfahrungsräumen in der Performanz einer Praxis gewonnen. Inwieweit dieser Erfahrungsraum mit anderen geteilt wird, entscheidet darüber, in welchem Maße dieses implizite und habitualisierte Wissen konjunktiver Natur ist, das sich als Orientierungsrahmen Praxis normative Orientierung verleihend in Handlungssituationen vergegenwärtigt. Eine solche Konjunktion ist Voraussetzung dafür, inwieweit die soziale Praxis zwischen den verschiedenen Teilnehmern in einem Modus des Selbstverständlichen verläuft. Implizites Wissen und mit ihm implizite Ethik als Unterkategorie dieser impliziten Epistemologie entstammen also der Performanz.

Davon, sich ausgehend von diesen Unterscheidungen nun auf empirisches Material zu stürzen, rät Vogd ab, indem er darauf verweist, dass eine ohne Metatheorie vorgehende Untersuchungsmethode „eine allzu naive Haltung ihrem Gegenstand gegenüber“ einnehme und „den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr erkennen“²⁰⁷ lasse.

²⁰⁴ Vgl. Przyborski & Wohlrab (2010), S. 282 & Bohnsack (2000), S. 377 f.

²⁰⁵ Vgl. Przyborski & Wohlrab (2010), S. 280.

²⁰⁶ Vgl. hierzu die Hooligan-Studie bei Bohnsack et al. (1995).

²⁰⁷ Vogd (2008), S. 9.

Voraussetzungsloses Beobachten sei unmöglich, weshalb anstatt gegenstandstheoretischer Annäherungen zumindest ein grundsätzliches metatheoretisches Verständnis zur Kategorie des beobachteten Phänomens ausgebildet werden müsse.²⁰⁸

Mit einer solchen metatheoretischen Einordnung zieht Bohnsack dann auch 2016 für Organisationen nach, indem er von dem Grundbefund ausgeht, dass in Organisationen Praxis mit auf kommunikativ generalisiertes Wissen rückführbaren propositionalen Logiken als Regeln nur in Verbindung gesetzt wird, wenn um die Überbrückung der Lücke zwischen der Regel und ihrer praktischen Anwendung seinerseits eine auf implizites/habituales Wissen rückführbare performative Logik aufgebaut wird.²⁰⁹ Das Spannungsverhältnisses zwischen Habitus und Regel wird als Spannungsverhältnis zwischen performativer und propositionaler Logik in einem eigenen konjunktiven Erfahrungsraum bearbeitet, und so bildet sich ein neues (implizites) Erfahrungswissen darum, wie angesichts dieser Spannung doch gehandelt werden kann.

Für Organisationen strengt Bohnsack nun den Versuch an, anhand entsprechender „Strukturmerkmale[n]“²¹⁰ organisationsinterne von organisationsexternen Erfahrungsräume zu unterscheiden. Ohne diese könnte seinen theoretischen Ausarbeitungen zufolge kaum von einem Kategorienunterschied für den empirischen Zugang gesprochen werden, und das in konjunktiven Erfahrungsräumen operierte Spannungsverhältnis zwischen performativen und propositionalen Erfahrungsräumen keine kategorial verschiedenen Grundbedingungen vorfindet. Dementsprechend expliziert Bohnsack vier solcher Strukturmerkmale:

1. In organisationsinternen Erfahrungsräumen sind Teilnehmer im Sinne einer *doppelten Doppelstruktur* sowohl auf gesellschaftlicher wie auf organisationaler Ebene dem Spannungsverhältnis zwischen Habitus und Norm ausgesetzt.²¹¹
2. Darüber hinaus sehen sich die Teilnehmer dieser *doppelten Doppelstruktur* auch in einem doppelten Sinne *mehrdimensional* anderen Erfahrungsräumen ausgesetzt. Denn sowohl von gesellschaftlicher als auch von organisationaler Ebene übersetzen sich eine Vielzahl von Milieus und konjunktiven Erfahrungsräumen in

²⁰⁸ Vgl. Vogd (2008), S. 4 f., der dies dann auch für Organisationen skizziert.

²⁰⁹ Vgl. Bohnsack (2016).

²¹⁰ Bohnsack (2016), S. 245.

²¹¹ Vgl. Bohnsack (2016), S. 245 f.

den einzelnen Erfahrungsraum.²¹² Dabei unterscheidet Bohnsack für die Organisation: a) Erfahrungsräume der Interaktion zwischen Organisationsmitgliedern und dem Klientel; b) Erfahrungsräume der Interaktion zwischen Mitgliedern und den Adressaten der sich reflexiv auf Erfahrungsraum (a) beziehenden Akten; c) Erfahrungsräume der Interaktion zwischen Mitgliedern, die sich reflexiv auf Erfahrungsräume (a) und (b) beziehen.²¹³

3. Die *Mitgliedschaft* in Organisationen ist eine von Organisation wie von Person getroffene Entscheidung²¹⁴ und bedeutet damit eine kommunikativ generalisierte Regelung, die jedes Mitglied schon auf personaler Ebene einer Doppelstruktur aus kommunikativer und konjunktiver *Zugehörigkeit* aussetzt.²¹⁵ So ist man neben der *Zugehörigkeit* zu seiner Familie auch Organisationsmitglied.
4. Organisationen bauen über Mittel „*konstituierender Fremdrahmung* (Hervorhebung d. Verf.)“²¹⁶ eine Distanz zu den jeweiligen Motivationen und Orientierungen von Handeln auf, indem sie dessen Resultate über Mittel der „Disziplinierung und Leistungsmessung“²¹⁷ generalisieren. Wenn zu dieser ersten Codierung eine zweite hinzutritt, also beispielsweise ein im Sinne der Schulorganisation leistungsschwacher Schüler zugleich als moralisch schwach leistungsunwillig beschrieben wird, und sich eben diese Doppelcodierung der Metakommunikation entzieht, vollzieht sich im Bohnsack'sche Sinne Macht in Organisationen.²¹⁸

Anstatt diese Konkretion des Bohnsack'schen Zugangs zu Organisationen hier nur aufstrahlen zu lassen, gilt es diesen weiter für die in dieser Arbeit im Fokus stehende Problemstellung fruchtbar zu machen. Dass Professionen in der Moderne mehrheitlich in Organisationen eingelagert sind,²¹⁹ und zudem die später noch näher untersuchte Profession der Ärzte fast ausschließlich in sich organisierenden Kontexten praktiziert wird, muss Grund genug dafür sein, den organisationsinternen Erfahrungsraum zwischen Organisationsmitglied und Klienten zum Ausgangspunkt weiterer Untersuchungen zu machen.

²¹² Vgl. Bohnsack (2016), S. 248.

²¹³ Vgl. Bohnsack (2016), S. 248-250.

²¹⁴ Vgl. Luhmann (1999).

²¹⁵ Vgl. Bohnsack (2016), S. 250.

²¹⁶ Bohnsack (2016), S. 251.

²¹⁷ Bohnsack (2016), S. 252.

²¹⁸ Vgl. Bohnsack (2016), S. 252 f.

²¹⁹ Vgl. hierzu Larsen (1977), S. 179 ff.; Abbott (1988), S. 80 ff.

Eine zweite definitorische Synthese: Das interaktive Arbeitsbündnis als professioneller Erfahrungsraum

Im Falle professioneller Praxis, die sich im Kontext von Organisationen abspielt, ist das Organisationsmitglied zugleich Professioneller. Inwieweit dies die Annahmen Bohnsacks über organisationale Erfahrungsräume bestätigt oder sprengt, soll im Folgenden aufgezeigt werden, wobei hierfür auf die vorhergehenden Ausführungen zur Professionssoziologie zurückgegriffen werden wird. Erst dann kann in einem nächsten Schritt vor den in diesem Kapitel angestregten theoretischen Ausführungen zum professionellen Erfahrungsraum als Hintergrundfolie untersucht werden, wie diese Abweichungen professioneller Erfahrungsräume von anderen Erfahrungsräumen die die Professionen von anderen Berufsgruppen abhebenden Beschreibungen der Professionssoziologie erklären können.

Der Erfahrungsraum zwischen Klient und professionellem Organisationsmitglied ist in hohem Maße *interaktiver Natur*. Wie oben in Anlehnung an Stichweh gezeigt, werden auch außerhalb der konkreten Interaktion produzierte Leistungen immer wieder zurück in die Interaktion mit dem Klienten eingeführt, was zur *interaktiven Natur* des professionellen Erfahrungsraums beiträgt. Darüber hinaus findet der professionelle Erfahrungsraum sein den Klienten und den Professionellen einendes Bezugsproblem mit darin, angesichts einer krisenhaften Problemlage, „prekäre Entscheidungen“²²⁰ treffen zu müssen. Im Folgenden soll an den Strukturmerkmalen Bohnsacks für organisationsinterne Erfahrungsräume orientiert erarbeitet werden, worin die weiteren Differenzen zwischen organisationsinternen und professionellen organisationsinternen Erfahrungsräumen begründet sind:

1. Die für organisationsinterne Erfahrungsräume *typische doppelte Doppelstruktur* von Habitus und Regeln wird in professionellen Erfahrungsräumen zu einer *dreifachen Doppelstruktur*, indem die personale Ebene zu ihnen hinzutritt. Auf der Klienten-Seite tritt sie über Vorstellungen von Autonomie und anderen Werten, und das eigene Körper-Gefühl wie beispielsweise Schmerzempfinden hinzu, zumal ja gerade hier das Bezugsproblem des professionellen Erfahrungsraums liegt: auf

²²⁰ Vogd (2008), S. 51.

dem professionellen Umgang mit personalen und somit auch körperlichen Problemlagen. Auf der Professionellen-Seite tritt die personale Ebene durch einverleibte Standards einer richtigen professionellen Praxis hinzu. Es spannen sich im professionellen Erfahrungsräume so zusätzliche Bewegungsvektoren auf, die ihre Anfangspunkte in der Personenhaftigkeit ihrer Teilnehmer finden.

Darüber hinaus lässt sich für die gesellschaftliche Ebene dieser *dreifachen Doppelstruktur* sagen, dass die kommunikativ generalisierten Wissensbestände in professionellen Erfahrungsräumen deutlich rigider und homogener sind. Denn durch staatliche Jurisdiktion, Mechanismen der Lizenzierung und ähnliches wird wie oben gezeigt die materielle Homogenität professioneller Praxis gestärkt.

2. Die *mehrdimensionale Durchdringung* des Erfahrungsraums wird im Falle des professionellen Erfahrungsraums zumindest in seiner organisationsinternen Dimension relativ stark *behindert*, indem Professionen eine auch ihre organisationale Einbettung umfassende Macht- und Anerkennungsasymmetrie zu Para-Professionellen aufbauen und die Krisenhaftigkeit des bearbeiteten Problems ein hohes Maß an Intimität der interaktiven Aushandlung nötig macht. So können die Erfahrungsräume der Aktenführung und Leistungsmessung prinzipiell auf Abstand gehalten werden, und die Professionellen sich in den von Bohnsack beschriebenen Erfahrungsräumen zwischen Organisationsmitgliedern stark an anderen Professionellen oder zuarbeitenden Para-Professionellen orientieren.
3. In professionellen organisationsinternen Erfahrungsräumen kompliziert sich die *Mitgliedschaftsregel*. Unterscheidet sich in organisationsinternen Erfahrungsräumen für Organisationsmitglieder deren *Zugehörigkeit* schon in die zu konjugierenden Erfahrungsräumen wie der Familie und in die kommunikative und formell fixierte *Zugehörigkeit* zur Organisation, tritt in organisationsinternen professionellen Erfahrungsräumen die *Zugehörigkeit* zur Profession hinzu. Dieser ist dabei gleichermaßen ein kommunikativer wie konjunktiver Charakter zuzuschreiben. Kommunikativ, da man als Professioneller an die *Zugehörigkeit* zu entsprechenden beruflichen Assoziationen, an Eide etc. gebunden ist; konjunktiv, da sich die eigene Sozialisation mit der anderer Professioneller in hohem Maße ähnelt.
4. An *konstituierenden Fremdrahmungen* fällt für professionelle Erfahrungsräume die relativ starke Absetzung dieser von Leistungsmessungen auf, wie dies schon oben an der Absetzung von Erfahrungsräumen der Leistungsmessung gezeigt

wurde. Gleichwohl werden konstituierende Fremdrahmungen des jeweiligen Gegenübers im professionellen Erfahrungsraum selbst bei gleichzeitiger beziehungsweise anschließender gesellschaftlichen Reflexion unter Klienten bzw. der Reflexion unter Professionellen produziert. Auf Seiten des Patienten wird von guten oder schlechten Ärzten gesprochen, die Ärzte nennen Patienten compliant oder nicht-compliant. Dies kann insbesondere auf Seiten des Professionellen zu Konflikten führen, da Fremdrahmungen durch die Organisation mit denjenigen aus dem professionellen Erfahrungsraum kollidieren können.²²¹

Zu den entlang dieser vier Strukturmerkmalen beschriebenen Abweichungen muss für die Unterscheidung professioneller organisationsinterner Erfahrungsräume von organisationsinternen Erfahrungsräumen noch folgendes Merkmal hinzutreten. Der professionelle Erfahrungsraum erfährt eine relativ große *Asymmetrie in seiner Frequentierung*. Denn während er durch den Klienten in abgrenzbaren Episoden betreten wird, bleibt er für den Professionellen in einem weiteren Sinne bestehen. Der Professionelle bewegt sich von Klient zu Klient und generiert so fast zwangsläufig in seinen Wissensbeständen eine Differenzierung zwischen dem professionellen Erfahrungsraum im weiteren Sinne, in dem der Klient eine zu füllende Leerstelle darstellt, und dem professionellen Erfahrungsraum im engeren Sinne, in dem sich die Leerstelle spezifisch füllt. Mit dem Wechsel des Behandlungszimmers füllt sich die Behandlungsliege oder der Patientenstuhl neu. Das sich im konkreten Erfahrungsraum zur Verfügung stellende Wissen ist also auf der Professionellen-Seite ungleich tiefer als auf Seiten des Klienten, wobei dies mit der Länge und Kontinuität des jeweiligen Arbeitsbündnisses variiert. Somit muss in professionellen Erfahrungsräumen nicht nur die sich als Spannungsverhältnis vergegenwärtigende(n) Lücke(n) zwischen Regel, Habitus und Praxis geschlossen werden, sondern auch die sich im Erfahrungsraum im impliziten Wissen auftuende und in der unterschiedlichen Tiefe der Erfahrung mit professioneller Praxis begründete Differenz zwischen Professionellem und Klient, worin sich ein zusätzliches Bezugsproblem zeigt.

Anhand der herausgearbeiteten Merkmale professioneller Erfahrungsräume lassen sich nun mithilfe der Theorien Luhmanns, Merleau-Pontys, Bourdieus und Polanyis

²²¹ Vgl. hierzu auch Vogd (2017), S. 7 & 12.

und der Theorie-Ansätze von Bohnsack die Folgen dieser Abweichungen für professionelle Praxis herausarbeiten, womit die Erklärung der oben mit der Professionssoziologie deskriptiv beschriebenen Charakteristika professioneller Praxis möglich wird.

Die Inklusion der (körperlichen) Personenhaftigkeit der Teilnehmer des professionellen Erfahrungsraums erlaubt aufgrund der Interaktionslastigkeit des Erfahrungsraums den nach Luhmann für Interaktionen typischen Doppelprozess zwischen Kommunikationen und Wahrnehmungen. *Wo die Inklusion der Person und ihrer personengebundenen Wissensbestände* garantiert ist, wird dann auch die erste Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation, die Erreichbarkeit, ausgeschaltet, und lassen sich das Verstehen beim jeweiligen Gegenüber und der Erfolg der Kommunikationen durch unmittelbare Feedbackschleifen mit der Quelle des die Interaktion beschäftigenden personengebundenen Problems korrigieren. Ohne dabei zwangsläufig darauf angewiesen zu sein, dass, was kommuniziert werden will, die Zweitcodierung der Information in der Selektion der Mitteilung überstehen muss, da der gemeinsame Wahrnehmungsraum Abkürzungen ermöglicht. So werden Informationsverluste durch Mitteilungsversuche kontrollierbar, was angesichts des krisenhaften Bezugsproblems umso relevanter wird.

Über Wahrnehmungsschleifen wird also die Körperlichkeit der teilnehmenden Professionellen und Klienten inkludiert und relativ voraussetzungslos kommunikabel gehalten, was ermöglicht, dass sich im Luhmann'schen Sinne Relevanzen und Anlässe der Kommunikation anhand der Wahrnehmungen von Wahrnehmungen verteilen lassen. Professionellen Erfahrungsräumen ermöglicht dies, dass die Interventionen des Professionellen durch den zu verändern versuchte Gegenüber und seine Körper- und Leiblichkeit kontrolliert werden. Auf diese Weise schließt sich ein kybernetischer Regelkreis,²²² der Interventionen an der Person des Gegenübers zu korrigieren im Stande ist, und sich dabei unterschiedlicher Ressourcen bedienen kann.

Angesichts der Schwierigkeit, explizite Wissensbestände über implizites Erfahrungswissen vermittelt in die Praxis einzubringen, wenn als Gegenstand der Praxis die (körperliche) Personenhaftigkeit des Gegenübers als sich dynamisch veränderndes

²²² Vgl. zum hier genutzten Verständnis von Kybernetik als Wissenschaft der „Erforschung ‚kreis-kausal geschlossener und rückgekoppelter Mechanismen in biologischen und sozialen Systemen‘“ von Forster (2015), S. 338.

‚moving target‘ gegeben ist, nimmt die Relevanz dieser Ausrichtung an der Person durch relativ voraussetzungslose Kanäle der Wahrnehmung und der von ihnen geleistete punktuellen Verdichtung und Steuerung von Kommunikation deutlich zu. Nur so bildet sich über das implizite Wissen des Professionellen ein Klienten-spezifisches Erfahrungswissen im Umgang mit dessen Person und seiner Krankheit aus. Die Lücke zwischen den professionellen Wissensbeständen und dem *moving target* des Klienten wird also über interaktive Rückkopplungsschleifen und sich daraus ergebende Hermeneutiken durch die Ausbildung neuen Erfahrungswissens zum spezifischen Klienten geschlossen.

Dass dieses implizite Wissen des Professionellen diesen als Professionellen beobachtbar macht, folgt aus der *Asymmetrie im Erfahrungsraum*. Während der Professionelle von Klient zu Klient und damit von professionellem Erfahrungsraum zu professionellem Erfahrungsraum wechselt, wechselt der Klient nur in der Krise in den professionellen Erfahrungsraum. Auf Seiten des Professionellen führt dies zum Aufbau eines vom Einzelfall abstrahierbaren impliziten Wissens, wie mit der sich immer neu besetzenden Leerstelle des Klienten umzugehen ist. Dies vergegenwärtigt sich im einzelnen professionellen Erfahrungsraum als zum Klienten mittels des Aufbaus neuen Klienten-spezifischen Wissens zu Übersetzendes. Auf Seiten des Klienten hingegen bleibt der Übertritt in den professionellen Erfahrungsraum (zumeist) die Abweichung von der Norm seiner Lebenspraxis, der im Sonderfall nur aufgrund der Verfügbarkeit generalisierter Erwartungen gegenüber Professionellen gewagt wird, und diese Erwartungen dann auch in den Kontakt mit dem Professionellen transportiert.

Ein persönliches Eingehen auf den Professionellen wird vom Klienten nicht erwartet, denn umgekehrt wird von einem Wissensvorsprung im Umgang mit der Krise ausgegangen. Dieses unterschiedliche Niveau des Wissens um das richtige Verhalten im professionellen Erfahrungsraum muss im Erfahrungsraum aufgefangen werden, und ruft als zusätzliches Bezugsproblem neue Kommunikationen auf. Denn es setzt den Professionellen unter Druck, sein implizites Wissen zu explizieren, und lässt ihn in Versuchen der Explikation ein implizites Wissen um den richtigen Umgang mit dem sich in der Krise befindlichen Gegenübers aufbauen, was ihm zugleich eine Brücke über den Spalt zwischen seinen personen-unspezifischen Wissensbeständen und dem Klienten und seiner Krise schlägt.

Wenn wir hierüber hinaus Merleau-Ponty folgen, dann ermöglicht es die Interaktivität des professionellen Erfahrungsraum dem Professionellen, den Klienten genau von dieser Spur der Krise und dem damit verbundenen Leid her zu deduzieren, also von der Zeichenebene auf den Anderen zu schließen, indem er in und an sich die gleichen Zeichen vorfindet und damit in der Krise des Anderen die eigene (mögliche/vergangene) Krisenhaftigkeit sieht. In diesem Sinne stellt die Krisenhaftigkeit des Klienten auch die Quelle eines konjugierenden Erfahrungswissens dar.

Neben dieser konjugierenden Perspektive bleibt der Professionelle gleichsam immer in seiner Perspektive gefangen und bewegt sich hieraus im Merleau-Ponty'schen Sinne auf den Patienten zu. Aus den Bewegungsgewohnheiten in der Interaktion, die schon in der Aufnahme des Falls ansetzen und sich entlang deren rekursiven Schleifen mit Interventionsversuchen mitdrehen, entstammen Wahrnehmungsgewohnheiten, die den Anderen als Kulturgegenstand kennen lernen und ihn in seiner Perspektive in die Leiblichkeit des Professionellen einverleiben lassen. Eine Einverleibung, die den Anderen beim Professionellen auch in der Ziehung von Inferenzketten außerhalb des Erfahrungsraums präsent hält. Der Klient drängt sich dem Professionellen so in einem allgemeinen wie einem Fall-spezifischen Sinn als Orientierungsrahmen auf.

Da diese Prozesse der Klienten-spezifischen Einverleibung durch den Professionellen hochfrequent ablaufen und dessen Gedächtniskapazität mehr oder minder beschränkt ist, bildet der Professionelle Schemata aus, die ihn zwischen zu Erinnerndem und zu Vergessendem unterscheiden lassen.²²³ Was bleibt, ist neben extremer Fälle ein allgemeines einverleibtes Verständnis der Leerstelle des Klienten. Genau dieses strukturidentische Wissen um die Leerstelle des Klienten konjugiert Professionelle und produziert in der gemeinsamen Praxis wie beispielsweise am Operations-Tisch einen modus operandi der Selbstverständlichkeit, der neue Potenziale der gegenseitigen Korrektur ermöglicht. Professionelle bilden so einen sie einenden Habitus aus, und werden dadurch personenübergreifend als Professionelle beobachtbar.

Zugleich kann durch die Interaktion mit dem Klienten mehr einverleibt werden als nur dessen Perspektive. Denn je nach dem, was sich dem Professionellen zeigt, wenn er

²²³ Vgl. zu dem hier genutzten Verständnis des Gedächtnisses Baecker (1987).

sich auf den Klienten diagnostizierend und therapierend zubewegt, führt bei ihm durch Lernvorgänge zu Prozessen der Einverleibung. Über diesen Weg werden auch mehr oder weniger präsente soziale Bindungen des Klienten beispielsweise in der Form seiner ihn begleitenden oder sich einflussreich hinter der Manege des professionellen Erfahrungsraums haltenden Familie in die Habitualitäten des Professionellen übersetzt. Durch dieses Vermögen, die Orientierungsrahmen des Klienten zumindest in Ansätzen nachvollziehen zu können, gewinnt der interaktive Umgang mit der ungewissen Krisen-Situation ein höheres Niveau.

Die durch die Interaktivität und Intimität des professionellen Erfahrungsraums produzierte *eingeschränkte Mehrdimensionalität* desselben verschafft Professionellem und Klienten die Möglichkeit, relativ lose gekoppelt mit Erfahrungsräumen der Aktenführung und der Leistungsmessung über Kommunikations- und Wahrnehmungsschleifen einen Umgang mit der krisenhaften Situation des Klienten zu finden. Den sich auf den professionellen Erfahrungsraum reflexive zu beziehen versuchenden Erfahrungsräumen können die Professionellen dann über den Aufbau einer Schauseite durch den Modus des „Als Ob“²²⁴ entgegen, was dem professionellen Erfahrungsraum neue Freiheitsgrade erschließt. Dass die im professionellen Erfahrungsraum *konstituierenden Fremdrahmen* vor allem jeweils von Klient und Professionellem stammen, unterstreicht diesen sich organisationsintern absetzenden Charakter des professionellen Erfahrungsraums.

Schon Niklas Luhmann beschreibt, dass Professionen eine der entscheidenden „Randbedingungen“²²⁵ dafür darstellen können, dass es in Interaktionssystemen zur Strukturauflösung eines Systems und entsprechenden neuen Strukturaufbauten kommt. Dies begründet er damit, dass Professionelle „Rollen für kognitiv anspruchsvolle Arbeit, die mit hohen Risiken des Misslingens unmittelbar an anderen Personen geleistet wird“²²⁶ einnehmen, und dafür durch Selbstbindungen an das Recht usw. das von Klienten nötige Vertrauen eingeräumt bekämen²²⁷. Auch wenn Luhmann

²²⁴ Ortman (2004).

²²⁵ Luhmann (2011), S. 17.

²²⁶ Luhmann (2011), S. 18, der hier unter Rückgriff auf Hughes, E. C. (1963): *Professions, Daedalus*, Vol. 92, 655-668, die Unmittelbarkeit der Arbeit an Personen als abgrenzendes Kriterium von Professionen von anderen mit „nicht allgemein verfügbare[m] Wissen“ operierenden Berufen betont.

²²⁷ Vgl. Luhmann (2011), S. 18.

hiermit in die richtige Richtung geht, muss er nach der vorhergehenden Analyse entscheidend erweitert werden. Die Potenzialität des Professionellen in Interaktionssystemen zu Prozessen der Strukturauflösung und des -aufbaus beizutragen, stammt nicht allein aus seiner einzigartigen Rolle und dem generalisierten Vertrauen in ihn.

Denn wer die Antwort auf diese Frage zu finden sucht, so soll dieses Kapitel argumentiert haben, kommt nicht umhin, die spezifische Positionierung des Professionellen in interaktiven professionellen Erfahrungsräumen und dessen folgenreicheres Arrangement zu betonen. Erst diese Voraussetzungen ermöglichen es dem Professionellen, den Klienten von seiner persönlichen Krise her in informationsintensiven Doppelprozessen aus Wahrnehmung und Kommunikation und daraus entstehenden Regelkreisen einzuverleiben. Was als besonderes (implizites) Wissen und besondere (implizite) Ethik des Professionellen beobachtet wird, realisiert sich in diesen professionellen Erfahrungsräumen am Klienten ebenso, wie es sich über die professionellen Erfahrungsräume hinweg im Professionellen über Prozesse der Einverleibung sedimentiert. Ohne jene die Personenhaftigkeit des Klienten und die impliziten Wissensbestände des Professionellen in einem konjugierenden Erfahrungsraum inkludierenden Doppelprozesse, so hier das Argument, ist das *Gute* der professionellen Praxis nicht zu denken.

Denn es sind erst diese Doppelprozesse und Vorgänge der Einverleibung und der Ausrichtung am Gegenüber, die den Klienten und sein Wohl zum distalen Term der Wissensbasen der Professionellen werden lassen, der als Fokus sich die Einzelheiten der konkreten Praxis der Vorbildung, seiner organisationale Einbettung und Restriktion, usw. im proximalen Term zu den Entitäten der Behandlung des Klienten zusammenschließen lässt. Ebenso wie der Pianist weiß, wie ein guter Chopin klingt, sich danach ausrichtet, und daran nach allerlei Übung am Klavier Körperspannung, Fingerbewegung, Kopfneigung und Atmung orientiert, wendet der Professionelle sich seinem Patienten und seiner Krise zu, und beginnt daran orientiert die Klaviatur einer komplexen Entität aus Ausbildung, moralischen Vorstellungen seiner Professionellen-Gemeinschaft, verfügbaren Technologien, sowie organisationalen Ressourcen und Restriktionen, usw. zu spielen. Als klar erscheint der über die Interaktivität des

Arbeitsbündnisses durch den Erfahrungsraum festgestellte Endpunkt seiner Bewegung, auch wenn Organisation oder Gesellschaft hierin mehr oder minder eingreifen: der Klient und seine Krise.

So baut sich ein implizites Wissen über den Klienten auf, das aus mindestens zwei Gründen Anteile impliziter Ethik in sich trägt. Zum einen werden moralische Ansprüche und Lehren über Sozialisation, Ausbildung und professionelle Korrekturmechanismen zur Einzelheit, die in der Entität des impliziten Wissens um den richtigen Umgang mit dem Gegenüber und seiner Krise aufgehen. Zum anderen wird durch die enge Orientierung des proximalen Terms des impliziten Wissens am Klienten und seiner Krise die Art und Weise und damit das *wie* des Zusammenschlusses der Einzelheiten, an den Ansprüchen des Gegenübers orientiert. So werden normative Anteile der Ansprüche und der wahrnehmbaren Bedürftigkeit des Klienten zu Orientierungspunkten für das auf dem impliziten Wissen fußende Handeln und Kommunizieren des Professionellen. Autonomie ist kein abstrakter Wert mehr, sondern konkretisiert sich über die Einverleibung des Gegenübers an ihm und seiner Bedürftigkeit. Abstrakte Diskussionen fallen dadurch schwerer, doch der praktische Umgang mit Bedürftigkeit wird wahrscheinlicher.

Eine medientheoretische Annäherung an die Digitalisierung

Soll entlang dieses Verständnisses von Professionellen und ihrer Praxis nun die Kreuzung mit der Digitalisierung gewagt werden, so stellt sich die Frage, was mit der Digitalisierung überhaupt aufgerufen wird und mit welchem Verständnis von Digitalisierung man diese mit dem Phänomen professioneller Praxis kreuzen möchte. Schnell kommt man auf allerlei phänomenale Füllungen der Kategorie, ohne dass verständlich wird, was nun als das Verbindende all dieser Phänomene beobachtet, und damit als Digitalisierung beschrieben werden kann. Im Folgenden soll deshalb der Versuch gemacht werden, mit der Medientheorie Marshall McLuhans ein Verständnis für Medien auszubilden, um dann diese Ansätze für ein besseres Verständnis von Digitalisierung zu nutzen. McLuhans Medientheorie ist für die Bearbeitung der dieser Arbeit zugrunde gelegten Problemstellung aufgrund ihrer Nähe zur Empirie prädestiniert, was auch im Folgenden dargestellt werden soll.

Medien oder mediale Formen?

McLuhans Medienbegriff lässt sich am besten von dem Bruch aus darstellen, den er angesichts all jener Medientheorien vollzieht, die Medien nur als die Hüllen von Inhalten verstehen.²²⁸ Stattdessen konstatiert McLuhan, dass das „medium is the message“²²⁹, weil es Veränderung der „scale or pace or pattern ... into human affairs“²³⁰ einführt. Der zweite von McLuhan eher implizit vollzogene Bruch markiert, dass wer ein Medien-Phänomen nur mit dem Begriff *eines* Mediums analysiert, das Phänomen selbst verkennt.

Denn zum einen beschreibt McLuhan, dass die Stärke des Effekts eines Mediums im Wesentlichen davon abhängt, dass Medien andere Medien als Inhalt einbezögen: „The content of a movie is a novel or a play or an opera“²³¹. Dadurch lenkt er den Fokus auf Prozesse des Einbezugs zwischen Medien, die erst die Folgenhaftigkeit eines medialen Phänomens auf soziale Zusammenhänge verständlich machen, da außer im Fall des Lichts Medien immer in Paarungen aufträten²³². Zum anderen beschreibt McLuhan, dass sich Medien auch trafen und aufeinander angewendet würden, und in genau diesem Zusammentreffen ein „moment of truth and revelation from which new form is born“²³³ entstünde. Denn das Zusammentreffen versetze den diesem ausgesetzten Beobachter auf die „frontiers between forms“²³⁴, und errette ihn so vom narzisstischen (Ver-)Fallen in ein einzelnes Medium, weshalb dieser Moment des Zusammentreffens einen Moment der Freiheit bedeute. Als Beispiel für das Entstehen dieser neuen Formen aus Momenten des Zusammentreffens führt McLuhan unter anderem das folgende auf: „When the movie scenario or picture story was applied to the *idea* article, the magazine world had discovered a hybrid that ended the supremacy of the short story.“²³⁵

²²⁸ Vgl. McLuhan (2010), S. 9.

²²⁹ McLuhan (2010), S. 7.

²³⁰ McLuhan (2010), S. 8.

²³¹ McLuhan (2010), S. 19.

²³² Vgl. McLuhan (2010), S. 57.

²³³ McLuhan (2010), S. 61.

²³⁴ McLuhan (2010), S. 61.

²³⁵ McLuhan (2010), S. 61.

Wer also mit McLuhan Medien beobachtet, beobachtet Vorgänge des gegenseitigen Einbezugs und Zusammentreffens von Medien, in denen neue Medienformen entstehen. Denn wie auch Jörissen zeigt „sehen [wir, Hinzuf. d. Verf.] fern‘, aber wir sehen nicht Fernseher“²³⁶, wodurch sich die medialen Strukturen genau mittels dieser Doppelungen Beobachtern immer zu entziehen drohen.²³⁷

Diese Erkenntnis ist entscheidend für die empirische Forschung. Denn wenn Problemstellungen wie die der Folgenhaftigkeit der Digitalisierung für die professionelle Praxis thematisiert werden, muss dies für die konkrete Bearbeitung bedeuten, das zu untersuchende Medien nur dort zu untersuchen und auf Folgenhaftigkeit(en) zu analysieren, wo es als solches analysierbar ist: auf der Ebene der Formen, und der spezifischen Ausprägung. Deshalb soll sich im Anschluss an die hier versuchte Explikation McLuhans Medientheorie auch auf vier zentrale Formen von Digitalisierung fokussiert werden.

Doch auch trotz dieser neuen Fokussierung auf Vorgänge des Zusammentreffens und des gegenseitigen Einbezugs stellt sich die Frage, worin sich das beschreiben lässt, was aufeinandertrifft oder das jeweilige mediale Gegenüber in die eigene Form zieht. Nur mit diesem Verständnis wird es dann möglich, die beobachtbaren medialen Formen analytisch zu *durchdringen* und mit dem Phänomen der professionellen Praxis zu kreuzen. Wenden wir uns also nochmals McLuhan zu.

Der Medienbegriff Marshall McLuhans

Wenn Medien mit McLuhan einen eigenen Mitteilungscharakter (*message*) besitzen, stellt sich die Frage, auf welcher Ebene dieser Mitteilungscharakter generiert wird.

Als „active metaphors“ übersetzen Medien „experience into new forms“²³⁸ und positionieren sich damit an der Grenze zwischen dem Mediennutzer und seiner Umwelt als „extension“²³⁹ und damit Erweiterung des Nutzers. Hierbei unterscheidet McLuhan heiße von kalten Medien, und nutzt dafür das Unterscheidungskriterium des Definitivitätsgrads der Erweiterung und dem Grad der entsprechend notwendig werdenden

²³⁶ Jörissen (2017), S. 441.

²³⁷ Vgl. hierzu Jörissen (2017), S. 441, der diese „Strukturen der Medialitäten“ als das ausdrückt. „was ‚etwas‘ mit immer anderen Inhalten, aber in immer strukturisomorphen Formen hervorbringt.“

²³⁸ McLuhan (2010), S. 63.

²³⁹ McLuhan (2010), S. 53.

Konkretion.²⁴⁰ Heiße Medien wie das Radio, der Film, die Vorlesung oder das Buch bedürfen aufgrund ihres hohen Definitionsgras geringer Komplettierungsleistungen, während kalte Medien wie das Fernsehen, das Telefon, das Seminar oder der Dialog hohe Notwendigkeiten der Mitwirkung mit sich bringen.²⁴¹

Die Relevanz dieser Unterscheidung zwischen kalten und heißen Medien erschließt sich vor dem Hintergrund, dass Medien wie auch Technologien²⁴² als Erweiterungen „part[s] of our bodies“²⁴³ werden und sie diese Erweiterungsleistung nur dadurch antreten können, dass es zu einer „self-amputation“²⁴⁴ von Sinnen oder Körperfunktionen kommt. Der Blinde amputiert mit der Nutzung des Blindenstocks in einem metaphorischen Sinne endgültig sein Augenlicht und überträgt es auf das Ende des Stocks. Als Erweiterungen des Körpers schreibt McLuhan Medien ein Operieren im Stile von „servo-mechanisms“²⁴⁵ zu, da sie eine eigene Dienstleistungsbeziehung mit dem Körper aufbauen, in der dieser dem Medium dienen muss, zugleich aber von ihm profitiert, da die Erweiterung auch einen „immediate relief of strain on the central nervous system“²⁴⁶ leisten, der durch Situationen der Superstimulation produziert werden. Mit dieser Definition werden Medien in die Körperlichkeit einbezogen, wo sie als Erweiterungen Körperfunktionen unnötig machen und dementsprechend amputieren, es damit aber dem zentralen Nervensystem zugleich ermöglichen, neue Umgangsformen mit seinen Belastungen zu finden.

Die Einführung neuer Medien oder Technologien hat somit die Veränderung des Verhältnisses zwischen den verschiedenen Körpererweiterungen, Körperorganen und Körpersinnen zur Folge.²⁴⁷ Die Abfolgen dieser Anpassungsprozesse beschreibt

²⁴⁰ Vgl. McLuhan (2010), S. 24f.

²⁴¹ Vgl. McLuhan (2010), S. 24 ff.

²⁴² Zwischen beidem trifft er keinen Unterschied, da er Medium wie Technologie gleichermaßen als Formen der Erweiterung beschreibt, vgl. McLuhan (2010), S. 98.

²⁴³ McLuhan (2010), S. 74.

²⁴⁴ McLuhan (2010), S. 49.

²⁴⁵ McLuhan (2010), S. 50.

²⁴⁶ McLuhan (2010), S. 47.

²⁴⁷ Vgl. McLuhan (2010), S. 49 & 58.

McLuhan folgendermaßen: Auf eine Situation des „physical stress of superstimulation“²⁴⁸ im Sinne von Ausweitungen der Geschwindigkeit und des Ausmaßes der Belastung mittels Organen, Sinnen oder Funktionen²⁴⁹ reagiert das zentrale Nervensystem schützend mit der Strategie der „amputation or isolation of the offending organ, sense, or function“²⁵⁰ durch eine Erweiterung der eigenen Körperlichkeit um ein Medium oder eine Technologie, welche dann ihrerseits über die Erzeugung neuer Situationen der Superstimulation. Diese können dann mittelbar auf das zentrale Nervensystem zurückwirken, das dann wiederum über Strategien der „numbness or blocking of perception“²⁵¹ oder der entsprechenden Amputation oder Isolation reagiert. So beschreibt McLuhan exemplarisch das Rad als „extension of the foot“²⁵², welche es dem Menschen erlaubt, sich schneller zu bewegen, und sich damit gegenüber der Beschleunigung durch die Medien der Schrift oder des Geldes zu bewähren.²⁵³

Hiermit sind drei Kriterien (Übersetzungsweise, Hitze/Kühle und Erweiterungs-/Amputationsfokus und -folgen) aufgerufen, die es erlauben, verschiedene Medien analytisch voneinander zu unterscheiden, was im Folgenden für einzelne Medien im Anschluss an McLuhan in Ausschnitten versucht werden wird:

- Das *Sprechen* ermöglicht es auf Situationen wie solchen unseres eigenen Sprechens vielfältig sowohl in Tonalität wie Gestik zu reagieren und macht so eine Separierung der Mitteilungen von der emotionalen Gebundenheit der Mitteilenden relativ unwahrscheinlich.²⁵⁴
- Das *phonetische Alphabet* gibt dem „user an eye for an ear“²⁵⁵ und reduziert so den sensuellen Zugang zu Lauten, Berührungen und Geschmack durch die Abtrennung von Zeichen von den ihnen jeweilig Bedeutung verleihenden Kontexten. Es wird so möglich, in einen Modus der Aktion zu wechseln, in dem agiert werden kann, ohne sich unmittelbaren Reaktionen auszusetzen.

²⁴⁸ McLuhan (2010), S. 46.

²⁴⁹ Vgl. McLuhan (2010), S. 46.

²⁵⁰ McLuhan (2010), S. 46.

²⁵¹ McLuhan (2010), S. 47.

²⁵² McLuhan (2010), S. 46.

²⁵³ Vgl. McLuhan (2010), S. 46 f.

²⁵⁴ Vgl. McLuhan (2010), S. 85.

²⁵⁵ Vgl. McLuhan (2010), S. 91.

- Das *Schreiben* sequenziert, während das Sprechen in hoher Frequenz impliziert.²⁵⁶ So vertieft das Schreiben die Separierung zwischen den Mitteilungen und ihren Emotionen ebenso, wie es Mitteilungen und Handlungen im Medium von unmittelbaren Reaktionen absetzt. Den Verlust an Bedeutung durch das geschriebene Wort illustriert McLuhan an dem Erfahrungsunterschied zwischen einer Flagge der ‚stars and stripes‘ und einem Stoffstück, auf dem ‚stars and stripes‘ als Wörter abgedruckt sind.²⁵⁷
- *Zahlen* separieren als mediale Erweiterung den Körper von seinem „sense of touch, of which it is an extension“²⁵⁸, der „the very life of things in the *mind*“²⁵⁹ bedeutet. Anstatt ‚Dinge‘ also als ‚Dinge‘ ins Bewusstsein aufzunehmen, und damit Beziehungsdimensionen zu ihnen aufzubauen,²⁶⁰ werden sie über Zahlen abstrahiert und wird so die Berührungsfläche mit ihnen eingebüßt.

Elektrische Medien grenzen sich von diesen Medien und Technologien ab, indem sie am zentralen Nervensystem selbst ansetzen, und dieses in das elektrische Medium veräußern. Die Übersetzungsleistung liegt hier in der Übersetzung von Erfahrungen in Informationen,²⁶¹ ist dabei aber nicht zwangsläufig auf entsprechende Formen der Verbalisierung wie das Wort und Zahlen angewiesen²⁶². Die Erweiterung des Nervensystems und damit die Prozessierung von Umwelten über Informationen schafft ein „total field of inclusive awareness“²⁶³, das alten Notwendigkeiten der (bürokratischen) Spezialisierung entgegenwirkt²⁶⁴. Zwar ist die Folge dieser *inclusive awareness* eine große Nähe zwischen den elektrischen Medien Ausgesetzten,²⁶⁵ doch ermöglicht die damit einhergehende Kopräsenz nur passive Formen der Erfahrung²⁶⁶. Denn mit dem dezentralisierenden Effekt elektrischer Medien, wonach diese jeden Ort zu einem potenziellen Zentrum machen, setzen sich die Quellen der Energie und Programmie-

²⁵⁶ Vgl. McLuhan (2010), S. 85.

²⁵⁷ Vgl. McLuhan (2010), S. 89.

²⁵⁸ McLuhan (2010), S. 119.

²⁵⁹ McLuhan (2010), S. 117.

²⁶⁰ Vgl. McLuhan (2010), S. 116, zu dieser „most intimate and interrelating activity“.

²⁶¹ McLuhan (2010), S. 112.

²⁶² McLuhan (2010), S. 86f.

²⁶³ McLuhan (2010), S. 113.

²⁶⁴ Vgl. McLuhan (2010), S. 113 & 275.

²⁶⁵ Vgl. McLuhan (2010), S. 39.

²⁶⁶ Vgl. McLuhan (2010), S. 270.

rung von den Orten der durch sie ermöglichten Übersetzung, Prozesse und Erfahrung ab.²⁶⁷ Hatte die Mechanisierung noch die Aufspaltung von Prozessen in homogene Bestandteile bedeutet, vereint die Elektrifizierung diese wieder in der Automatisierung von Maschinen und Computern, in dem sie eine *Doppelstruktur* ermöglicht, die neben der materialen Substanz ein zweites Fließband der Information eröffnet.²⁶⁸ Als eine Ausformung elektrischer Medien nennt McLuhan das Telefon, das Operationen räumlich voneinander trennt und einen hohen Grad der Involviertheit bei der Nutzung nötig macht. Darüber hinaus produziert es mit seiner Möglichkeit der spontanen Relationierung ein „inclusive field of relations“²⁶⁹, welches es beispielsweise Diplomaten schwierig macht, ihre Arbeit ohne Einflussnahmen ihrer politischen Zentren zu tun.

Anstatt von einem Medienverständnis im Sinne Heiders auf die Empirie zuzugehen, welches Medien minimalistisch mit Elementen wie Sand vergleicht, die als Substrate lose gekoppelter Kleinsteinheiten dann der Sandburgenbauer bedürfen, um rigider gekoppelte Formen auszubilden,²⁷⁰ greifen wir an dieser Stelle auf einen empirisch gleichsam offeneren Medienbegriff zurück, der Medien nicht als prinzipiell leere Mittel der Kommunikation ansieht. Stattdessen führt McLuhan einen deutlich offeneren Blick auf Medien ein, denn seine Medientheorie erlaubt durch das Mitdenken von gegenseitigen Einbezügen und Zusammentreffens von Medien, sowie durch Unklarheiten in der Abgrenzung zwischen Technologie und Medium, Graubereiche in der Analyse von Phänomenen, die von großer Wichtigkeit sind, wenn es der Untersuchung der Digitalisierung um ein hohes Maß an Gegenstandsadäquatheit ankommen soll.

Als Erweiterungen definiert, stellen Medien also auch eine Kategorie von Kulturgegenständen²⁷¹ dar, die einverleibt werden, sich damit McLuhan zufolge über die Eigen-Amputationen von Körperfunktionen oder -sinnen als Erweiterung eigener Leiblichkeit einbauen, und so die Bewegungsgewohnheiten des Leibs und konsequenterweise dessen Wahrnehmungs- und Kommunikationsgewohnheiten und den Zugang zum Gegenüber umbauen. Mit Michael Polanyi lassen sich diese Umbauten auf die

²⁶⁷ Vgl. McLuhan (2010), S. 379-381.

²⁶⁸ Vgl. McLuhan (2010), S. 384-390.

²⁶⁹ McLuhan (2010), S. 277.

²⁷⁰ Vgl. Luhmann (1988), S. 311.

²⁷¹ Vgl. Merleau-Ponty (1965), S. 399 f. zu diesem Verständnis von Kulturgegenständen.

Theorie impliziten Wissens beziehen. Denn wenn McLuhan mit seinem Medienbegriff Medien als Mittel Erweiterung beschreibt, und die Auswirkungen elektrischer Medien vor allem in der Dezentralisierung verortet, wonach diese es „any place (erlauben, Hinzuf. d. Verf.) to be a center“²⁷², muss dies angesichts des Polanyi'schen Verständnisses von implizitem Wissen zu denken geben. Polanyi beschreibt impliziten Wissen als Zusammenschluss von Einzelheiten in einem proximalen Term in eine Entität, die eine bestimmte Leistung der Zuwendung und Aufmerksamkeit ermöglicht.²⁷³ Dabei wird die Bildung dieses proximalen Terms seinerseits über Prozesse der Ausweitung bzw. Verinnerlichung durch den Träger des Wissens ermöglicht, sodass man sich diesem nur noch in der Aufmerksamkeit auf *etwas* im Sinne des distalen Terms gewahr wird.²⁷⁴

Führt man nun beide Gedanken zusammen, so muss die Hypothese gewagt werden, dass (dezentralisierende) elektrische Medien als neue Mittel der Aus- bzw. Erweiterung die über routinisierte Ausweitungsmuster ausgebildeten Strukturen impliziten Wissens umbauen, und das Verhältnis zwischen Einzelheiten und Entitäten bestätigen, verändern oder neu ausrichten. Denn eine Dezentralisierung würde bedeuten, Einzelheiten selbst Aufmerksamkeit und damit Entitäts-Charakter zu geben, und so neue Relationen zwischen Einzelheiten aufzubauen, was dann auch Folgen darauf haben dürfte, wie Professionelle im professionellen Erfahrungsraum vorkommen.

Umso wichtiger wird es, genau diese Umbauten in Bezug auf die Digitalisierung konkret zu untersuchen, wofür exemplarisch die Profession der Ärzte herangezogen werden soll. Zum einen aus dem Grund, dass sich weite Teile der Professionssoziologie in ihren Ausführungen an ihnen ausrichten, und deswegen auch kommunikative Anschlüsse an diese Arbeit wahrscheinlicher werden. Zum anderen beschäftigen sich Ärzte mit mitunter besonders prekären Krisen, was die Erforschung der Folgen von Digitalisierung deren professionelle Praxis ebenso relevanter macht, wie sie dadurch deutlichere Kontraste zu generieren in der Lage ist.

²⁷² McLuhan (2010), S. 39.

²⁷³ Vgl. Polanyi (2016), S. 23.

²⁷⁴ Vgl. Polanyi (2016), S. 23 & 33.

Formen der Digitalisierung in der ärztlichen Praxis

Die Digitalisierung wird im Gesundheitssystem unter dem Titel ‚e-health‘ behandelt. Anstatt e-health als ein relativ konsistentes Phänomen zu verstehen und dementsprechend zu pauschalen Bewertungen zu kommen,²⁷⁵ wird hier e-health nur als Überbegriff für die „advances in information and communication technologies“²⁷⁶ im Gesundheitsbereich verstanden. Im Sinne einer Vorgehensweise, welche die Vermessung der Folgen von Digitalisierung als Vorbedingung für Wert-Aussagen über dieselbe ansieht, muss auch in der Hinsicht des hier gewählten Medien-Verständnisses eine Ebene unter dem e-health-Begriff bei den darunter subsumierten Digitalisierungs- bzw. e-health-Formen angesetzt werden.

Als solche lassen sich für die weitere Analyse folgende Formen unterscheiden: (1) die Telemedizin, (2) die Techniken der Selbstvermessung und -information, (3) Big Data-Analysesysteme und (4) die Digitalisierung von Abläufen in Krankenhausorganisationen. Obgleich Robotern aufgrund ihrer großen Genauigkeit wohl insbesondere im Bereich der Operation eine wachsende Bedeutung zukommen wird,²⁷⁷ sollen sie in den folgenden Analysen außen vorgehalten werden. Denn sie finden eher außerhalb der klassischen Arzt-Patienten-Interaktion ihren Einsatz, in der letzterer als bei Bewusstsein unterstellt werden kann. Dementsprechend werden solche Formen der Digitalisierung separat von dieser Arbeit in eigenen Forschungen zu behandeln sein.

Um die genannten e-health-Formen zu analysieren, soll im Folgenden anhand aktueller Berichterstattung aus dem deutschsprachigen Raum beschrieben werden, wie sich die jeweilige Form phänomenal in welchen konkreten Ausprägungen darstellt. Erst im Anschluss hieran wird jeweils eine an McLuhan anschließende Charakterisierung der Medienform möglich sein, auf die dann eine an dem oben ausgearbeiteten Professions-Verständnisses angelehnte Vermessung der Folgen dieser Digitalisierungsform auf die ärztliche professionelle Praxis erfolgen kann.

²⁷⁵ Vgl. Schnell (2017), Kapitel 16b.

²⁷⁶ WHO (2005).

²⁷⁷ Vgl. Ekkernkamp 2016 & bitkom (2017a).

Digitalisierungsform 1: Telemedizin

Telemedizin dient der „Überwindung räumlicher Distanzen“ zur „Erstellung medizinischer Leistungen“²⁷⁸ über die mobile wie stationäre Anwendungen von Informations- und Kommunikationstechnologien. Von Ausnahmen abgesehen, wird Telemedizin dabei heute in erster Linie im Kontakt mit Bestandspatienten eingesetzt, und dient hier der Erstellung von Diagnosen, Beratungen des Patienten, der Anordnung von Therapien oder der Ausstellung von Rezepten.²⁷⁹

Konkrete Ausprägungen

In einer Ausformung der Telemedizin wird das medizinische Hilfspersonal zum verlängerten Arm der Ärzte, indem es Patienten zu Hause besucht und dabei, ob in der Form von Handybildern, Blutdruckmessungen oder Blutabnahmen, allerlei Daten erhebt, um diese dann an den Arzt zu übermitteln und ihm damit ein Wirken über die Distanz zu ermöglichen.²⁸⁰ In einer anderen Ausformung wird der Kontakt zum Patienten über in Apotheken platzierte Computer-Terminal ermöglicht, über die dann Dokumente an Krankenkassen gesendet, beispielsweise Alzheimer-Schnelltests vorgenommen werden können und über eine Kamera auch mit einem Arzt kommuniziert und ihm Ausschnitte des eigenen Körpers gezeigt werden können.²⁸¹

Im Gegensatz zu diesen Einsatzformen haben sich auch erste Organisationen gebildet, welche die Telemedizin zu ihrer Kerntätigkeit machen. Bei *Medgate* aus der Schweiz nehmen medizinische Fachangestellte Anrufe entgegen, erheben die formalen Informationen der Patienten, prüfen die Qualität eingesendeter Bilder und sortieren die Patienten nach Dringlichkeit, bevor sie diese an auf der anderen Seite des Raumes befindliche oder vom Homeoffice aus arbeitende Ärzte weiterleiten.²⁸² Diese führen die Patientengespräche dann positioniert vor drei Bildschirmen, die jeweils der Kommunikation mit dem Patienten, Medgate-eigenen Datenbanken und dem Internet gewidmet sind. Dabei haben die Ärzte freien Blick auf die aktuelle durchschnittliche Telefonat-Dauer und ein farbliches Tachometer, das über eine Farbpalette von Rot

²⁷⁸ Gersch & Wessel (2015).

²⁷⁹ Vgl. Soldt (2017).

²⁸⁰ Vgl. Die Techniker (2017) & Thüringer Allgemeine (2017).

²⁸¹ Vgl. Geißler (2017).

²⁸² Vgl. Baltzer (2017).

bis Grün angibt, „wie gut Angebot und Nachfrage, also die Zahl der Fälle, die durchschnittliche Behandlungsdauer und die Stärke der Belegschaft im Call-Center gerade zusammenpassen“²⁸³. In der einen Hälfte der Fälle erfolgt bei *Medgate* eine Diagnose mit entsprechenden Rezeptausstellungen, in der anderen Hälfte „wird zum Haus- oder Facharzt geschickt, weil die Medgate-Mediziner sich die Diagnose am Telefon nicht zutrauen“²⁸⁴. Der aus London operierende Anbieter *Dr. Ed* unterscheidet sich von Medgate vor allem in zwei Aspekten: Zum einen werden hier die meisten Erstkontakte über einen Online-Fragebogen abgewickelt.²⁸⁵ Zum anderen werden hier alle Leistungen unabhängig von der Kostenübernahme durch Krankenversicherungen geleistet. Dr. Ed wird dabei sehr häufig bei Geschlechtskrankheiten konsultiert.

Telemedizin findet auch dort in die Anwendung, wo Menschen mit ihrem (vermuteten) Problem nicht eigeninitiativ den Kontakt zur Medizin suchen. So gibt es Möglichkeiten der Installation von Bewegungssensoren, um bei ambulanten Patienten festzustellen, ob sich Abweichungen von standardmäßigen Vitaldaten verzeichnen lassen.²⁸⁶ Solche Sensoren legen sich mitunter auch an den Körper an, wie im Falle von Kleidungsstücken, mit deren Hilfe die Herzaktivität kontrolliert wird, oder Sensoren, welche die Einnahme von Medikamenten überwachen.²⁸⁷

Form-spezifische Reflexion

Je nach dem Ausmaß, in welchem die Distanz zwischen Patient und Arzt mittels der Telemedizin und nicht der Interaktion in Anwesenheit überbrückt wird, kommt es im Sinne McLuhans zu einer medialen Erhitzung des Verhältnisses zwischen Patient und Arzt. Ist die Interaktion unter Anwesenden als dialogische Situation vergleichsweise kühl und in starkem Maße auf die Komplettierung und jeweilige Aufmerksamkeit durch die Beteiligten angewiesen, reduziert der Kontakt über die Distanz beispielsweise mittels eines (relativ kühlen) Telefonats mit (heißer) Bildunterstützung die Notwendigkeit der aktiven Mitwirkung bei Patient und Arzt. Anders als in der dialogischen Situation wird man hier nicht auf die multimediale Anwesenheit des Anderen gestoßen, sondern bekommt ein je nach Ausmaß der telemedizinischen Anwendung

²⁸³ Baltzer (2017).

²⁸⁴ Baltzer (2017).

²⁸⁵ Vgl. Baltzer (2017).

²⁸⁶ Vgl. Geißler (2017) & Gigerenzer (2016), S. 19 f.

²⁸⁷ Vgl. Gigerenzer et al. (2016), S. 18.

unterschiedlich granulares und damit selektives virtuelles Abbild des Gegenübers vermittelt. Wo die Anwendung Sprechen ermöglicht, wird die gegenseitige unmittelbare tonale Bezugnahme möglich. Wo über Webcams oder Ähnliches das Bild integriert ist, tritt auch die Gestik in die gegenseitigen Reaktionen ein und wird so die Entkopplung zwischen Mitteilungen und deren bedeutungsmäßigen und emotionalen Gebundenheit weiter aufgehoben.

Umgekehrt können in Fällen, in denen die dialogische Auheizung des professionellen Erfahrungsraums auf Patienten-Seite mit kaum überwindbaren Momenten der Scham verbunden ist, telemedizinische Anwendungen im Gegenteil Kommunikation wahrscheinlich machen, die eben aufgrund dieser Schammomente nicht durch den Patienten initiiert werden würden. Dies illustriert die große Zahl der über *Dr. Ed* aufgenommenen Geschlechtskrankheiten. In einem ähnlichen Sinne kann die Telemedizin, wo der interaktive professionelle Erfahrungsraum unerreichbar scheint, wie in ländlichen Regionen mit geringer Ärztedichte²⁸⁸ oder bei sehr langen Terminierungsprozessen²⁸⁹, eine neue zusätzliche Kontaktmöglichkeit darstellen.

Doch unabhängig von der Form der Telemedizin wird die Qualität der Kommunikation in der telemedizinischen Situation in hohem Maße von der Qualität der Mitteilungen ihrer Beteiligten abhängig. Denn im Gegensatz zum relativ voraussetzungslosen Einbezug der gegenseitigen Wahrnehmung von Wahrnehmungen in Interaktionen unter Anwesenden, die eine Umgehung der Selektionen von Ereignissen und Nachrichten als Information und Mitteilung ermöglicht, muss in der telemedizinischen Anwendung eine Zweitform für das Mitzuteilende gefunden werden. Ein gutes Bild vom Hautpilz oder die Beschreibung eines Schmerzes sind nur Beispiele solcher nötig werdenden Codierungen.²⁹⁰ Was es umgekehrt nicht in das von Mitteilungen Selektierte schafft, geht für die Kommunikation zwischen Patient und Arzt verloren. Ein Verlust, der durch den Doppelprozess zwischen Kommunikation und Wahrnehmung nur begrenzt wiedergutmacht werden kann, da die gegenseitige Wahrnehmungen genauso beschränkt ist, wie die telemedizinische Kommunikationsweise.

²⁸⁸ Vgl. Baltzer (2017) & dpa (2017).

²⁸⁹ Vgl. hierzu der Vorstand des Bundesverband Internetmedizin Müschenich auf Aerzteblatt.de (2016).

²⁹⁰ Vgl. hierzu auch Spies (2017), S. 169, der die Zuhilfenahme des Bildschirms im Arzt-Patienten-Kontakt als „trennend“ und einen „Qualitätsverlust“ produzierend beschreibt.

Was in diesem Bezug für die Selektivität des Patienten gilt, gilt auch für den Arzt, der nun herausgefordert ist, die blockierten Wahrnehmungsquellen durch explizite Kommunikationen mit dem Patienten auszugleichen. Wird die Selektivität des Patienten mittels Sensoriken wie der oben beschriebenen Bewegungssensorik übersprungen, wird sowohl dessen Wahrnehmung als auch dessen Bewusstsein für Probleme umgangen, und kann potenziell sogar mehr in die Fänge des Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und Patient gelangen. Doch dies bedeutet nur einen Tausch gegen eine neue Selektivität der Apps oder Sensoriken, wofür bei der Telemedizin die Möglichkeiten des Doppelprozesses aufgegeben, beziehungsweise begrenzt werden.²⁹¹ Der professionelle Erfahrungsraum büßt damit Teile seiner *interaktiven Natur* ein.

Dafür weitet sich in den rarer werdenden interaktiven Momenten des Arbeitsbündnisses die Wahrnehmung des Patienten durch den Arzt um diejenigen Aspekte aus, die sich der Selektivität der zwischen den Interaktionen genutzten Apps und Sensorik zeigen, wodurch sich die dreistelligen Selektionen der Kommunikation auf zuvor noch nicht Wahrnehmbares erweitern, und so beispielsweise auch die Compliance des Patienten unmittelbar erhebbar wird. Die mit der Nutzung dieser Apps und Sensorik einhergehende prinzipielle „superstimulation“²⁹² von beiderseits Arzt und Patient durch die kontinuierliche Aufnahme und Interpretation von Daten wird durch die Einführung von Schwellwerten in die Sensorik oder App entgegengewirkt. Der Bewegungssensor drängt sich erst auf, wenn die Bewegungsroutine eine Abweichung von x Stunden überschreitet.

Das durch die elektrischen Medien in der Telemedizin also mit beförderte „total field of inclusive awareness“²⁹³ des Arztes und je nach Fall auch des Patienten wird somit durch eine gleichzeitige Blockierung bestimmter Wahrnehmungsbereiche, beispielsweise der Werte innerhalb festgelegter Schwellwerte, erst ermöglicht. Durch die räumliche Distanzierung von Arzt und Patient wird aber auch ein Wechsel auf Seiten des Arztes möglich, wovon Soldt²⁹⁴ warnt, wenn er die Möglichkeit nennt, dass das andere Ende der Telemedizin auch durch indische Callcenter besetzt werden könnte.

²⁹¹ Vgl. hierzu Vogd (2011), S. 252.

²⁹² Vgl. zum Begriff der Superstimulation McLuhan (2010), S. 46 f., wonach mit der Einbringung neuer Medien Situationen der physischen Superstimulation produziert werden, die den Menschen unter Anpassungsdruck setzen.

²⁹³ McLuhan (2010), S. 113.

²⁹⁴ Vgl. Soldt (2017).

Wie McLuhan anhand des Beispiels der weitgehenden Substitution von spezialisierten Prostituierten durch Call-Girls im Zuge der Einführung des Telefons beschreibt,²⁹⁵ könnte es bei der Telemedizin somit zu ähnlichen Entwicklungen kommen.

Wo aber auch die Compliance des Patienten über elektrische Medien kontrollierbar wird, bauen sich die Relevanzen der Aushandlungen im (interaktiven) Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient um: die Leistung des Arztes, neben dem „Hermeneut[en] der Krankheit“²⁹⁶ auch den „Hermeneut[en] des Kranken“ zu verkörpern, wird in ihrer Relevanz durch die nun elektrische Kontrollmöglichkeit der Compliance überdeckt. Denn wo Informationsasymmetrien kontrolliert werden können, kann dies die Notwendigkeit gleicher Interessen, die im Sinne Stiglitz‘ eine andere Möglichkeit der Überbrückung von Informationsasymmetrien darstellen, ersetzen, und damit Versuche der Einfühlung in die Perspektivität des Patienten und seiner Überzeugung zurückdrängen. Dies wäre auch nicht folgenlos für das Autonomie-Gefühl des Patienten, da sich dieses auch durch solche Versuche konstituiert und anerkannt wird.

Zugleich produziert erst die Telemedizin die Situation, dass über die Weiterbehandlung durch Interaktionen oder die Ausstellung eines Rezepts entschieden werden muss. Es entsteht somit eine Entscheidungssituation über das Medium der Weiterbehandlung, die ihrerseits umso mehr unentscheidbar ist, als dass, wie oben gezeigt wurde, die im interaktiven Erfahrungsraum (re-)produzierte Leistung vor allem die eines am Gegenüber ausgerichteten impliziten Wissens ist, sich dieses aber qua Definition expliziten Entscheidungen durch die Blockierung seiner Versprachlichung versperrt. Umso wichtiger wird damit der Aufbau eines impliziten Medienwissens des Arztes, in welchen Situationen der Patient in den interaktiven professionellen Erfahrungsraum bewegt werden muss, und wo nicht. Dass sich auch Patienten-seitig die Erfahrung mit dem Gesundheitssystem je nach Nutzungsgrad der Telemedizin nur noch lose mit dem interaktiven Erfahrungsraum mit dem Arzt koppelt, lässt auch diesen neue Wissensbasen entwickeln: die Wahl der Behandlungsform von über Senso-

²⁹⁵ Vgl. McLuhan (2010), S. 290.

²⁹⁶ Vogd (2011), S. 222.

ren oder Apps angezeigten Suboptimalitäten der eigenen Körperlichkeit wird ihrerseits eine von einem eigenen impliziten Wissen kontextualisierte Praxis, die den Patienten mit anderen Patienten konjugiert.

Die Zunahme telemedizinischer Kontakte hat auch Folgen für die Strukturmerkmale des professionellen Erfahrungsraums. So wird die sich bei professionellen Erfahrungsräumen im Gegensatz zum organisationalen Erfahrungsraum zusätzlich in den Erfahrungsraum übersetzende *Doppelstruktur* der Personenhaftigkeit und Körperlichkeit in Ansätzen zurückgenommen. Je nach konkreter Ausprägung der Telemedizin geschieht eine Substitution der personalen *Doppelstruktur* durch diejenigen Ausschnitte der Person, welche es durch das Nadelöhr der jeweiligen telemedizinischen Anwendung schaffen. Anschließende Interaktionen zwischen Arzt und Patient setzen auf genau diesen Ausschnitten an, und nehmen so – zumindest vorübergehend – schon nicht mehr die ganze Person zum Ausgangspunkt.

Darüber hinaus kann an der Telemedizin beobachtet werden, wie die *mehrdimensionale Durchdringung* des professionellen Erfahrungsraums von Seiten der Organisation verstärkt wird. Bedürfen telemedizinische Anwendungen weniger Kompletierung und damit auch Aufmerksamkeit von Seiten des Arztes, kann dessen Aufmerksamkeit nun in stärkerem Maße auf organisationale *Fremdrahmungen* gelenkt werden. *Medgate* gelingt dies, wie beschrieben, durch die Angabe durchschnittlicher Telefonat-Zeiten an den Rändern der Bildschirme, und durch ein einsehbares Tachometer, das die Leistung Teams mittels eines Farbcodes bewertet.

Anstatt also aufgrund der medialen Unmittelbarkeit wie Narziss in den Servo-Mechanismus des Patienten zu verfallen,²⁹⁷ und sich an ihm zu orientieren, wird der Patient in der Kontaktsituation auf Seiten des Arztes durch die *Fremdrahmungen* der Organisation gedoppelt, welche dadurch mit ihren Orientierungsleistungen in Konkurrenz zum Patienten treten. Der Intimkontakt zwischen Arzt und Patient wird in einen technisierten Kontakt aufgehoben, und ermöglicht so eine Lokalisierung organisationaler Kategorisierungen und Wertungen. Dadurch verstärkt sich der Druck der organisationalen *Mitgliedschaft* auf den Arzt, weshalb von einem Umbau des Habitus des Arztes

²⁹⁷ Vgl. zu dieser Analogie zum Effekt von einzeln genutzten Medien McLuhan (2010), S. 45-50.

ausgegangen werden kann, der nun in bestimmten Anteilen immer offen für die Situationsdeutungen der Organisation bleibt.

Eine ähnliche Lokalisierung elektrischer Medien lässt sich bei der Kontrolle von Patientendaten entlang eingerichteter Schwellwerte beobachten, da diese Abweichungen feststellbar machen, welche dann interaktiv zwischen Arzt und Patient aufgefangen werden können. Ob von Organisationen des Gesundheitswesens oder von App-Herstellern des zweiten Gesundheitsmarkts eingerichtet, stellt dies eine zusätzliche *Durchdringung* des professionellen Erfahrungsraums dar.

Einen weiteren die *mehrdimensionale Durchdringung* des professionellen Erfahrungsraums verstärkende Faktor, stellt die Übernahme der interaktiven Erhebung medizinischer Informationen durch das Praxispersonal dar. Diese Art der *Durchdringung* spaltet Anteile der Hermeneutik der Krankheit und des Kranken vom professionellen Erfahrungsraum ab, und zieht so einen Umbau der impliziten Wissensbasen sowohl der Ärzte als auch des Praxispersonals nach sich. Dadurch wird die Leistung der Ärzte in hohem Maße abhängig von den Zulieferungen der Paraprofessionellen, die sich dadurch zunehmend professionalisieren können, weil sie einen eigenen interaktiven Erfahrungsraum mit dem Patienten aufbauen.

Während in der Telemedizin der Arzt eine besondere *Fremdrahmung* durch die ihn umgebende Organisation erfährt, wird auch der Patient Gegenstand einer solchen *Fremdrahmung*. Denn über die Überschreitung von Schwellwerten kann der Patient als compliant/nicht-compliant oder auffällig/nicht-auffällig gerahmt werden und entsprechend angeschlossen werden. Jedoch müssen es diese Überschreitungen in die Aufmerksamkeit des Arztes schaffen, um von diesem kommunikativ aufgegriffen werden zu können. Dass der Arzt also selbst in einen Modus der eigenen leiblichen Hermeneutik der Krankheit und des Kranken wechselt, wird zur Alternative einer Entscheidungssituation über die Form der Weiterbehandlung, die als neues Bezugsproblem den Anstoß für den Aufbau eines impliziten Medienwissens gibt.

Dabei muss diese Entscheidung im Angesicht eines mehr oder minder datenförmigen Abbilds des Patienten getroffen werden, von dem der Patient nur ausgehend von dieser Datenspur der telemedizinischen Anwendungen deduziert werden kann. An-

statt den Patienten als sich in einer personalen Krise befindlichen Anderen von Erfahrungen mit ihm zu deduzieren und diesen besonderen Anderen dann zum Gegenstand der Entscheidung über Weiterbehandlungsalternativen zu machen, erfolgt je nach telemedizinischer Anwendung eine Abstraktion über Zahlen, Schrift und Sprache und so mit McLuhan ein „detachment from the feelings or emotional involvement“²⁹⁸ und ein Einbüßen des „integrating sense of touch“²⁹⁹ und somit der Aufnahme des Anderen auch als emotional und sozial eingebettetem Anderen in die eigene Perspektivität. Der Andere bleibt über seinen über Mitteilungen codierten datenmäßigen Schatten verfügbar, und so ist der erste Endpunkt der Merleau-Ponty'schen Deduktion des Anderen, je nach dem was von entsprechenden Schwellwerten abweicht oder sich vom Computer-Terminal in der Apotheke oder dem Praxispersonal-Besuch beim Patienten in die Aufmerksamkeit des Arztes übersetzt, nur ein geschädigtes Körperorgan oder eine eingeschränkte Körperfunktion.³⁰⁰ Ob sich der Andere durch den Arzt als der sich in einer personalen Krise Befindliche deduzieren lässt, entscheidet sich erst mit dem Übertritt von der Telemedizin in den interaktiven Erfahrungsraum.

Wenn aber die die Wissensbasen des Arztes moralisierenden Quellen des Zusammenseins mit dem sich in einer Krise befindlichen Anderen medial verzerrt oder abgedreht werden, kann gefolgert werden, dass sich mit dem die professionelle Praxis prägenden kontextualisierenden impliziten Wissen auch die sich in der Praxis widerspiegelnde implizite Ethik umbaut und nun von anderen Ansprüchen belegt wird. Und sei es von denen der Setzer der Schwellwerte der Bewegungssensoren oder anderer telemedizinischer Anwendungen.

Digitalisierungsform 2: Techniken der Selbstvermessung

Einen prominenten Stellenwert im Bereich von e-health besitzen „Health Applications“,³⁰¹ die mit Wearables, als in Bekleidungsgegenständen tragbaren Sensoren,

²⁹⁸ McLuhan (2010), S. 85.

²⁹⁹ McLuhan (2010), S. 117.

³⁰⁰ Vgl. hierzu Feuerstein (2008), S. 161, der es schon als Folge der „Vernaturwissenschaftlichung des Krankheitsverständnisses“ beschreibt, dass eine „fortschreitende Verengung des medizinischen Blicks“ beobachtbar sei, in der begonnen wird, sich auf „Organzustände und Körperfunktionen ... und zunehmend auf Spezifika der genetischen Konstitution“ zu konzentrieren.

³⁰¹ Vgl. Gersch (2015), wobei dieser Stellenwert von Apps noch zunimmt, wie Gigerenzer et al. (2016, S. 12 f.) anhand von Schätzungen des Universitätsklinikums Freiburg zeigen, wonach das Marktvolumen von Gesundheits-Apps von 2,5 Mrd. \$ in 2013 auf 26 Mrd. \$ 2017 steigen sollte.

die Funktion teilen, dass mit ihnen als Techniken der Selbstvermessung „das Potenzial für ein kontinuierliches, hochaufgelöstes Bild des Individuums, bei dem Überschreitungen von individuellen Grenzwerte frühzeitig, unabhängig von einem Arztbesuch, erkannt werden und präventiv Verhalten geändert werden kann“³⁰². Als solche werden Apps und Wearables in erster Linie privat finanziert, und damit über den zweiten Gesundheitsmarkt angeboten.³⁰³

Konkrete Ausprägungen

Dabei unterscheiden sich die Applikationen in solche für die „klinisch validierte Anwendung“³⁰⁴ wie beispielsweise die Herzrhythmus-Kontrolle, und in solche, die Pflörringer als „Wohlfühl-Apps“³⁰⁵ beschreibt und Wege der Selbstoptimierung aufzeigen. Generell steht bei den Apps die Kontroll- und Motivationsfunktion im Fokus.³⁰⁶ Dabei wird 2017 mit 85 Prozent noch in der Mehrzahl der Fälle die von der App produzierte Therapieempfehlung von ihrem Nutzer mit einem Arzt besprochen, in 12 Prozent gänzlich ignoriert, während lediglich drei Prozent der App-Nutzer ihr unmittelbar folgen.³⁰⁷ Als Wearables werden vornehmlich Fitness-Armbänder genutzt, die mit eigener Sensorik „Aktivität (Schritte, Strecken) und Vitalfunktionen (Herzfrequenz, Körpertemperatur) ... überwachen“³⁰⁸ und die daraus entstehenden Daten dann zur Aufbereitung an eine App weiterleiten. Wie die Entwicklung von Sensoren zeigt, die mittels Licht die Haut umgehen können,³⁰⁹ geht die Funktionalität von Wearables in Ansätzen schon so weit, wie die der mit Wearables auftretenden Insideables, bei denen „Sensoren, Mikrochips etc. ... in den Körper eingesetzt“³¹⁰ werden, die dann eine Messung des Insulinspiegels oder Früherkennung von Krebs oder Herzinfarkten ermöglichen³¹¹.

Doch die Selbstwahrnehmung wird durch Formen der Digitalisierung wie Apps, Wearables oder Insideables nicht nur erweitert, sondern auch in neuem Maße in

³⁰² Gigerenzer et al. (2016), S. 3.

³⁰³ Vgl. Gersch (2015) & Gigerenzer et al. (2016), S. 7.

³⁰⁴ conHIT (2017).

³⁰⁵ Pflörringer (2017).

³⁰⁶ Vgl. EPatient RSD (2017).

³⁰⁷ Vgl. EPatient RSD (2017).

³⁰⁸ Rebbert (2017b).

³⁰⁹ Vgl. dpa (2017).

³¹⁰ Rebbert (2017b).

³¹¹ Vgl. Ekkernkamp (2016).

elektronischen Patientenakten integriert. Im deutschsprachigen Raum arbeiten einzelne Krankenkassen an einer Synchronisierung der durch Apotheken, Krankenhäusern und Arztpraxen vorgenommenen Vermessungen des Patienten mit elektronischen Patientenakten.³¹² Dies wird durch einzelne Anbieter inzwischen auch auf Patientendaten ausgeweitet, die von den Patienten selbst gesammelt werden³¹³. In Dänemark werden sämtliche medizinischen Daten wie „Arztbesuche, Klinikaufenthalte, Operationen, Diagnosen, Entlassungsbriefe, Laborergebnisse und Medikamente, darunter so Persönliches, dass man es nicht einmal mit guten Freunden bespricht“³¹⁴ schon über eine zentrale Internetseite durch Ärzte wie Patienten einsehbar.

Die Selbstvermessung verläuft darüber hinaus über die Zuhilfenahme von „Health Communities“³¹⁵ im Internet (sowohl auf Seite von Ärzten wie Patienten), Social Media und Informationsseiten im Internet³¹⁶. Diese Techniken der Selbstinformation werden vor allem dann genutzt, „wenn ein Verdacht oder erste Symptome einer Erkrankung aufkommen“³¹⁷, was sich darin ausdrückt, dass rund zwei Drittel der Bevölkerung das Internet zur Information über Gesundheitsthemen nutzen³¹⁸ und so die Bedeutung anderer Informationswege wie des TVs oder von Zeitungen zurückgeht³¹⁹. Dabei zeigt sich auf Arztseite mit 63,9 Prozent ein ähnlich hoher Anteil von sich im Internet zu Gesundheit informierenden Internetnutzern wie auf Patientenseite.³²⁰ Die Abgrenzung der Techniken der Selbstvermessung und Selbstinformation zur Telemedizin kann derart gezogen werden, dass bei diesen Techniken der Selbstbezug des Patienten zu seinem Körper im Fokus steht, und es nur eine mögliche Folgehandlung des Patienten unter anderen darstellt, aus diesem dann weitere Kontakte mit dem Gesundheitssystem abzuleiten.

³¹² Vgl. Grätzel (2017).

³¹³ Vgl. conHIT (2017).

³¹⁴ Hannemann (2014).

³¹⁵ Gersch (2015).

³¹⁶ Vgl. Gigerenzer et al. (2016), S. 14 f.

³¹⁷ Gigerenzer et al. (2016), S. 13.

³¹⁸ Vgl. Brandt (2017); der Branchenverband bitkom (2017b) geht davon aus, dass mehr als die Hälfte der 88 % der Bürger, die sich selbstständig zu Gesundheitsthemen informieren, dies auch über das Internet tun.

³¹⁹ Vgl. Mohr (2017).

³²⁰ So die von Redaktion Zukunft. Kunde (2017) zitierte Zahlen von Statista.

Form-spezifische Reflexion

Apps, Wearables oder Insideables vermitteln sich mittels mobiler oder stationärer Endgeräte dem sich selbst Vermessenden über Zahlen, Bilder oder Schrift. Dabei werden die Körperfunktionen im Sinne der von der jeweiligen Technik der Selbstvermessung fokussierten Merkmalsträger vereinzelt, was beim Nutzer einerseits einen Aufmerksamkeitsschwenk und andererseits eine Wahrnehmungsvertiefung produziert. Der Aufmerksamkeitsschwenk besteht darin, dass die Aufmerksamkeit für sich selbst durch die Erweiterung der sensuellen Wahrnehmungsfähigkeit vom eigenen Körpergefühl auf die Wahrnehmung einzelner Funktionen oder Organe umgeschwenkt wird. Dieser Aufmerksamkeitsschwenk wird durch die genannten Techniken dadurch ergänzt, dass die Körper-Einzelheiten nun in Qualitäten wahrnehmbar werden, wie dies zuvor wenn, dann durch andere Diagnostiken auf andere Weise und zu anderen Zeitpunkten, möglich war. Dadurch leisten die Techniken der Selbstvermessung eine Erweiterung der Wahrnehmungsfähigkeit der eigenen Leiblichkeit, was durch eine Amputation von Anteilen der eigenen Körperwahrnehmung zugunsten der Erweiterung um die Selektivitäten der Apps, Wearables und Insideables ermöglicht wird.

Zwar beschrieben ärztliche diagnostische Mittel schon immer diese Funktionalität, die Wahrnehmung von Körperlichkeit zu erweitern, doch bleibt ihre Initiationsmöglichkeit in weiten Teilen auf den Arzt beschränkt. Anstatt also auf ein körperliches Leiden und hermeneutische Anstrengungen des auf das vom Patienten geäußerte Leiden reagierenden Arztes zu folgen, verlagert sich mit den neu auftretenden Techniken der Selbstvermessung die erweiterte Körperwahrnehmung vor das Leiden und in den Initiationsbereich des Patienten. Die Folge ist eine Dezentralisierung³²¹ des Gesundheitssystems im Sinne der Ausbildung eines diagnostischen Vorfeldes. Kann bei der Telemedizin von einem Verlust des *sense of touch* des Arztes in Bezug auf den Patienten und seinen Körper gesprochen werden, kann diese Beschreibung nun auf den Bezug des Patienten zu sich selbst übertragen werden.³²² Der Selbstbezug wird also

³²¹ Vgl. McLuhan (2010), S. 39, der in der „decentralization“ die zentrale Wirkung elektrischer Medien auf soziale Zusammenhänge ausmacht.

³²² Vgl. auch Schäffer (2017), S. 475, der mit der Digitalisierung die „Sinnebene der Zählbarkeit“ sich in den Fokus rücken sieht, da nun „die analogen vormals autonomen Dimensionen der Bildlichkeit, Sprachlichkeit/Musik und Schriftlichkeit (...) nunmehr ‚digitalisiert‘, d. h. (ver-)messbar und berechenbar gemacht“ werden.

durch Techniken der Selbstvermessung erweitert und gewinnt eine neue Stufe der Vermittlung, Übersetzung und Absetzung von sich selbst.

Für den professionellen Erfahrungsraum bedeuten diese Ausführungen, dass er sich in seiner *personalen Doppelstruktur* von Seiten des Patienten einer neuen Herausforderung ausgesetzt sieht. Denn dieser betritt den professionellen Erfahrungsraum mit einer durch die Techniken der Selbstvermessung und der Selbstinformation ungleich differenzierteren expliziten Landkarte von sich selbst, die für den professionellen Erfahrungsraum eine Hürde dafür darstellt, den Blick für das dahinterliegende Territorium der Patienten-seitigen Körperlichkeit und Persönlichkeit frei zu bekommen und daran den beschriebenen kybernetischen Regelkreis anzuschließend. Obgleich wie oben dargestellt, diese Landkarten eine emotionale Absetzung von ihrem Bedeutungskontext bedeuten, so ist davon auszugehen, dass ihr Nutzer sich dieses neue Abbild seiner selbst durch eigene reflexive Bezüge auch emotional einverleibt³²³, wozu Informationsseiten im Internet und gegenseitige Reagibilität ermöglichende e-health Communities beitragen können.

Dies macht den professionellen Erfahrungsraum als Auffangbecken dieser neuen emotionalen Verwobenheit mit den eigenen Datenspuren relevant. Denn mit der Dezentralisierung von Diagnosemitteln dezentralisieren sich auch die damit einhergehenden emotionalen wie intellektuellen Herausforderungen, das Diagnostizierte zu verarbeiten. Somit wird es zum Bezugsproblem des professionellen Erfahrungsraums, die aus der medialen Erweiterung entspringenden intellektuellen wie emotionalen Zumutungen als *superstimulation* mittels ärztlicher Autorität zu blockieren, zu selektieren und dabei die emotionale Lage des sich selbst Vermessenden mit aufzunehmen. In dieser Dopplung des Einsatzes elektrischer Techniken der Selbstvermessung mit dem dialogischen Erfahrungsraum kann eine der neuen Formen vermutet werden, die nach McLuhan beim Aufeinandertreffen unterschiedlicher Medien produziert werden und vor der Versklavung durch den „servo-mechanism“³²⁴ eines einzel-

³²³ Dass diese emotionale Einverleibung ebenso gefährliche Konsequenzen haben kann, wenn der Nutzer der Selbstvermessungstechnik sich aus dem Affekt für eine Therapie entscheidet, wie wenn er die Voraussetzungshaftigkeit der Interpretation der Selbstvermessungsabbilder unterschätzt, betont Spies (2017), S. 169 f.

³²⁴ McLuhan (2010), S. 45 & 50.

nen Mediums bewahren. Obgleich damit die Bildung neuer professioneller Wissensbasen als wahrscheinlich gilt, kann deren genaue Ausformung im Rahmen dieser Arbeit noch nicht beurteilt werden.

Auf diese sich verstärkende Funktion des professionellen Erfahrungsraums verweist auch die oben genannte Umfrage, wonach nur in drei Prozent der Fälle von Therapieempfehlungen diese von den Nutzern übernommen werden, ohne das Ergebnis zuvor in den Erfahrungsraum mit dem Arzt einzubringen.³²⁵ Obwohl die Techniken als Expertensysteme Daten nicht nur erheben, sondern sie auch interpretieren, werden sie somit weiterhin nur als Informationssystem genutzt. Im professionellen Erfahrungsraum erbringen sie so bei deren Wahrnehmung zumindest zu Beginn der Interaktion die Funktion gegenseitiger Wahrnehmung, Kommunikationsanlässe und -relevanzen zu verteilen, und schränken auf diesem Wege die Freiräume zumindest teilweise ein, eine Hermeneutik des Gegenübers und seiner Krankheit anzustrengen. So kommt Vorsitzender des Telematik-Ausschusses der Bundesärztekammer zu dem Urteil, das Smartphone „werde zum Stethoskop des 21. Jahrhunderts in der Hand des Patienten und nicht mehr des Arztes“³²⁶, auch wenn dieses intellektuell und emotional überfordert,³²⁷ und sich dementsprechend zeigt, dass die zunehmende Relevanz ärztlicher Praxis vor allem in der interaktiven Bearbeitung der mit dieser Verlagerung einhergehenden Überforderungen liegt.

Eine gleichwohl größere Herausforderung für den interaktiven Charakter des professionellen Erfahrungsraums stellt die Patientenakte dar. Denn während über verschiedene Studien hinweg das Ausfüllen der Patientenakte als mit der stärkste Faktor dafür beschrieben wird, dass der Arzt nicht in die unmittelbare Interaktion mit dem Patienten geht,³²⁸ beschreibt auch Frisé in einem Erfahrungsbericht, wie der „brusthohe Rollwagen, auf dem der Computer thronte“³²⁹, jegliche Interaktion zwischen ihr im Pa-

³²⁵ Vgl. EPatient RSD (2017).

³²⁶ So der Vorsitzender des Telematik-Ausschusses der Bundesärztekammer Dr. med. Franz-Joseph Bartmann, wiedergegeben nach Krüger-Brand (2017)

³²⁷ Vgl. Spies (2017), S. 169 f.

³²⁸ Vgl. IWW (2017).

³²⁹ Frisé (2017).

tientenbett und dem behandelnden Chefarzt verhinderte. Neben einer zeitlichen Reduktion bewirkt die Patientenakte somit auch eine stärkere Mittelbarkeit der Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Mit dem Auftreten der Techniken der Selbstvermessung, ihrer teilweisen Bündelung in der elektrischen Patientenakte und der Selbstinformation über das Internet entwickelt sich für den Arzt ein Zwang, „sich mit sämtlichen (vom Patienten gesammelten, Anm. d. Verf.) Informationen auseinandersetzen“³³⁰ zu müssen, die „Häufigkeit von falschen Alarmen einschätzen und zufällige Variation der Messwerte verstehen“³³¹ zu lernen, und so in einen ungleich herausforderungsvollen Modus dessen einzusteigen, was Berg mit der Produktion von Sicherheiten im Erfahrungsraum als Funktion der Patientenakte beschreibt,³³² und nun durch diese zusätzlich verkompliziert, aber auch weiterhin ermöglicht wird. Erst nachdem diese über reflexive Hypothesen aufgebaute Distanz zum Leiden des Patienten abgebaut ist, kann sich der Arzt dem Patienten als Patienten widmen, und sich dessen Perspektivität lose und nicht fest gekoppelt mit dessen in Ansätzen schon hypothetisch interpretierten virtuellen Abbild einverleiben. Über die mehr oder minder differenzierte Rejektion der datenhaften Vorbelastung des professionellen Erfahrungsraums entscheidet sich also, ob die Datenlage oder die Person des Gegenübers in ihrer Krisenhaftigkeit den Professionellen orientieren. Der epistemologisch durch die Macher der Techniken der Selbstvermessung und Selbstinformation zugleich vertiefte wie selektiv verzerrte Blick auf den Körper muss also so rejiziert werden, damit statt entsprechender Informationskrisen eine Auseinandersetzung mit der personalen Krise angestoßen wird, die nun von einer gleichwohl höheren informativen Ausgangsbasis startet.

Obwohl mit 64 Prozent ein Großteil der Ärzte die Selbstinformation der Patienten als anstrengend empfinden, gibt rund die Hälfte an, dass sie dadurch schon hinzugelernt hätten und Patienten mündiger geworden seien, weshalb auch rund 68 Prozent der Ärzte die Initiative von Patienten sich selbst zu informieren als positiv bewerten, und

³³⁰ Weßling (2016).

³³¹ Gigerenzer et al. (2016), S. 3.

³³² Vgl. hierzu die von Berg (2008), S. 68 f. beschriebenen „Transformationsprozesse“ der Worte des Patienten in Symptome und Beschwerden, die Passungsmöglichkeiten mit medizinischen Kategorien erlauben, und damit die Produktion eines „handhabbaren Problems“ ermöglichen.

im Gegensatz nur rund 23 Prozent diese Initiative als problematisch ansehen.³³³ Hieran zeigt sich, dass der professionelle Erfahrungsraum verstärkt durch andere gesellschaftliche Erfahrungsräume und deren dezentral aufgebauten Verständnisse von Gesundheit und Krankheit *durchdrungen* wird. Nicht die unvermittelte Selbsterfahrung und sich daraus ableitende Verdachtsmomente über Krankheit dominieren das Verständnis von Krankheit und Gesundheit, welches dem professionellen Erfahrungsraum als Ausgangsmoment dient, sondern die Perspektive der Health-Community oder der Einrichter der Schwellwerte der Techniken der Selbstvermessung. Gleichwohl bleiben diese Wissensbestände durch ihre kommunikative Generalisierung in Schrift und Zahl auf einer kommunikativ explizierten Ebene verharren, und vergrößern so die Lücke zur Praxis, die nur mit Bewegungen auf den Patienten zu durch den Aufbau neuen impliziten Wissens geschlossen werden kann.

Da das Internet als Medium der Selbstinformation in der Lage ist, dezentral gemachten Erfahrungen kommunikativ generalisiert widerzuspiegeln, heterogenisieren sich die Erwartungen gegenüber Ärzten, was sich an Ärztebewertungen³³⁴ ablesen lässt. In der Opioid-Krise in den USA ließ sich beobachten, wie Patienten ihre Sucht vor allem dank solcher Bewertungssysteme reproduzieren konnten, weil sie hierüber Ärzte finden konnten, die großzügig Schmerzmittel verschrieben, wodurch sogenannte *pill mills* entstanden.³³⁵ Ob man im Internet als guter oder schlechter Arzt erscheint, wird zur *konstituierenden Fremdrahmung* des professionellen Erfahrungsraums des Arztes, wodurch auch Werthaltungen von Ärzten, beispielsweise das große Geschäft um Opiode nicht vertreten zu können, unterlaufen werden können.

Zwar setzt sich die *Asymmetrie in der Frequentierung* des professionellen Erfahrungsraums auch angesichts der hier thematisierten Digitalisierungsform(en) fort, doch könnte sich das, was wir oben als die mit implizitem Wissen des Professionellen bzw. des Arztes unterlegte Leerstelle des Klienten beschrieben hatten, nun in Ansätzen in eine Leerstelle des Körperorgans oder der Körperfunktion umwandeln. Da sich dieses Wissen der Techniken der Selbstvermessung und der Selbstinformation

³³³ ÄND (2017).

³³⁴ Vgl. hierzu Ekkernkamp (2016).

³³⁵ Vgl. zu diesem Fall Grolle et al. (2017) im SPIEGEL, wonach Ärztebewertungssysteme ganz im Sinne McLuhans einen dezentralisierenden Effekt auf die Süchtigen hatten. Denn anstatt sich in Ghettos an Dealern orientiert zu ballen, wurden nun auch Parkplätze vor solchen „pill mills“ in Kleinstädten zu Orten von Überdosen usw.

durch seine niederschwellige Explizierung auch dem Patienten mitteilt, scheinen sich Wissensbestände von Arzt und Patient anzuleichen³³⁶. Zugleich eröffnet dieses kommunikative Wissen aber neue Möglichkeiten des Verstehens, die anschließende erfolgreiche Kommunikationen im Erfahrungsraum wahrscheinlicher machen könnten. Denn seine zunehmende Informiertheit hilft es dem Patienten, den Arzt zu verstehen³³⁷, und ermöglicht es umgekehrt letzterem, die Akzeptanz seiner Empfehlungen zu steigern³³⁸. Entsprechend fördert auch die Patientenakte das Verständnis des Arztes für den Patienten und dessen Körper, was sich auch darin widerspiegelt, dass 65 Prozent der Ärzte die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten als einfacher empfinden, nach dem Dafürhalten von 54 Prozent der Ärzte weniger Doppeluntersuchungen passieren,³³⁹ und damit nach Gigerenzer et al. generell medizinischer Fehler vermieden werden können³⁴⁰.

Dass trotzdem 64 Prozent der Ärzte die Informiertheit der Patienten als anstrengend empfinden, kann auf die Kehrseite dieser leichtgängigeren expliziten Kommunikation verweisen. Denn wo auf Patienten-Seite ein Anwachsen expliziten Wissens beobachtbar ist, wird zwar die Kommunikation leichtgänger, doch wird mit diesem Anwachsen kein mit dem Professionellen vergleichbares implizites Erfahrungswissen aufgebaut. Das implizite Wissen des Professionellen befindet sich im blinden Fleck der Selbstvermessung und Selbstinformation, was zu einer nur scheinbaren Ausbalancierung der Wissensasymmetrie zwischen Patient und Arzt führt. Da sich die Patienten ausgestattet mit diesem neuen kommunikativen Wissen sich einer der Fachsprache der Professionellen annähernden Sprache bedienen können, haben es die Ärzte nun schwerer, ihre impliziten Wissensbestände dagegen zu behaupten. Dass dies von Ärzten auch als anstrengend empfunden wird, kann auch daraus erklärt werden, dass sich mit Polanyi implizites Wissen der Versprachlichung entzieht.

³³⁶ Vgl. zu dieser neuen Balancierung der Wissensasymmetrie zwischen Arzt und Patient Vogd (2011), S. 252.

³³⁷ Vgl. bitkom (2017b).

³³⁸ Vgl. Gigerenzer (2016), S. 16 f.

³³⁹ Vgl. bitkom (2017a).

³⁴⁰ Gigerenzer et al. (2016), S. 2 f.

Gleichwohl liegt mit demselben der „Ursprung verhängnisvoller Trugschlüsse“³⁴¹ aber genau hierin, explizites und implizites Wissen (auch unbewusst) als gegenseitig verlustlos substituierbar zu behandeln. Dementsprechend ist, wo diese Substituierbarkeit angenommen wird, in Gefahr, was Oevermann unter dem Term stellvertretender Krisenbewältigung als Kern professioneller Leistung beschreibt.

Ein weiterer Grund für die empfundene Anstrengung auf Ärzte-Seite kann darin liegen, dass die neuen Bestände expliziten Wissen des Patienten vom Arzt als relativ unsichere Wissensbestände reflektiert werden müssen, da die diese produzierenden Techniken der Selbstvermessung und Selbstinformation einem unregulierten zweiten Gesundheitsmarkt entstammen. So zeigen Untersuchungen aus dem Jahr 2015, dass bei der Entwicklung von sechs der zwanzig damals verbreitetsten mobilen Gesundheits-Apps keinerlei medizinische Experten mitwirkten,³⁴² und die Expertenforen zumeist keine hohe Qualität der Selbstinformation ermöglichen^{343,344}. Dabei wird zumindest letzteres von den Patienten reflektiert, da sich bei vielen eine Unsicherheit einstellt, im Internet die richtigen Websites zur Information über Krankheitsbilder zu finden.³⁴⁵ Bei den Ärzten führt dies zum Ruf nach neuen Methoden der Lizenzierung von Gesundheits-Apps, um deren Qualität abzusichern,³⁴⁶ was dem Ruf danach gleichkommt, den Aufwand der Bearbeitung der neuen in den professionellen Erfahrungsraum drängenden expliziten Wissensbestände nicht zu Ungunsten der Hermeneutik des Kranken und seiner Krankheit ausufern zu lassen. Das Einfordern von Gütesiegeln hat damit nicht allein die Funktion, die ärztlich professionelle Vormachtstellung im Gesundheitssystem zu reproduzieren, sondern nimmt auch die Funktion ein, dem Problem schwer bewältigbarer Unsicherheiten entgegenzuwirken.

Die Leistung dieser Techniken ist es, im Erfahrungsraum mit dem Patienten bzw. ihrem Nutzer Aufmerksamkeiten zu fokussieren, und vermittelt über ihn oder die Patientenakte auch dem Arzt bestimmte Aufmerksamkeitszuwendungen nahe zu legen, an denen der Arzt bei deren Übernahme erst seiner Kompetenzen gewahr wird.

³⁴¹ Polanyi (2010), S. 27.

³⁴² Vgl. Scott et al. (2015).

³⁴³ Vgl. VZ NRW (2015), S. 11.

³⁴⁴ Vgl. Redaktion Zukunft. Kunde (2017) zu ähnlichen Befunden ob der Fehlerbehaftetheit von Beiträgen in Expertenforen und der Fehlerhaftigkeit von Sensoren von Gesundheits-Apps.

³⁴⁵ Vgl. Gigerenzer (2016), S. 36 f.

³⁴⁶ Vgl. Krüger-Brand (2017) & Ludwig (2017)

Dadurch baut der Arzt sein implizites Wissen um, da nun mit dem implizierten Aufmerksamkeitsschwenk ein den App-Bauern oder Community-Mitgliedern eigenes Verständnis von Krankheit bzw. suboptimaler Körperlichkeit als distaler Term übernommen werden kann, und der Arzt erst entlang von diesem seinen proximalen Term, also seine Fähigkeiten, Kompetenzen, Körpermerkmale etc. ordnet.

Jedenfalls wird das unter anderem auf Vorarbeiten von Apps und Informationswebsites aufsetzende ärztliche Verhalten entscheidungshafter, da es nun zunehmend entlang technisch vermittelter Empfehlungen kontingent gesetzt werden kann,³⁴⁷ was die impliziten Wissensbestände des Arztes darum ausbaut, wie mit diesen nun umso unsicheren Situationen zu verfahren ist. Wie also mit der Konkurrenz zwischen dem Habitus der App-Programmierer und dem Habitus der Ärzte in der Ausdeutung der Situation des Patienten umzugehen ist, wird nicht nur, aber auch, im professionellen Erfahrungsraum entschieden. Denn hier können die Techniken der Selbstvermessung und Selbstinformation auch durch einen Aufmerksamkeitsschwenk von ihren Empfehlungen auf ihre Verfahrensprämissen entleiblicht werden, um nur noch Reste der Information ihrer Empfehlungen oder gar ihre Negation zu Prämissen der im interaktiven Erfahrungsraum produzierten Aufmerksamkeitsfokussierungen zu machen.³⁴⁸ Der Arzt kann also die Kontingenzsetzung seines Wissens durch diese Digitalisierungsformen wiederum kontingent setzen, und dadurch Freiheitsräume dafür gewinnen, seine Aufmerksamkeiten auf den Patienten zu fokussieren.

Mit den Techniken der Selbstvermessung und Selbstinformation ziehen somit neue Aufmerksamkeitsfokussierungen ein, was eine Verschiebung der Aufmerksamkeit im professionellen Erfahrungsraum auf granularere Ebenen des Körpers wahrscheinlicher macht. Diese Aufmerksamkeitsfokussierungen orientieren sich nun aber eher an neuen Optimalitäts- oder Suboptimalitätsvorstellungen als an sich auf den gesamten Patienten beziehenden und ungleich homogeneren Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit. Dementsprechend wird gerade in Bezug auf Gesundheits-Apps von Selbstquantifizierung und Selbstoptimierung gesprochen,³⁴⁹ durch welche versucht

³⁴⁷ Vgl. zu diesem Entscheidungsbegriff Luhmann (2000), S. 184-187.

³⁴⁸ Vgl. zu dieser Einsicht darin, wie Rejektionen von Orientierungswissen über die Verschiebungen zwischen dessen distalen und proximalen Term qua Aufmerksamkeitsverschiebungen funktionieren, Polanyi (2010), S. 25 f.

³⁴⁹ Vgl. Rebbert (2017b).

wird, die organ- bzw. funktionsbezogene Prävention von größeren personalen Krisen wahrscheinlicher zu machen. Der beste Patient könnte nun derjenige werden, der im Orange-Bereich seiner App Korrekturen seines Verhaltens vornimmt, und dann zum Arzt geht, wenn es gilt, größere Krisen zu vermeiden. So legen sich Erwartungswerte auf die Gegenwart des Patienten, und Krisen in der Zukunft werden durch Mini-Krisen in der Gegenwart substituiert.

Umgekehrt droht der Patientenkörper auch von Seiten der Vergangenheit überdeckt zu werden, da nun mittels der elektronischen Patientenakte immer die komplette Historie der Krankenbehandlung dezentral präsent gehalten werden kann. Anstatt also außerhalb der Reichweite der schriftlichen Akte der Kapazität beschränkter Gedächtnisleistung von Individuen ausgesetzt zu sein, könnte dieser Modus der Diskriminierung von Erinnern und Vergessen in noch größeren Bereichen zugunsten der dezentralen anstrengungslosen Abrufbarkeit entfallen.

Digitalisierungsform 3: Big Data-Analysesysteme

Einen weiteren Treiber von e-health stellen Big Data-Analysesysteme dar. Diese sammeln und werten Daten aus dem Bereich der Gesundheit aus und kommen dadurch zum einen auf forschungsrelevante Aussagen über bestimmte Gruppen und Medikationen³⁵⁰ und aggregierte Blicke auf Krankheitsentwicklungen und Epidemien³⁵¹. Zum anderen sind Big Data-Analysesysteme durch die Auswertung riesiger Datenbestände in Hinblick auf individuelle Fälle auch in der Lage dazu, individualisierte medizinische Leistungen vorzuschlagen.³⁵² Dabei gewinnen Big Data-Analysen je nach dem an prädikativer Qualität, wie von der individuellen Patientenebene auch über die Techniken der Selbstvermessung Daten zur Verfügung stehen.³⁵³

Konkrete Ausprägungen

Von der Kooperation mit solchen App-Anbietern profitiert in besonderem Maße das prominenteste Beispiel für Big Data-Analysesysteme Watson von IBM, das über Apples Health Kit „mit Bewegungs- und Vitaldaten von Millionen Menschen gefüttert“³⁵⁴

³⁵⁰ Vgl. Gigerenzer et al. (2016), S. 24.

³⁵¹ Vgl. Dockweller & Razum (2016), S. 7.

³⁵² Vgl. Gigerenzer et al. (2016), S. 3.

³⁵³ Vgl. Gigerenzer et al. (2016), S. 24.

³⁵⁴ Gigerenzer et al. (2016), S. 24.

wird. In ersten Anwendungsfällen werden in Watson darüber hinaus Artikel aus Fachzeitschriften, Studienergebnisse und auch Krankenakten eingepflegt.³⁵⁵ So leistet Watson die Zusammenführung ganz unterschiedlicher umfangreicher Datenquellen, um entsprechende Therapieempfehlungen zu produzieren, und wird deshalb schon zum „digitalen Assistenten“³⁵⁶ des Arztes ernannt, wie auch IBM Watson als „kognitive[s] Assistenzsystem“³⁵⁷ bezeichnet. Diese Therapieempfehlungen können sowohl vor der Behandlung als Vorschläge, als auch nach der Behandlung als Mittel der Überprüfung³⁵⁸ Verwendung finden. Im Sinne von Vorhersagen können sie die Reflexion über Therapien aber auch initiieren.³⁵⁹ Watson ermöglicht in der konkreten Anwendung auf den Einzelfall dabei zweierlei Formen des Eingriffs. Zum einen können einzelne Daten wie Studien in die Errechnung/Produktion eines Therapievorschlags durch den Arzt extra inkludiert oder exkludiert werden.³⁶⁰ Zum anderen kann der Arzt ausgehend von der Therapieempfehlung auf die diese begründenden Studien und Patientendaten zugreifen.³⁶¹

Form-spezifische Reflexion

An Watson zeigt sich, dass Big Data-Analysesysteme zugleich eine Erweiterung der Wahrnehmungsfähigkeiten von Schrift und Bildern,³⁶² als auch eine Erweiterung der Kapazität der kognitiven Verarbeitung erhobener Daten darstellen. Wo auf solche Analysen zugegriffen wird, kommt es dementsprechend zu einer Selbst-Amputation von Teilen der Wahrnehmung (Lesen und Bilder analysieren) und des kognitiven Apparates (Kombinieren von Daten)³⁶³, die ihrerseits auch als eine Reaktion auf die neue Superstimulation der Ärzte durch die großen Datenmengen aus Techniken der

³⁵⁵ Vgl. Brandstetter & Redl (2016).

³⁵⁶ Brandstetter & Redl (2016).

³⁵⁷ Wilkens (2016).

³⁵⁸ Vgl. Wepling (2016), S. 232.

³⁵⁹ Vgl. Fuchs (2016), der beschreibt, dass Watson bei der Vorhersage von Lungenkrebs eine höhere Genauigkeit leisten solle als der Mensch. Vgl. hierzu für ähnliche Ergebnisse für kardiovaskuläre Krankheiten Garibaldi et al. (2017).

³⁶⁰ Brandstetter & Redl (2016).

³⁶¹ Vgl. Wilkens (2016).

³⁶² Vgl. hierzu auf Aerztebatt.de (2016) Markus Müschenich, nach dem Watson innerhalb von drei Minuten in der Lage sei, 200 Millionen Seiten an Fachinformationen zu lesen.

³⁶³ Diese Kombination von Daten setzt dabei auf ersterer Selbst-Amputation auf, denn, wie oben mit Schäffer (2017, S. 475) gezeigt, bedeutet die Digitalisierung auch eine Einebnung von analogen vormals autonomen Dimensionen der Bildlichkeit, Sprachlichkeit/Musik und Schriftlichkeit“ auf die Ebene der „Zählbarkeit“, und damit deren Berechenbarkeit.

Selbstvermessung und der Zunahme an wissenschaftlichen Veröffentlichungen angesehen werden können³⁶⁴. In der Folge ist bei Big Data-Analysen eine Beschleunigung von Diagnosen und der Entscheidung über Therapieformen beobachtbar.³⁶⁵

Wie jedoch die verschiedenen Datenquellen (individuelle Diagnostiken, Journal-Artikel, Studienergebnisse, Meta-Gesundheitsdaten...) genau miteinander verschränkt werden, ist von außen weder durch den Arzt noch durch den Patienten ersichtlich, was Watson zu einer Blackbox macht, der es gleichsam durch die Umwandlung der eigenen Rechenprodukte in über Interfaces wie dem Tablet vermittelte Schrift, Bildern und Zahlen gelingt, die Aufmerksamkeit der Nutzer zu fokussieren. Obgleich es in dieser Anwendung weder den Arzt noch dessen Interaktion mit dem Patienten benötigt, um Diagnosen, Therapieempfehlungen oder prädikative Aussagen zu produzieren, bedeuten Big Data-Analysesysteme keine Stärkung einer *inclusive awareness* auf Arzt-Seite, sondern vielmehr den Aufbau eines blinden Flecks in dessen Beobachtungsvermögen, in dem sich nun die Blackbox der internen Verschränkungsweise dieser Analysesysteme bewegt. Der Arzt kann zwar das Ergebnis des Arbeitens von Watson einsehen, Watsons internen Relationierungen und Prämissen bleiben aber abseits der Beobachtung der großen durch ihn als Inputvariablen verarbeiteten Datenmengen unbeobachtbar. Dies entlastet, wie von Vogd beobachtet, die von Big Data-Analysesystemen produzierten Aufmerksamkeitsfokussierungen und Instruktionen davon, „ihre erkenntnistheoretische Anzweiflung mitführen zu müssen“³⁶⁶. Die möglichen Kontrollversuche auf Watson beschränken sich auf die In- bzw. Exklusion von Inputvariablen, und die von Watson erstellten Begründungen seiner Empfehlungen, wobei letztere mehr die Empfehlung rationalisieren, als die konkreten Schritte und Kontingenzen ihrer Entwicklung offenzulegen.

Bei Big Data-Analysesysteme zeigt sich darüber hinaus, dass McLuhans Charakterisierung elektrischer Medien hier nur noch ansatzweise gilt, wonach elektrische Medien eine örtliche Differenzierung und Dezentralisierung der „source of energy“ und des „process of translation of information, or the applying of knowledge“³⁶⁷ mit sich

³⁶⁴ Vgl. Ekkernkamp 2016).

³⁶⁵ Vgl. hierzu Fuchs (2016), wonach laut dem Leiter von Watson Health Vorgänge bei Krebspatienten, die in Teams von Onkologen Stunden oder Tage kosten könnten, mithilfe von Watson innerhalb von Minuten bewältigt werden könnten.

³⁶⁶ Vogd (2011), S. 253.

³⁶⁷ McLuhan (2010), S. 382.

bringen. Obgleich die Programmierung von Watson außerhalb von Krankenhäusern geschieht, beziehen Big Data-Analysesysteme doch gerade aus der Erhebung von Daten an diesen dezentralen Orten des Prozessierens ihre Stärke, wodurch bei ihnen die Orte der Programmierung und des Prozessierens zusammenfallen.

Wenn auch mit Watson eine Blackbox in den Erfahrungsraum zwischen Arzt und Patient eintritt, behält letzterer seine *interaktive Natur*. Jedoch relativiert sich die Relevanz dieser Interaktivität deutlich, da nun auch ohne die Schließung des kybernetischen Regelkreises zwischen Arzt und Patient mit (technischer) Autorität ausgestattete Therapieempfehlungen möglich werden. Da die Empfehlungen von Watson auch auf Abweichungen davon reflektiert werden können und zusätzlich prädikativer Natur sein können, erweitert sich das aufgrund der personalen Krise des Patienten immer prekäre Entscheiden im Arbeitsbündnis um zusätzliche prekäre Dimensionen: erfolglose Behandlungen können durch eine Kontingenzsetzung der Therapieentscheidung mittels Verweisen auf Abweichungen von Watsons Empfehlungen auf damit als fehlerhaft beobachtbare Therapieentscheidungen des Arztes zurückbezogen werden, was diesen umso mehr dazu motivieren könnte, sich Watson-konform zu verhalten. Zudem wird die stellvertretende Krisenbewältigung aufgrund von Watsons Fähigkeit, prädikative Aussagen treffen zu können, zunehmend zu einem Ort der Bewältigung einer als suboptimal berechneten Zukunft. Dadurch wird das Entscheiden im Arbeitsbündnis mit zusätzlichen Reflexionen angereichert, was die Orientierung am Patienten deutlich herausforderungsvoller macht.

Da Systeme wie Watson auf der Grundlage der ihnen vorliegenden Datenlage auch äußerst konkrete Therapieempfehlungen aussprechen, reduziert sich neben der Relevanz der interaktiven Aushandlung die Bedeutung der Körper- und Leiblichkeit auf Patienten- wie auf Arzt-Seite. Watson genügt ein datenmäßiges Abbild des individuellen Falls, um Therapieempfehlungen anzufertigen. Dies verdeutlicht, dass sich nun neben Gesellschaft, Organisation und der Person auch von der Ebene der Big Data-Analysesysteme Wissensbestände in den interaktiven Erfahrungsraum übersetzen. Dies verunsichert vor allem die Person des Arztes, da er in den Momenten der Dateneingabe und der Widerspiegelung von Ergebnissen mit Watson in einem Erfahrungsraum steht, und von ihm ob seiner eigenen Wissensbasen verunsichert werden

kann. Die Erfahrungen des Arztes erleben so durch Watson eine Übersetzung in einen gleichsam angereicherten wie verunsicherten Status. Der Erfahrungsraum mit dem Big Data-Analysesystem tritt von der Seite des Arztes in den Chor der *mehrdimensionalen Durchdringung* des Erfahrungsraums zwischen Arzt und Patient zwar therapienäher aber sonst strukturhomolog damit ein, wie dies Apps, Wearables und Insideables von Seiten des Patienten auch tun.

Eine wichtige Folge der Erweiterung des Arztes um Watson liegt darin, dass sich Therapieempfehlungen deutlich schneller aussprechen lassen und sich somit die *Asymmetrie in der Frequentierung* des professionellen Erfahrungsraums vergrößert. Damit verschiebt sich das implizite Wissen vom individuellen Kranken und seiner Krankheit weg, da die hermeneutischen Anstrengungen der Füllung der Leerstelle des Patienten mehr oder weniger durch Blackboxes übernommen werden. Obwohl die Relevanz Anstrengungen des individuellen Arztes zurückgeht, deutet Vogd die Aufnahme kognitiver Assistenzsysteme in Versorgungsabläufe gar als Bestätigung der Sonderstellung des Arztes, da dieser bei von solchen Aussagen produzierten Fehlleistungen wie false-positives³⁶⁸ in der Lage sei, diese zu korrigieren beziehungsweise die mit ihnen zusammenhängenden Unsicherheiten für den nächsten Behandlungsschritt in Sicherheiten umzuwandeln.³⁶⁹ Obgleich hiernach die Stellung des Arztes gefestigt wird, wird doch deren Kern, den diese Arbeit im professionellen Erfahrungsraum zu verorten vorschlägt, ausgehöhlt. Aus dem impliziten Wissen im weiteren Sinne um die Leerstelle des Patienten und im engeren Sinne um das sich in einer personalen Krise befindliche Individuum und seine Krankheit wird zunehmend ein implizites Medienwissen, das zum Teil auch als Medien-Korrekturwissen fungiert. Doch um korrigieren zu können, muss das zu Korrigierende schon als Prämisse des eigenen Handelns übernommen werden, und so werden neue blinde Flecken aufgebaut, die mit der Blackbox der Big Data-Systeme nun zusätzlich Anteile der Leiblichkeit von Arzt und Patient beinhalten. Anstatt also die Perspektivität des Arztes auf den Patienten zu schärfen, führt die Zuhilfenahme von Big Data-Analysesystemen

³⁶⁸ Vgl. zum Auftreten dieser falschen positiven Aussagen über Krankheiten in der Verbindung mit kognitiven Assistenzsystemen, Jens (2017).

³⁶⁹ Vgl. Vogd (2011), S. 222 f.

neben einer Steigerung des impliziten Medienwissens beim Arzt zu einer Nachschärfung der Perspektivität des Big Data-Analysesystems, da jeder Kontakt die Grundlage seines data minings verbreitert.

Genau aus diesem data mining entsteht das Wissen von Big Data-Analysesystemen dadurch, dass eine riesige Menge an Gesundheitsinformationen³⁷⁰ auf Zusammenhänge hin ausgewertet werden, die sich dem menschlichen Auge nicht zeigen³⁷¹, und daraus Handlungsempfehlungen geschlossen werden. Doch hiermit wird nicht nur ein zusätzliches explizites Wissen generiert, denn solche Systeme greifen in dieser Generierung auf ein eigenes implizites Wissen zurück,³⁷² und wie beim Gehirn ist „Wissen‘ in komplexen neuronalen Netzwerken ... auf ähnliche Weise implizit“³⁷³. Trotz des impliziten Schattens leuchten solche Datenanalysen zunehmend das individuell Implizite aus, und stoßen dabei ähnlich der dokumentarischen Methode „an der extrem feinkörnigen digitalen Kartografierung von Erfahrung“³⁷⁴ auf ein sich entsprechend zeigendes Implizites.³⁷⁵

So drücken Big Data-Analysesysteme als Blackboxes mit ihrem eigenen Impliziten auf den Arzt und dessen Arbeitsbündnis, indem sie dazu im Stande sind, seinen Patienten in einzelnen Aspekten feinkörniger wahrzunehmen und seine Daten mit deutlich größeren Datenbeständen abzugleichen, wodurch sie über dieses Drücken den ärztlichen Habitus umbauen. Ein Drücken, das manche bereits von einer „digitale[n] Bevormundung“³⁷⁶ sprechen lässt, und einen Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung von der Dyade in eine Triade nahelegt. Das relativ freie Spiel der Wahrnehmung in der Interaktion unter Anwesenden vermittelt sich so zusehends, und die Wahrscheinlichkeit dessen, dass Wahrnehmungsschleifen zwischen Arzt und Patient Kommunikation kontrollieren und ermöglichen, wird eingeschränkt.

Wenn das Ausmaß und die Bedeutung des interaktiven Erfahrungsraums durch die Rechengeschwindigkeit von Systemen wie Watson in zeitlicher Hinsicht und durch

³⁷⁰ Vgl. Ekkernkamp (2016).

³⁷¹ Vgl. Hofmann (2017).

³⁷² Vgl. Schäffer (2017), S. 474, der darauf hinweist, dass „das Wissen der Medien menschliche Akteure zu bloßen Datenlieferanten“ macht.

³⁷³ Jörissen (2017), S. 444.

³⁷⁴ Schäffer (2017), S. 477.

³⁷⁵ Vgl. Schäffer (2017), S. 476 f.

³⁷⁶ Dockweller & Razum (2016), S. 7.

die Reichweite ihres Aktionsradius bis hin zur konkreten Therapieplanung in sachlicher Hinsicht reduziert wird, so bedeutet dies für die Einverleibung des Patienten durch den Arzt zweierlei: Einerseits bekommt die Perspektivität des Patienten weniger Raum dafür, sich dem Professionellen zu zeigen. Andererseits erfassen diese Einverleibungen auch weniger wahrscheinlich die soziale Gebundenheit des Patienten. Beide Entwicklungen sind in der Lage, die Qualität ärztlicher Hermeneutiken des Kranken und seiner Krankheit zu unterminieren, womit der Erfolg des Arbeitsbündnisses umso abhängiger von eben jenen Analysesystemen wird. Eine Abhängigkeit, welche Unsicherheiten zugunsten neuer Sicherheiten aus dem Arbeitsbündnis tilgt.

Damit versprechen Big Data-Analysesysteme die Funktion Professioneller, umfangreiche explizite Wissensbestände am krisenhaften Patienten in die Anwendung zu bringen, schneller und mit weniger Fehlern leisten zu können. Im aktuellen Diskurs konkurriert diese Sichtweise mit derjenigen, welche die Position behauptet, dass auch die Empfehlungen aus Big Data nur Informationen darstellten, die ihrerseits noch der individuellen Anwendung durch den Arzt bedürften, denn für diese müsste man die unterliegenden Quellen prüfen und „den Patienten abhören und mit ihm sprechen“³⁷⁷. Hier deutet sich ein Auseinanderfallen von Verantwortung und Verantwortlichkeit an. Erstere, verstanden als „Negativgarantie“³⁷⁸ der Absorption von Unsicherheit ob der Selektivität der selegierten Information,³⁷⁹ scheint mehr und mehr durch elektrische Medien wie Watson übernommen zu werden, während letztere, verstanden als die Absorption von „Lob und Tadel“³⁸⁰ für entsprechende (Anwendungs-)Entscheidungen, weiterhin beim Arzt verbleiben könnte.

Zwar ist ein solches Auseinanderfallen bei Luhmann für den Fall der Organisationen als Differenzierung von Verantwortlichkeit an der Spitze und Verantwortung an der organisationalen Grenze höchst funktional gedacht, doch wäre es für die professionelle Praxis in einem potenziell problematischen Sinne folgenreich. Denn anders als

³⁷⁷ Aertzblatt.de (2016); vgl. hierzu auch Hofmann (2017).

³⁷⁸ Luhmann (1999), S. 224.

³⁷⁹ Vgl. Luhmann (1999), S. 172-174.

³⁸⁰ Luhmann (1999), S. 184.

bei Unternehmensorganisationen steht hier nicht die Reproduktion von Zahlungsfähigkeit im Fokus,³⁸¹ sondern das Treffen von prekären Entscheidungen um den Umgang mit den personalen Krisen eines Individuums. Systeme wie Watson können somit durch den Arzt nur in der Form als Kulturgegenstände einverleibt werden, dass sie neue Dilemma-Situationen schaffen, in denen Verantwortlichkeit und Verantwortung nur noch schwer mikropolitisch verschoben werden können. So wird das Auseinanderklaffen von Verantwortung und Verantwortlichkeit zu einem neuen Bezugsproblem, das den Arzt neue implizite Wissensstände darüber aufbauen lässt, wo und in welcher Weise die Dyade in eine Triade umzubauen ist, und wo und wie nicht.

Dass die Einverleibung von Systemen wie Watson darüber hinaus anders zu verlaufen scheint als bei einem Blindenstock liegt nahe. Denn stellt der Blindenstock eine Erweiterung um ein Informationssystem dar, der sich so in den proximalen Term des ihn führenden Blinden für dessen Aufmerksamkeit seines distalen Terms den gewohnten Bäcker aufzusuchen einordnet, verhält sich dies bei Big Data-Analysesystemen anders. Denn diese weisen als Blackboxes zugleich den Charakter eines distalen wie eines proximalen Terms auf. Als Expertensystem ist Watson somit in der Lage dazu, das implizite Wissen des Arztes zu ersetzen, was die neue Frage stellt, wer oder was nun die mediale Erweiterung von wem oder was darstellt, was wohl nur weitere empirische Forschung feststellen werden kann. Ein implizites Medienwissen, welches Systeme wie Watson samt deren distalen Term in den proximalen Term des Arztes übernimmt, und somit den distalen Term der Gesundheit des Patienten nicht aus den Augen verlieren lässt, ist gleichsam voraussetzungsvoller, da es lernen muss, mit Blackboxes zu rechnen.

Big Data-Analysesysteme erhitzen also Situationen mit dem Patienten medial, weil sie weniger Komplettierungen durch ihre Anwender bedürfen. Doch die mediale Kühle der direkten Interaktion im professionellen Erfahrungsraum ermöglicht es erst, dass sich die Einzelheiten des ärztlichen Vermögens am Patienten und seiner individuellen Krise ausrichten und ihn einverleiben. Wird diese Situation medial erhitzt, wird die Wahrscheinlichkeit des Einbezugs moralischer Lehren und der ethischen Relevanz des Patienten in seiner Bedürftigkeit unwahrscheinlicher.

³⁸¹ Siehe hierzu für Unternehmen Baecker (1999), S. 164 & ders. (1987), S. 529.

Die implizite Ethik muss in der Situation des Kontakts des Patienten mit dem Gesundheitssystem einrasten können. Werden diese Situationen aber medial aufgeheizt, geht gleichsam die Fläche wie die Kompetenz verloren, eben diese implizite Ethik einrasten lassen zu können. Die künstliche Intelligenz eilt dem ärztlichen Entscheidungsprozess voraus und markiert nur lose gekoppelt mit dem Arzt Entscheidungssituationen, während sie im gleichen Moment mit Entscheidungsempfehlungen Sicherheiten in den professionellen Erfahrungsraum injizieren. Moralische Dilemma-Situationen wie die Entscheidung, einem schwer gebeutelten alten Menschen eine nochmalige Chemo-Therapie oder eine palliative Therapie zu empfehlen, werden so an ihrer Entfaltung, und damit auch in ihrer implizit ethischen Bearbeitung durch den Arzt behindert.

Dies bedeutet aber keine ersatzlose Streichung der ethischen Anteile des impliziten Wissens des Arztes, sondern vielmehr, dass die implizit ethischen Anteile von Big Data-Analysesystemen diese ersetzen. Nur dass sich deren implizite Ethik weniger über den interaktiven kybernetischen Regelkreis des professionellen Erfahrungsraums an dem einverlebten Anderen orientiert, als an „weißen Normen“³⁸², die ihnen mehr oder minder bewusst durch ihre Architekten und Programmierer eingeschrieben werden oder sich in der automatisierten Ausrichtung ihrer neuronalen Netzwerke³⁸³ ergeben. Die Blackboxes sind nur deswegen implizit ethisch, weil ihre Ethik im Sinne ihres Blackbox-Charakters nicht beobachtbar ist. Sie schwebt nicht in dialogischen Situationen, sondern in internen Bezügen und Verschränkungen.

Digitalisierungsform 4: Digitalisierung von Krankenhausabläufen

Rückt mit der hier gewählten Definition professioneller Erfahrungsräume die Organisation in den Fokus, so drängt sich der neue Druck der Organisation auf den professionellen Erfahrungsraum in der Form nun digital unterlegter organisationaler Abläufe

³⁸² Gohl (2017).

³⁸³ Dass die Ausrichtung neuronaler Netzwerke mit ihrer Programmierung nur lose gekoppelt ist, stellt sich bis heute exemplarisch am Fall des Versuchs des Pentagons dar, Panzer mit Digitalkameras auszustatten, die automatisch andere Panzer erkennen sollten. Denn anstatt Panzer zu erkennen, lernte das neuronale Netzwerk, den bewölkten Himmel zu erkennen, der im Unterschied zu den Bildern ohne Panzer im Hintergrund zu sehen bei allen eingegebenen Panzerbildern war. Vgl. hierzu Fraser (1998).

im Krankenhaus auf. Entsprechend wird die Digitalisierung klinischer Pfade auch als ein zentrales Phänomen von e-health beschrieben.³⁸⁴

Konkrete Ausprägungen

Die Digitalisierung im Krankenhaus verläuft über die elektronische Erfassung der einzelnen Arbeitsschritte,³⁸⁵ wodurch diese auf Abweichungen von Normen kontrollierbar werden, und so mit verschiedenen Vorgaben versehen werden können.³⁸⁶ Diese Kontrollmöglichkeiten können sich dabei über entsprechende Interfaces ebenso im konkreten Arbeitsschritt selbst vergegenwärtigen, wie sie mithilfe der in elektrisch erfassten Dokumentationen Gründe geben können, Fehler zu identifizieren, zu kritisieren und Handlungsbedarfe für die Zukunft zu begründen³⁸⁷.

Vogd beschreibt, wie hierüber die Logiken unterschiedlicher Funktionssysteme an innerklinische Abläufe heranrücken, indem „die mit der elektronischen Datenverarbeitung entstehenden Möglichkeiten der Datenerhebung, -aggregation und -auswertung“³⁸⁸ es diesen ermöglichen, mit ihren Logiken einzurasten: die immer granularere Vermessung ermöglicht es, jeden Arbeitsschritt mit Knappheitssemantiken zu versehen, und somit die Wirtschaft zu vergegenwärtigen; die Dokumentation produziert Beweismöglichkeiten, welche durch das Recht adressiert werden können; die Erhebung der medizinischen Parameter zu Behandlungen ermöglicht deren wissenschaftliche Reflexion.³⁸⁹ Ein Heranrücken ökonomischer Operationslogiken an den professionellen Erfahrungsraum kann auch am DRG-System beobachtet werden, in dem Patienten über ihre Diagnose unter Gruppen subsumiert werden, die sich darin unterscheiden, dass sie ihre Mitglieder mit unterschiedlichen ökonomisch begründeten Normen wie zur Behandlungsdauer versehen.³⁹⁰ Im DRG-System illustriert sich ein

³⁸⁴ Vgl. Gersch & Wessel (2015).

³⁸⁵ Vgl. hierzu Manzei (2009), S. 46, die für die Intensivmedizin gezeigt hat, wie organisationale Programme über die Patientendokumentationssysteme mit der medizinischen Praxis verbunden werden, in denen sich beispielsweise die Daten der Patientenüberwachung wiederfinden; Vgl. hierzu auch exemplarisch ein bei Preuss (2017) in der *FAZ* aufgeführtes Pilotprojekt, in dem mittels Sensoren erfasst werden soll, wie Geräte, Räume und Personal im Klinikum genutzt werden.

³⁸⁶ Vgl. Gigerenzer et al. (2016), S. 28.

³⁸⁷ Vgl. Gigerenzer et al. (2016), S. 2 f.

³⁸⁸ Vogd (2011), S. 262.

³⁸⁹ Vgl. Vogd (2011), S. 262.

³⁹⁰ Vgl. hierzu Vogd (2011), S. 209, der durch den Einsatz der Computertechnologie die Wirkmächtigkeit des DRG-Systems gestärkt sieht; Vgl. zum DRG-System Niehaus & Wilkesmann (2017), S. 3.

solcher digital unterlegter Krankenhausablauf an der mit dem DRG-System einziehenden „DRG Grouper Software“³⁹¹, welche dem Arzt mittels eines Ampelsystems mit Grün signalisiert, „dass der Patient innerhalb und Rot, dass er außerhalb der Grenzweildauer liegt.“³⁹² Manzei beschreibt in ihren Untersuchungen der Digitalisierung in der Intensivmedizin solcherlei Einflüsse von Managementsystemen als Annäherung an den Patientenkörper:

„Das Besondere dieses Digitalisierungsprozesses liegt nicht allein in den arbeitsorganisatorischen Veränderungen, die die Digitalisierung der Patientendokumentation auf der Station mit sich bringt. Das Neue und Besondere liegt vielmehr in der informationstechnologischen Vernetzung der Patientenakte mit der elektronischen Patientenüberwachung und dem Patientenkörper einerseits sowie dem klinischen und dem betriebswirtschaftlichen Managementsystem andererseits. Über diese informationstechnologische Vernetzung wird der bislang medizinisch wie sozial eher geschlossene Raum der Intensivmedizin für gesellschaftliche und organisatorische Anforderungen von außen geöffnet und transparent gemacht.“³⁹³

Form-spezifische Reflexion

Anstatt noch auf Eingaben durch den Arzt angewiesen zu sein, rückt die Organisation über Mittel der Sensorik und der Dokumentation direkt an die Bewegungen und das Sich-Zeigen des Patientenkörpers und der Interventionen des Arztes heran. Dabei stellt sich dieses Heranrücken als Übersetzung von Erfahrungen in Informationen durch die „active metaphors“³⁹⁴ elektrischer Medien dar. Derart erhobene Informationen werden organisational über entsprechende Automatismen kontrollierbar und bei Abweichungen kommunikativ aufgreifbar. Obwohl es derartige organisationale Übersetzungen von Ablaufdaten schon zu analogen Zeiten gab, bedeutet die Digitalisierung hier zweierlei: Zum einen setzen die Übersetzungsleistungen in organisational codierte Zeichen mit elektrischen Medien deutlich direkter am Patientenkörper, der Patientenakte und den Krankenhausabläufen an, und kommen dabei mit geringeren Anstrengungen der Komplettierung durch die Organisationsmitglieder aus. Zum anderen vergegenwärtigen sich die elektrischen Medien in einer aggregierten und teils bereits interpretierten Form deutlich fokussierter und ermöglichen so den Eindruck, wichtige Qualitäten kontrollierbar zu machen.

³⁹¹ Niehaus & Wilkesmann (2017), S. 3 f.

³⁹² Niehaus & Wilkesmann (2017), S. 4.

³⁹³ Manzei (2009), S. 45.

³⁹⁴ McLuhan (2010), S. 63.

Wenn auch die Simultanität elektrisch vermittelter Kommunikation und die Übersetzung von Erfahrungen in Informationen durch die Möglichkeit der dezentralen Vergewärtigung mit McLuhan eine Art passive Kopräsenz der Funktionslogiken bedeuten,³⁹⁵ kann diese passive Kopräsenz in Organisationen organisiert in eine Kopräsenz aktiver Erfahrung umgewandelt werden. Wo die passive Kopräsenz der kaufmännischen Abteilung vom Betriebssystem auf Abweichungen gestoßen wird, kann aktiv angeschlossen werden. In diesem Sinne sind die Digitalisierung von Krankenhausabläufen und die Informationalisierung des Patientenkontakts als Erweiterungen der Organisation zu verstehen, welche die Organisation durch die Selbst-Amputation zuvor informeller Bereiche gewinnt.

Ob die Superstimulation des Krankenhauses durch Regulationen wie das DRG-System die Folgeproblematik dieser mit der Selbst-Amputation einhergehenden Erweiterung der Organisation, oder vielmehr die diese auslösende Grundproblematik darstellt, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht beantwortet werden; wenn es einen solchen Anfang überhaupt gibt. Hier muss sich damit begnügt werden, dass beides in einem funktionalen Zusammenhang miteinander zu stehen scheint. Denn erst die Erfassung informeller Bereiche schafft die mehr oder minder gerechtfertigten Kontrollillusionen, die die Organisation durch eine zunehmende organisationale Programmierung auf regulative Vorgaben trimmen zu können. Anstatt an diesem Punkt in eine Folgenabschätzung der Einflüsse einzelner Funktionssysteme auf die Praxis im Krankenhaus zu verfallen, die in den letzten Jahren schon aktiv unter dem Titel der Ökonomisierung geführt wurde,³⁹⁶ soll im Folgenden auf die Bedeutung dieser Form der Digitalisierung für den professionellen Erfahrungsraum eingegangen werden.

Der *interaktiven Natur* des Erfahrungsraums wird durch die beschriebene Digitalisierung von Krankenhausabläufen zwar kein Ende bereitet, doch führt sie dazu, dass innerhalb der Interaktion die Doppelprozesse von Wahrnehmung und Kommunikation teilweise dadurch blockiert werden, dass der Arzt zusehends damit beschäftigt ist, die entsprechenden Betriebssysteme zu erlernen, ihre Fehler und ihren Anschluss zu kontrollieren, und einzugebende Daten einzutragen.³⁹⁷ Es ist also mehr der Aufwand,

³⁹⁵ Vgl. McLuhan (2010), S. 270.

³⁹⁶ Vgl. Atzeni & Groddeck (2015), S. 70.

³⁹⁷ Vgl. Manzei (2009), S. 44.

den die Übersetzung dieser Logiken in den professionellen Erfahrungsraum und die Rückübersetzung aus diesem mit sich bringt, die dessen *interaktive Natur* bedroht, als die Logiken selbst. Diesen Aufwand entsprechend zu kompensieren, wird dadurch verkompliziert, dass mit der Digitalisierung erhoffte Effizienzgewinne zu Personaleinsparungen führen,³⁹⁸ anstatt sich im Sinne von Interessensverbänden in eine bessere Versorgung zu übersetzen³⁹⁹.

Von Seiten der *dreifachen Doppelstruktur* des professionellen Erfahrungsraums gewinnen Wissensbestände der gesellschaftlichen Ebene an Bedeutung für den professionellen Erfahrungsraum. Denn deren Logiken übersetzen sich über die Digitalisierung der Abläufe im Krankenhaus nun unmittelbarer in die Erfahrungsräume, da diese nun deutlich granularer in den jeweiligen Zeichensystemen der gesellschaftlichen Funktionssysteme codiert werden und sich so letzteren zeigen: ökonomische Operationen können an „Kosten-Nutzen-Rechnungen“, rechtliche Verfahren an „[d]okumentationspflichtigen Aktenlagen“, und wissenschaftliche Untersuchungen an der „Routineerhebung von Behandlungsparametern“⁴⁰⁰ anschließen.

Diese Übersetzungsleistungen werden auch dadurch ermöglicht, dass, was Bohnsack den Erfahrungsraum der „Dokumentation“ und „Aktenführung“⁴⁰¹ nennt, stärker an den professionellen Erfahrungsraum zwischen Arzt und Patient heranrückt, und gar mit ihm verschmelzt. Denn der Raum der Erfahrung zwischen Arzt und Patient ist nun nicht mehr kategorial von solchen der Erfahrung zwischen den Dokumentierenden und den Adressaten der Dokumentation zu unterscheiden. Der Arzt selbst dokumentiert in der Interaktion mit dem Klienten, beziehungsweise elektrische Medien dokumentieren ohne weiteres Zutun, sodass sich die Wissensbestände um die Dokumentation und die Interaktion mit Klienten miteinander vermischen. Manzei bezeichnet diese Verschmelzung als eine Transparentmachung der Intensivmedizin durch die „informationstechnologische Vernetzung“⁴⁰², die einer Unterwerfung des

³⁹⁸ Vgl. Manzei (2009), S. 44.

³⁹⁹ Vgl. Marbuger Bund (2017).

⁴⁰⁰ Vogd (2011), S. 262.

⁴⁰¹ Bohnsack (2016), S. 248.

⁴⁰² Manzei (2009), S. 45.

„Entscheidungsverhaltens sowie der Tätigkeiten des Personals auf der Station“⁴⁰³ unter die Domination durch Hierarchen gleichkommen kann.⁴⁰⁴

Wenn Wilkesmann hieran inhaltlich anschließend beschreibt, dass mit der Einführung des DRG-Systems das exklusive Wissen der Ärzte, wie zum Beispiel um Behandlungsdauern, auch Nicht-Professionellen zugänglich wird,⁴⁰⁵ so bedeutet dies in einer mikropolitischen Lesart, dass die mikropolitische Position und damit die Autonomie der Professionellen durch die organisationale Enteignung großer Teile der von Ärzten kontrollierten „Ungewißheitsquellen“⁴⁰⁶ wie ihrem exklusiven Wissen geschwächt wird. In Anlehnung an diesen Befund beschreibt Wilkesmann, wie sich „die Chefärzte vom Status des Prinzipalen auf vertikaler und horizontaler Ebene zum Agenten der Geschäftsführung“⁴⁰⁷ verwandeln. Durch den Einsatz elektrischer Medien werden somit die Distanzgaranten der Intimität des Patientenkontakts und der Anerkennungsasymmetrie zu Para-/Nicht-Professionellen informationell ausgehebelt. Ob dies aber zu einer tatsächlichen Verschlankung der den Ärzten zugänglichen informellen Bereiche führt, gilt indes empirisch weitergehend erforscht zu werden.

Berg benennt die Funktion der Patientenakte neben der Ermöglichung der Verketzung des Lesens und Schreibens mit Denkprozessen in der Arzt-Patienten-Interaktion und der ex-Post-Rationalisierungen der Verlaufsgeschichte auch darin, die Klinik zu organisieren, da der Arzt mit ihr in der Lage ist, durch Eintragungen Handlungen auf Distanz anzuweisen und es ihm die Patientenakte erlaubt, vom „Schreibtisch aus durch den Patienten zu reisen, zeitliche, körperliche und professionelle Grenzen zu überschreiten“⁴⁰⁸.⁴⁰⁹ Wenn Berg diese Leistungen auf die Logik der Akte, und damit ihre „spezifische Weise, in der sie Arbeit vermittelt, die von ihr abhängt“⁴¹⁰ zurückführt, dann muss ihm folgend untersucht werden, wie die Digitalisierung Eintragungen in die Patientenakte einschränken, oder es erschweren könnte, Einträge auf ihre

⁴⁰³ Manzei (2009), S. 46.

⁴⁰⁴ Vgl. hierzu auch Niehaus & Wilkesmann (2017), S. 24, wonach beispielsweise Controller Software-systeme dafür nutzen, „die medizinischen Abläufe mit den entsprechenden Erlösmodalitäten in Echtzeit [zu, Hinzuf. d. Autors] informatisieren“.

⁴⁰⁵ Vgl. Wilkesmann (2016), S. 221.

⁴⁰⁶ Crozier & Friedberg (1993), S. 50.

⁴⁰⁷ Wilkesmann (2016), S. 221.

⁴⁰⁸ Berg (2008), S. 75.

⁴⁰⁹ Vgl. Berg (2008).

⁴¹⁰ Berg (2008), S. 83.

Quellen zurückzuführen.⁴¹¹ Während ersteres die soziale Anamnese des Patienten begrenzen könnte, könnte es letzteres erschweren, Einträge in der Patientenakte auf ihre Qualität einzuschätzen.⁴¹² Im Anschluss an diese ersten Verdachtsmomente Bergs lässt sich darüber hinaus annehmen, dass es die elektronische Patientenakte es ermöglichen könnten, aus der Distanz noch mehr Arbeitsabläufe initiieren, und den Patientenkörper auch in dessen Abwesenheit noch granularer und multimedialer durchreisen zu können.

Dahingegen kann davon ausgegangen werden, dass mit den neuen Möglichkeiten der Beschränkung von Eintragungen in und der Aufmerksamkeitsfokussierung durch die elektronische Patientenakte die Arzt-Patienten-Interaktion stärker kontrolliert werden kann, und es schwieriger wird, ein von Leitlinien abweichendes Verhalten zu praktizieren. Denn wo „der Ad hoc- und Flusscharakter der medizinischen Arbeit“⁴¹³ in abnehmendem Maße post hoc durch die Verfassung rationaler und kausaler Verlaufsgeschichten verdeckt werden kann⁴¹⁴, weil eine informationstechnologische Vernetzung zwischen Patientenkörper und Krankenhausmanagementsystemen besteht,⁴¹⁵ da schrumpft der informelle Bereich ärztlicher Autonomie zusammen. Macht Vogd noch den Befund, dass das DRG-System vom Arzt gerade aufgrund der Abhängigkeit des DRG-Systems von der Diskriminierung von Fällen im intransparenten Arbeitsverhältnis des Arztes im Sinne von am individuellen Patienten ausgerichteter Medizin ausbeutbar wird,⁴¹⁶ gilt es vor dem Hintergrund der Digitalisierung solcherlei Thesen zu prüfen. Denn sie hängen häufig von eben jener Intransparenz von Arbeitsverhältnissen ab, die organisationalen Programmen gegenüber als informelle Räume auftreten, und diese dadurch unterlaufen können.

Klar erscheint, dass die Eigenlogik der Organisation, das Verhalten in ihr zu programmieren, durch die Technisierung eine neue Beschleunigung findet, welche vormals intransparente/informelle Bereiche zu programmieren erlaubt. Lag nach Larsen eine wichtige Funktion von Professionen für die Organisation darin, dass im Ver-

⁴¹¹ Vgl. Berg (2008), S. 83.

⁴¹² Vgl. Berg (2008), S. 83.

⁴¹³ Berg (2008), S. 81.

⁴¹⁴ Vgl. zu diesem Effekt der analogen Patientenakten Berg (2008), S. 81 f.

⁴¹⁵ Vgl. Manzei (2009), S. 46.

⁴¹⁶ Vgl. Vogd (2011), S. 207.

trauen auf die Bindung der Professionellen an ihre Profession nicht mit der Ausnutzung unbeobachtbarer Bereiche gerechnet werden muss,⁴¹⁷ scheinen sich mit der Digitalisierung relativ transaktionskostenarme und granulare organisationale Kontrollierbarkeiten dieser diskretionären Bereiche als funktionales Äquivalent des Vertrauens in Professionalität anzubieten.

Folglich führt das Heranrücken der Erfahrungsräume der Dokumentation zum einen zu einer teilweisen Blockierung des oben beschriebenen kybernetischen Regelkreises, weil Situationen nun immer mindestens doppelt codiert sind. Zum anderen folgt hieraus eine Einschränkung der Wahrscheinlichkeit dessen, dass manche Informationen aus dem kybernetischen Regelkreis tatsächlich Prämissen-Charakter für das weitere Handeln gewinnen. In der Folge dieser *Durchdringung* des professionellen Erfahrungsraums könnte ein Rückgang ärztlicher Autonomie und ein zunehmender Objektcharakter des Patienten beobachtet werden,⁴¹⁸ was insbesondere durch die juristische Doppelcodierung des professionellen Erfahrungsraums bedingt wird⁴¹⁹:

„Wenn das Befolgen einer Leitlinie Haftungsimmunisierung bewirkt, dann fördert dies zumindest die Tendenz zur Unterwerfung unter einer Kochbuchmedizin.“⁴²⁰

Die Formalisierung informeller Bereiche der Organisation durch den Einsatz elektrischer Medien findet einen wichtigen Hebel in der *Organisationsmitgliedschaft* der Ärzte, die nun mitunter mit Zielvereinbarungen gedoppelt wird, womit organisationsseitig bei negativen Abweichungen mit dem Ausschluss aus der Organisation reagiert werden kann. Bei Verträgen, welche solche Zielvereinbarungen bereits vorsehen, kann dementsprechend eine stärkere Ausrichtung der Ärzte an externen Anreizen beobachtbar werden.⁴²¹ Die kommunikativen Anteile der *Organisationsmitgliedschaft* rigidisieren so das ärztliche Verhalten und vereinfachen die Eigenkomplexität des Professionellen, die sich ja aus seiner gleichzeitigen *Mitgliedschaft* in konjunktiven Räumen, seiner Profession und der Organisation ergibt.

Anstatt sich nur aus dem Erfahrungsraum selbst zu ergeben, treten zu den gegenseitigen Rahmungen von Arzt und Patient *Fremdrahmungen* im Sinne organisationaler

⁴¹⁷ Vgl. Larsen (1977), S. 198.

⁴¹⁸ Vgl. Feuerstein (2008), S. 184.

⁴¹⁹ Vgl. Vogd (2011), S. 302.

⁴²⁰ Vogd (2011), S. 302.

⁴²¹ Vgl. Wilkesmann (2016), S. 220-224.

Programme hinzu, die sich in Echtzeit aktualisieren können. Diese organisationalen Vorstellungen darüber, was ein guter Arzt ist, werden mit den individuellen Ärzten kontrastiert, was, wenn sich diese Kontrastierungen ihrer jeweiligen Kommunikation entzöge, im Bohnsack'schen Sinne einer neuen Machtausübung über ihn entspräche.⁴²² Diese Machtausübung könnte die Standardisierung von medizinischer Arbeit beschleunigen, was dabei jedoch der Eigenlogik der Krisen auf Patientenseite widerspräche, welche sich gerade in der Ungewissheit darüber zeigt, was medizinisch richtig ist.⁴²³ Denn auch die 2250 diagnostischen und therapeutischen Richtlinien des *National Guideline Clearinghouse* stellen noch eine Komplexitätsreduktion dar.⁴²⁴

Die Standardisierungsansprüche des Krankenhausmanagements und die diesen entgegenstehenden Ansprüche ärztlicher Praxis, Ungewissheiten auch als solche weiter zu prozessieren, produziert eine organisationale Spannung, die künftig mit dem zunehmenden Einsatz elektrischer Medien nicht mehr kommunikativ behandelt werden müsste, sondern über die erweiterten Kontrollmöglichkeiten für Hierarchen übergangen werden könnte. Doch, „[w]arum soll (aus ärztlicher Sicht, Hinzuf. d. Verf.) die Abnahme von Leukämie-Fällen gegenüber letztem Jahr erklärungsbedürftig sein?“⁴²⁵ Im Sonderfall ärztlicher Professioneller ist die Kontrolle von Ungewissheitszonen geradezu entscheidend dafür, dem Patienten und seiner Krise gerecht zu werden und Ungewissheiten zu prozessieren, und so eine bestimmte Qualität von Praxis zu ermöglichen. Diese Leistung gerät unter Druck, wenn der Modus des *als ob* verunmöglicht wird, über den das Arbeitsbündnis nur relativ lose mit der Organisation gekoppelt werden kann.

Je nachdem, wie stark sich organisationale Ablaufnormen im professionellen Erfahrungsraum über Dokumentationsansprüche oder sich anzeigende Sanktionierungswahrscheinlichkeiten vergegenwärtigen, hat dies Folgen für die Perspektivität des Arztes. Denn der Patient wird nun je nach Ausprägung der *Durchdringung* des professionellen Erfahrungsraums relativ stark im Sinne seiner wahrscheinlichen Behandlungszeit, anwendbaren Diagnostiken, etc. gelesen, anstatt ihn und seine Krise zum Ausgangspunkt der Deduktion des Anderen zu nehmen. Mit der Abänderung

⁴²² Vgl. hierzu den Bohnsack'schen Machtbegriff für Organisationen, der. (2016), S. 253.

⁴²³ Vgl. Schmitz & Berchtold (2016), S. 97.

⁴²⁴ Vgl. Schmitz & Berchtold (2016), S. 92 f.

⁴²⁵ Schmitz & Berchtold (2016), S. 93.

der Perspektivität des Arztes verändert sich auch der distale Term des impliziten Wissens des Arztes und wird um ökonomische und juristische Ansprüche ergänzt, und dies allein schon deswegen, weil je nach Organisation nur die Berücksichtigung solcher formalen Ansprüche die Reproduktion der eigenen *Organisationsmitgliedschaft* erlaubt. Genau diese Konfusion der Logiken in neuen Verbundlogiken bewirkt eine medial ermöglichte ständige mehrdeutige Codierung von Interaktionen. Wie kann sich der Arzt nun sicher sein, welche operationale Logik nach der Interaktion in Anschlag gebracht wird, um sein Verhalten zu beurteilen? Wenn sich hierfür jedoch Routinen ausbilden, wird es für den Arzt über den Aufbau neuer Wissensbestände wieder möglich, dort Freiheitsgrade zu erlangen, wo er weiß, zu welcher operationalen Logik er sich verhalten muss, und welche er vernachlässigen kann.

In der Folge ist davon auszugehen, dass sich auf Ärzte-Seite implizite Wissensbestände dazu ausbauen, wie sich zwischen den verschiedenen über elektrische Medien in Anschlag gebrachten operationalen Logiken bewegen lässt, ohne die eigene *Mitgliedschaft* in der Organisation und die entsprechende Karriere zu riskieren. Wie stark hier noch die Perspektivität des Patienten und seine Krise in den leitenden distalen Term des Arztes übernommen wird, wird in hohem Maße davon abhängen, wie erfolgreich sich die Organisationen darin zeigen, die vormals informellen Räume professioneller Praxis transparent zu machen und zu formalisieren, und dem Arzt so das Operieren in Modi des *als ob* weiter zu erschweren.

Folgen der Digitalisierung für die ärztliche Profession

Angesichts der Vielfalt an Formen der Digitalisierung scheinen Aussagen über die Folgen der Digitalisierung schwer zu fallen. Jedoch kann eine weiter geführte Engführung an dem hier vorgeschlagenen Fokus des professionellen Erfahrungsraums helfen, neue Momente der Übersicht zu produzieren, und Klarheit über die im Kontext der Folgenhaftigkeit der Digitalisierung für die ärztliche Profession entscheidenden Fragen zu schaffen. Dafür soll im Folgenden in einem ersten Schritt das hier gewählte Professionsverständnis rekapituliert werden.

Eine kurze Rekapitulation des Professionsverständnisses

Wir hatten den professionellen Erfahrungsraum so beschrieben, dass in ihm die Personenhaftigkeit seiner professionellen wie laienhaften Teilnehmer inkludiert wird, er auf Distanz zu Techniken der Leistungsmessung gehalten wird, die *Mitgliedschaft* des Professionellen in der Profession hinzutritt, *Fremdrahmungen* nicht von außen angelegt, sondern von innen aus dem Erfahrungsraum heraus entwickelt werden, und die *Asymmetrie in der Frequentierung* zwischen einzelnen Professionellen und Klienten unterschiedliche Formen impliziten Wissens produziert, die ebenso eine Bewegung zwischen den Erfahrungsräumen, wie in diesen Erfahrungsräumen auf den Patienten und seine Krankheit zu erlauben und sich daraus generieren.

Der professionelle Erfahrungsraum zeichnet sich darüber hinaus dadurch aus, dass er diese ihn abgrenzenden Strukturmerkmale interaktiv reproduziert, und dementsprechend auf Doppelprozesse zwischen Wahrnehmung und Kommunikation zurückgreifen kann, die es ihrerseits relativ wahrscheinlich machen, dass sich die professionelle Praxis im Erfahrungsraum am Patienten orientiert und informiert, und ihn dabei in seiner Perspektivität und seiner sozialen Gebundenheit als Anderen von seiner Krise aus einverleibt. Diese individuelle Einverleibung führt auch zu einer Nachschärfung seines überindividuellen impliziten Wissens zu der sich mit jedem professionellen Erfahrungsraum auffüllenden Lücke des Patienten, welches in der Art der Bewegung auf den individuellen Patienten zu in den professionellen Erfahrungsraum wieder eintritt. In dieser Bewegung übernimmt der Professionelle aufgrund der Interaktivität und der damit zusammenhängenden und bereits beschriebenen Einverleibung des Anderen diesen in den distalen Term seines impliziten Wissens um die Anwendung kommunikativ generalisierter Wissensbasen auf den individuellen Fall.

Durch die beschriebenen Doppelprozesse kann der Arzt darüber hinaus eine Hermeneutik des Kranken und seiner Krankheit produzieren, die ihm eine Erweiterung des proximalen Terms seines impliziten Wissens ermöglicht, in dem die derart produzierten Hermeneutiken Beziehungen der Wechselwirkungen mit anderen Einzelheiten des proximalen Terms wie der Sozialisation, der Kompetenz, und anderer Merkmale... des Arztes eingehen. Diese fundieren im Zusammenspiel der Zusammenfassung dieser Einzelheiten mit und durch den am Anderen orientierten distalen Term die implizite Ethik professioneller Praxis.

Derart reproduzierte Bestände impliziten Wissens, die auch die Dimension impliziter Ethik besitzen, erlauben es individuellen Professionellen dann aufgrund der durch sie reproduzierten Homogenität gesellschaftlicher Erwartungshaltungen mit dem nötigen Vertrauensvorschuss rechnen zu können, der die Erbringung ihrer Funktion am einzelnen Klienten ermöglicht, komplexe kommunikativ generalisierte Wissensbestände in (implizit) kompetenter wie (implizit) ethischer Weise am krisenhaften Gegenüber orientiert anzuwenden und dabei die Situation der stellvertretenden Krisenbewältigung in ihrer Ungewissheit nicht auszuklammern. Durch diese funktionale Verstreuung gelingt es der professionellen Praxis, ihre gesellschaftliche Sonderrolle einzunehmen, ohne von funktionalen Äquivalenten ersetzt zu werden.

Doch wie intervenieren nun die identifizierten Formen der Digitalisierung in diese professionelle Praxis und ihre gesellschaftliche Funktion, das heißt die Leistungen, über die sie sich gesellschaftliche Probleme lösend in der Gesellschaft hält?

Die Bedeutung der Digitalisierung für den ärztlichen Erfahrungsraum

Durch die medialen Erweiterungen von Arzt, Patient und Organisation und der damit zusammenhängenden Übersetzung ganz unterschiedlicher Erfahrungen in Informationen machen die hier aufgeführten Formen der Digitalisierung dem professionellen Erfahrungsraum neue Ressourcen kommunikativ generalisierten Wissens zugänglich, und heizen den interaktiven und damit medial betrachtet relativ kalten professionellen Erfahrungsraum medial auf.

Die Telemedizin erweitert die Kommunikationsfähigkeit zwischen Arzt und Patient. Die Techniken der Selbstinformation übersetzen Patienten-Erfahrungen mit Ärzten und Krankheiten in dezentral abrufbare Mitteilungen. Techniken der Selbstvermessung und der Aggregator der elektronischen Patientenakte erweitern die Wahrnehmung einzelner Organe und Körperfunktionen des Patienten durch deren Übersetzung in Informationen. Big Data-Analysesysteme wie Watson verwandeln durch die Erweiterung der ärztlichen Entscheidungsfähigkeit Datenmengen in Therapieempfehlungen. Und die Digitalisierung von Krankenhausabläufen übersetzt als Erweiterung der organisationalen Formalisierung selektiv Anteile der Informalität des professionellen Erfahrungsraum, und ermöglicht so der Organisation regulierende Anschlüsse.

Zwischen diesen unterschiedlichen Faktoren der medialen Aufheizung lässt sich bereits heute ein neuer funktionaler Zusammenhang erahnen. Dieser besteht darin, dass über Apps etc. und sich weiter ausdifferenzierende Wissenschaften solch große Bestände an individuellem Körperwissen wie abstraktem Wissen generiert werden, dass die diese bedingenden Medien für die ärztlichen Kapazitäten der Verarbeitung dieser Bestände Situationen der Superstimulation produzieren, welche die Einziehung von App-Schwellwerten und die Auslagerung von Therapieentscheidungen auf Big Data-Analysesysteme als attraktiv dafür erscheinen lassen, dieser Superstimulation entgegen zu wirken. Von dieser internen Verschränkung abgesehen macht die sich abzeichnende mediale Aufheizung des professionellen Erfahrungsraums die entsprechende Interaktivität des Erfahrungsraums beiderseits unnötiger wie unwahrscheinlicher.

Unnötiger, weil zum einen mit telemedizinischen Austauschformen manche Kommunikationen zwischen Arzt und Patient nur mit der Unterstellung gegenseitiger Anwesenheit via Telefon oder Online-Fragebögen und entsprechenden zweitcodierten Mitteilungen und damit ohne die Anwesenheit im Sinne gegenseitiger Wahrnehmbarkeit auszukommen scheint. Und weil zum anderen Systeme wie Watson auch ohne Interaktionen zwischen Patient und Arzt dazu in der Lage sind, Diagnostik- oder Therapieempfehlungen zu produzieren.

Unwahrscheinlicher wird die Interaktivität des professionellen Erfahrungsraums dadurch, dass mit den anwachsenden kommunikativ generalisierten Wissensbeständen der Druck wächst, sich diesen gegenüber sowohl gemäß ihrer Relevanz als auch der Qualität der Medien im Hintergrund selektiv zu verhalten. Dies kann neben der Ausbildung neuen impliziten Wissens dazu verleiten, therapeutisch an den medial selegierten Einzelheiten zu den jeweilig gestörten Organen und/oder Funktionen anzuschließen, und dabei mit einer geringen Zuhilfenahme von Interaktionen zu verfahren. Ein weiterer Grund für die zunehmende Unwahrscheinlichkeit der Interaktivität besteht darin, dass die Nutzung der entsprechenden elektrischen Medien, wie oben an der elektronischen Patientenakte gezeigt, ihrerseits Aufmerksamkeit bindet, und dabei in Situationen prinzipieller Erreichbarkeit Momente der Unerreichbarkeit einführt. Darüber hinaus hat das Heranrücken organisationaler Normvorstellungen an den professionellen Erfahrungsraum durch die Digitalisierung zur Folge, dass die

Wahrnehmung des Patienten durch den Arzt schon immer von einer organisationalen Landkarte aus beginnt und bestimmte Resultate der Interaktion aus organisationalen Gründen damit rechnen können, vom organisationalen Kontext nicht als Prämisse übernommen zu werden. Die Logiken solcher organisationalen Vermessungen dringen, wie Niehaus und Wilkesmann gezeigt haben, soweit in die ärztliche Praxis ein, dass der Patient zum Komplizen von Entlassungsregelung der Krankenhausorganisation gemacht wird, oder ihm die finanziellen Motive der Organisation gegenüber verschleiert werden.⁴²⁶ Dies verweist auf neu entstehende Wissensbasen, die sich in Reaktion auf diese digital unterstützten Normierungen entwickeln.

Darüber hinaus wird die Unwahrscheinlichkeit der Interaktivität dadurch gesteigert, dass aufgrund der verstärkten Auseinandersetzung mit heißen Medien von einer Verschiebung der Aufmerksamkeit vom Anderen und der Interaktion mit ihm auf die Selektion und Korrektur der in Anschlag gebrachten Medien auszugehen ist. Dementsprechend wird eine Initiation des professionellen Erfahrungsraums aufgrund von Überschreitungen von auf dem zweiten Gesundheitsmarkt definierten Schwellwerten und daran ansetzenden Vorgängen der Selektion und Korrektur gefördert. Letztere bewirken zumindest im Moment ihres Greifens eine Verschiebung der Aufmerksamkeit auf die über Selbstvermessung oder Selbstinformation nahe gelegte Suboptimalität. Big Data-Analysesysteme unterstützen diesen Effekt durch die zeitliche Verknappung des interaktiven Kontakts, was die Ausrichtung am individuellen Gegenüber an Raum einbüßen lässt.

Die mediale Aufheizung des professionellen Erfahrungsraums führt also über verschiedene Kanäle dazu, dass dessen Interaktivität zurückgeht, was insbesondere für das implizite Wissen des Arztes Folgen hat. Denn bei diesem droht sich die Aufmerksamkeit im distalen Term vom Anderen weg zu verschieben. Die Einzelheiten zum Patienten und seiner Krankheit im proximalen Term des Arztes müssen nicht mehr unmittelbare Ergebnisse dessen hermeneutischen Bewegungen darstellen.

⁴²⁶ Vgl. Niehaus & Wilkesmann (2017), S. 21.

Folgen für die implizite Ethik in der ärztlichen Praxis

Um nun erörtern zu können, worin die ethischen Dimensionen dieser Entwicklung zu beschreiben sind, soll im Folgenden in aller Kürze erörtert werden, wie das Konzept impliziter Ethik über die obigen Einlassungen hinaus umrissen werden kann.

Für Wittgenstein erscheint „klar, daß sich die Ethik nicht aussprechen läßt“⁴²⁷, weil sie im Sinne absoluter Werturteile „übernatürlich“⁴²⁸ ist, und sich deswegen nicht in Sätzen ausdrücken lässt. Daraus folgt, dass sich Ethik von Zusammenhängen ereignishafter Folgen auf Handlungen, wie mit dem „>>du sollst<<“ überschrieben, unterscheidet, und ethischer Lohn und ethische Strafe, statt als Ereignisse von der jeweiligen Handlung distanziert zu sein, „in der Handlung selbst liegen“⁴²⁹ müssen. Wenngleich Wittgenstein davon ausgehend schon darin schließt, man solle zumindest das „Zeugnis eines Drangs im menschlichen Bewußtsein“, etwas über „das absolut Gute“⁴³⁰ sagen zu wollen, hochachten, nähert sich von Foerster von einer anderen Seite: Er dreht die Frage danach, was implizite Ethik ist, um, indem er fragt, was es Ethik überhaupt erlaubt, implizit und damit „unseen“⁴³¹ zu bleiben.

Die eine Antwort auf diese Frage findet von Foerster in der Metaphysik, da diese erkenne, dass Entscheidungen nur in unentscheidbaren Situationen möglich sind, und erst diese Unentscheidbarkeit es ermöglicht, im Treffen von Entscheidungen Freiheitsgrade zu genießen, die gleichwohl nur um den Preis der Verantwortung für die getroffenen Entscheidungen zu haben sind.⁴³² Dabei hängt die Übernahme von Verantwortung von der unentscheidbaren Frage danach ab, ob man sich „außerhalb des Universums“ verortet und somit auf die Welt wie „durch ein Guckloch“ sieht, oder man sich für die andere Seite des Gucklochs entscheidet, sich also als „Teil des Universums“⁴³³ sieht und entsprechend entscheidet. Wer sich für erstere Alternative entscheidet, koppelt sich von seinem Gegenüber ab, da er seinen sprachlichen Bezug zur Welt monologisch gestaltet und in moralischen Regeln der Form des ‚Du

⁴²⁷ Wittgenstein (2016), 6.421.

⁴²⁸ Wittgenstein (1989), S. 13.

⁴²⁹ Wittgenstein (2016), 6.422.

⁴³⁰ Wittgenstein (1989), S. 19.

⁴³¹ Von Foerster (2003), S. 291

⁴³² Vgl. von Foerster (2003), S. 293 & ders. (2015), S. 351.

⁴³³ Von Foerster (2015), S. 352.

sollst...⁴³⁴ spricht, anstatt in der Anerkennung der Verbundenheit mit dem Gegenüber in der dialogischen Sprache die gemeinsame Verwobenheit anzuerkennen, und im Gewährwerden dieses sprachlichen Seins im Sozialen⁴³⁵ im Selbstverhältnis, das damit ein Verhältnis zum Anderen ist, in der Formel des ‚Ich soll...‘ zu formulieren.⁴³⁶

Sprache ist erst hier dialogisch, da die Anerkennung der Unterschiedlichkeit von Perspektivität und Selbstbezug zugleich die Gleichheit, eben jene auszubilden, erkennen lässt, und den Sprechenden auf seine Bedeutung für den Anderen zurückwirft, da Sprache nun mehr leistet, als den Sprechenden seines Bewusstseins gewahr werden zu lassen⁴³⁷. Denn erst im dialogischen Hinausreichen der Sprache zum Anderen beginnt, was von Foerster Gewissen nennt.⁴³⁸ Ich wird sich gewahr, dass es Du für das gegenüberliegende Du ist, und findet sich dadurch in unentscheidbaren Situationen und einer Position der Verantwortung wieder.

Mit von Foerster besteht genau in diesem Rückbezug auf die Voraussetzungshaftigkeit impliziter Ethik in der Metaphysik und dem Dialog die Annäherung an das Phänomen impliziter Ethik, welche sich noch nicht des Verstoßes gegen Wittgensteins siebte Proposition schuldig bekennen muss.⁴³⁹ Es sind also erst als unentscheidbar erkannte Situationen der Entscheidungen im Dialog mit dem Anderen, die jemanden, der sich als Teil der Welt empfindet, dazu disponieren, implizit ethisch zu handeln. In Rückspiegelung auf die Theorie impliziten Wissens Michael Polanyis, der implizites Wissen für ähnlich unbesprechbar hält wie Wittgenstein die implizite Ethik, stellt sich die implizite Ethik als zusätzliche Dimension impliziten Wissens dar.

Sind die von Foerster'schen Voraussetzungen impliziter Ethik im professionellen Erfahrungsraum gegeben, was sich angesichts der hier fokussierten Merkmale der Interaktivität (Dialog) und der Prozessierung von Ungewissheit (Unentscheidbarkeiten)

⁴³⁴ Vgl. hierzu Luhmann (1984), S. 318 ff., der als Sanktionierungsmechanismus von Moral und damit deren eigentlichen Charakter die mit ihr zusammenhängende personalisierende Attribution von Achtung bzw. Missachtung beschreibt, die wiederum „die volle reflexive *Komplexität* von doppelkontingenten Ego/Alter-beziehungen auf Achtungsausdrücke reduziert“ (ders., S. 320).

⁴³⁵ Vgl. hierzu von Foerster & Bröcker (2014), S. 24, wonach „das Problem der Ethik“, das dann erst einen impliziten Umgang finden kann, nur dadurch existiert, „dass wir zusammen sind“.

⁴³⁶ Vgl. von Foerster (2015), S. 353-356.

⁴³⁷ Vgl. von Foerster (2003), 297.

⁴³⁸ Vgl. von Foerster (2003), S. 297.

⁴³⁹ Vgl. von Foerster (2003), S. 291.

bestätigt, bedeutet dies, dass hier implizite Ethik greifen kann und sich der Professionelle in einer Position der Verantwortung für seine Entscheidungen im dialogischen Verhältnis des ‚Ich soll...‘ befindet, und Veränderungen in genau diesen beiden Merkmalen implizite Ethik unwahrscheinlicher machen würde.

Wenn implizite Ethik wie in dieser Arbeit mit der Theorie impliziten Wissens in Verbindung gebracht wird, dann heißt dies für das implizite Wissen der Professionellen darüber hinaus zweierlei: Im distalen Term gewinnt der Professionelle im Erfahrungsraum durch seine Hermeneutik des Kranken und seiner Krankheit genau jenen in seiner Krise als Orientierungspunkt. Im proximalen Term werden Einzelheiten dieser Hermeneutik übernommen und über Wechselwirkungen in der unter dem distalen Term zusammengefassten komplexen Entität mit anderen Einzelheiten wie Erfahrungen der impliziten Ethik oder auch der Sozialisation in den ethischen Raum der professionellen Praxis ethisiert, wie sie auch selbst diese Einzelheiten zusätzlich ethisieren. Entsprechend muss die Frage gewagt werden, was die mediale Aufheizung des professionellen Erfahrungsraums, die daraus folgende unnötiger und unwahrscheinlicher werdende Interaktivität und die damit zusammenhängende Überdeckung von Ungewissheit für eben jenes implizite Wissen und seine implizite Ethik bedeuten.

Zum einen wird der beschriebene Schwenk der Aufmerksamkeit vom interaktiv präsenten Gegenüber des Patienten auf den kommunikativ generalisiert zur Verfügung gestellten und entsprechend selektierten virtualen Körper des Gegenübers bzw. dessen Organ oder Körperfunktion wahrscheinlich. Die mit diesem Umbau in der Aufmerksamkeitsstruktur zusammenhängende Dynamisierung im distalen Term des impliziten Ärztwissens sowie die Präsenz dieser neuen Wissensbasen mit ihrem Selektivitätszwang für den Erfahrungsraum könnte einen Umbau der *stellvertretenden Krisenbewältigung von und mit dem Patienten im interaktiven professionellen Erfahrungsraum* in die *Optimierung suboptimaler Körperfunktionen in elektrische Medien selektierenden nur mittelbar professionellen Erfahrungsraum* bedeuten. Anstatt also „Mehrdeutigkeiten“⁴⁴⁰ und „Bereiche des Missverstehens“⁴⁴¹ entstehen zu lassen, und sie dann interaktiv in Doppelprozessen der Kommunikation mit der Wahrnehmung zu

⁴⁴⁰ Vogd (2011), S. 251.

⁴⁴¹ Vogd (2011), S. 222 in Fußnote 23.

Ausgangspunkten von Prozessen der Klärung und des Verstehens zu machen,⁴⁴² droht beides überdeckt zu werden, und die Leistung des Arztes als *Hermeneut des Kranken und der Krankheit* in den Hintergrund zu treten. Die Einverleibung des Patienten wird so herausforderungsvoller und damit umgekehrt auch eine Distanzierung des Arztes vom Patienten in den Phasen der Behandlung wahrscheinlicher, die sich auch vor der Einbringung elektrischer Medien in der Abwesenheit des Patienten abgespielt hatten. Denn in diesen Momenten der Inferenzziehung und professionellen Konsultation hat es der Patient nun schwerer, dem Arzt über seine diesem einverlebte Perspektivität Orientierung zu bieten, und macht sich stattdessen in erster Linie über seinen virtuellen kommunikativ generalisierten Körper verfügbar. Dementsprechend gewinnt neben den „habitualisierten, in Medienpraxiskulturen eingebetteten Handlungspraxen von Akteuren“⁴⁴³ das „habituelle Gestimmtsein von Medientechnologien, das sich bspw. im Design, im erwartbaren Handling, in der usability, und auch den semantischen Bezügen (...) zeigt“⁴⁴⁴ an Bedeutung.

Für die implizite Ethik bedeutet dies, dass die zentrale Kulturtechnik, den professionellen Erfahrungsraum als dialogische und interaktive Situation in Prozessen der Hermeneutik des Kranken und seiner Krankheit zu erschließen, unwahrscheinlicher wird, und sich damit die Übernahme über-organischen/-funktionsbezogenen Einzelheiten in die implizite Ethik in Ansprüche des ‚Ich soll...‘ und damit in in der Handlung liegende Aspekte von Unangenehmem (ähnlich einer impliziten Strafe für unethisches Verhalten) oder Angenehmem (ähnlich eines impliziten Lohns für ethisches Verhalten)⁴⁴⁵ weniger aufdrängt. Stattdessen finden über die habituelle Gestimmtheit elektrischer Medien neue explizite moralische Ansprüche in der Form des ‚Du sollst...‘ Eintritt in den professionellen Erfahrungsraum.

Darüber hinaus wird auch das Greifen der unabhängig vom einzelnen Fall im proximalen Term des impliziten Wissens des Arztes eingelagerten Prädispositionen für implizit ethisches Handeln unwahrscheinlicher. Denn je weniger der Patient jenseits der von ihm erstellten virtuellen Körper-Landkarte als Anderer mit seiner personalen

⁴⁴² Vgl. Vogd (2011), S. 222.

⁴⁴³ Schäffer (2017), S. 461.

⁴⁴⁴ Schäffer (2017), S. 470 f.

⁴⁴⁵ Vgl. zu diesen „in der Handlung selbst“ liegenden Lohn-/Straf-Mechanismen Wittgenstein (2016), 6.422.

Krise einverleibt wird, desto weniger übersetzen sich Merkmale und Einzelheiten über ihn und seine Krankheit in den proximalen Term des impliziten Wissens des Arztes, um dort in Wechselwirkungen mit dessen fallunabhängigen Einzelheiten zu gehen und diesen ebenso ethische Bedeutungen zu verleihen, wie von ihnen solche zu erlangen. Somit könnten es auch über die berufliche Sozialisation oder sonstige Quellen eingeübte Praktiken des implizit Ethischen schwerer haben, sich im Bezug auf das Gegenüber in Anwendungen zu übersetzen.

Auffälliger Weise hält sich insbesondere die Digitalisierung von Krankenhausabläufen nicht an die Unterscheidung zwischen distalem und proximalem Term. Denn das mit ihrem Vordringen in neue Bereiche der Praxis in Krankenhäusern entstehende Wissen um den Grad und die Art der Formalisierung unterschiedlicher Räume von Praxis tritt ebenso in den proximalen Term ein, wo es die Bewegungen des Arztes mit zusätzlichen Reflexionen versieht, wie in den distalen Term, wo es sich über die formale Organisationsmitgliedschaft und entsprechende Zielvereinbarungen in nun formalisierten Bereichen als Orientierungswissen aufdrängt. Als Beispiel kann hierfür *Medgate* dienen, wo die aufgrund des telefonischen Patienten-Kontakts freiwerdende visuelle Wahrnehmungsfähigkeit der Ärzte auf sich in Farben vermittelnde elektrisch erzeugte Aussagen über ihre Leistung lenkt.

Neben diesem Umbau des impliziten Wissens und mit ihm der impliziten Ethik zieht die gesunkene Wahrscheinlichkeit und Notwendigkeit der Interaktivität des professionellen Erfahrungsraums noch eine weitere Konsequenz nach sich. Denn wie von Forster beschreibt, ermöglicht erst das Zusammensein mit einem Anderen ein Einrasten impliziter Ethik. In der zeitlichen Dimension bedeutet die Verhinderung des Einrastens eine Wandlung der vom einzelnen Patienten unabhängigen Kompetenz, sich implizit ethisch auf diesen zuzubewegen, da erst die Reproduktion der Situation und des Bezugsproblems im Angesicht zu Angesicht zur Reproduktion der darauf aufbauenden Wissensstrukturen führt.

Die Formen der Digitalisierung stellen damit nicht nur zusätzliche reizier- oder übernehmbare Kontexturen⁴⁴⁶ dar, die von den „reflexive capabilities“⁴⁴⁷ der Professionellen wie andere Kontexturen behandelt werden können. Denn sie bringen auch eine Veränderung der Prozessierung von Situationen mit dem Klienten mit sich, die Erfahrungen von den Professionellen entfernt und damit deren *reflexive capability* einschränkt, Kontexturen unterlaufen oder übernehmen zu können. Wenn Vogd darauf hinweist, dass es diese reflexive Fähigkeit ist, die den Professionellen den Vertrauensvorschuss auf Klienten-Seite verschafft und reproduziert, auf den sie mit ihrer Praxis angewiesen ist,⁴⁴⁸ muss nun auf die Ebene funktionaler Verstrickungen dieser Praxis aufgeleitet werden.

Die Dynamisierung der gesellschaftlichen Einbettung ärztlicher Praxis

Die Grundlage des Patienten-seitigen Vorschlusses an Vertrauen, der Arzt würde seine Krise mit ihm in kompetenter und ethisch guter Weise durchstehen, gerät durch die Digitalisierung unter Druck. Denn wie beschrieben, könnte die Digitalisierung dazu führen, dass geringere Anteile des impliziten Wissens des Arztes in der Interaktivität mit dem Patienten generiert und an diesem orientiert werden. Zugleich befindet sich der Arzt in einer Situation der Superstimulation durch neue kommunikative Wissensbestände aus unterschiedlichen Digitalisierungsformen, was Selektionen erschwert, und von Organisations-Seite mit neuen Knappheitssemantiken überzieht.

Dies könnte auch riskieren, was Elliott darin als zentralen Unterschied zwischen normalen Industriebberufen und den Professionellen beschreibt, dass letztere aufgrund ihrer Autonomie in der Arbeit und der Bedeutsamkeit ihres Wirkens nicht zu Opfern von Entfremdung und somit der Einführung eines Spalts zwischen Person und Arbeit werden.⁴⁴⁹ Insbesondere diese Einschränkung ärztlicher *disinterestedness* mit der Integration von Zielvereinbarungen in Arbeitsverträge und der Formalisierung vormals informeller Räume könnte die Entfremdung vorantreiben, und Autonomie sowohl einschränken als auch als illegitim erscheinen lassen. Dagegen steht jedoch die Ent-

⁴⁴⁶ Vgl. zum Kontexturbegriff und dessen Anwendung auf Organisationen Jansen et al. (2015).

⁴⁴⁷ Vogd (2017), S. 1.

⁴⁴⁸ Vgl. Vogd (2017).

⁴⁴⁹ Vgl. Elliott (1972), S. 138.

wicklung, dass die Vergrößerung der sich dem professionellen Erfahrungsraum aufdrängenden kommunikativen Wissensbasen aus zwei Gründen die Funktion der ärztlichen Profession bestätigen oder erweitern könnten.

Einerseits bedarf die Zunahme kommunikativer Wissensbestände umso mehr des impliziten Wissens des Arztes, um über eine kompetente Selektivität zu verfügen, die für den Einzelfall die Brücke zur Praxis schlagen kann. Außerdem macht es die ungesicherte Qualität mancher medialen Quelle dieses neuen Wissens es nötig, ein Wissen um die Qualität unterschiedlicher Medien und das *wie* ihrer jeweiligen Selektionen auszubilden.

Andererseits vergegenwärtigen sich die zunehmenden kommunikativen Wissensbasen auch dem Patienten, und dies mitunter auch vor dem Zusammentreffen mit dem Arzt. Wie oben beschrieben, droht der Patient aufgrund seiner minder ausgeprägten Routinisierung in der Reflexion dieser kommunikativen Wissensbasen damit intellektuell wie emotionale überfordert zu werden. Mit den Spuren dieser Überforderung wird der Arzt dann ebenso konfrontiert, wie mit den anwachsenden kommunikativen Wissensbasen, was sein implizites Wissen um die richtige Selektion medial vermittelter Inhalte, welches auch als „Wissen von Medien“ bezeichnet werden kann,⁴⁵⁰ um das *wie* des richtigen Umgangs mit dem überforderten Patienten und entsprechender stellvertretender Selektionen zu erweitern. Dass wie oben beschrieben 97 Prozent der Nutzer von Techniken der Selbstvermessung auf daraus entspringende Therapieempfehlungen mit einem Arztbesuch reagieren, anstatt selbständig daran anzuschließen, bestärkt den Verdacht, dass sich hier neue Wissensressourcen und damit eine neue funktionale Verstrebung mit der Gesellschaft aufbauen. Ärztliche Professionelle würden so zusätzlich die Stelle der Absorption der im zweiten Gesundheitsmarkt produzierten Unsicherheiten einnehmen. Damit würden sie die Stelle besetzen, an der es im Sinne Giddens' zum „[r]eembedding“ der Leistungen abstrakter technischer Systeme wie von Formen der Digitalisierung kommt, und so hier das Vertrauen in technische Systeme genauso wie das Vertrauen in die Profession im allgemeinen Sinne wie im Rahmen des „facework“ im individuellen Sinne der einzelnen

⁴⁵⁰ Vgl. zu dieser Form des Umgangs mit dem stetigen Wachstum des Wissens *durch* Medien und seinem großen Schatten des Nichtwissens für menschliche Akteure, Schäffer (2017), S. 470 ff.

Ärzte reproduzieren, weil letztere die „[a]ccess points“⁴⁵¹ des Gesundheitssystems darstellen.

Scheint bei den Techniken der Selbstvermessung die Frage, wer oder was hier wen oder was verlängert, geklärt, so stellt sich diese Frage im Sinne der bei McLuhan aufgerufenen Geschichte von Narziss⁴⁵² bei jedem elektrischen Medium aufs Neue.⁴⁵³ Bei Big Data-Analysesystemen wird diese Frage in besonderer Weise zu stellen sein, da hier der komplette Entscheidungsvorgang verlängert wird, und in der Folge auch die Rücknahme der mit Parsons für das Bestehen aller Berufsgruppen notwendigen „functional specificity“⁴⁵⁴ für den Fall der Professionen vorstellbar wäre.⁴⁵⁵ Mit der Frage der Verlängerung müsste dann auch gefragt werden, wer oder was hier noch wem oder was Autorität verleiht. Also ob Systeme wie Watson die Autorität von Professionellen stärken, oder umgekehrt, oder, als dritte und plausibler erscheinende Möglichkeit, sich beide in ein zirkuläres Spiel bewegen, in dem die Autoritätswege spontan ihre Richtung wechseln und der professionelle Erfahrungsraum zwischen einem dyadischen und einem triadischen Aufbau pendelt.

Die Initiation dieser Wechsel durch den Arzt könnte diesem eine neue, seine Praxis beiderseits stabilisierende wie ausdifferenzierende, Kompetenz verleihen. Der Aufbau eines solchen Medienwissens erscheint jedenfalls die nötige Voraussetzung dafür zu sein, dass sich Professionen noch als plausibles Problemlösungsmuster gesellschaftlich halten können werden, und sie nicht durch ihre funktionalen Äquivalente der Organisation oder technischer Handlungssysteme in der Zuständigkeit über die ihnen verbliebenen professionellen Erfahrungsräume ersetzt werden könnten.

Die angedeutete Steigerungsdynamik zwischen den Formen der Digitalisierung führt zu einer Ausdifferenzierung der Übersetzungsleistungen durch elektrische Medien. Denn mit dem Wachstum auswertbarer und im Sinne weiterer elektrischer Anschlüsse codierter Daten, wachsen auch die Rekombinationsmöglichkeiten dieser

⁴⁵¹ Giddens (1990), S. 88.

⁴⁵² Vgl. hierzu McLuhan (2010), S. 45 ff.

⁴⁵³ Diese Folge von Digitalisierung kann Polanyi (2016) noch nicht greifen, da er noch nicht damit rechnet, dass Einzelheiten im proximalen Term selbst in sich gekoppelte Entitäten sein können, und als Blackbox funktionierend zugleich über einen eigenen distalen Term verfügen können.

⁴⁵⁴ Parsons (1939), S. 460.

⁴⁵⁵ Vgl. hierzu auch Heimstädt (2017), der den Verlust des ärztlichen exklusiven Anspruchs auf „diagnostische Werkzeuge“ durch Techniken der Selbstvermessung und Selbstinformation als Angriff auf die Deutungshoheit von Ärzten beschreibt.

und damit die Bedeutung der Rechenkapazitäten elektrischer Medien. Dies verweist darauf, dass die kommunikativen Wissensbestände, denen sich die Erfahrungsräume ausgesetzt sehen, mit deren Seite des Nichtwissens anwachsen wird, da die elektrisch erzeugten Rekombinationsarten über Big Data-Analysesysteme in Black-boxes auftreten.⁴⁵⁶ Solange die Digitalisierungsformen derart ihren Weg zurück in den professionellen Erfahrungsraum finden, stellt dies wie gezeigt in erster Linie eine große Herausforderung dar. Würden aber all diese Vorleistungen bezüglich Diagnostik und Therapieempfehlung mit neuen Anwendungssystemen wie der tele-surgery verschränkt, würde dies die Entstehung solcher relativ autonomer technischer Handlungssysteme bedeuten, die neben dem Staat und der Organisation ein zusätzliches funktionales Äquivalent gegenüber der ärztlichen Professionen darstellen würden.⁴⁵⁷

Diskussion

Interessanterweise kann die sich zwischen den verschiedenen elektrischen Medien aufspannende Steigerungslogik auf einer Entwicklung eines schon 1988 von Abbott konstatierten „larger shift from legitimacy of character to legitimacy of technique“⁴⁵⁸ aufsetzen, der mit seinen Effizienzansprüchen die Messbarkeit von Ergebnissen betont, und damit die „reliance on social origins and character values“ durch eine „reliance on scientization or rationalization of technique and on efficiency of service“⁴⁵⁹ ersetzt. Für das Gesundheitssystem sind diese Entwicklungen als „Prozesse der Ökonomisierung“⁴⁶⁰ beschrieben worden, und bedeuten hier, wie Feuerstein für das DRG-System gezeigt hat, eine „Entpersönlichung von Behandlungskonzepten“, die mit der „Abstraktion, Konzentration und Normalisierung des medizinischen Blicks korrespondiert“ und durch die „Technisierung medizinischen Handelns“⁴⁶¹ bewirkt wurde. Sich positiv verstärkende Rückkopplungsschleifen zwischen einer sich intern steigenden Digitalisierungsdynamik und einem kulturellen Trend der Quantifizierung

⁴⁵⁶ Vgl. Schäffer (2017), S. 472.

⁴⁵⁷ Solche Handlungssysteme könnten durch ihre interne Verschränkung über Informationsflüsse den Charakter eines Äquivalents der organisationalen im Modus sozialer Kommunikation operierten Arbeitsteilungen darstellen.

⁴⁵⁸ Abbott (1988), S. 190.

⁴⁵⁹ Abbott (1988), S. 195.

⁴⁶⁰ Atzeni & Groddeck (2015), S. 70.

⁴⁶¹ Feuerstein (2008), S. 161.

könnten die Folge sein, da letzterer die Reflexionen sozialer Praxen so umbaut, dass diese umso mehr durch digitale Medien erfassbar erscheinen.

Wo diese Entwicklungen die Praxis im Gesundheitssystem erfassen, beginnen sich am Leiden des Patienten und der Perspektivität von Ärzten orientierte relativ homogene Verständnisse von Krankheit und Gesundheit aufzulösen. Denn wie gesund fühlt sich, wer sich zwar in der Selbstvermessung mit den eigenen Körperwerten an der Grenze zum roten Bereich beobachten kann, aber selbst kein Leiden wahrnimmt? Und wie korrespondieren die Schwellwert-Logiken des zweiten Gesundheitsmarkts mit den Krankheitsverständnissen auf Arzt-Seite? Jedenfalls heterogenisieren sich die Verständnisse von Krankheit und Gesundheit mit der Anzahl der Techniken der Selbstvermessung und Selbstinformation. Denn diese unterscheiden sich in ihren über unterschiedliche Selektivitäten und Schwellwerte implizierten Verständnissen von Krankheit und Gesundheit. Dadurch wird der Bezugspunkt der Krisen der Person und ihres Körpers zumindest in der Tendenz von Mikro-Krisen einzelner Körperfunktionen und prädiktiven Krisen abgelöst.

Auch wenn Schnell Gesundheit als impliziten Wert definiert,⁴⁶² gerät die ärztliche implizite Definitionsmacht darüber in eine neue Konkurrenzsituation. Verhandelt werden im stellvertretenden Arbeitsbündnis zunehmend individualisierte mehr oder minder von elektrischen Medien initiierte Suboptimalitäts-Erfassungen einzelner Organe und Funktionen und ihr stellvertretender Ausgleich entlang ebenso individualisierter Optimalitäts-Vorstellungen.⁴⁶³ Setzt sich dies durch, würde dies einen Umbau der funktionalen Codierung des Gesundheitssystems bedeuten, den Übergang im Code krank/gesund durch die Heilung hin zum Attraktorwert der Gesundheit zu gestalten. Eine solche Heterogenisierung der funktionalen Codierung des Funktionssystems würde auch die Heterogenisierung der Respezifizierungsaufgabe der Professionellen bedeuten, die dieses Spiel die Heterogenisierung der angestrebten Körperveränderungen von suboptimal nach optimal gestaltbar machend mitspielen müssten, um ihre gesellschaftliche Funktion zu erhalten.

⁴⁶² Vgl. Schnell (2017), S. 109.

⁴⁶³ Vgl. hierzu Vogd (2011), S. 270, der von der Vergrößerung von Veränderungsoptionen des Körpers spricht, mit denen „der veränderbare Körper ... nicht mehr in einer binären Matrix (zwischen krank und gesund, Anm. d. Verf.) verharren könne“.

Da dem Patienten mit den neuen Techniken der Selbstvermessung und Selbstinformation eigene Mittel der Selbstdiagnose gegeben sind,⁴⁶⁴ verändert sich seine Rolle vor allem hinsichtlich der Initiierung des professionellen Erfahrungsraums. Denn man muss sich nun nicht mehr im unvermittelten Selbstbezug als Patient enactieren, um den Arzt aufzusuchen, sondern es reicht, im über elektrische Medien vermittelten Selbstbezug hinreichende Gründe dafür finden, den Arzt zu kontaktieren. Diese Situation der Initiation wird zusätzlich dadurch kompliziert und damit relevanter, dass sich über die Techniken der Selbstinformation die Homogenität der Erwartungen gegenüber ärztlichen Leistungen zunehmend auflöst.

Neben der Frage, ob zum Arzt zu gehen ist, wird nun auch die Frage danach brisanter, welcher Arzt aufzusuchen ist. Dass sich hier neue Entscheidungsmomente ergeben, die mit einer höheren Hoheit über die eigenen Patientendaten einhergehen, verleitet Autoren dazu, den Patienten als „Partner“⁴⁶⁵ oder „Koproduzent“⁴⁶⁶ im Arbeitsbündnis zu beschreiben. Doch auch wenn diese Neubetitelungen attraktiv erscheint, beleuchtet sie, wie hier gezeigt werden sollte, nur eine Seite der Medaille. Denn obgleich in kommunikativ generalisierter Hinsicht die Wissensbestände des Patienten anwachsen, vergrößert dies auch seine Angewiesenheit auf den Arzt mit seinen impliziten Wissensbeständen um das *wie* der Selektion dieses Wissens. Dabei wird auch teils unterschlagen, dass der Patient je nach Interaktivität und Offenheit seines ärztlichen Gegenübers über dessen Hermeneutik der Krankheit *und* des Kranken bereits schon vor der zunehmenden Digitalisierung Koproduzent seiner Gesundheit war. Ohne Compliance keine Heilung.

Davon unabhängig erscheint es an dieser Stelle wichtig, auf die Öffnung bzw. die Doppelbödigkeit des Erfahrungsraums von Patienten mit ihren e-health-Anwendungen und ihres Erfahrungsraums mit dem Arzt hinzuweisen, da eben diese Doppelbödigkeit neue Datenerhebungen und entsprechende Anschlüsse erlaubt, die nicht unmittelbar wahrnehmbar sein müssen.⁴⁶⁷ Es ist davon auszugehen, dass das derart

⁴⁶⁴ Vgl. Vogd (2011), S. 268.

⁴⁶⁵ Ekkernkamp (2016).

⁴⁶⁶ Vogd (2011), S. 268.

⁴⁶⁷ Vgl. hierzu Gigerenzer et al. (2016), S. 31, die auf die neuen Möglichkeiten der Korrelation von Gesundheitsdaten mit anderen Daten und die daraus entspringenden möglichen Versuche von Verhaltensmanipulationen hinweisen. Vgl. hierzu auch Ekkernkamp (2016) zu den künftigen Möglichkeiten der Individualisierung von Versicherungsprämien, die den Solidargedanken des Gesundheitssystems aushöhlen könnten.

produzierte Nichtwissen zur Ausbildung eines neuen impliziten Wissens darum führt, wie man sich in solchen Erfahrungsräumen, die ihre mehr oder minder realisierte Intimität und doppelseitige Autonomie verlieren, bewegen kann.

Bevor von dieser ersten Aufleitung von den einzelnen Digitalisierungsformen auf die Ebene der ärztlichen Profession in eine zweite Aufleitung auf Professionen im weiteren und nicht ausschließlich ärztlichen Sinne übergegangen wird, soll im Folgenden erörtert werden, welche Rückschlüsse die Vorgehensweise dieser Arbeit anderen Untersuchungen der Folgenhaftigkeit der Digitalisierung anbieten kann.

Rückschlüsse für Untersuchungen der Digitalisierung

Wer versucht, die Folgenhaftigkeit der Digitalisierung auf verschiedene Ausschnitte sozialer Praxis zu untersuchen, ist auf ein möglichst granulares Verständnis dieser sozialen Praxis angewiesen und muss sich dafür, wo nötig, unterschiedlicher theoretischer wissenschaftlicher Disziplinen bedienen. Zu einem solchen sorgsamem Umgang mit sozialer Praxis mahnt die Soziologie an, indem sie sozialer Praxis eine eigene Form der Ausdifferenzierung unterstellt, da sie sonst nicht als relativ invariant⁴⁶⁸, das heißt sich von gesellschaftlicher Umwelt unterscheidend, und sich genau hierin reproduzierend, beobachtet werden könnte.

Die an einem solchen präzisen Verständnis sozialer Praxis anschließenden Fragen zur Digitalisierung müssen dementsprechend nicht danach fragen, welche generellen Aussagen über die Digitalisierung zu treffen sind, sondern sich an den im Kontext der untersuchten sozialen Praxis auffindbaren Formen von Digitalisierung orientieren. Die eine zentrale Frage muss je Form lauten, welche Landkarte unserer Welt die Digitalisierungsform als Digitalisiertes impliziert, und inwieweit sich diese dann je nach Nutzung folgenswer von dem unterliegenden Territorium unterscheidet.⁴⁶⁹ Nur so

⁴⁶⁸ Vgl. zu diesem Kriterium „relative[r] Invarianz“, mit dem Systeme beobachtbar werden Luhmann (1999), S. 24.

⁴⁶⁹ Vgl. hierzu Latour (2014), S. 143 und sein Beispiel des Pas de l'Aiguille an dem er repräsentativ den zentralen Anspruch seines Werks ‚Existenzweisen‘ verdeutlicht, Existierendem jenseits seines Modus als Erkanntem einen eigenen Existenzmodus zuzusprechen: „Wir verlangen nichts, außer daß man nicht mehr das Territorium mit der Karte verwechselt, nicht mehr die Ausrüstung eines Weges mit der Felswand, die durch ihn zugänglich wird.“.

werden Verluste wie Hinzugewinne neuer Territorien beobachtbar, was in dieser Arbeit unter anderem an der Differenz zwischen der über Interaktionen einverlebten Hermeneutik des Kranken und seiner Krankheit und dessen virtuellen Vermessung dargestellt wurde. Die andere zentrale Frage sollte thematisieren, wie sich mit der Verfügbarkeit dieser neuen Landkarte(n) das *Wie* der Bewegung im Territorium verändert. Wie also die Digitalisierung zur Wahl anderer Pfade im Territorium und dem Rück- bzw. Aufbau neuer Bewegungsmöglichkeiten des Lesers der Landkarte im Territorium beiträgt, was in dieser Arbeit an den Veränderungen der impliziten Wissensbestände des Arztes in Folge der Veränderung der interaktiven Qualität des ärztlichen Erfahrungsraums gezeigt werden sollte.

Die Digitalisierung bedeutet also sowohl die Generierung neuer Kontexturen als auch die Dynamisierung der Fähigkeit zur rezipierenden und bestätigenden Bewegung zwischen Kontexturen dar. Anstatt also nur sich in der Navigation sozial Handelnder verändernde Rejektionen und Bestätigungen zu beobachten, erweist es sich in der Untersuchung elektrischer Medien als besonders relevant, auf die Ebene der Beobachtung zweiter Ordnung, und damit die Beobachtung der Voraussetzungen dieser Orientierung zwischen verschiedenen Logiken zu wechseln. Darüber hinaus müssen solche wissenschaftlichen Untersuchungen, wollen sie gegenstandsadäquat vorgehen, elektrische Medien vor allem in ihren konkreten Ausformungen als Formen der Digitalisierung untersuchen,⁴⁷⁰ bevor Aufleitungen möglich werden.⁴⁷¹ Dabei kann es sich auch wie im Rahmen dieser Arbeit anhand der Digitalisierung von Krankenhausabläufen gezeigt, anbieten, McLuhan zu erweitern, und die von ihm vor allem auf Individuen bezogene *extension* durch Medien auch auf Sozialgebilde wie Gruppen oder Organisationen anzuwenden.

Solcherlei Entwicklungen vor allem empirisch zu vermessen, ist in wissenschaftlicher Hinsicht äußerst relevant, da die Wissenschaft nur so ihre Nähe zum Gegenstand bewahrt, und keine anderen Medienbezüge unterstellt, als sich diese im und am Gegenstand darstellen. Die Granularität dieser Vermessungen ist auch in der Hinsicht

⁴⁷⁰ Vgl. zu diesem ausschließlichen Vorkommen von Medien in entsprechend gekoppelten Formen, McLuhan (2010), S. 57 f., 61 & 85.

⁴⁷¹ Wobei für solche Untersuchungen mit Jörissen (2017), S. 443 „neben medientheoretischen Perspektiven softwaretheoretische, datentheoretische, netzwerktheoretische sowie interface- und designtheoretische Perspektiven nicht nur zu berücksichtigen, sondern aufeinander zu beziehen“ sind.

entscheidend, da sie die Steuerungspotenziale in Politik, Ökonomie, Medizin, Erziehung, Recht, ... im Sich-Verhalten zu den neu auftretenden Medien mit Informationen anreichert und eine tiefere *Durchdringung* von Entscheidungssituationen ermöglichen kann.

Dementsprechend sollten im Rahmen dieser Arbeit noch nicht mögliche Festlegungen und Argumentationen, an denen nur ein Schritt weiter gedacht eine riskante Prognostik einsetzen würde, in Zukunft durch qualitative Forschungen im Feld weiter aufgegriffen werden. Solche qualitative Forschung müsste zusätzlich von dem hier vorgestellten im Sinne von Noordergraaf ebenso als „purified“ wie „situated“⁴⁷² zu bezeichnendes Verständnis von Professionen in der Dimension seiner *purity* abweichen, und aufzeigen, in welchem Ausmaß die hier vorgeschlagenen Charakteristika professioneller Praxis im untersuchten Professionsverhältnisses überhaupt beobachtbar sind. Dies lässt sich am Gesundheitssystem illustrieren, wo die Digitalisierung in Ländern mit hohen Standards im Gesundheitssystem eine nachhaltigere Finanzierbarkeit desselben verspricht, während sie in Ländern mit stellenweise gänzlich fehlendem Gesundheitssystem mit dem Versprechen antritt, mehr Menschen den Zugang zu selbem erst zu ermöglichen.⁴⁷³

Ob diese Versprechen eingelöst werden können, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden, doch erscheint es angesichts dieses Arguments umso notwendiger, Aussagen über die Digitalisierung empirisch im Sinne der Qualität der die Digitalisierung einbettenden Systemzusammenhänge zu kontextualisieren, und sie damit abzuschwächen oder zu stärken. Darüber hinaus müssen empirische Arbeiten zu solchen Problemstellungen auch stärker auf die Fälle eingehen, welche in den konkret beobachteten professionellen Erfahrungsräumen bearbeitet werden. Nicht alle Fälle, mit denen sich Ärzte beschäftigen, sind als ähnlich krisenhaft zu beschreiben, und dementsprechend gewinnen die hier beschriebenen besonderen Leistungen professioneller Praxis mit der Schwere der Fälle an Relevanz.⁴⁷⁴

⁴⁷² Noordergraaf (2007), S. 771.

⁴⁷³ Vgl. Gigerenzer et al. (2016), S. 18.

⁴⁷⁴ Vgl. hierzu auch Niehaus & Wilkesmann (2017), S. 26 f., wonach aufgrund der Notwendigkeiten von Compliance und psychosozialer Zuwendung vor allem bei „schwerwiegenden und komplexen Krankheitsbildern“ die Interaktivität zwischen Arzt und Patient wichtig wird.

Hierdurch ließen sich dann auch die Einschätzung von Folgewirkungen der Einbringung neuer Formen der Digitalisierung je nach Kontext und Fallkategorie relativieren oder auch verstärken. Neben diesem methodischen blinden Fleck, muss sich diese Arbeit einen weiteren blinden Fleck darin leisten, nicht ausführlich auf den „Habitus bzw. auf im Design (von Software, Daten und Netzwerken, Anm. d. Verf.) sich dokumentierende konjunktive Erfahrungsräume“⁴⁷⁵ eingegangen zu sein, der manche Forscher bereits von der Profession der Informatiker sprechen lässt⁴⁷⁶. In der Erforschung dieser Erfahrungsräume und ihrer Bedeutung für das konkrete Vorkommen der Digitalisierung in der sozialen Praxis könnten neue Erkenntnisse zu elektrischen Medien gewonnen werden.

Anstatt diese Arbeit aber nur in methodischen Überlegungen münden zu lassen, soll im Folgenden nun im Bewusstsein der blinden Flecken der vorhergegangenen Untersuchungen eine letzte Aufleitung angestrengt werden: von der Erforschung der Folgenhaftigkeit von Digitalisierung für die ärztliche professionelle Praxis auf die Ebene der Folgenhaftigkeit für die professionelle Praxis in einem generelleren Sinne.

Aufleitungen aus der Welt der Ärzte für die professionelle Praxis

Als „active metaphors“⁴⁷⁷ übersetzen elektrische Medien dezentral Erfahrungen in Informationen⁴⁷⁸. Dabei greifen sie insbesondere auch auf die Einverleibung anderer Medien wie die Schrift zurück, die sequenzialisiert, was „quick and implicit in the spoken word“⁴⁷⁹ vorkommt. Darüber hinaus werden auch Bilder und Zahlen genutzt, wobei letztere als „visual abstractions“⁴⁸⁰ den „sense of touch“⁴⁸¹ unter einander medial erweitern und dadurch separieren, und uns so von unseren Gegenübern entkoppeln. Dadurch wird die schon der Schrift eigene Separierung zwischen Mitteilungen und deren Kontext verstärkt. Elektrische Medien erweitern dementsprechend in einem neuen Maße menschliche Leiblichkeit und haben dadurch und aufgrund der mit ihr

⁴⁷⁵ Jörissen (2017), S. 443.

⁴⁷⁶ Vgl. Lucas & Weckert (2013).

⁴⁷⁷ McLuhan (2010), S. 63.

⁴⁷⁸ Vgl. hierzu u.a. McLuhan (2010), S. 393 f.

⁴⁷⁹ McLuhan (2010), S. 85.

⁴⁸⁰ McLuhan (2010), S. 122.

⁴⁸¹ McLuhan (2010), S. 116.

senkenden Komplettierungsnotwendigkeiten in interaktiven Situationen einen aufheizenden Effekt auf die relativ kühlen interaktiven Erfahrungsräume professioneller Praxis. Heiße Medien werden in einer relativ kühlen Kultur eingesetzt, und fordern diese, wie schon von McLuhan gezeigt,⁴⁸² heraus. Wenn sich also die professionellen Erfahrungsräume medial aufheizen, welche Folgen kann dies dann für die professionelle Praxis im Allgemeinen nach sich ziehen?

Wie schon oben gezeigt wurde, macht Aufheizung des relativ kühlen professionellen Erfahrungsraums durch die damit zusammenhängende Senkung der Interaktivität Prozesse der Einverleibung des Klienten und seiner Krise durch den Professionellen unwahrscheinlicher, und mit ihr die feste Kopplung zwischen dem Fall und der Person des Klienten. Folglich geraten die interaktiven Hermeneutiken durch den Professionellen, die erst die soziale Intelligenz des Professionellen sowohl in einem wissenschaftsmäßigen wie ethischen Sinne ermöglichen, unter Druck. Interaktive Selektivität, die auch Ambivalenzen und Mehrdeutigkeiten prozessiert, und Verhalten als Resultat von Verstehen und nicht bloßer Kontrolle behandeln kann, wird somit je nach Kontext mehr oder weniger durch die in elektrischen Medien explizit angelegte Selektivität ersetzt. Damit tritt die elektrisch selektive Einverleibung des Klienten zumindest in Anteilen an die Stelle der interaktiven selektiven Einverleibung, und bedarf eines neuen impliziten Medienpraxiswissens, um so ausbalanciert zu werden, dass weiterhin eine interaktive Hermeneutik des Klienten und seines Falls möglich wird.

Die Perspektivität der elektrischen Medien baut dabei auf expliziten Kategorisierungen auf, die mit Grenz- und Schwellwerten eigene normative Aussagen über im jeweiligen Systembezug des Professionellen dominante Zustände bzw. Situationen beinhalten. Damit verlagern elektrische Medien implizit den Aufmerksamkeitsschwerpunkt von professionellen distalen Termen und entsprechenden Entitäten auf einzelne Einzelheiten ihrer proximalen Terme, und wandeln diese genau hierdurch in distale Terme um. Einzelne Merkmale und Einzelheiten werden nun normativen Bewertungen zuführbar, wodurch das Risiko entsteht, dass die Leistung des Professionellen, vor lauter Bäumen im Sinne des Funktionssystems noch den Wald zu sehen,

⁴⁸² Vgl. McLuhan (2010), S. 33 f., der den Kontrast zwischen Medien und ihren umgebenden Kulturen aufmacht, und als Folgen des Einsatzes heißer Medien in kühlen Kulturen Situationen der Nicht-Akzeptanz der Medien und der Enttäuschung beschreibt.

aufgelöst wird, und beim Fokus auf einzelne Bäume der Wald als solcher, und damit der Zusammenhang zwischen dem Fall und der Person des Klienten verloren geht.

Dass diese auf professionelle Erfahrungsräume drückende Umordnung der Relation zwischen distalem und proximalem Term Folgen auf die darauf basierende professionelle Praxis haben dürfte, wurde bereits oben an der ärztlichen Profession dargestellt. Da diese Umordnungen aber gerade in den professionalisierten Bereichen der Gesellschaft ansetzen, denen eine besondere ethische Relevanz zugesprochen wird, weil hier Individuen krisenhaft vulnerabel auftreten, sind diese umso relevanter. Und sie lassen Fragen danach, welches implizite Wissen und welche implizite Ethik durch andere Formen ersetzt werden, auch trotz, bzw. gerade aufgrund der Neutralitäts- und Objektivitätsbehauptungen digitaler Medien⁴⁸³ als umso brisanter erscheinen.

Die mediale Aufheizung könnte damit in eine Situation führen, in der auf die nach von Foerster unentscheidbare Frage danach, auf welcher Seite des Gucklochs man sich verortet, eher die Antwort-Alternative eines ‚Hinter dem Guckloch, in dem ich mich beobachtend außerhalb der Welt befinde‘ wahrscheinlich wird als die Antwort ‚Vor dem Guckloch, und damit auf der aktiven Seite des Gucklochs auf dem ich mit jedem Verhalten in die Welt eingreife und für dieses Eingreifen in Situationen der Unentscheidbarkeit Verantwortung trage‘. Denn mit der Überziehung des professionellen Erfahrungsraums mit expliziten Wissensbeständen und entsprechenden Orientierungen geht auch eine Explizierung des Selbstverhältnisses des Professionellen einher und drückt über „Du sollst...“-Aussagen auf die professionelle Praxis, in der es aufgrund der derart aufgebauten Verantwortlichkeiten schwieriger wird, sich auf die implizite Aushandlung von Normativität einzulassen und sich hierfür abzusichern.

Die Prämisse der Substituierbarkeit impliziten Wissens durch explizites Wissen wird vor dem Hintergrund der dargestellten Bedeutung impliziten Wissens und impliziter Ethik für die professionelle Praxis fraglich, auch wenn von Seiten der Pädagogik über Techniken der Notationssysteme⁴⁸⁴ oder den Muster-Ansatz von Christoph Alexander⁴⁸⁵ versucht wird, mögliche Formen solcher Explizierungen zu plausibilisieren.

⁴⁸³ Vgl. Morozov (2013).

⁴⁸⁴ Vgl. Baumgartner & Gruber-Muecke (2017), S. 62 f.

⁴⁸⁵ Vgl. Baumgartner & Gruber-Muecke (2017), S. 64 f.

Denn der blinde Fleck dieser Explizierungsanstrengungen besteht darin, dass Bewegungen der unmittelbaren Übersetzung von Implizitem in Explizites als Prämisse eines Verständnisses des zu explizierenden Impliziten bedürfen.⁴⁸⁶ Hinter diese Prämisse schaffen es auch diese Methoden nicht, was umso mehr dazu verleiten muss, die Aufmerksamkeit auf mit solchen Übersetzungen zwangsläufig einhergehende Umbauten in den Wissensstrukturen zu verlegen.

Die über elektrische Medien einziehende Heterogenisierung in den Zielwerten der professionellen Praxis spiegelt sich auch in Definitionsversuchen eben jener Zielwerte wieder, wie dies auch von Gigerenzer et al. exemplarisch für den Begriff der Gesundheit versucht wird⁴⁸⁷. Denn wo Lösungen programmiert werden, müssen zuvor Zielwerte definiert werden. Wenn nun diese Definitionen jeweils abstrakt durch die Konstrukteure der unterschiedlichen Digitalisierungsformen vorgenommen werden, wird es zugleich ungleich herausforderungsvoller, dass sich implizite Verständnisse dieser Zielwerte wie der Gesundheit durchsetzen. Sind solche Werte wie die Gesundheit implizit, da das eigene Gesundsein, solange es besteht, von sich selbst „stillschweigend vorausgesetzt“⁴⁸⁸ und erst in der Krankheit als Gewesenes beobachtbar wird, und nun über die jeweiligen Apps explizite Definitionen von Gesundheit vertreten werden, kommt es zu einer Situation der Konkurrenz zwischen der trotz des dezentralen Anscheins relativ zentral programmierten Zielwert-Definitionen verschiedener Digitalisierungsformen und der dezentralen Aushandlung individueller impliziter Gesundheits-/Krankheits-Differenzen zwischen Patient und Arzt.

Dabei drohen letztere ihrerseits aufgrund der Folgen elektrischer Medien für die Interaktivität des professionellen Erfahrungsraums die Kompetenz zu verlieren, diese Aushandlungen zu navigieren. Entspringt die Gesundheitsleistungen homogenisierende Kraft heute noch vor allem dem konjunktiven Erfahrungsraum zwischen Arzt und Klienten und der Konsultation unter Ärzten, könnte dies in Zukunft vor allem den Explizierungen elektrischer Medien mit ihren kaum erfassbaren Dimensionen des

⁴⁸⁶ Vgl. hierzu auch Polanyi (2016), S. 27.

⁴⁸⁷ Vgl. Gigerenzer et al. (2016), S. 5; als weiteres Beispiel kann auch die groß angelegte Forschung des Fraunhofer-Instituts für Fabrikbetrieb und -Automatisierung (IFF) gelten, für Mensch-Roboter-Kollaborationen Schmerz in der Form von Belastungsgrenzen zu definieren, um die Sicherheitszonen von Robotern programmierbar zu machen. Vgl. hierzu IFF (2017).

⁴⁸⁸ Vgl. Schnell (2017), S. 110.

Nichtwissens um deren Konstruktion entstammen. Dies könnte auch in anderen Professionen einen Wechsel von der interaktiven und damit relativ individualisierten Aus- handlung von Zielwerten zu abstrakten und nur lose mit individuellen Klienten gekop- pelten Programmierungen bedeuten.

Diese Entwicklung erinnert in ihren Anfängen an die von Hayek gegen die planwirt- schaftliche Steuerung der Ökonomie in Stellung gebrachte Kritik, wonach die markt- wirtschaftliche Ökonomie in dem Sinne überlegen sei, dass sie lokal verteiltes Wis- sen über Knappheiten und deren spezifischen Gründe über entsprechende Kauf- und Verkaufsentscheidungen im Preissystem aggregiert, damit die gegenseitige Be- obachtung ökonomischer Akteure über Preise erlaubt, und es so individuellen Akteu- ren ermöglicht, intelligent über ihre Knappheitsproblematiken und entsprechende ökonomische Pläne zu entscheiden, ohne dafür alle Marktteilnehmer einzeln be- obachten müssen.⁴⁸⁹ Wird dieses Argument auf das Vordringen elektrischer Medien in die professionelle Praxis umgelegt, steht zu befürchten, dass sich der funktions- systemspezifische professionelle Zielwert nicht mehr über die von individuellen pro- fessionellen Erfahrungsräumen mit Klienten kontextualisierten konjunktive Erfah- rungsräume zwischen Professionellen und die von dort ausgehenden Individualisie- rungen in Erfahrungsräumen mit Klienten relativ dezentral definiert, sondern in neuen relativ zentralen expliziten Definitionen vorgegeben wird, ohne sich hierfür in einem mit interaktiver professioneller Praxis vergleichbarem Maße mit Klienten rückzukop- peln.

Die von Freidson hoffnungsvoll als dritte Logik beschriebene Logik der Professionel- len droht also durch die zweite Logik, die der zentralen Planung, riskiert zu werden,⁴⁹⁰ auch wenn im Gegensatz zu Hayeks zeitlichem Kontext nun nicht mehr der Staat Ur- sprung der zentralen Planungsinhalte ist, sondern die von der Praxis relativ abge- setzten Programmierungsteams und ihre Organisationen. Doch besteht die Möglich- keit, dass ein mit dem Medien-Einsatz entstehendes neues implizites Wissen um den richtigen Einsatz der Medien und deren Selektion diese Entwicklung zugunsten eines

⁴⁸⁹ Vgl. Hayek (1945).

⁴⁹⁰ Vgl. Freidson (2001), S. 1f.

Verbleibs in relativ dezentral intelligenten Professionsverhältnissen ausbalancieren könnte.

Derweil lässt sich an der Diskursformation zu Fragen der Einführung neuer Formen der Digitalisierung ein Aufeinanderprallen von Positionen der *institutional ethics* mit Positionen der *practice ethics* beobachten. Während die Digitalisierungs-Enthusiasten in der Digitalisierung eine folgenschwere Verbesserung der Umweltbedingungen professioneller Arbeit sehen, und dies auch mit Zahlen über die gesteigerte utilitaristische Leistungsfähigkeit des Systems zu belegen versuchen,⁴⁹¹ behaupten andere Beobachter den Wert des Status quo der Praxis und dessen Interaktivität.⁴⁹² Soziologische Analysen verkomplizieren eine Parteinahme für eine der beiden Seiten, weil durch solche Parteinahmen die Dilemmata-Situation, es bei der Digitalisierung mit unentscheidbarer Fragen zu tun zu haben, in den blinden Fleck verschoben werden. Denn die ethische Gestaltung von Umweltbedingungen der professionellen Praxis kann nicht von der sich in und aus der Praxis ergebenden Ethik getrennt werden; auch nicht durch das Vorhalten von Abstraktionen wie utilitaristischen Rechnungen. So lassen sich beispielsweise für die ärztliche Profession Fälle denken, in denen eine Senkung von Fehldiagnosen durch Watson von einem abnehmenden Gesundheitsgefühl medizinisch geheilter Patienten und einer Untergrabung von Patienten-Autonomie begleitet werden könnte. Oder, wie Evetts zeigt, die nun durch elektrisch unterstützte Standardisierung von Arbeitsabläufen schlechte professionelle Praxis zu kontrollieren ermöglicht, dabei aber für „creative, innovative and inspirational professional[s]“⁴⁹³ einen negativen Anreiz darstellen könnte. Umgekehrt könnte eine digital unterstützte Behandlung von Fällen wie normalen Hustens ärztliche Arbeitskapazitäten dafür freimachen, sich besonders krisenhaften Fällen verstärkt interaktiv zuzuwenden. Obwohl also eine Unterscheidung zwischen *institutional ethics* und *practice ethics* analytisch Sinn machen kann, erscheint sie in Entscheidungszusammenhänge eingebracht als höchstrisikant, weil sich zwischen beiden ein zirkuläres Verhältnis aufspannt.

⁴⁹¹ Siehe hierzu die bei Gigerenzer et al. geäußerten Hoffnungen auf einen Rückgang von Überdiagnosen und -behandlungen im Zuge der Digitalisierung, dies. (2016), S. 23 f. & 30 ff.

⁴⁹² Vgl. hierzu exemplarisch die Auseinandersetzung zwischen Markus Müschenich, Vorstand im Bundesverband Internetmedizin, und dem Vorsitzenden des Marburger-Bunds Frank Ulrich Montgomery zur Frage, wie weit die Digitalisierung gehen kann, bzw. gehen soll, Aerzteblatt.de (2016).

⁴⁹³ Evetts (2011), S. 415.

In der Praxis selbst wird ein Phänomen des Crowding-out impliziten Wissens aufgrund neuer sich durch verschiedene Formen der Digitalisierung aufbauender Basen kommunikativ generalisierten Wissens wahrscheinlich. Denn über diese neuen Wissensbasen können Laien semantisch mit Professionellen gleichziehen und so explizit verlaufende Kommunikationen initiieren, in denen die Asymmetrie im Bereich des expliziten Wissens schwimmt, und damit nicht mehr dafür genutzt werden kann, das implizite sich Explizierungen entziehende Wissen auf Professions-Seite zu schützen.

Auch dies stellt eine Unterbrechung des professionellen Erfahrungsräume noch abschirmenden Strukturzusammenhangs dar, die professionelle Praxis mit in einem relativ intimem Raum interaktiv gemachten Erfahrungen zwischen Professionellem und Klient zu koppeln. Dieser Modus wird in Frage gestellt, da die Digitalisierung eine Übersetzung von Selbst-Erfahrungen des Klienten und Erfahrungen im professionellen Erfahrungsraum in Informationen bewirken, die dann als Expliziertes auf die professionelle Praxis drücken. Dementsprechend ist eine solche durch elektrische Medien bewirkte Aufheizung besonders dort gefährlich, wo in professioneller Praxis Krisen verhandelt werden, die auf die professionellen impliziten Wissensbestände und das Greifen der damit verbundenen impliziten Ethik angewiesen sind. Umso wichtiger wird es damit, gerade in schweren Fällen die Ethik erst ermöglichenden Qualitäten der Interaktivität und Unsicherheit zu betonen, und die Digitalisierung hieran so zu orientieren, dass Interaktivität und Unsicherheit nicht so verzerrt oder aufgehoben werden, dass die Hermeneutik des Anderen und seiner Krise unwahrscheinlicher gemacht werden würde.

Wenn also Polanyi schon zur Mitte des 20. Jahrhunderts die Wissenschaft davor warnt, den objektiven Wissenschaften das Feld zu überlassen und damit „implizite Gedanken“ als „unentbehrlichen Bestandteil allen Wissens“ zu beseitigen, was auf eine „Zerstörung allen Wissens hinauslaufen“ würde und den „Ursprung verheerender Trugschlüsse“⁴⁹⁴ bilden könnte, kann diese Warnung auch den Umgang mit der

⁴⁹⁴ Polanyi (2016), S. 27.

Digitalisierung informieren. Denn wie Polanyi an der Erstellung einer „mathematische[n] Theorie des Froschs“⁴⁹⁵ beispielhaft zeigt, setzt eine Formalisierung von Wissen immer schon das implizite Wissen um den zu erhebenden Gegenstand voraus,⁴⁹⁶ wodurch ein Vorgang der über Formalisierungen verlaufenden Beseitigung des Impliziten sich selbst aufheben würde, und damit das Niveau gesellschaftlicher Ausdifferenzierung und sozial vorgehaltener Intelligenz absenken könnte. Gleichwohl könnte gerade dies die Digitalisierung weiterer sozialer Zusammenhänge attraktiver erscheinen lassen. Einfache Vorgänge lassen sich einfacher digitalisieren als komplexe Vorgänge.

Auf die Digitalisierung übertragen legt Polanyi so eine Dystopie zu einer Digitalisierung vor, die Objektivität und Neutralität behauptet, und in der Ignoranz gegenüber der Implizitheit sozialer Praxis diese dann als Nebenfolge mit dem Rückbau an Interaktivität auch dort beseitigt, wo es um persönliche und autonom nicht bewältigbare Krisen geht.⁴⁹⁷ Angesichts dieser Dystopie der Digitalisierung gilt es die von Polanyi noch unbeantwortete „Schwierigkeit ... eine tragfähige Alternative zum Ideal der Objektivität zu finden ... auf die uns Theorie des impliziten Wissens vorbereiten sollte“⁴⁹⁸. Eine solche Alternative zum Ideal der Übernahme neutraler und objektiver Formen der Digitalisierung in die professionelle Praxis stellt das Ideal der interaktiven Hermeneutik des Klienten und seiner Krise über den Modus der Einverleibung dar. Nur wenn dieses zweite Ideal auch gewürdigt wird, indem es in den dichotomen Diskurs um die Folgen der Digitalisierung für die professionelle Praxis als analytische Fundierung der von Freidson beschriebenen *practice ethics* und deren Verknüpfung

⁴⁹⁵ Polanyi (2016), S. 27.

⁴⁹⁶ Vgl. Polanyi (2016), S. 27.

⁴⁹⁷ Vgl. hierzu die von Oevermann (2000, S. 41) analysierte Rolle von Ärzten in der SS, die wohl die radikalste Form einer solchen Verdrängung impliziter Ethik darstellt. Danach erklärt er deren menschenfeindliches Verhalten damit, dass diese die „für Deutschland spezifische ingenieurielle Tüchtigkeitsmentalität“ übernommen und in der Folge „waren die Ärzte, insbesondere die Chirurgen, in Deutschland ein hoch angesehener Berufsstand nicht so sehr wegen ihrer Souveränität als menschlich zugewandte, den Einzelfall in seiner biographischen Gesamtlage thematisierende Instanzen der stellvertretenden Krisenbewältigung, sondern vor allem als Ingenieur des Organismus gepaart mit der Aura des Herrschers über Leben und Tod aufgrund einer technischen Kompetenz – eben ‚Halbgötter in Weiß‘“.

⁴⁹⁸ Polanyi (2016), S. 31.

mit den *institution ethics* eingeführt wird, wird der Umbau impliziten Wissens und impliziter Ethik durch die Digitalisierung selbst als ethisch relevante Entscheidung beobachtbar.

Angesichts der allseits anerkannten Wichtigkeit von ethischen Ansprüchen wie des hippokratischen Eids kann eine solche Position die implizite Voraussetzungshaf-tigkeit desjenigen Verhaltens herausarbeiten und betonen, das auf die Beobachtbar-keit solcher ethischen Ansprüche in der professionellen Praxis einzahlt, weil sie die Lücke der ethischen Ansprüche zur Praxis erst performativ füllen. Dieser Position sollten wir uns gewahr werden, da sich kaum sagen lässt, was kommt, sollte dieses Implizite erst verloren sein. Auch wenn mit McLuhan „humor and play“⁴⁹⁹ als kulturelle Strategien in Situationen des Eindringens heißer Medien in kühle Kulturen helfen können, würden sie in ethisch heißen Situationen der stellvertretenden Krisenbewälti-gung wohl als ignorante Strategien enttäuschen. Denn hier geht es um mehr.

Umso mehr ist an dieser Stelle an Wittgenstein anzuschließen, wenn sein Verständ-nis von „sprechen“ mit Vorgängen des Explizierens gleichgesetzt werden kann: „Wo-von man nicht sprechen kann, darüber muß man schweigen.“⁵⁰⁰ Denn das sich Expli-zierungen entziehende Implizite, so hofft diese Arbeit gezeigt zu haben, hat gerade in der professionellen Praxis den Anspruch, geschützt zu werden. Bleibt dem wissen-schaftlichen Beobachter nur zu hoffen, dass sich auch die Programmierer des Silicon Valleys Wittgensteins Proposition annehmen.

⁴⁹⁹ McLuhan (2010), S. 33.

⁵⁰⁰ Wittgenstein (2016), 7.

Literaturverzeichnis

- Abbott, A. (1988), *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago/London: The University of Chicago Press.
- Ärztlich-nachrichtendienst Verlags-AG (ÄND) (2017), *Digitalisierung im Gesundheitswesen: Das denken die Ärzte wirklich*, abgerufen am 29.07.2017 unter: <http://www.presseportal.de/pm/61299/3653827>.
- Aerzteblatt.de (2016), *Digitalisierung: Ärzte erwarten Veränderungen*, 24.11.2016, abgerufen am 29.07.2017 unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/71622/Digitalisierung-Aerzte-erwarten-Veraenderungen>.
- Atzeni, G. & Groddeck, V. v. (2015), Die Veränderung ärztlicher Professionsnarrationen: Ansatzpunkte zur Entwicklung einer komplexitätssensiblen Krankenhausforschung, in: Bode, I. & Vogd, W. (Hrsg.), *Mutationen des Krankenhauses: Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*, Wiesbaden, S. 67-83.
- Baecker, D. (1987), Das Gedächtnis der Wirtschaft, in: Baecker, D. u.a. (hrsg.), *Theorie als Passion: Niklas Luhmann zum 60. Geburtstag*, Frankfurt am Main, S. 519-546.
- Baecker, D. (1988), *Information und Risiko in der Marktwirtschaft*, Frankfurt am Main.
- Baecker, D. (1999), *Die Form des Unternehmens*, Frankfurt am Main.
- Baecker, D. (2005), *Form und Formen der Kommunikation*, Frankfurt am Main.
- Baltzer, S. (2017), *Der heiße Draht zum Hausarzt*, 04.03.2017, abgerufen am 31.07.2017 unter: <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/baden-wuerttemberg-testet-online-behandlungen-14895131.html>.
- Baumgartner, P. & Gruber-Muecke, T. (2017), Externalisierung und Kommunikation von Tacit Knowledge, in: Kraus, A., Budde, J., Hietzge, M. & Wulf, C. (hrsg.): *Handbuch Schweigendes Wissen: Erziehung, Bildung, Sozialisation und Lernen*, Weinheim: Beltz Juventa, S. 57-68.

- Beiliger, A. & Krieger D. J. (2016), *Organizing Networks: An Actor-Network Theory of Organizations*, Bielefeld.
- Berg, M. (2008), Praktiken des Lesens und Schreibens: Die konstitutive Rolle der Patientenakte in der medizinischen Arbeit, in: Saake, I. & Vogd, W. (Hrsg.): *Moderne Mythen der Medizin: Studien zur organisierten Krankenbehandlung*, S.63-85.
- Berufsverband Deutscher Endokrinologen (BDE), Digitalisierung unter Zwang: das eHealth-Gesetz soll das deutsche Gesundheitssystem schrittweise zukunftstauglich machen, *Der Diabetologe*, 2016(2), S. 142-143.
- bitkom (2017a), *Ärzte sind offen für die digitale Zukunft*, 08.06.2017, abgerufen am 31.07.2017 unter: <https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Aerzte-sind-offen-fuer-die-digitale-Zukunft-der-Medizin.html>.
- bitkom (2017b), *Markt für Digital Health mit großem Wachstumspotenzial*, 27.03.2017, abgerufen am 31.07.2017 unter: <https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Markt-fuer-Digital-Health-mit-grossem-Wachstumspotenzial.html>.
- Bohnsack, R. (2000), Gruppendiskussion, in: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (hrsg.): *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*, Kapitel 5.4, Reinbeck, S. 369-384.
- Bohnsack, R., Loos, P., Städtler, K. & Wild, B. (1995), *Die Suche nach Gemeinsamkeit und die Gewalt der Gruppe: Hooligans, Musikgruppen und andere Jugendcliquen*, Opladen.
- Bohnsack, R. (2016): Konjunktiver Erfahrungsraum, Regel und Organisation. In Amling, S. & Vogd, W. (hrsg.), *Dokumentarische Organisationsforschung - Perspektiven der praxeologischen Wissenssoziologie*, Opladen, S. 239-255.
- Bourdieu, P. (1997) [1993], *Sozialer Sinn: Kritik der theoretischen Vernunft*, übersetzt von Günter Seib, 2. Aufl., Frankfurt am Main.
- Brandstetter, G. & Redl, B. (2016), *Watson: Roboterarzt als Gehilfe*, 11.12.2016, abgerufen am 31.07.2017: <http://derstandard.at/2000042916955/Watson-Roboterarzt-als-Gehilfe>.

- Brandt, M. (2017), *Sprechstunde bei Doktor Google*, 14.03.2017, abgerufen am 30.07.2017 unter: <https://de.statista.com/infografik/8497/nutzung-des-internets-fuer-gesundheits-informationen/>.
- conHIT (2017), *Gewinner-App kontrolliert den Rhythmus des Herzens*, 27.04.2017, abgerufen am 31.07.2017 unter: <https://www.medizintechnologie.de/aktuelles/nachrichten/2017-2/gewinner-app-kontrolliert-den-rhythmus-des-herzens/>.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1993), *Die Zwänge kollektiven Handelns: Über Macht und Organisation*, Übers. von Erhard Friedberg und Steffen Stelzer, Neuausgabe, Frankfurt am Main.
- Fraser, N. (1998), *Neural network Follies*, abgerufen am 16.08.2017 unter: <https://neil.fraser.name/writing/tank/>.
- Die Techniker (2017), *TK: Mehr Zeit für Arzt-Patienten-Gespräch durch Bürokratieabbau und Digitalisierung*, 30.03.2017, abgerufen am 31.07.2017 unter: <https://www.tk.de/tk/regional/rheinland-pfalz/pressemitteilungen/954456>.
- Dockweller, C. & Razum, O. (2016), Digitalisierte Gesundheit: neue Herausforderungen für Public Health, *Gesundheitswesen*, 2016(78), S. 5-7.
- dpa (2017), *Ärzte: Chancen und Risiken der Digitalisierung*, 24.05.2017, abgerufen am 29.07.2017 unter: http://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/politik/nachricht-detail-politik/aerztetag-telemedizin-aerzte-chancen-und-risiken-der-digitalisierung/?tx_ttnews%5BsView-Pointer%5D=2&cHash=e59dcb731ad4840dcdd90cda837afea1.
- Eisenhardt, K. M. (1989), Building Theories from Case Study Research, *Academy of Management Review*, 14(4), S. 532-550.
- Eisenhardt, K. & Graebner, M. (2007), Theory Building from Cases: Opportunities and Challenges, *Academy of Management Journal*, 50(1), S. 25-32.
- Ekkernkamp, A. (2016), *Big Data – eine große Chance für die Medizin*, 16.08.2016, abgerufen am 29.07.2017 unter: <http://www.tagesspiegel.de/wissen/digitale-revolution-big-data-eine-grosse-chance-fuer-die-medizin/14014876-all.html>.

- Elliott, P. (1972), *The Sociology of the Professions*, London/Basingstoke.
- Evetts, J. (2011), A new professionalism? Challenges and opportunities, *Current Sociology*, 59(4), S. 406-422.
- EPatient RSD (2017), *Pressemitteilung zum 6. EPatient Survey 2017*, 03.05.2017, abgerufen am 31.07.2017 unter: http://epatient-rsd.com/wp-content/uploads/2017/05/PM_EPatientSurvey2017.pdf.
- Ferrin, N. (2017), Mediale (Spiel-)Techniken, in: Kraus, A., Budde, J., Hietzge, M. & Wulf, C. (Hrsg.): *Handbuch Schweigendes Wissen: Erziehung, Bildung, Sozialisation und Lernen*, S. 479-490.
- Feuerstein, G. (2008), Die Technisierung der Medizin: Anmerkungen zum Preis des Fortschritts, in: Saake, I. & Vogd, W. (Hrsg.): *Moderne Mythen der Medizin: Studien zur organisierten Krankenbehandlung*, S.161-188.
- Fraunhofer-Institut für Fabrikbetrieb und -Automatisierung (IFF) (2017), *Kollisionsuntersuchungen für die Mensch-Roboter-Interaktion*, abgerufen am 28.08.2017 unter: <https://www.iff.fraunhofer.de/content/dam/iff/de/dokumente/publikationen/kollisionsuntersuchungen-fuer-mensch-roboter-interaktion-fraunhofer-iff.pdf>.
- Frisé, M. (2017), *So wenig Kontakt zum Patienten wie möglich*, 19.03.2017, abgerufen am 31.07.2017 unter: http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/patient-berichtet-von-der-hochtaunus-klinik-in-bad-homburg-14931355.html?printPagedArticle=true#pageIndex_2.
- Fuchs, M. (2016), *Der digitale Doktor*, 13.06.2016, abgerufen am 29.07.2017 unter: http://www.faz.net/aktuell/beruf-chance/arbeitswelt/koennen-computer-aerzte-anwaelte-und-wirtschaftspruefer-ersetzen-14282103.html?printPagedArticle=true#pageIndex_2.
- Geißler, R. (2017), *Telemedizin als Lösung gegen Ärztemangel?*, abgerufen am 29.07.2017, unter: <http://www.mdr.de/nachrichten/wirtschaft/regional/telemedizin-altenpflege-landaerzte-junge-gruender-100.html>.

- Garibaldi, J. M., Kai, J., Reps, J., Qureshi, N., Weng, S. F. (2017), Can machine-learning improve cardiovascular risk prediction using routine clinical data?, *PLoS One*, 12(4).
- Gersch, M. & Wessel, L. (2015), 07.07.2015, *Enzyklopädie der Wirtschaftsinformatik – Online-Lexikon*, abgerufen am 30.07.2017 unter: <http://www.enzyklopaedie-der-wirtschaftsinformatik.de/wi-enzyklopaedie/lexikon/informationssysteme/Sektorspezifische-Anwendungssysteme/Gesundheitswesen--Anwendungssysteme-im/e-health-und-health-it>.
- Giddens, A. (1990), *The Consequences of Modernity*, Cambridge.
- Gigerenzer, G., Schlegel-Matthies, K. & Wagner, G. G. (2016), *Digitale Welt und Gesundheit. eHealth und mHealth – Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitsbereich*, Sachverständigenrat für Verbraucherfragen (SVRV), 47.
- Gohl, C. (2017), *Wie kommt das Gute in die Digitalisierung?*, 05.04.2017, Präsentation beim „Pilotworkshop Silicon Valley“ im Forum Scientiarum an der Universität Tübingen.
- Grätzel, P. (2017), *Patientenakte der Techniker Krankenkasse wird von IBM gebaut*, 17.02.2017, abgerufen am 31.07.2017 unter: <http://e-health-com.de/details-news/patientenakte-der-techniker-krankenkasse-wird-von-ibm-gebaut/3d13c1837d132e283f8ad1cf77f61604/>.
- Grolle, J., Oehmke, P. & Scheuermann, C. (2017), United States of Heroin, *Der Spiegel*, 33/2017.
- Hannemann, M. (2014), Der Vorratsdatenspeicher, *brand eins*, Ausgabe 03/2014, abgerufen am 01.08.2017 unter: <https://www.brandeins.de/archiv/2014/beobachten/der-vorratsdatenspeicher/>.
- Hayek, F. A. (1945), The Use of Knowledge in Society, *The American Economic Review*, 35(4), S. 519-530.
- IWW (2017), *Studie: Ärzte arbeiten zu lange am Computer*, 10.02.2017, abgerufen am 31.07.2017 unter: <https://www.iww.de/oh/management/arbeitszeit-studie-aerzte-arbeiten-zu-lange-am-computer-n101844>.

- Jansen, T., von Schlippe, A. & Vogd, W. (2015), Kontexturanalyse – ein Vorschlag für rekonstruktive Sozialforschung in organisationalen Zusammenhängen, *Forum: Qualitative Sozialforschung (FQS)*, 17(1).
- Jens (2017), *Project Baseline. Google-Schwester Verily möchte ‚Perfekte Gesundheit‘ mit 300 Mio. Dollar-Studie neu definieren*, 19.04.2017, abgerufen am 31.07.2017 unter: <https://www.googlewatchblog.de/2017/04/project-baseline-google-schwester/>.
- Jörissen, B. (2017), Einführung: Digitale Medialität und implizites Wissen, in: Kraus, A., Budde, J., Hietzge, M. & Wulf, C. (hrsg.): *Handbuch Schweigendes Wissen: Erziehung, Bildung, Sozialisation und Lernen*, Weinheim, S. 439-447.
- Kraus, A. (2017), Einführung ‚Schweigendes‘ Wissen, in: Kraus, A., Budde, J., Hietzge, M. & Wulf, C. (hrsg.): *Handbuch Schweigendes Wissen: Erziehung, Bildung, Sozialisation und Lernen*, Weinheim, S. 18-28.
- Krüger-Brand, H. E. (2017), Digitalisierung: Ärzte stellen Weichen für die Zukunft, *Deutsches Ärzteblatt*, 114(22-23), abgerufen am 29.07.2017 unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/189263/Digitalisierung-Aerzte-stellen-Weichen-fuer-die-Zukunft>.
- Larsen, M. S. (1977), *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*, Berkeley/Los Angeles/London.
- Latour, B. (2014), *Existenzweisen: Eine Anthropologie der Modernen*, Berlin.
- Lucas, R. & Weckert, J. (2013), *Professionalism in the Information and Communication Technology Industry*, Acton (AU).
- Ludwig, K. (2017), *Ärzte fordern mehr Engagement gegen Cyberangriffe auf Patientendaten*, 26.05.2017, abgerufen am 29.07.2017 unter: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/deutscher-aerztetag-aerzte-fordern-mehr-engagement-gegen-cyberangriffe-auf-patientendaten-1.3520720>.
- Luhmann, N. (1984), *Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie*, Frankfurt am Main.

- Luhmann, N. (1988), *Die Wirtschaft der Gesellschaft*, Frankfurt am Main.
- Luhmann, N. (1999), *Funktionen und Folgen formaler Organisation*, Berlin.
- Luhmann, N. (2000), *Organisation und Entscheidung*, Wiesbaden.
- Luhmann, N. (2002), *Das Erziehungssystem der Gesellschaft*, Lenzen, D. (hrsg.), Frankfurt am Main.
- Luhmann, N. (2003), *Soziologie des Risikos*, unveränderter Nachdruck, Berlin.
- Luhmann, N. (2011), Strukturauflösung durch Interaktion. Ein analytischer Bezugsrahmen, *Soziale Systeme*, 17(1), S. 3-30.
- Malinowski, B. (2005), *Eine wissenschaftliche Theorie der Kultur*, übers. von Fritz Levi, mit einer Einleitung von Paul Reiwald, 2. Aufl., Frankfurt am Main.
- Manzei, A. (2009), Neue betriebswirtschaftliche Steuerungsformen im Krankenhaus: wie durch die Digitalisierung der Medizin ökonomische Sachzwänge in der Pflegepraxis entstehen, *Pflege & Gesellschaft*, 14(1), S. 38-53.
- Marburger Bund (2017), *Digitalisierung bietet Patienten und Ärzten neue Chancen*, 21.05.2017, abgerufen am 29.07.2017 unter: <https://www.marburgerbund.de/artikel/allgemein-pressemitteilungen/2017/digitalisierung-bietet-patienten-und-aerzten-neue-chancen>.
- McLuhan, M. (2010) [1964], *Understanding Media*, New York/London.
- Martenstein, I. & Wienke, A. (2015), *Das neue E-Health-Gesetz Was kommt zu Kliniken und niedergelassenen Ärzten zu?*, Stuttgart/New York.
- Merleau-Ponty, M. (1965), *Phänomenologie der Wahrnehmung*, Berlin.
- Mohr, M. (2017), *Dr. Internet*, abgerufen am 30.07.2017 unter: <https://de.statista.com/infografik/8499/informationsquellen-ueber-gesundheitsthemen-in-der-schweiz/>.
- Morozov, E. (2013), *Smarte neue Welt: Digitale Technik und die Freiheit des Menschen*, München.

- Niehaus, J. & Wilkesmann, M. (2017), Komplizen wider Willen. Möglichkeiten und Grenzen der Steuerung ärztlicher interaktiver Arbeit im Krankenhaus, In: Niehaus, Lukas/Käch, Oliver (Hrsg.) (2017): *Professionalität im Kontext von Institution und Organisation*, Weinheim (im Erscheinen).
- Noordegraaf, M. (2007), From „Pure“ to „Hybrid“ Professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains, *Administration & Society*, 39(6), S. 761-785.
- Oevermann, U. (2000), Mediziner in SS-Uniformen: Professionalisierungstheoretische Deutung des Falles Münch, in: Kramer, H. (Hrsg.), *Die Gegenwart der NS-Vergangenheit*, Berlin, S. 17-76.
- Ortmann, G., Sydow, J. & Windeler, A. (1997), Organisation als reflexive Strukturation, in Ortmann, G., Sydow, J. & Türk, K. (hrsg.): *Theorien der Organisation: die Rückkehr der Gesellschaft*, Opladen, S. 315-354.
- Ortmann, G. (2004), *Als Ob: Fiktionen und Organisationen*, Wiesbaden.
- Pförringer, D. (2017), *Gesundheitsnetzwerker - Visionen für die medizinische Zukunft*, 14.04.2017, Interviewt mit V. Sandberg, abgerufen am 31.07.2017: <https://www.esanum.de/today/posts/gesundheitsnetzwerker-visionen-fur-die-medizinische-zukunft>.
- Polanyi, M. (2016) [1966], *Implizites Wissen*, übers. von Horst Brühmann, 2. Aufl., Frankfurt am Main.
- Preuss, S. (2017), „Wenn die Digitalisierung läuft, nutzt sie dem Patienten“ - Das Unternehmergespräch: Dagmar Schneider, Vorsitzende der Geschäftsführung der Kliniken Schmieder, *FAZ*, 21.08.2017, S. 21.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2010), *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*, 3. korr. Aufl., München.
- Rechl, W. (2017), Digitalisierung 4.0, *Bayerisches Ärzteblatt*, 2017(6), abgerufen am 30.07.2017 unter: <http://www.bayerisches-aerzteblatt.de/inhalte/details/news/detail/News/digitalisierung-40.html>.

- Rebbert, M. (2017a), Die Selbstvermessung des Herrn P. und die Macht der Daten, 07.07.2017, *Institute for Digital Transformation in Healthcare*, abgerufen am 30.07.2017 unter: <https://www.transforming-healthcare.com/2017/07/die-selbstvermessung-des-herrn-p-und-die-macht-der-daten/>.
- Rebbert, M. (2017b), Von Wearables zu Insideables I Digitalisierung der Gesundheit, 07.07.2017, *Institute for Digital Transformation in Healthcare*, abgerufen am 30.07.2017 unter: <https://www.transforming-healthcare.com/2017/07/von-wearables-zu-insideables-digitalisierung-der-gesundheit/>.
- Thüringer Allgemeine (2017), *Ärzte fordern einheitliche Qualitätsstandards für Gesundheitsapps*, 08.07.2017, abgerufen am 29.07.2017 unter: <http://www.thueringer-allgemeine.de/web/zgt/leben/detail/-/specific/Aerzte-fordern-einheitliche-Qualitaetsstandards-fuer-Gesundheitsapps-393789559>.
- Schäffer, B. (2017), Medienvielfalt und Medienwissen: vom impliziten Medienwissen zur ‚schweigenden‘ Dimension der Algorithmen, in: Kraus, A., Budde, J., Hietzge, M. & Wulf, C. (hrsg.): *Handbuch Schweigendes Wissen: Erziehung, Bildung, Sozialisation und Lernen*, Weinheim, S. 462-478.
- Schmidt, S. (2003), *Kognitive Autonomie und soziale Orientierung. Konstruktivistische Bemerkungen zum Zusammenhang von Kognition, Kommunikation, Medien und Kultur*, 3. Aufl., Münster.
- Schmitz, C. & Berchtold, P. (2016), Zur Anatomie medizinischer Prozesse, in: Bode, I. & Vogd, W. (hrsg.), *Mutationen des Krankenhauses: Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*, Wiesbaden.
- Schnell, M. W. (2017), *Ethik im Zeichen vulnerabler Personen: Leiblichkeit – Endlichkeit – Nichtexklusivität*, Weilerswist.
- Scott, K., Richards, D., & Adhikari, R. (2015), A Review and Comparative Analysis of Security Risks and Safety Measures of Mobile Health Apps, *Australasian Journal of Information Systems*, Vol. 19.

- Soldt, R. (2017), *Bald kommt die Erstdiagnose via Smartphone*, 28.04.2017, abgerufen am 31.07.2017 unter: <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/erstdiagnosen-jetzt-auch-per-telemedizin-14992226.html>.
- Spies, H.-F. (2017), Gesetze zur Stärkung der Pflege – Neuregelungen ab 01.01.2017, *Der Gastroenterologe*, 2, S. 169-170.
- Stiglitz, J. E. (1985), Information and Economic Analysis: A Perspective, *The Economic Journal*, Conference Papers, S. 21-41.
- Van Wynsberghe, A. (2013) A method for integrating ethics into the design of robots. *Industrial Robot: An International Journal*, 40(5), S. 433-440.
- Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (VZ NRW) (2015), *Was leistet medizinischer Rat im Internet? Ergebnisse einer empirischen Untersuchung des Onlineangebots „Medizinischer Expertenrat“*, abgerufen am 01.08.2017 unter: <http://www.vz-nrw.de/mediabig/237162A.pdf>.
- Vogd, W. (2011), *Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung*, Weilerswist.
- v. Foerster, H. (2003), Ethics and Second-Order Cybernetics, in: ders. (hrsg.), *Understanding Understanding: Essays on Cybernetics and Cognition*, New York/Berlin/Heidelberg, S. 287-304.
- v. Foerster, H. & Bröcker, M. (2014) [2002], *Teil der Welt: Fraktale einer Ethik – oder: Heinz von Foersterns Tanz mit der Welt*, Heidelberg.
- v. Foerster, H. (2015) [1993], *Wissen und Gewissen*, 9. Aufl., Siegfried J. Schmidt (hrsg.), Frankfurt am Main.
- Vogd, W., *Rekonstruktive Organisationsforschung*, Manuskript 10.10.2008.
- Weick, K.E. (2001), *Making sense of the organization*, Hoboken (NJ).
- Weßling, A. (2016), Die Zeit des „unbekannten Patienten“ ist vorbei!, Interview mit Dr. Markus Müschenich, *kliniker*, 45(5), S.232-233.
- WHO (2005), Resolution WHA58.28. eHealth, Fifty-eighth World Health Assembly 16–25 May 2005, *World Health Organization*; abgerufen am 13.09.2017 unter:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf.

Wilkens, A. (2016), *IBMs Watson soll seltene Krankheiten diagnostizieren helfen*, 18.10.2016, abgerufen am 31.07.2017 unter: <https://www.heise.de/newsticker/meldung/IBMs-Watson-soll-seltene-Krankheiten-diagnostizieren-helfen-3352674.html>.

Wilkesmann, M. (2016), Von Fürsten zu Knechten, in: Bode, I. & Vogd, W. (Hrsg.), *Mutationen des Krankenhauses: Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*, Wiesbaden.

Wittgenstein, L. (1984), *Tractatus logico-philosophicus / Tagebücher 1914-1916 / Philosophische Untersuchungen*, Frankfurt am Main.

Wittgenstein, L. (1989), *Vortrag über Ethik – und andere kleine Schriften*, Joachim Schulte (Hrsg.), Frankfurt am Main.

Wittgenstein, L. (2016) [1922], *Tractatus logico-philosophicus*, 6. Aufl., basierend auf der erstmals 1989 im Suhrkamp Verlag erschienenen Kritischen Edition der Logisch-philosophischen Abhandlung, Frankfurt am Main.

Redaktion Zukunft. Kunde. (2017), *Die Digitalisierung im Gesundheitswesen: Die zweite Meinung aus dem Internet*, 29.05.2017, abgerufen am 31.07.2017 unter: <https://www.zukunftkunde.de/die-digitalisierung-im-gesundheitswesen-die-zweite-meinung-aus-dem-internet/>.

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit mit dem Thema:

„Aus implizit wird explizit? Folgen der Digitalisierung für Professionen am Beispiel der Ärzte“

selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Wörtliche wie sinngemäße Übernahmen der Gedanken Anderer habe ich an den entsprechenden Stellen der Arbeit unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Witten, den 21. September 2017