

**Das Risikofaktorenkonzept in der kardiologischen Rehabilitation.
Eine ethnographische Studie**

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. PH)
an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

vorgelegt von
Elisabeth Bergner, M.A.

Bielefeld, Mai 2014

Gutachter:

Prof. Dr. em. Bernhard Badura (Universität Bielefeld)
Prof. Dr. Gesine Grande (Universität Bremen)
Dr. PH Dipl.-Soz. Johannes Staender (Universität Bielefeld)

Danksagung

Zwei Kliniken haben mir ihre Pforten geöffnet, deren Mitarbeiter haben mich bereitwillig an ihren Veranstaltungen teilnehmen und sich interviewen lassen, sie haben über ihre Arbeit gesprochen, Patienten haben mir aus ihrem Leben und von ihrer Erkrankung erzählt – ohne das freundliches Entgegenkommen vieler Menschen hätte ich die Arbeit gar nicht beginnen können. Dafür danke ich herzlich.

Ein Graduiertenstipendium der Illa und Werner Zarnekow-Stiftung hat es mir ermöglicht, mich auf die Forschung zu konzentrieren und einen erklecklichen Teil der Datenauswertung durchzuführen; auch das eine unerlässliche Voraussetzung für das Zustandekommen der Arbeit. Vielen Dank!

Darüber hinaus habe ich vielerseits Unterstützung und Hilfe erfahren, herzlichen Dank namentlich an

Herrn Prof. Dr. em. Bernhard Badura für seine Unterstützung beim Öffnen des Feldes und beim Einstieg in die Fragestellung, für große Gelassenheit, große Linien, skeptische Fragen und für seine Bereitschaft, die Arbeit schließlich zu begutachten;

Frau Prof. Dr. Gesine Grande dafür, dass sie mich mit Lotti Huber und deren Motto „Es geht auch anders, aber so geht es auch“ bekannt gemacht hat, für kritische Anmerkungen und Anregungen und ihre Bereitschaft zur Begutachtung;

Herrn Dr. Johannes Staender für seinen unbestechlichen soziologischen Blick und sein uneitles Urteilsvermögen, von beidem profitiere ich seit vielen Jahren, für sein Vertrauen und für seine Bereitwilligkeit, die Arbeit ebenfalls zu begutachten;

Herrn Prof. Dr. Gunnar Stollberg für interessante Anregungen von insbesondere medizinsoziologischer Seite, große Anteilnahme am Forschungsprozess und seine Mahnung, dass das, was uns heute als selbstverständlich erscheint, in früheren Zeiten ganz anders gewesen sein mag;

Frau Prof. Dr. Doris Schaeffer für Ermutigung und anregendes Interesse am hier gewählten methodischen Vorgehen;

Susanne Horstmann, Lydia Müller, Hermann Schlüter, Thomas Schott, Ulrich Siering und – auf den letzten Metern – Ulla Tacke, die auf ihre je eigene Weise mir Beistand geleistet, sowie Reinhard Samson und Michael van der Kamp, die das technische Equipment immer mal wieder flott gemacht haben.

Hermann Büsselmaier hat zur rechten Zeit die richtige Frage gestellt, meinen Tunnelblick der letzten Monate mit Humor und gelassen ertragen und schließlich die häusliche Arbeitsteilung zu seinen Lasten verschoben – um nur das Geringste zu erwähnen, was ich ihm verdanke.

Gewidmet sei die Arbeit meinen Eltern, Beate Bergner-Fischbeck und Berend Bergner-von Eberstein, in großer Dankbarkeit für ihre bedingungslose Liebe und ihr fragloses Vertrauen.

Veldhausen, im Mai 2014

Inhalt

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	X
Verzeichnis der Abkürzungen	X
Transkriptionsregeln	XII
1 Einleitung	1
1.1 Gegenstand und Fragestellung	1
1.2 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit	7
1.3 Gesundheitswissenschaftliche Relevanz der Untersuchung	10
2 Kardiologische Rehabilitation	14
2.1 Indikationen, Ziele und Aufgaben kardiologischer Rehabilitation	15
2.2 Durchführung und Organisation	17
2.3 Konzepte und Leitlinien	22
3 Medizinisch-epidemiologischer Diskurs: Krankheitstheorie und therapeutische Folgerungen	26
3.1 Koronare Herzkrankheit: Klinische Manifestationen und deren Therapie	27
3.1.1 Klinische Manifestation der KHK	27
3.1.2 Konservative, interventionelle und chirurgische Therapien	30
3.1.3 Leistungsentwicklung	34
3.1.4 Morphologie contra Risikofaktoren?	36
3.2 Trends in Morbidität und Mortalität	37
3.3 Entstehung und Etablierung des Risikofaktorenkonzepts	47
3.3.1 Die Framingham Heart Study: „Factors of risk“ und ihre Prävention	47
3.3.2 Risikofaktoren und die Interpretation von Kausalität	60
3.3.3 Prävenieren und intervenieren	67
3.3.4 Krankheit vorhersagen	74
3.4 Sekundärpräventive Konsequenzen aus dem Risikofaktorenkonzept	76
3.4.1 Risikofaktorenmodifikation: Therapeutische Optionen und Ziele	77
3.4.2 Sekundärprävention in der klinischen Praxis	80
3.4.3 Lebensstil und Lebensstiländerung	83
3.5 Zusammenfassung	88
4 Der Begriff Risiko	90
4.1 Die Herkunft des Risikobegriffs und seine Verwendung im allgemeinen Sprachgebrauch	91
4.2 Der Risikobegriff in einigen wissenschaftlichen Disziplinen	94
4.2.1 Wahrscheinlichkeitstheoretische Fundierung des Risikobegriffs	94
4.2.2 Soziologische Risikoforschung	100
4.2.3 Psychologische Risikoforschung	102

4.2.4	Die Begriffe <i>Risiko</i> und <i>Risikofaktor</i> in Epidemiologie und Medizin	107
	Wahrscheinlichkeit in Epidemiologie und Medizin	108
	Verwendungen des Risikobegriffs in Epidemiologie und Medizin	109
	Zurechenbarkeit und Zurechnung: Der Umweg über Risikofaktoren	111
4.3	Zusammenfassung	114
5	Arbeitsteilung als Thema der Professionsforschung	117
5.1	Das Dominanzmodell	121
5.2	Das Konkurrenzmodell	126
5.3	Das Tauschmodell	128
5.4	Implikationen für die Umsetzung des Risikofaktorenkonzepts	130
6	Methodisches Vorgehen	132
6.1	Auswahl der Kliniken und Zugang zu ihnen	133
6.2	Teilnehmende Beobachtung – Theorie und Praxis	136
6.2.1	Beobachtung und Teilnahme	137
6.2.2	Datenaufnahme	141
6.3	Leitfadengestützte Interviews – Theorie und Praxis	143
6.4	Datenaufbereitung und Auswertung	145
6.5	Eine vergleichende Fallstudie?	147
7	Beschreibung der untersuchten Kliniken	149
7.1	Ausrichtung der Kliniken	149
7.1.1	Klinik B	150
7.1.2	Klinik A	153
7.2	Ausstattung der Kliniken	155
7.2.1	Räumlichkeiten und Ausstattung	155
7.2.2	Personal	156
8	Programmstruktur und Organisationsformen sekundärpräventiver Arbeit	159
8.1	Bestandteile des Therapieprogramms	159
8.1.1	Angebote der Bewegungstherapeuten	161
8.1.2	Angebote der Diätassistenz	162
8.1.3	Angebote des Psychologischen Dienstes	164
8.1.4	Einbindung des Ärztlichen Dienstes und anderer Berufsgruppen	166
8.1.5	Zusammenfassung	168
8.2	Welches Programm für welchen Patienten? – Prinzipien der Therapiesteuerung	169
8.2.1	Klinik B	169
8.2.2	Klinik A	172

8.3	Bedingungen sekundärpräventiver Arbeit	177
8.3.1	Teilnahmeregelungen: Verschiedene Verbindlichkeitsgrade	177
	Klinik B	177
	Klinik A	180
8.3.2	Zeitliche Regelungen: Verteilung der Programmbestandteile im Tagesverlauf	183
	Klinik A	183
	Klinik B	186
8.4	Fazit I	187
9	Das Risikofaktorenkonzept in der ärztlichen Arbeit	189
9.1	Ärztliche Steuerungsarbeit: Welche Rolle spielen Risikofaktoren?	190
9.1.1	Die Aufnahmeuntersuchung	190
9.1.2	„Paradoxe“ Fälle	196
9.1.3	Verlaufsbeobachtung und Behandlungssteuerung	200
	Themen der Verlaufsbeobachtung	200
	Behandlungssteuerung durch Grenzwerte	203
	Cholesterin	203
	Blutdruck	207
9.2	Statistik und Einzelfall: Ärztliche Interpretationen eines statistischen Konzepts	211
9.3	Die Wissensdarlegung gegenüber Patienten	217
9.3.1	„Diese ganzen Statistiken...!“ – Zur Praxis der Quantifizierung von Risiken bzw. Risikominderungen	218
9.3.2	„Lassen Sie den Teufel in der Tasche!“ – Ärztliche Empfehlungen und Direktiven	225
9.4	Fazit II	230
10	Multidisziplinarität und Arbeitsteilung: Sekundärprävention in der Praxis	233
10.1	Diätassistenz: „Gesundes Essen“ oder „Diät leben“?	233
10.1.1	Konzeptuelle Hintergründe: Ernährungswissenschaft, Medizin, Risikofaktoren und „Mäßigkeitsdiskurs“	234
	Gesundheit/Krankheit und Ernährung	234
	Ernährungswissenschaft und Medizin	235
	Risikofaktoren	235
	Mäßigkeit	236
	Mäßigkeit und Selbstkontrolle	237
	Mäßigkeit als Element der Didaktik	238
	Essen vs. Ernährung	240
	Widersprüche und Ungereimtheiten	242

10.1.2	Interdependenz mit den Tätigkeiten anderer Berufsgruppen	244
	Kommunikation und Information im Team	244
	Ärztlicher und Psychologischer Dienst: Thematische Überschneidungen ohne integrierte konzeptuelle Basis	245
	Medizin – Diätassistent: Delegation, Vorgaben, Verordnungen und Freiräume	248
10.1.3	Diskussion	254
	Dominanzperspektive	254
	Konkurrenzperspektive	256
	Tauschperspektive	257
10.2	Bewegungstherapie: „Dem Herzen die Arbeit erleichtern“ – Sport mit „angezogener Handbremse“	258
10.2.1	Konzeptuelle Hintergründe: Der „nichtsportliche Sport“	259
	Sport: Ein eigenständiges Funktionssystem	259
	Zur Instrumentalisierung des Sports durch die Medizin	262
	Sporttherapeutische Durchführungen im medizinischen Rahmen	265
	Belastungssteuerung und Leistungsmessung: Die Modalitäten des Fahrradergometertrainings	266
	Mobilität, Körperwahrnehmung, Selbstkontrolle und die Veralltäg- lichung von Bewegung: Die ambitionierten Ziele der Gruppengymnastik	270
10.2.2	Interdependenz mit den Tätigkeiten des Ärztlichen Dienstes	276
	Therapiesteuerung durch kontinuierliche Rückkopplung	276
	Interdependenz von Gruppengymnastik und ärztlicher Arbeit	277
	Einflussnahme auf die ärztliche Therapiesteuerung	278
10.2.3	Diskussion	279
	Dominanzperspektive	280
	Konkurrenzperspektive	281
	Tauschperspektive	281
10.3	„Wie geht es Ihnen heute?“ – Die Arbeit des Psychologischen Dienstes	283
	Exkurs: Unvollendet: Zum professionellen Status der Klinischen Psychologie in der kardiologischen Rehabilitation	284
	Berufsrechtliche Professionsmerkmale der Klinischen Psychologie	284
	Klinische Psychologie und Rehabilitation	287
	Klinische Psychologie und das Konzept psychischer Komorbidität	290
10.3.1	Konzeptuelle Hintergründe: Die Biographisierung der Krankheits- erfahrung	292
	Konzeptuelle Freiheiten und ihre Grenzen	292
	Risikofaktorenkonzept: Akzeptanz und Abgrenzung	294
	Eigenschaften von Herzpatienten: Elemente einer psychologischen Krankheitstheorie	296

Die Erkrankung als persönliche Krise	299
„Zu sich selbst finden“: Arbeit an Authentizität	300
Biographische (Re-)Konstruktion: Der Erkrankung einen Sinn geben	301
10.3.2 Interdependenz mit den Tätigkeiten des Ärztlichen Dienstes	303
Abhängigkeit von ärztlicher Therapiesteuerung	303
Formen der Delegation	304
Kommunikative Amtshilfe	306
Psychologische Tätigkeiten als Komplemente zum ärztlichen Habitus	308
10.3.3 Diskussion	309
Dominanzperspektive	309
Konkurrenzperspektive	310
Tauschperspektive	312
Biographisierung: Konzeptuelle Konkurrenz oder Ergänzung zum Risikofaktorenkonzept?	313
10.4 Fazit III	315
11 Das Risiko hinter den Risikofaktoren	321
11.1 Die Zurechnung des Risikos	321
11.1.1 Gesundheitsbildung: Die Transformation von Verhalten in Handlung	323
11.1.2 Wollensollen	326
11.1.3 Die Interpretation des Willens – und was daraus folgt	329
11.2 Die Ambivalenz des Risikos	335
11.3 Fazit IV: Lebensstiländerung und ihr Lohn	340
12 Resümee und Diskussion	342
Literatur	355

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abb. 1	Anschlussheilbehandlungen der Gesetzlichen Rentenversicherung 1994-2010	19
Abb. 2	Herzkatheteruntersuchungen, PTCA/PCI und ACB-Operationen 1990-2008	36
Abb. 3	Beitrag von Risikofaktoren und medizinischer Behandlung zur Verringerung der KHK-Mortalität	39
Abb. 4	Sterblichkeit an KHK in Deutschland 1990-2003	40
Abb. 5	Haupttodesursachen bei Männern, 2006, Vergleich der EU-15-Länder	42
Abb. 6	Haupttodesursachen bei Frauen, 2006, Vergleich der EU-15-Länder	43
Abb. 7	KHK-bezogene Diagnosen der Krankenhäuser (ICD 10), Männer, 2000-2010	44
Abb. 8	KHK-bezogene Diagnosen der Krankenhäuser (ICD 10), Frauen, 2000-2010	45
Tab. 1	Zielwerte von Risikofaktoren in der Sekundärprävention – Leitlinien und Empfehlungen 1998-2012	79
Tab. 2	Dominanzmerkmale der Profession nach Freidson und ihre Reformulierung	124
Tab. 3	Interviews: Anzahl und Personengruppen	144
Tab. 4	Personalschlüssel in Reha-Kliniken je 100 Betten/Patienten: Empfehlungen, Anforderungen und Ist-Zustand	158
Tab. 5	Angebote (Frequenz u. Dauer) der Bewegungstherapie im Klinikvergleich	162
Tab. 6	Angebote (Frequenz u. Dauer) der Diätassistenz im Klinikvergleich	163
Tab. 7	Angebote (Frequenz u. Dauer) des Psychologischen Dienstes im Klinikvergleich	166
Tab. 8	Angebote (Frequenz u. Dauer) des Ärztlichen Dienstes und anderer Berufsgruppen im Klinikvergleich	168

Verzeichnis der Abkürzungen

7CS	Seven Countries Study
ACB	Aortokoronarer Bypass
ACC	American College of Cardiology
ACS	Akutes Koronarsyndrom
AHA	American Heart Association
AHB	Anschlussheilbehandlung
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AMI	Akuter Myokardinfarkt
A.p.	Angina pectoris
AR	Anschlussrehabilitation
AT	Autogenes Training

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BMS	Bare Metal Stent
BPTK	Bundespsychotherapeutenkammer
CABG	Coronary Artery Bypass Grafting
CHD	Coronary Heart Disease
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
DES	Drug Eluting Stent
DGIM	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
DGK	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
DGPR	Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation
DGRW	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften
DGTHG	Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
DiätAssG	Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten
DMP	Disease-Management-Programm
DRG	Diagnosis Related Group, diagnosebezogene Fallgruppe
DRV	Deutsche Rentenversicherung
FET	Fahrradergometertraining
FHS	Framingham Heart Study
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Gruppengymnastik
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHK	Koronare Herzkrankheit
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MONICA	Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease (WHO-Studie)
NRT	Nichtrauchertraining
NSTEMI	Non-ST-Elevation Myocardial Infarction
NVL	Nationale VersorgungsLeitlinie
OP	Operation
PCI	Perkutane Koronarintervention
PMR	Progressive Muskelrelaxation
PPT	Psychologischer Psychotherapeut
PTCA	Perkutane transluminale Koronarintervention
QS	Qualitätssicherung
RCT	Randomized Controlled Trial

RSAV	Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)
SES	Socioeconomic Status
SGB	Sozialgesetzbuch
StBA	Statistisches Bundesamt
STEMI	ST-Elevation Myocardial Infarction
VDD	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherer
WBP	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie
WHO	World Health Organization

Transkriptionsregeln

Die Transkription der Interviews (vgl. Kap. 6) erfolgte in Standardorthographie, d.h. auf die Notation von Wort- oder Lautdehnungen, Lautauslassungen oder phonetische Umschrift wurde verzichtet.

(...)	Auslassung im Zitat
...	Sprecher beendet Satz nicht
(Wort)	Erläuterung zur Sprechweise
[Wort]	Erläuterung zum Inhalt, ggf. sinnfällige Wortergänzung
[?Wort?]	Hörverstehen unsicher; mögliche Alternative

1 Einleitung

1.1 Gegenstand und Fragestellung

Visite: Der Oberarzt fragt einen Patienten, Herrn D., wie er selbst sich denn seine Herzerkrankung erkläre. Herr D. antwortet, das wisse er auch nicht; er habe in der Vergangenheit schon einige „Risikofaktoren ausgeschaltet“: Seit langem sei er Nichtraucher, aus dem Berufsleben habe er sich, wenn auch nicht vollständig, zurückgezogen und „Stressabbau“ betrieben. Er spiele zweimal in der Woche Golf. Der Oberarzt nickt anerkennend zu dieser Aufzählung (B 7/755ff.).¹

Die Szene hat sich während einer Oberarzt-Visite in einer auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen spezialisierten Rehabilitationsklinik zugetragen, in der ich 1998 eine dreimonatige Feldforschung durchführen konnte. Herr D. ist dort kurz zuvor nach einer Bypass-Operation eingetroffen, um in einer Anschlussheilbehandlung wieder zu Kräften zu kommen und manches über seine Erkrankung zu lernen. Wie sich bald herausgestellt hat, liegt bei ihm keiner der häufigen Risikofaktoren für seine Grunderkrankung – die koronare Herzkrankheit (KHK) – vor, abgesehen davon, dass er ein Mann und älter als 60 Jahre ist. Was in seiner Macht stand, um das Erkrankungsrisiko zu senken, hat er getan. Es hat nicht geholfen – so muss es ihm erscheinen. Deshalb hat Herr D. *keine Erklärung* für seine Erkrankung. Die kurze Sequenz offenbart weiter, dass er das krankheitsspezifische medizinische Präventionsmodell bereits vor langer Zeit für sein Leben übernommen und entsprechende Konsequenzen gezogen hat. Sein Einverständnis mit diesem Erklärungs- und Handlungsmodell unterstreicht Herr D. außerdem mit seiner Wortwahl: „Risikofaktoren ausschalten“ und z.B. „Stressabbau“ betreiben sind Formulierungen, die im professionell geprägten schriftlichen wie mündlichen Präventionsdiskurs häufig verwendet werden. Herr D. bedient sich ihrer mit großer Selbstverständlichkeit. Seine Präventionsbemühungen quittiert der Oberarzt mit Anerkennung: Auf so viel Bereitwilligkeit und Sachkenntnis auf Patientenseite zu stoßen, ist für ihn keine Selbstverständlichkeit.

Die Geläufigkeit, mit der Patient und Arzt sich hier auf der Basis des Risikofaktorenkonzepts verständigen, ist allein Grund genug, sich genauer mit dem Konzept zu befassen: Was bedeutet es, wenn der Patient sagt, er habe seine Risikofaktoren „ausgeschaltet“? Hat er sich damit auf der sicheren Seite gewöhnt? Warum nickt der Oberarzt anerkennend? Was würde der Oberarzt therapeutisch veranlassen, wenn doch bestimmte Risikofaktoren vorlägen? Müssen Patienten, die ihre Risikofaktoren nicht „ausgeschaltet“ haben, annehmen, dass diese Unterlassung ihre Erkrankung verursacht hat? – Was genau wird hier unter Risiko verstanden? Und was geschieht mit dem empfindlichen Begriff der Wahrscheinlichkeit, wenn er als Bestandteil eines popularisierten Konzepts medizinischen Alltag prägt?

¹ Bei Abschnitten wie diesem handelt es sich um Auszüge aus meinen Forschungsprotokollen, zu erkennen an Einrückung und Quellenkürzel. An- und Abführungszeichen markieren wörtlich wiedergegebene Formulierungen der Beteiligten. Zum methodischen Vorgehen in dieser Arbeit s. Kap. 1.2, zur ausführlichen Erläuterung und Begründung des methodischen Vorgehens für die empirische Forschung s. Kap. 6.

Wer sich mit der KHK befasst – ob als Patient, Arzt² oder Wissenschaftlerin – stößt unweigerlich auf Risikofaktoren. Der mittlerweile weit in unsere Alltagssprache und auch jenseits von Medizin und Epidemiologie verwendete Begriff taucht erstmals 1961 im Titel eines Aufsatzes auf, dessen Autoren zum Forscherteam der für die epidemiologische KHK-Forschung paradigmatischen und seinerzeit bereits mehr als zehn Jahre laufenden Framingham-Studie gehörten (Kannel, Dawber, Kagan, Revotskie & Stokes 1961; vgl. Epstein 1992: 25; s. Kap. 3). Als „factors of risk“, „clearly associated with increased risk of development of CHD“, hatten – so waren sich die Autoren sicher – Bluthochdruck und Hypercholesterinämie zu gelten (ebd.). Seitdem sind bekanntlich weitere Risikofaktoren für die KHK identifiziert worden. Unverändert hingegen ist der begriffliche Kern von Risikofaktoren: Mit ihnen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, an einer bestimmten Erkrankung zu erkranken oder gar zu versterben.³

Seit seiner ersten Verwendung hat der Begriff eine ebenso steile wie breite Karriere genommen: Seit Jahrzehnten bildet er ein entscheidendes Paradigma epidemiologischer und medizinischer Forschung, hat aber auch rasch den ursprünglichen Kontext der KHK-Erforschung verlassen. Längst haben z.B. Ökonomie, Sozialwissenschaften, Psychologie und Kriminologie den Begriff in ihren Wortschatz eingegliedert. Und selbst jenseits der Wissenschaften – in Zeitungen und Magazinen, in Boulevardmedien – wird der Begriff verwendet, dann ohne weiteren fachlichen Bezug.⁴ Auch ohne KHK-Gefährdeter und schließlich Patient zu sein, wäre daher Herr D. der Begriff vermutlich geläufig gewesen, wengleich wahrscheinlich nicht mit derart spezifischen Kenntnissen verbunden.

Viele der im Zuge der Erforschung der KHK identifizierten Risikofaktoren werden mit individuellem Verhalten in Beziehung gesetzt und gelten somit als durch Verhalten beeinflussbar, wenn nicht gar von ihm abhängig. Dies gilt mehrheitlich für die sogenannten „major coronary risk factors“; dazu zählen Rauchen, Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Adipositas, Diabetes mellitus (Typ 2), um nur die prominentesten zu nennen (DGK 2007; Graham, Atar, Borch-Johnsen, Boysen, Burell et al. 2007). Aus dem Konnex von Verhalten und Erkrankung resultieren Empfehlungen medizinischer Provenienz zur Lebensführung, die sowohl in populationsbasierte als auch individuenzentrierte Präventionsstrategien einfließen und Gültigkeit für das *gesamte* Kontinuum von *gesund – at risk – high risk – erkrankt* beanspruchen, sich also auf primäre, sekundäre und tertiäre Prävention beziehen. Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften unterstreichen mittlerweile die Lebensstilabhängigkeit bedeutender Risikofaktoren dadurch, dass sie neben einzelnen Risikofaktoren auch vermehrt individuelle Lebensstile selbst zum Ziel medizinischer Interventionen erklären (DGK 2007: 6; Graham et al. 2007: E14f.). Wie ernst es der Kardiologie mit den Risikofaktoren ist, lässt sich nicht zuletzt daran ermessen, dass einige inzwischen

² Bei Verwendung der männlichen Form ist die weibliche inkludiert – falls nicht anders angegeben.

³ Zu den begrifflichen Anlagerungen für die Belange der Epidemiologie s. Kap. 3.3.

⁴ Einige Beispiele: das Verlagsprogramm von Risk Books (<http://riskbooks.com/>), außerdem Gosnell & Nejadmalayeri 2010; Rosen & Saunders 2010; Russell, Springer & Greenfield 2010. Den ehemaligen italienischen Ministerpräsident Berlusconi bezeichnete man als „Risikofaktor“ (Süddeutsche Zeitung, 31.05.2011, S. 4), desgleichen urteilte der bayerische Ministerpräsident über einige seiner Parteifreunde (Süddeutsche Zeitung, 19.05.2011, S. 30). Über den „Risikofaktor Einsamkeit“ berichtet der Stern am 28.07.2010, zum „Risikofaktor Fläschchen“ am 08.05.2011. Usw. usf.

als *Risikoerkrankungen* bezeichnet werden (arterielle Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas und Metabolisches Syndrom) (Rauch, Middeke, Bönner, Karoff & Held 2007, dort Kap. 8.5).

Von einem medizinischen *Konzept* kann laut Rothschuh dann gesprochen werden, wenn in einem medizinischen Wissenskomplex ätiologische Erklärungen und Therapien der Wahl ineinandergreifen (Rothschuh 1978: 1-20). Das ist beim Risikofaktorenkonzept offenkundig der Fall: Maßgebliche Risikofaktoren werden nicht allein statistisch interpretiert, sondern sind darüber hinaus Bestandteil der Pathophysiologie der KHK, mithin der *Krankheitserklärung*. Folglich bilden Risikofaktoren den roten Faden bei präventiven und therapeutischen *Interventionen*. Aus Risikofaktoren sind überdies verschiedene sogenannte *Risk Scores*⁵ gebildet worden; das sind Algorithmen, die es sowohl Ärzten im klinischen Gebrauch als auch Patienten erlauben, unter Spezifizierung von Alter, Geschlecht und diversen weiteren Faktoren das KHK-bezogene individuelle Morbiditäts- und/oder Mortalitätsrisiko innerhalb eines gegebenen Zeitraums abzuschätzen (Kannel, McGee & Gordon 1976; Wood, De Backer, Faergeman, Graham, Mancina & Pyörälä 1998; Brindle, Emberson, Lampe, Walker, Whincup et al. 2003; Chambless, Folsom, Sharett, Sorlie, Couper et al. 2003; Hippisley-Cox, Coupland, Robson & Brindle 2010; Ketola, Laatikainen & Vartiainen 2010; Will 2005). Bei der Abschätzung allein bleibt es nicht; vielmehr sind Risk Scores unterdessen fester Bestandteil klinischer Leitlinien geworden, in denen Risikoschwellen angegeben sind, die Ärzte als Handlungs- bzw. Behandlungsschwellen interpretieren sollen (DGK 2007; Graham et al. 2007; aber: Graham, Stewart, Hertog & Cardiovascular Round Table Task Force 2006; Hulscher, Wensing, van der Weijden & Grol 2007; Oriol-Zerbe & Abholz 2007). Die Kriterien, anhand derer eine Schwelle festgelegt, tiefer oder höher gelegt wird, sind dabei kaum Gegenstand fachlicher Diskussion – im Unterschied etwa zur prädiktiven Güte verschiedener Scores (Will 2005; Brindle, Beswick, Fahey & Ebrahim 2006; Bonneux 2007; Ketola et al. 2010). Am Risikofaktorenkonzept im Allgemeinen und den Risk Scores im Besonderen zeigt sich eine Entwicklung, bei der epidemiologische Daten zum festen Bestandteil klinischen Urteilens im einzelnen Fall werden und die prinzipiell unterscheidbaren Schritte von Diagnose, Therapie und Prognose zu einem „programme of action“ (Latour, zitiert n. Will 2005: 786) verschmelzen (ebd.). Aronowitz (2010) konstatiert die „Vermengung von Risiko- und Krankheitserfahrung“.

Die Medizin behandelt also mit Risikofaktoren im Hinblick auf eine zwar abgeschätzte, prinzipiell jedoch ungewisse Zukunft. Risikofaktoren lassen die Kontingenz der Zukunft gleichermaßen als Bedrohung und gestaltbar erscheinen (vgl. Leanza 2010: 245). Risikofaktoren zu behandeln – „auszuschalten“, wie es oben hieß –, setzt diese spezifische Wahrnehmung von Zukunft voraus und bindet zugleich die Gegenwart (Luhmann 1991; Fuchs 2008; Bröckling 2008; Leanza 2010): Die Medizin reagiert auf erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeiten mit Empfehlungen zu einer disziplinierten Lebensführung und Indikationen präventiver Medikation, die bei Befolgung ausgesprochen intrusiv für den

⁵ Englische Begriffe werden in dieser Arbeit groß geschrieben, wenn sie unübersetzt auch im Deutschen bzw. in deutschen Fachsprachen üblich sind (z.B. Health Professionals, Shared Decision Making, Compliance), es sich um englisch-deutsche Komposita oder um namensähnliche Bezeichnungen handelt; klein geschrieben hingegen werden englische Begriffe, die im Deutschen nicht als stehende Wendungen oder Begriffe gebräuchlich sind (z.B. at risk).

Alltag sein dürften. Angesprochen ist hiermit nicht die auch jenseits der Medizin weitverbreitete Praxis, Lebensführung allgemein im Kontext von Gesundheit und Krankheit zu thematisieren (vgl. Lengwiler & Madarász 2010), sondern die Tatsache, dass Lebensführung im Zuge der genannten Bemühungen dezidiert unter medizinische Kriterien gestellt wird, in Form von Ernährungsplänen, Sportplänen, Medikationsplänen im Dienste von Grenzwerten für Risikofaktoren, die es zu erreichen oder zu unterbieten gilt. Das zumindest ist das Ansinnen, mit dem sich Patienten und Ärzte konfrontiert sehen.

Sekundärprävention richtet sich – im Unterschied zur Primärprävention – an eine bereits erkrankte Klientel.⁶ Während die Primärprävention von der „Gegenwart zukünftiger Erkrankungen“ (Leanza 2010) bestimmt wird, ist diese Zukunft unter sekundärpräventiven Bedingungen einerseits quasi bereits eingetreten, andererseits bleibt sie insoweit prinzipiell offen, als die Prävention auch in ihrer sekundären Form an die „zeitliche Struktur des Zuvorkommens“ gebunden ist (Bröckling 2008: 39). Aus Adressaten der Primärprävention sind Patienten geworden, deren Erkrankung und Zustand möglicherweise ihrem bisherigen Verhalten zugerechnet wird. Zumindest sind sie als Patienten nun Adressaten einer forcierten Botschaft, die darauf drängt, Zukunft durch aktuelles Verhalten zu beeinflussen.

Die Umstände prädestinieren folglich Situationen, in denen Menschen anderen Menschen recht eindringlich sagen, wie sie leben sollten. Das ist eine zwar nicht unübliche Konstellation zwischen Experten und Laien, namentlich Ärzten und ihren Patienten, sie wirft allerdings Fragen auf und birgt Konflikte: Fragen an die Zuverlässigkeit und Interpretation der Wissensbasis, die Zielsetzung der Information, die Verträglichkeit mit Prinzipien des *Shared Decision Making*; mögliche Konflikte bei der Akzeptanz der dabei vorgesehenen Rollenverteilung, auf beiden Seiten wohlgemerkt.

Es ist alles in allem davon auszugehen, dass das Risikofaktorenkonzept die Art und Weise, wie professionell über die KHK gedacht und nachgedacht wird, wie mit der Erkrankung umgegangen wird, was den expertengeprägten Diskurs mit Patienten und Laien inhaltlich ausmacht, entscheidend bestimmt (Parascandola 2011; Emerging Risk Factors Collaboration Group 2011; Paul & Schmidt-Semisch 2010; Aronowitz 2010; Neuner-Jehle, Senn, Wegwarth, Rosemann & Steurer 2011; Halvorsen, Selmer & Kristiansen 2007). Von dieser Feststellung gehe ich in dieser Arbeit aus und untersuche im Folgenden

⁶ Unter Sekundärprävention wird all das verstanden, was bei Menschen mit einer manifesten Erkrankung mit dem Ziel unternommen oder empfohlen wird, ein Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen oder gar zu verhindern. In diesem Sinne wird der Begriff in der Kardiologie verwendet, und ich übernehme die Begrifflichkeit (vgl. Piepoli, Corrà, Benzer, Bjarnason-Wehrens, Den Dale et al. 2010; Müller-Riemenschneider, Meinhard, Damm, Vauth, Bockelbrink et al. 2010c; Wenaweser & Windecker 2008; EUROASPIRE Study Group 1997; Wilhelmssen & Johansson 1992; Gerber & v. Stünzner 1999: 29f., Gerlinger & Rosenbrock 2004: 82-88 sowie Hurrelmann & Laaser 2006: 754 hingegen bezeichnen diesen Ansatzpunkt von Prävention als tertiär). Die Unterscheidung zwischen Primär- und Sekundärprävention wird also anhand der *Manifestation der Erkrankung* getroffen, nur implizit – aber für Fachleute völlig selbstverständlich – unterstellt die Unterscheidung ein gesteigertes Risiko für Morbidität und Mortalität bei manifest erkrankten Personen. Es gibt aber auch das Bestreben, die begriffliche Unterscheidung zwischen Primär- und Sekundärprävention aufzugeben zugunsten einer allein Risk-Score-basierten Kategorisierung von Personen (Patienten?) (z.B. DGK 2007: 4ff.; s. Kap. 3.3.4). Quantifizierte Risikoabschätzungen ab einer bestimmten Höhe stellen dann Schwellen für ärztliche Interventionen dar, nicht mehr das Kriterium *Manifestation der Erkrankung*.

das Risikofaktorenkonzept in der Praxis. „Praxis“ ist hier eingegrenzt auf jenen Behandlungsabschnitt und -ort, in bzw. an dem die Thematisierung von Risikofaktoren und die Arbeit an ihnen als therapeutisches und kommunikatives Programm am stärksten institutionalisiert und intensiviert ist: auf die sekundärpräventive Arbeit in der stationären kardiologischen Rehabilitation.⁷ Man kann noch weitergehen und sagen, dass das Risikofaktorenkonzept in Form der Sekundärprävention konstitutiv ist für die kardiologische Rehabilitation: Versuchte man, kardiologische Rehabilitation sich ohne Bezüge zum Risikofaktorenkonzept vorzustellen, bliebe an genuinen Aufgaben dieses Versorgungsbereichs nicht allzu viel übrig (vgl. DGPR 2007; NVL KHK 2011; DRV 2010b, 2010d).

Kardiologische Rehabilitation ist in vielen Ländern ein etablierter Therapieabschnitt in der Behandlung von KHK-Patienten, uneingeschränkt empfohlen in einer Reihe von Leitlinien (Heran, Chen, Ebrahim, Moxham, Oldrige et al. 2011; Thomas, King, Lui, Oldrige, Pina et al. 2010; DGPR 2007; DRV 2010d).⁸ In Deutschland ist darüber hinaus mit der Anschlussheilbehandlung (AHB) bzw. Anschlussrehabilitation (AR) ein Verfahren zur Routine geworden, mit dem international breit konsentiertere medizinische Erfordernisse in die spezielle Architektur des deutschen Sozialversicherungssystems mit seinen scharfen Sektorengrenzen, entsprechenden Rechtsfolgen und der vielfältigen Kostenträgerstruktur eingefügt wurden (Schliehe & Röckelein 1998; Klemann 2007; Vollmöller 2007). Die AHB schließt sich an akute, für Patienten oftmals dramatische Krankheitsperioden an (z.B. akutes Koronarsyndrom), die typischerweise von medizinisch und technisch komplexen, gleichwohl aus medizinischer Sicht routinierten Interventionen gekennzeichnet sind (z.B. Bypass-OP, Lyse-Behandlung, PCI). Im Unterschied zur technikintensiven, organfokussierten Akutbehandlung stehen in der Rehabilitation die Überwindung unmittelbarer Krankheits- und Interventionsfolgen, eine umfangreiche Funktions- und Leistungsdiagnostik, ggf. die Einleitung von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation und eben die prognostisch als besonders bedeutsam angesehene Sekundärprävention im Vordergrund. Die stationäre Variante ist – auch darin unterscheidet sich die deutsche Versorgungsorganisation von anderen Ländern – die nach wie vor am häufigsten vorkommende Rehabilitationsform, wenngleich das Angebot wie auch die Nutzung ambulanter Versorgungsformen in den zurückliegenden zwanzig Jahren kontinuierlich zugenommen haben (Klemann 2007: 55f.; Sauer & Gysan 2007; Korsukéwitz 2011). Die üblicherweise drei Wochen währende Dauerpräsenz der Patienten ermöglicht eine Phase intensiver Therapie und Schulung und verlangt Patienten eine Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung, oftmals auch mit ihrer bisherigen Lebensführung, ab.

Die Änderung von Lebensstilen nach Maßgabe des Risikofaktorenkonzepts ist Teil der Sekundärprävention und als solche medizinisch motiviert und begründet. Für das entsprechende Interventionsfeld mit seiner edukativen Ausrichtung ist ärztliche Expertise allein nicht ausreichend, vielmehr bedarf sie der *multiprofessionellen* Ergänzung. Therapien

⁷ Nach der WHO-Klassifikation ist die Phase II der kardiologischen Rehabilitation gemeint. Phase I (Frührehabilitation) schließt sich unmittelbar an ein Akutereignis/eine Intervention an und ist Aufgabe des Akutkrankenhauses, nicht einer Reha-Klinik (DGPR 2007: III/6f.). Als Phase III wird die lebenslange ambulante Nachsorge bezeichnet; sie wird durch niedergelassene Ärzte geleistet, ergänzt um Angebote z.B. von ambulanten Herzsportgruppen (ebd.).

⁸ Fraglich ist allerdings, ob die Inanspruchnahme dem medizinischen Bedarf entspricht (Aragam, Mosucci, Smith, Riba, Zainea et al. 2011; Chauhan, Baker, Lester & Edwards 2010; Thomas et al. 2010; Jolly, Taylor, Lip, Greenfield, Raftery et al. 2007; Raine, Hutchings & Black 2003; Grande & Badura 2001)

und Schulungen werden deshalb von verschiedenen Berufsgruppen ausgeführt – neben Ärzten sind z.B. Sporttherapeuten, Diätassistentinnen, Psychologen beteiligt.⁹ Diese interdisziplinäre Konstellation ist über die sachliche Erfordernis hinaus ein weiteres Proprium (nicht nur) der kardiologischen Rehabilitation; die interdisziplinäre Verfasstheit ist geradezu identitätsstiftend für diesen Versorgungsbereich und wird als Merkmal der Abgrenzung vom Akutsektor medizinischer Versorgung betont (VDR/Reha-Kommission 1992; Winter 1995; Döll et al. 2002; DRV 2009).

Für die Praxis des Risikofaktorenkonzepts ergibt sich daraus ein *zweiter* Untersuchungskomplex. Fraglich ist durchaus, was bei der multiprofessionellen Praktizierung des Risikofaktorenkonzepts eigentlich geschieht. Aus den Wissensbeständen der Epidemiologie und Medizin heraus entwickelt, in den (Be-)Handlungstopos der Medizin eingewirkt, ist es unter Professionsgesichtspunkten keine Selbstverständlichkeit, dass das Risikofaktorenkonzept bei arbeitsteiliger Ausführung von den erwähnten nichtärztlichen Berufsgruppen unverändert und unterschiedslos interpretiert und umgesetzt wird. Rehabilitationskliniken sind medizinisch geführte und dominierte Einrichtungen; das für die Sekundärprävention maßgebliche Risikofaktorenkonzept wird von der Medizin vorgegeben, wesentliche Teile der Ausführung jedoch werden an nichtärztliche Berufsgruppen delegiert, die medizinnah sozialisiert, darüber hinaus aber auch berufseigenen Konzepten verpflichtet sein mögen. Welche könnten das sein, und in welcher Relation stehen sie zum Risikofaktorenkonzept? Die der Arbeitsteilung zugrundeliegende Struktur ist zwar vertikal und damit hierarchisch. Ob jedoch eine delegierte Aufgabe im Sinne der Vorgabe erfüllt wird, ist eine empirische Frage, und sie hängt von diversen Faktoren ab: von der Detailliertheit der Vorgabe, von der Kontrolle, die auf die Ausführung verwendet wird, und davon, inwieweit die Vorgaben von denjenigen, die ihnen folgen sollen, als verbindlich akzeptiert werden (Kaufmann 1986).

Um zusammenzufassen: Das Risikofaktorenkonzept in der Praxis ist Gegenstand der Untersuchung, wobei „Praxis“ fokussiert ist auf die stationäre kardiologische Rehabilitation. Dieser als Phase II bezeichnete Abschnitt eines zwar konsekutiv gedachten, aber arbeitsteilig organisierten Rehabilitationsablaufs, hebt sich von den anderen Rehabilitationsphasen durch die Kombination folgender Eigenschaften ab: eine Verdichtung in zeitlicher, örtlicher und organisatorischer Hinsicht, ferner eine Verdichtung von rehabilitativem Wissen und Expertise. In der stationären kardiologischen Rehabilitation laufen die thematischen Fäden der Studie gleichsam zusammen; so der Faden

- der *Erkrankung*, mit der die Entstehung des Konzepts aufs engste verbunden ist;
- der aus dem Risikofaktorenkonzept abgeleiteten *Sekundärprävention* als zentraler therapeutischer Ansatz in diesem Setting;
- der *multidisziplinären, arbeitsteiligen Ausführung* der Sekundärprävention durch verschiedene Berufsgruppen;

⁹ Wenn nicht von einer bestimmten Berufsgruppe die Rede ist, verwende ich die zusammenfassende Bezeichnung *Health Professionals* (s.a. Kap. 5, Anm. 114). – Man mag bei der Aufzählung die Berufsgruppe der Pflege vermissen. Sie bleibt in dieser Arbeit unberücksichtigt, da sie keine explizite Funktion im sekundärpräventiven Aufgabenbereich hat. Überhaupt ist ihre Stellung im professionellen Gefüge speziell der Rehabilitation marginal (Hotze 2001). Das ist in Großbritannien anders, wo ein Großteil der Programme kardiologischer Rehabilitation von Nurses nicht nur durchgeführt wird, sondern überhaupt erst initiiert wurde (Grande & Badura 2001: 73f.).

- des *Bildungs- und Erziehungsansinnen*, das Health Professionals in diesem Kontext explizit an Patienten herantragen, und das ebenfalls auf dem Risikofaktorenkonzept fußt.

Untersucht werden sowohl die strukturellen Spuren, die das Risikofaktorenkonzept hinsichtlich Programmatik, Aufgabenverständnis und Arbeitsteilung in diesem Versorgungsbereich hinterlassen hat, wie auch seine inhaltliche Interpretation. Hier interessiert vor allem, wie in der Praxis die Begriffe Risikofaktor und Risiko sowie ihr wahrscheinlichkeitstheoretischer Hintergrund interpretiert werden. Diese Fragen mögen – im Spiegel der Praxis – allzu theoretisch erscheinen, doch haben sie durchaus praktische Konsequenzen: für die Konstruktion von Kausalität im individuellen Krankheitsverlauf, für die Beurteilung der Angemessenheit ärztlicher Ratschläge an Patienten, für die Art von Sicherheit, die durch krankheitsangepasstes Verhalten zu erzielen ist, für die Fragen nach Verantwortung für den individuellen Krankheitsverlauf – um nur einige zu skizzieren.

Ein Ausblick: Am Ende der empirischen Untersuchung werden Ergebnisse zu vier Teilaspekten der praktischen Bedeutung des Risikofaktorenkonzepts vorliegen und eine Zusammenschau ermöglichen. Beantwortet werden kann dann,

- wie das Risikofaktorenkonzept, namentlich die Sekundärprävention, die Programmstruktur der kardiologischen Rehabilitation prägt,
- welche Formen der Arbeitsteilung bei der Ausführung der Sekundärprävention praktiziert werden und was dies jeweils für die Umsetzung des Risikofaktorenkonzepts bedeutet,
- wie Health Professionals mit diesem Konzept arbeiten und
- wie es von Patienten aufgegriffen wird.

1.2 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Den Forschungsstand zur Thematik dieser Arbeit gibt es nicht, denn ihre Fragestellung liegt quer zu Disziplin- und thematischen Grenzen, und sie zapft teilweise sehr heterogene Wissensgebiete an, um theoretisches und begriffliches Werkzeug zusammenzutragen. Freilich liegen zahllose Untersuchungen und Abhandlungen, empirischer und theoretischer Art, zum Gegenstandsbereich und einzelnen Aspekten der Fragestellung vor. Auf ausgewählte Arbeiten gehe ich in den einzelnen Kapiteln ein.

Untersucht wird das Risikofaktorenkonzept in einem Ausschnitt klinischer Praxis, für den es konstitutiv ist. Die empirische Basis der Untersuchung bilden Daten einer fast halbjährigen ethnographischen Feldforschung, die ich in zwei Fachkliniken für kardiologische Rehabilitation durchgeführt habe. Die Ergebnisse der empirischen Forschung werden im *zweiten* Teil dieser Arbeit präsentiert.

Im *ersten* Teil werden vor allem theoretische Ansätze und Begriffe erörtert, die die Analyse der empirischen Daten im zweiten Teil anleiten. Nach einer kurzen Einführung in den Versorgungsbereich kardiologische Rehabilitation (*Kapitel zwei*) folgt in *Kapitel drei* ein Abriss über die Entstehung und Etablierung des Risikofaktorenkonzepts, einschließlich der therapeutischen Konsequenzen, die aus ihm abgeleitet werden. Im *vierten Kapitel* untersuche ich mit dem *Risikobegriff* die semantische Grundlage des Risikofaktorenkonzepts. Die Exploration ist nicht auf Epidemiologie und Medizin begrenzt, vielmehr werden zunächst Herkunft und Verwendung im allgemeinen Sprachgebrauch beschrieben

und das Begriffsverständnis der soziologischen und psychologischen Risikoforschung vorgestellt. Außerdem wird die wahrscheinlichkeitstheoretische Fundierung des Risikobegriffs erörtert. Zwei miteinander nicht kompatible Interpretationen von Wahrscheinlichkeit sind möglich (subjektiv vs. objektiv), und auf beide lassen sich Risikoaussagen gründen – von sehr unterschiedlicher Bedeutung allerdings. Ziel dieses Kapitels ist die Herausarbeitung einer begrifflichen Grundlage, auf der sich das Risikofaktorenkonzept in der Praxis analysieren lässt.

Auch das *fünfte Kapitel* ist noch begrifflicher Forschung gewidmet. Mit dem Dominanz-, Konkurrenz- und Tauschmodell werden drei Theoreme der Professionsforschung vorgestellt unter der Frage, welche Gesichtspunkte sich aus ihnen für die Analyse arbeitsteiliger Strukturen bei der Ausführung der Sekundärprävention gewinnen lassen.

Der *zweite* – empirische – Teil der Arbeit beginnt in *Kapitel sechs* mit der Erläuterung des methodischen Vorgehens bei der Forschung: Die Auswahl der beiden Kliniken wird begründet, ferner die Methodenwahl; außerdem werden die Bedingungen für teilnehmende Beobachtung, die Durchführung leitfadengestützter Interviews, Datenaufbereitung und Auswertung beschrieben. Abschließend wird die Frage erörtert, inwieweit es sich bei der Untersuchung um eine vergleichende Fallstudie handelt. In *Kapitel sieben* werden mit der Ausrichtung und Ausstattung strukturelle Grundzüge beider Einrichtungen beschrieben. Das folgende *achte Kapitel* ist der Programmstruktur und den Organisationsformen sekundärpräventiver Arbeit in beiden Kliniken gewidmet. Der Klinikvergleich wird zeigen, wie unterschiedlich sich das Handlungsfeld ausgestalten lässt, trotz grundsätzlich gleicher programmatischer Ausrichtung. Des Weiteren eröffnet ein vertiefter Blick in den Komplex Therapiesteuerung, dass den Beteiligten – Patienten eingeschlossen – einiger Handlungsspielraum auch hier verbleibt. Die Therapiesteuerung bildet einen Knotenpunkt in der Ablauforganisation. Aus ihr folgt oftmals Delegation, deshalb ist sie für die Analyse der Arbeitsteilung in struktureller Hinsicht aufschlussreich.

Das *neunte Kapitel* untersucht, wie das Risikofaktorenkonzept die ärztliche Arbeit durchzieht. Unterstellt wird, dass ein Unterschied bestehen könnte zwischen der programmatischen Orientierung einer Klinik einerseits und der Arbeit im „technischen Kern“ andererseits (Mintzberg 1979; D’Aunno 1992). Welche Rolle spielen Risikofaktoren also tatsächlich in der ärztlichen Steuerungsarbeit? In welchem Umfang dient das Konzept ärztlicher Orientierung? Beide Fragen betreffen die Bedeutung des Konzepts als professionelle Leitlinie, anhand derer Behandlungs- und Zuweisungsentscheidungen getroffen werden. Ein weiterer, davon zu unterscheidender Bedeutungshorizont ergibt sich daraus, dass das Risikofaktorenkonzept im Rahmen der Rehabilitation auch als Leitfaden für die Unterrichtung von Patienten genutzt wird, der zum Ziel hat, Patienten über ihre Erkrankung, deren Verlauf und Präventionsmöglichkeiten aufzuklären und nach Möglichkeit Bereitschaft zur Verhaltensänderung zu wecken oder zu stärken. Das Risikofaktorenkonzept hätte also über seine professionsinterne Nutzung hinaus auch eine Funktion in der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten. Der Referenzrahmen unterscheidet sich: Medizin zum einen, Bildung und Erziehung zum anderen. Das mag von Bedeutung sein.

Im *zehnten Kapitel* rückt mit der Arbeit der nichtärztlichen Berufsgruppen die interdisziplinäre Ausführung der Sekundärprävention in den Vordergrund. Für drei Berufsgruppen – Diätassistenten, Bewegungstherapie und Psychologischer Dienst – wird untersucht, welche berufsgenuinen konzeptuellen Hintergründe neben dem medizinischen Risikofakto-

renkonzept jeweils in ihre Arbeit einfließen und ob diese Vielfalt harmoniert oder vielmehr sich daraus Widersprüche ergeben. Sodann werden nichtärztliche Tätigkeiten auf ihre Interdependenz mit den Tätigkeiten des Ärztlichen Dienstes hin untersucht; Analysegesichtspunkte liefern mit der Dominanz-, Konkurrenz- und Tauschperspektive die drei ausgewählten Theoreme der Professionsforschung. Das Kapitel ermöglicht eine Einschätzung, ob die arbeitsteilige Ausführung der Sekundärprävention der Geltung des Risikofaktorenkonzepts zuträglich ist oder nicht. Daraus lassen sich bedingt Rückschlüsse auf die Dominanz der Medizin in einem Versorgungsbereich ziehen, der im Unterschied zum Akutsektor eigentlich Krankheitsfolgen zum Ansatzpunkt seiner Arbeit macht (SGB IX § 26; WHO 2001/2005; DRV 2009), und nicht etwa von vornherein der ätiologischen und nosologischen Systematik der Medizin folgt. Das rehabilitative Aufgabenverständnis ist nicht nur in sozialrechtlicher Hinsicht von eigenständiger (-williger?) Provenienz, sondern will sich auch inhaltlich durchaus vom kurativen unterscheiden. Es beruft sich ausdrücklich und fortgesetzt auf einen „ganzheitlichen, interdisziplinären Ansatz“ (VDR 1992: 177; DRV 2009: 17f.). Es ist fraglich, ob dieser Anspruch vereinbar wäre mit einem medizinischen Konzept der Risikofaktoren, das die Tätigkeiten nichtärztlicher Berufsgruppen im strengsten Falle vorzeichnet und dirigiert.

Während das neunte und zehnte Kapitel hauptsächlich die innerprofessionelle und koordinative Nutzung des Risikofaktorenkonzepts fokussieren, nimmt das *elfte Kapitel* noch einmal ausdrücklich Bezug zum „Risiko hinter den Risikofaktoren“ und damit zu den Ergebnissen des vierten Kapitels. Welche Bedeutung nimmt das *Risiko* von Risikofaktoren in diesem speziellen Kontext an? Ob für Health Professionals und Patienten der probabilistische Hintergrund eine Rolle spielt, wie „Eigenverantwortung“ konstituiert wird – Risiken also zurechenbar gemacht werden –, ob von der Ambivalenz, ein Risiko einzugehen, etwas übrigbleibt, wird also zu fragen sein. Um zum Beginn zurückzukehren: Welchen Grad von Sicherheit glaubte wohl Herr D. zu erreichen, als er seine Risikofaktoren „ausschaltete“? Und warum darf er sich der Anerkennung des Oberarztes für sein Bemühen so gewiss sein?

Das *zwölfte Kapitel* fasst die zentralen Ergebnisse der Untersuchung zusammen, resümiert ihre Praxisrelevanz und diskutiert das methodische Vorgehen. Sodann werden neuere Entwicklungen in der Rehabilitation dargestellt im Hinblick auf die Frage, inwieweit die Forschungsergebnisse der Studie unter bereits veränderten Bedingungen noch Aktualität beanspruchen dürfen. Im Anschluss skizziere ich eine Forschungsagenda, in der Erfahrungen und Fragen, die sich im Verlauf der Untersuchung ergeben haben, über diese jedoch hinausweisen, mit zentralen Themenbereichen der Gesundheitswissenschaften und Medizinsoziologie – Risikokommunikation, Health Professionals und Patienten, Patientenperspektive, Health Care Teams – verknüpft werden. Eine Skizze, mehr nicht.

1.3 Gesundheitswissenschaftliche Relevanz der Untersuchung

Das Risikofaktorenkonzept prägt unsere Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit: Wie wir präventives oder riskantes Verhalten (eigenes und das anderer Menschen) beurteilen, wie wir auf die Ergebnisse einer Blutuntersuchung reagieren, wie wir unseren Gesundheitszustand und unsere Chancen auf Langlebigkeit einschätzen – um nur einige Beispiele dafür zu nennen, wie geläufig und selbstverständlich uns das Konzept und das mit ihm verbundene „programme of action“ ist. Selbst wenn wir nicht aktiv werden, vermerken wir dies: die Unterlassung oder die Entscheidung, eine Information zu ignorieren. Ähnlich, wie wir Watzlawicks Diktum zufolge „nicht nicht kommunizieren können“ (vgl. Fuchs 2008), entkommen wir dem Denken in Risikofaktoren kaum, sofern Gesundheit und Krankheit betroffen sind. Das Argument scheint klar zu sein: Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen, und es ist nur klug, diese Wahrscheinlichkeit so niedrig wie möglich zu halten, zumal wenn sich dies mit relativ einfachen Verhaltensregeln erreichen lässt. Aus dem Risikofaktorenkonzept wird also die Forderung nach „Eigenverantwortung“ bzw. individuell präventivem Verhalten abgeleitet; erst recht, wenn jemand bereits erkrankt ist und entsprechende Verhaltensspuren zeigt (s. Kap. 11.1). Als Teilnehmern einer AHB-Maßnahme steht Patienten die Option, das „programme of action“ zu ignorieren, allenfalls unter hohen Widersetzungskosten offen.

Gesundheit und Krankheit aus dem Blickwinkel von Risikofaktoren, also unter Wahrscheinlichkeitsgesichtspunkten zu betrachten, ist eine vergleichsweise rezente Entwicklung (vgl. Porter 2010, 1986; Schlich 2006). Im Gefolge von Statistik, Versicherungswesen und schließlich Medizin und Epidemiologie haben auch die Gesundheitswissenschaften ihr Teil dazu beigetragen, dass sich das Konzept so erfolgreich durch- und festsetzen konnte (Lupton 1993; Rothstein 2003; Brand, Brand, Schröder & Laaser 2006; Greene 2007; Aronowitz 2010; Timmermanns 2010; Razum, Brzoska & Breckenkamp 2011; Schorb & Schmidt-Semisch 2012). Auch für die Gesundheitswissenschaften ist es in vielerlei Hinsicht konstitutiv: Der normative Vorrang der Prävention vor der Kuration lässt sich mit ihm begründen; es ist elastisch für die Verschiebung in der Prävalenz von Infektions- hin zu chronischen Krankheiten; es ist gleichermaßen offen gegenüber einem biomedizinischen, bio-psycho-sozialen oder soziopsychosomatischen Krankheitsmodell, und es erzwingt nicht von vornherein eine Festlegung auf „Verhalten“ vs. „Verhältnisse“ (vgl. Badura, Iseringhausen & Strodtholz 2006).

Mit kritischen Anmerkungen ist das Risikofaktorenkonzept zu verschiedenen Zeiten und aus verschiedenen disziplinären Perspektiven versehen worden (z.B. Karmaus 1979; Korporal & Zink 1982; Abholz 1982; Skrabanek 1991; Lupton 1993; Borgers 1995; Armstrong 1995; Olin Lauritzen & Sachs 2001; Rothstein 2003; Schlich 2006; Rosenberg 2007; Fuchs 2008; Niewöhner 2010; Aronowitz 2010). Die Verschiebung des medizinischen Fokus von Erkrankten auf Menschen *at risk*, die Pathologisierung und Medikalisierung des Normalen, die unreflektierte Übertragung statistischer Befunde auf individuelle Prognosen, die Erweiterung ärztlicher Aufgaben um Überwachung, der antizipierte Wandel individueller Prävention von einer Option zur Pflicht, folglich die Individualisierung und vor allem Zuschreibung von Verantwortung – das sind herausragende Kritikpunkte. Nicht alle aufgerufenen Themen sind für die vorliegende Arbeit gleichermaßen von Bedeutung. Sie schließt an Fragen zum Umgang mit Ungewissheit an und sucht dezidiert Anschluss an die reflexive Haltung, mit der für selbstverständlich Erachtetes auf seine Implikationen

hin befragt wird. Weiter will sie aufzeigen, wie komplex der Zusammenhang ist zwischen dem statistischen Befund einer erhöhten Eintrittswahrscheinlichkeit für X unter der Bedingung Y einerseits und seiner Übertragung auf einen individuellen Fall andererseits. Untersucht wird auf einer Mikroebene gesundheitlicher Versorgung ferner, ob die Praxis dieser Komplexität Rechnung trägt bzw. tragen kann, ob z.B. wahrscheinlichkeitstheoretische Implikationen darin überhaupt eine Rolle spielen (können) und welche Funktionen das Risikofaktorenkonzept auf dieser Ebene hat. Wie die individuelle Interpretation statistischer Zusammenhänge in die Programmatik eines ganzen Versorgungsbereichs transformiert wird, zeigt diese Arbeit.

Es werden also selbstverständliche Schlussfolgerungen aus dem Risikofaktorenkonzept zur Diskussion gestellt, die für die Gesundheitswissenschaften kaum weniger elementar sind als für die Medizin und darüber hinaus sich als kulturelle Praxis eingemischt haben (Lupton 1993; Rothstein 2003; Brand et al. 2006; Greene 2007; Aronowitz 2010; Schott & Hornberg 2011; Schorb & Schmidt-Semisch 2012).

Die Gesundheitswissenschaften adressieren seit langem und anhaltend an das Gesundheitssystem die grundlegende Kritik, seine Steuerung und Strukturen privilegierten akutmedizinischen Aufgaben vor den Herausforderungen, die chronisch Kranke an ein System der Krankenversorgung stellten; angesichts eines gewandelten Krankheitspanoramas sei deshalb die Leistungsabgabe des Systems nur bedingt bedarfsgerecht und effizient zu nennen (Badura & Feuerstein 2007; Rosenbrock & Gerlinger 2004; Vogd 2005). Eine der Schlussfolgerungen, die aus dieser Fundamentalkritik gezogen wird, richtet sich auf die Aufwertung des Laiensystems: Ob als „Bürgerorientierung“ (z.B. Badura, Hart & Schellschmidt 1999), „Patientenzentrierung“ (z.B. Klemperer 2005) oder „Kundenorientierung“ (vgl. Stollberg 2008b) ausgeflaggt – gemeinsam ist diesen Schlagworten die Überzeugung, die Stellung von Patienten im Experten-Laien-Diskurs sei ein wichtiger Qualitätsindikator für die „Performanz des Medizinischen“ (Saake 2003). Finden Wissen, Präferenzen und Ziele von Patienten angemessen Berücksichtigung? Wie sind sie repräsentiert in sozialen Situationen, in denen sich Patienten qua Rolle Experten und deren Spezialwissen anvertrauen müssen – und oft auch wollen? Situationen, die in hohem Maße institutionalisiert und von den Belangen der Organisation und der Profession geprägt sind, in denen allerdings auch Patienten in lebenslang sozialisierter Rolle als Patienten agieren (vgl. Vogd 2012; Hanses 2012; Martin & Finn 2011; Koenig 2011; White, Bissell & Anderson 2010; Lee & Lin 2010; Koerfer, Albus, Obliers, Thomas & Köhle 2008; Grande & Romppel 2008, 2010; Schott, Badura, Schwager, Wolf & Wolters 1996; mit nüchtern-skeptischem Blick und Verweis auf eine verzwickte Befundlage: Stollberg 2008b)?

Ein stationäres AHB-Programm stellt in fast schon idealtypischer Weise für Patienten eine „Total-Inklusion der Person auf Zeit“ dar (Bauch 2000: 98, zit. n. Staender 2011: 347). Rehabilitationskliniken bieten also ein bemerkenswertes Forschungsfeld für Diskurspraktiken zwischen Health Professionals und Patienten: Die Programmatik schließt neben therapeutischer Behandlung ausdrücklich Wissensvermittlung und Edukation ein; die „Expertisierung von Laien“, „Patienten als Ko-Produzenten ihrer Gesundheitsgewinne“ und eine „aktive Auseinandersetzung von Patienten mit ihrer Erkrankung“ sind gleichermaßen Zielpunkte der Rehabilitation wie sie als Aktivierungs-Desiderata auf die Debatte zur Aufwertung der Patientenrolle verweisen.

Die vorliegende Arbeit macht zwar keinen der erwähnten normativen Bezugspunkte zu einem Dreh- und Angelpunkt der Beschreibung und Analyse; im Schleppnetz meiner fachlichen Sozialisation ist aber doch der eine oder andere hängen geblieben, namentlich die Überzeugung, dass Experten Patienten ihr Wissen ohne manipulierende Absicht zur Verfügung stellen sollten; immerhin wird erwartet, dass Patienten dieses Wissen zu Rate ziehen, um für ihr Leben belangreiche Entscheidungen treffen. Man darf sich allerdings keineswegs sicher sein, dass diese Haltung einer einhelligen Präferenz auf Patientenseite entspräche. Mikrostudien klinischen Alltags haben ohnehin zu gewärtigen, dass – ganz in Goffman'scher Manier – *alle* Beteiligten spielen, also auch manipulieren, mit unterschiedlichen, zudem oft unerkannt bleibenden Motiven.

Mit der kardiologischen Rehabilitation bildet ein Ausschnitt der Versorgung den Untersuchungszusammenhang, in dem ausdrücklich eine Erkrankung in ihrer chronischen Dimension im Vordergrund steht. Das Konzept der professionellen Bearbeitung baut mit der Sekundärprävention deshalb auf Multidisziplinarität (s. Kap. 2), also funktionale Diversifizierung. Die damit implizierte Form der Arbeitsteilung bietet eine interessante Ausgangslage, um an die These Freidsons (1979) von der professionellen Dominanz der Medizin anzuknüpfen (s. Kap. 5). Ärztliche Arbeit muss mittlerweile zwar angesichts von Ökonomisierung und Standardisierung verstärkt professionsinternen und -externen Legitimationsanforderungen genügen – manche Autoren sehen darin sogar ein Anzeichen für den Verlust professioneller Autonomie; davon unangefochten könnte jedoch die Stellung der Medizin im interprofessionellen Gefüge geblieben sein (vgl. Nugus, Greenfield, Travaglia, Westbrook & Braithwaite 2010; Salhani & Coulter 2009).

Die disziplinäre Vielfalt gilt der medizinischen Rehabilitation gewissermaßen als ein Markenzeichen; zugleich sind Rehabilitationskliniken unzweifelhaft professionelle Organisationen, die unter ärztlicher Leitung stehen. Die dominante Stellung der Medizin im arbeitsteiligen Gefüge medizinischer Berufsgruppen – auch und gerade in Rehabilitationseinrichtungen – ist von gesundheitswissenschaftlicher Seite verschiedentlich als dysfunktional kritisiert worden, weil sie der Integration der Teilleistungen entgegenstehe und deshalb nicht aufgabenadäquat sei (Badura, Grande, Janßen & Schott 1995; Winter 1995; Hotze 2001; Körner, Schüpbach & Bengel 2005; siehe aber auch: Finn 2008; Finn, Learmonth & Reedy 2010; Lewin & Reeves 2011). Der vorliegenden Arbeit liegt indes kein normatives Teammodell zugrunde; vielmehr will sie mit Ansätzen aus der Professionsforschung auch untersuchen, in welchen Formen der Arbeitsteilung das Risikofaktorenkonzept praktiziert wird – und ob überhaupt dieses Konzept epidemiologisch-medizinischer Provenienz die Arbeit der anderen Berufsgruppen anleitet (s. Kap. 10). Die Medizin in ihrer Beziehung zu anderen Berufsgruppen wird also durchaus analysiert, hier jedoch vor dem Hintergrund eines Konzepts, von dem ich annehme, dass es für den Versorgungsbereich konstitutiv sei.

Qualitative Forschungsmethoden kommen inzwischen auch in den Gesundheitswissenschaften vermehrt zur Anwendung; bevorzugt werden dabei nach wie vor Interviewmethoden (mit Einzelpersonen und Gruppen). Demgegenüber sind Arbeiten, die ihre Datengewinnung auch auf ein Beobachtungsverfahren wie die teilnehmende Beobachtung stützen, bislang selten (vgl. Schaeffer & Müller-Mundt 2002; Holloway 2005; Vogd 2009;

Padgett 2012). In diesem Sinne betritt die vorliegende Arbeit methodisch zwar kein Neuland, kann aber nach wie vor reklamieren, einen ungewöhnlichen methodischen Zugang gewählt zu haben. Ungewöhnlich allerdings nur mit Blick auf die im Fach etablierte Methodenwahl. Was die methodische Angemessenheit betrifft, so bin ich überzeugt, dass Praktiken am besten am Ort der Praxis zu untersuchen sind.

Bleibt die entscheidende Frage zu stellen, ob Analysen und Erkenntnisse, die auf Daten aus dem Jahr 1998 fußen, von anderem als historischem Belang sein können (s.a. Kap. 2 u. 6)? Je nachdem, wie man die Dynamik von Veränderungsprozessen im Rehabilitationssektor im Verhältnis zur Stabilität jener Phänomene einschätzt, die hier zur Untersuchung anstehen, wird man die Frage bejahen oder verneinen. Dass das Risikofaktorenkonzept als *die* Orientierung für sekundärpräventive Arbeit obsolet geworden wäre, dafür gibt es ebenso wenig Anzeichen wie für die wundersame Wandlung von Rehabilitationskliniken in multiprofessionell geführte Rehabilitationseinrichtungen.

2 Kardiologische Rehabilitation

Das Kapitel referiert Indikationen, Aufgaben, Ziele (2.1) sowie Durchführung und Organisation (2.2) der Phase II kardiologischer Rehabilitation in Deutschland, sodann dazugehörige Konzepte und Leitlinien (2.3). Der kardiologische Rehabilitationsprozess wird international in drei Phasen gegliedert. Die Gliederung unterstreicht, dass jeweils bestimmte Funktionen und Aufgaben, wahrgenommen durch unterschiedliche Akteure, im Vordergrund stehen: Phase I besteht in der Frühmobilisation im Akutkrankenhaus, ist also unmittelbar mit einer Akutintervention verzahnt. Phase II, die im Mittelpunkt dieser Untersuchung steht, soll sich – egal, ob stationär, teilstationär oder ambulant durchgeführt – möglichst umgehend an die Akutbehandlung anschließen. In Deutschland besteht Phase II in einer zumeist dreiwöchigen Anschlussheilbehandlung (AHB) bzw. Anschlussrehabilitation (AR), die leistungsrechtlich im Sektor Rehabilitation und nicht etwa im Sektor Krankenbehandlung angesiedelt ist und deshalb auch nicht in einem Krankenhaus, sondern nur in einer Rehabilitationseinrichtung absolviert werden kann.¹⁰ Auf Phase II folgt die sogenannte ambulante Langzeitrehabilitation (Phase III), die in den Aufgabenbereich niedergelassener Ärzte fällt. Herzsportgruppen und spezielle Nachsorgeprogramme, die z.T. auf die berufliche Wiedereingliederung abstellen, ergänzen das ärztliche Angebot (Sauer & Gysan 2007; Kittel & Karoff 2007; Franz & Halle 2007; Bönner & Rauch 2007).¹¹

Die Phasengliederung reflektiert in medizinischer Perspektive die krankheits- bzw. therapieverlaufsbedingte idealtypische Abfolge einer Behandlungskette, die auf der Ebene institutioneller Leistungserbringer bereits eine Reihe von Schnittstellen aufweist: Akutkrankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassene Ärzte, Sportgruppen. Eine Vervielfachung von Schnittstellen ergibt sich in Deutschland dadurch, dass die Phasen unterschiedlichen Sektoren (Krankenbehandlung, Rehabilitation) zugeordnet sind, mit je eigenen Gesetzesgrundlagen, Budgets, ministerieller Verantwortung, unterschiedlichen Kostenträgern, Zielsetzungen und Konzepten, Mechanismen der Leistungsveranlassung u.v.m. (vgl. Klemann 2007). Diese Vielschichtigkeit und teilweise Widersprüchlichkeit im Einzelnen darzustellen, ist freilich nicht Anliegen dieser Arbeit, die sich ja auf nur eine der Phasen konzentriert. Mit Blick auf Konzepte und Leitlinien werde ich jedoch auf einige Auswirkungen solcher Schnittstellen hinweisen (2.3). Ansonsten wäre die vielfache Autorschaft (Gesetzliche Rentenversicherung, medizinische Fachgesellschaften) und Anzahl von Rehabilitationskonzepten kaum nachzuvollziehen. Hinweisen möchte ich aber bereits jetzt darauf, dass Konzepte und Leitlinien bei aller Diversität doch in dem für diese Untersuchung entscheidenden Punkt konvergieren: in der Bedeutung, die dem Risikofaktorenkonzept für Sekundärprävention und Gesundheitsbildung zuerkannt wird.

¹⁰ Zusammen mit medizinischer Rehabilitation bilden soziale und berufliche Rehabilitation den Rehabilitationssektor (in Abgrenzung etwa zu Kuration, Pflege, teilweise Prävention). Rehabilitation bedeutet „Wiederherstellung“.

¹¹ Abgesehen von der AHB/AR gibt es als medizinische Rehabilitationsmaßnahme das allgemeine Heilverfahren, das ohne Bezug zu einem akuten Krankheitsereignis von kardiologischen Patienten mit besonderer Risikokonstellation beantragt werden kann mit dem Ziel, eine vorzeitige Berentung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden. Aus medizinischer Sicht ist das allgemeine Heilverfahren der Phase III zuzurechnen (DGPR 2007: III/6f.; NVL KHK 2011: 51). In sozialrechtlicher Perspektive wird allerdings betont, dass Heilverfahren und AHB den gleichen sozialrechtlichen und sozialmedizinischen Voraussetzungen unterliegen (DRV 2009: 21).

2.1 Indikationen, Ziele und Aufgaben kardiologischer Rehabilitation

Eine kardiologische Rehabilitation in Form einer Anschlussheilbehandlung (AHB) bzw. Anschlussrehabilitation (AR) ist gedacht für Patienten, die wegen einer Herzerkrankung stationär behandelt worden sind und z.B. eine Herzoperation oder ein Akutes Koronarsyndrom überstanden haben (s. Kap. 3.1). Die AHB/AR soll innerhalb von 14 Tagen nach einer Krankenhausbehandlung beginnen. Von den einzelnen Indikationen nimmt ein Großteil Bezug auf akute Krankheitsereignisse, die auf die Grunderkrankung KHK zurückzuführen sind, z.B. instabile Angina pectoris, akuter oder rezidivierender Myokardinfarkt. Auch koronare Bypass-Operationen, die ganz überwiegend elektiv, also geplant durchgeführt werden, stellen als akutes Krankheitsereignis einen Indikationsanlass für eine AHB/AR dar; des Weiteren und unter Umständen wird eine AHB/AR bei klinisch stabiler KHK sowie nach dekompensierter Herzinsuffizienz eingeleitet.¹² Diagnosen der ICD bilden die *medizinische* Grundlage für Indikationen zur kardiologischen Rehabilitation, wie jeweils der Zusatz „Zustand nach...“ (z.B. koronarer Bypass-OP usw.) unterstreicht. Darüber hinaus sind AHB-Indikationen an sozialmedizinische Einschätzungen zur Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit sowie an die Rehabilitationsprognose geknüpft, die neben allgemein somatischen Kriterien (z.B. Gehfähigkeit, Selbständigkeit beim Essen, Waschen, Anziehen) vor allem auf soziale, psychische und kognitive Merkmale von Patienten abstellen: Ist die soziale Teilhabe aufgrund des akuten Erkrankungszustands gefährdet? Ist ein Patient mental und psychisch in der Verfassung, sich aktiv an der Reha-Maßnahme zu beteiligen? Wird die Maßnahme voraussichtlich zur Wiederherstellung der Teilhabe führen?¹³

Die kardiologische Rehabilitation – so definiert es die Nationale VersorgungsLeitlinie zur chronischen KHK –

„... ist der Prozess, bei dem herzkranken Patienten mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit sowie soziale Integration wieder zu erlangen und langfristig aufrecht zu erhalten.“ (NVL KHK 2011: 50)¹⁴

¹² Vgl. die Diagnosen der ICD-10-GM: I20-I25, Z95.1, Z95.5. Weitere Diagnosen indizieren eine Rehabilitation, z.B. eine OP der Herzklappen oder eine Herztransplantation, sie resultieren jedoch nicht aus der KHK als primärer Erkrankung (DGPR 2007; Korsukéwitz, Rohwetter & Rauch 2007; DRV 2008a; Korsukéwitz 2011).

¹³ Diese und weitere Kriterien (vgl. DRV 2008a) reflektieren, dass die sektorale Trennung von Kranken- und rehabilitativer Versorgung einhergeht mit der Berufung auf unterschiedliche Konzepte der Inklusion: ICD für die Medizin, ICF (vormals ICIDH) für die Rehabilitation – sofern die Gesetzliche Rentenversicherung und nicht die Krankenkasse als Kostenträger firmiert (vgl. DGPR 2007: III/7; Franz 1998; Schliehe 2006; DRV 2008a, 2009, 2010c). Proponenten der ICF heben als Positivum hervor, dass sie anstelle einer nosologischen Klassifikation auf *funktionale* Aspekte von Gesundheit und Krankheit abstelle, ferner den sozialen Teilhabebegriff des SGB IX in die sozialmedizinische Praxis implementiere und überhaupt einem bio-psycho-sozialen Krankheitsbegriff Geltung verschaffe (vgl. Schliehe 2006; DRV 2010c). Mediziner, namentlich Rehabilitationskardiologen können sich weder mit der ICF anfreunden, noch liegt ihnen die sozialmedizinische Begrifflichkeit der Rehabilitationsfähigkeit etc. nahe (Karoff, Held & Bjarnason-Wehrens 2007: 25ff.; DGPR 2007). Am Begriff der funktionalen Gesundheit kritisieren sie v.a., dass er das für die KHK so bedeutsame Konzept des Risikofaktors nicht erfasse.

¹⁴ Gleichlautend die Anforderungen des G-BA an das DMP KHK (für die die NVL KHK die Vorlage bilden soll) und in der Leitlinie der DGPR (2007: III/6). Ein Expertengremium der WHO formulierte 1993: „Its (i.e. cardiac rehabilitation's) goals are to improve functional capacity, alleviate or

Die Ziele kardiologischer Rehabilitation sind gewissermaßen auf drei Dringlichkeitsstufen angesiedelt. Die Maßnahme soll, erstens, dazu beitragen, die unmittelbaren Krankheits- und Interventionsfolgen zu lindern bzw. zu beseitigen. Neben somatischen Folgen (Beschwerden, eingeschränkte körperliche Funktions- und Leistungsfähigkeit) sind die Beeinträchtigung des psychischen Befindens (Krankheitsbewältigung) und die Bedrohung von sozialen Rollen und Funktionen (Erwerbstätigkeit, familiäre Aufgaben, Selbstständigkeit im Alltag) eingeschlossen. Eine Verbesserung körperlicher Leistungsfähigkeit anzustreben, ist auf dieser Zielebene prioritär (vgl. DRV 2007b). Zweitens zielt kardiologische Rehabilitation darauf, die Prognose der Rehabilitanden zu verbessern, namentlich durch Sekundärprävention eine Risikoreduktion zu erreichen, die Rate erneuter Krankheitsereignisse sowie die Mortalität zu senken. Drittens soll kardiologische Rehabilitation dazu beitragen, gesellschaftlich aufzubringende Krankheits- und Invaliditätskosten stabil zu halten, und zwar, indem die Compliance¹⁵ von Patienten verbessert wird, vermeidbare Krankenhausaufenthalte tatsächlich vermieden sowie vorzeitige Berentung und Pflege verhindert werden (DGPR 2007: III/6; vgl. auch Korsukéwitz, Rohwetter & Rauch 2007: 11ff.). Als Ergebnisse einer dreiwöchigen Maßnahme lässt sich freilich nur die Minderheit der genannten Ziele operationalisieren.

Aus dem Zielkatalog sind Aufgaben für den somatischen, edukativen, psychologischen und sozialen Bereich abgeleitet. Zum körperlichen Bereich gehören die medizinische Behandlung und Überwachung, die überwachte Remobilisierung und gezieltes körperliches Training sowie die Einleitung von (auch medikamentösen) Maßnahmen zur Sekundärprävention. Um die Vermittlung von Wissen über die Erkrankung, Aufklärung über krankheitsrelevante Verhaltensweisen und individuelle Verhaltensoptionen sowie Probandeln in entsprechenden Trainings drehen sich Gesundheitsbildung und -training, namentlich mit Blick auf die Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht und Ernährung. Dass Patienten ihre Verantwortung für den weiteren Krankheitsverlauf akzeptieren und übernehmen, ist das zentrale Thema des edukativen Bereichs. Psychologische Aufgaben der Rehabilitation ergeben sich aus der Tatsache, dass psychische und psychosoziale Faktoren unabhängige Risikofaktoren für eine KHK darstellen und prognoserelevant sind (Depressivität, soziale Isolation und mangelnde soziale Unterstützung). Depressivität und Angst beeinträchtigen außerdem die Krankheitsbewältigung und die Bereitschaft zur Kooperation. Ein psychodiagnostisches Screening eingangs der Rehabilitation durchzuführen

lessen activity-related symptoms, reduce unwarranted invalidism, and enable the cardiac patient to return to a useful and personally satisfying role in society." (WHO 1993: 1)

¹⁵ *Compliance, Adhärenz, Konkordanz* – mit diesen drei Begriffen wird in unterschiedlichen Nuancen das Verhalten von Patienten bezeichnet, das auf ärztliche Empfehlungen und Verschreibungen folgt bzw. folgen soll. Dass *Compliance* und auch *Adhärenz* die Experten-Perspektive reflektieren und einem eher paternalistischen Arzt-Patient-Verhältnis entsprechen, ist offensichtlich (vgl. Huy, Thiel, Diehm & Schneider 2010; Allen, Wainwright & Hutchison 2011; Maddox & Ho 2009; s.a. Trostle 1988; Donovan & Blake 1992). *Konkordanz* als jüngster Begriff dieser kleinen Evolution soll hingegen anzeigen, dass Therapieentscheidungen und -konsequenzen zwischen Patient und Arzt nach dem Modell des *Shared Decision Making* (vgl. Stollberg 2008a) ausgehandelt worden sind (Bissell, May & Noyce 2004; Sandman, Granger, Ekman & Munthe 2012). Im Professionskontext ist mit *Compliance* oder *Adhärenz* die Übereinstimmung ärztlichen Handelns mit Leitlinien gemeint (z.B. Hannan, Racz, Gold, Cozzens, Stamato et al. 2010) – Wenn ich an dieser Stelle und im Verlauf der Arbeit den Begriff *Compliance* verwende, dann zeigt dies jeweils das Vorherrschen der professionellen Perspektive an; es wird sozusagen ein „native term“ benutzt.

ren, die Psychodiagnostik ggf. fortzusetzen, ferner psychologische Beratung und Intervention durchzuführen, sind daraus abgeleitete Aufgaben. Das Gros psychologischer Aufgaben hingegen zielt mittels psychoedukativer Maßnahmen auf die Schaffung günstiger Umstände für Krankheitsbewältigung und Risikofaktorenmodifikation. Aufgaben im sozialen Bereich resultieren aus dem ausdrücklichen Rehabilitationsziel, vorzeitige Berentungen zu verhindern, vielmehr zur Wiedereingliederung in Berufs- und Alltagsrollen beizutragen. Psychosoziale Faktoren beeinflussen die Rückkehr zur Erwerbstätigkeit stärker als somatische (DGPR 2007; NVL KHK 2011).

2.2 Durchführung und Organisation

Anders als akutmedizinische Interventionen werden Rehabilitationsleistungen formal auf Antrag des Versicherten gewährt, so auch eine AHB oder AR. Das AHB-Verfahren hat zum Ziel, den Übergang zwischen Akutbehandlung und folgender Rehabilitation trotz Sektorenwechsel möglichst reibungslos und innerhalb einer Frist von 14 Tagen vorstattengehen zu lassen. Faktisch wird ein AHB-Verfahren deshalb von ärztlicher und Sozialdienst-Seite während einer Akutbehandlung in die Wege geleitet (Direkt- oder Schnelleinweisung). Eine Direkteinweisung erfolgt ohne vorherige Zuständigkeitsprüfung durch den avisierten Kostenträger, eine Schnelleinweisung sieht eine solche Prüfung hingegen vor. Letztere ist bei kardiologischen Patienten das bei weitem häufigere Verfahren (von Eiff, Schüring & Niehues 2010: 75f.). Die Übergangszeit zwischen Ende der Akutbehandlung und Beginn der Rehabilitationsmaßnahme beträgt der REDIA-III-Studie zufolge durchschnittlich knapp 8 Tage bei bypass-operierten Patienten und 12,5 Tage bei Herzinfarkt-Patienten (ebd.: 78). Lückenlos schließt sich die AHB/AR der Akutbehandlung also nicht an.

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kommen verschiedene Kostenträger auf; die Zuständigkeit im einzelnen Fall ist abhängig vom Status des Versicherten und vom Zustandekommen des Rehabilitationsanlasses. Dem Prinzip der einheitlichen Risikoordnung zufolge wird die Maßnahme von jenem Träger finanziert, der im Falle des Scheiterns der Rehabilitation die daraus resultierende finanzielle Last trüge (vgl. Schott 1996: 19). „Scheitern“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass trotz Rehabilitation z.B. Erwerbsunfähigkeit nicht abgewendet werden kann und eine Berentung folgt oder Pflegebedürftigkeit sich als unabwendbar erweist. Demnach werden Reha-Maßnahmen von der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) für rentenversicherungspflichtige Erwerbstätige finanziert, während die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für nicht (mehr) Erwerbstätige die Kosten übernimmt.¹⁶ Neben diesen beiden gibt es weitere Kostenträger (Sozialhilfeträger z.B.), das Gros der Maßnahmen jedoch wird von der GRV und der GKV getragen, davon Mitte der 1990er Jahre schätzungsweise 30-40% aller medizinischen Rehabilitationsleistungen von der Krankenversicherung (Grande, Leppin, Mannebach,

¹⁶ Die geläufige Charakterisierung des Sozialversicherungssystems als „historisch gewachsen“ steht nicht zuletzt für die mangelnde Stringenz bei der Durchsetzung seiner eigenen Prinzipien, so auch dem erwähnten Prinzip der einheitlichen Risikoordnung. Schott weist darauf hin, dass dieses nur im Zweig der Rentenversicherung Anwendung findet, Krankenkassen hingegen lediglich bedingt für Pflegekosten aufkommen bzw. umgekehrt die Pflegeversicherung nicht für die Kosten medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen (Schott 1996: 19).

Romppel & Altenhöner 2002: 63, StBA 1998). Aus demographischen Gründen dürfte der GKV-Anteil zwischenzeitlich gestiegen sein (Bruckenberg 2011: 183).¹⁷

Zu Lasten der GRV sind 2010 rund 29.000 KHK-bedingte Anschlussheilbehandlungen durchgeführt worden (s. Abb. 1). Ihre Anzahl steigt tendenziell an, weist allerdings bei weitem nicht die Wachstumsdynamik auf wie der Anstieg der Anschlussheilbehandlungen insgesamt.¹⁸ Ambulant durchgeführte AHB-Maßnahmen verzeichnen hingegen starke Zuwachsraten (23% Steigerung von 2009 zu 2010 bei jedoch nach wie vor niedrigen Fallzahlen), sind aber in ihrem Potential weitgehend auf Ballungsräume begrenzt. Ihr Anteil an kardiologischen AHB-Maßnahmen liegt mittlerweile bei 12% (Korsukéwitz 2011). Der verhaltene Anstieg kardiologischer AHB-Maßnahmen insgesamt ist insofern bemerkenswert, als die KHK bzw. die Behandlung von Herzinfarkt-Patienten bei der Einführung des AHB-Verfahrens 1976/77 eine Vorreiterrolle gespielt (Wille & Buschmann 1998) und generell dazu beigetragen hat, die Rolle der Medizin innerhalb der Rehabilitation zu betonen. Mag die kardiologische Rehabilitation im gesamten AHB-Geschehen mittlerweile an relativem Gewicht eingebüßt haben, so gilt dies gerade nicht für Anschlussheilbehandlungen, die aufgrund einer KHK durchgeführt werden. In diesem Indikationsbereich dominiert das AHB-Verfahren die Gesamtheit aller KHK-Heilverfahren: Im Jahr 2000 lag der AHB-Anteil bei rund 68%, 2008 bei rund 81%; Anschlussheilbehandlungen haben hier also nicht nur einen hohen, sondern zunehmenden Stellenwert.¹⁹

¹⁷ Über die von der GRV finanzierten Leistungen gab die jährliche Statistik des VDR, später des DRV-Bund, Auskunft. Die bundesweite, alle Kostenträger einschließende Rehabilitationsstatistik des Statistischen Bundesamtes ist 1997 eingestellt worden. Seither sind Daten zu GKV-finanzierten Rehabilitationsmaßnahmen nicht mehr zugänglich (Bruckenberg 2011: 183). Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 verpflichtet die Krankenkassen erneut zur Datensammlung. Nach erheblichen Startschwierigkeiten (Hibbeler 2010) liegen seit 2011 unter dem Kürzel KG 5 Daten zu Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der GKV in den Jahren 2008 und 2009 vor (Abruf 09.04.2014): http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_statistiken/krankenversicherung/Vorsorge_und_Rehabilitation.pdf. Als Differenzierungskriterien werden Versicherungsstatus, Geschlecht, ambulant/stationär angewendet; alters- oder indikationsbezogene Daten sucht man vergeblich.

¹⁸ Der Leistungseinbruch im Jahr 1997 ist auf das Inkrafttreten zweier Gesetze (Beitragsentlastungsgesetz, Wachstumsförderungsgesetz) zurückzuführen, die eine Ausgabendeckelung deutlich unter dem bis dato erreichten Niveau vorschrieben. Die Gewährung rehabilitativer Leistungen wurde in der Folge sehr viel restriktiver gehandhabt, aber auch die Zahl der Anträge ging erheblich zurück. Außerdem wurde die bis dahin übliche vierwöchige Dauer einer Reha-Maßnahme auf in der Regel drei Wochen gekürzt. Hinzu kamen erhöhte Zuzahlungen für Patienten (Langenheim, Stähler, Ritz & Peters 1997; Schaub 1997). Warum sich der Leistungsrückgang so deutlich im Indikationsbereich Kardiologie, nicht aber in der Gesamtzahl der Anschlussheilbehandlungen niederschlagen hat, bleibt erklärungsbedürftig.

¹⁹ Vermutlich wird seitens der Medizin die kardiologische Rehabilitation sogar mit der AHB gleichgesetzt (nur AHB-Verfahren gelten als „echte“ kardiologische Rehabilitation): Die DGPR-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation bezieht sich ausschließlich auf die AHB/AR; allgemeine Heilverfahren werden der Phase III kardiologischer Rehabilitation zugeordnet (DGPR 2007: III/6f.). Mit ähnlichem Tenor die bereits ältere Stellungnahme der DGPR zur „Weiterentwicklung der Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen“ (DGPR 1995, insbesondere S. 469-471).

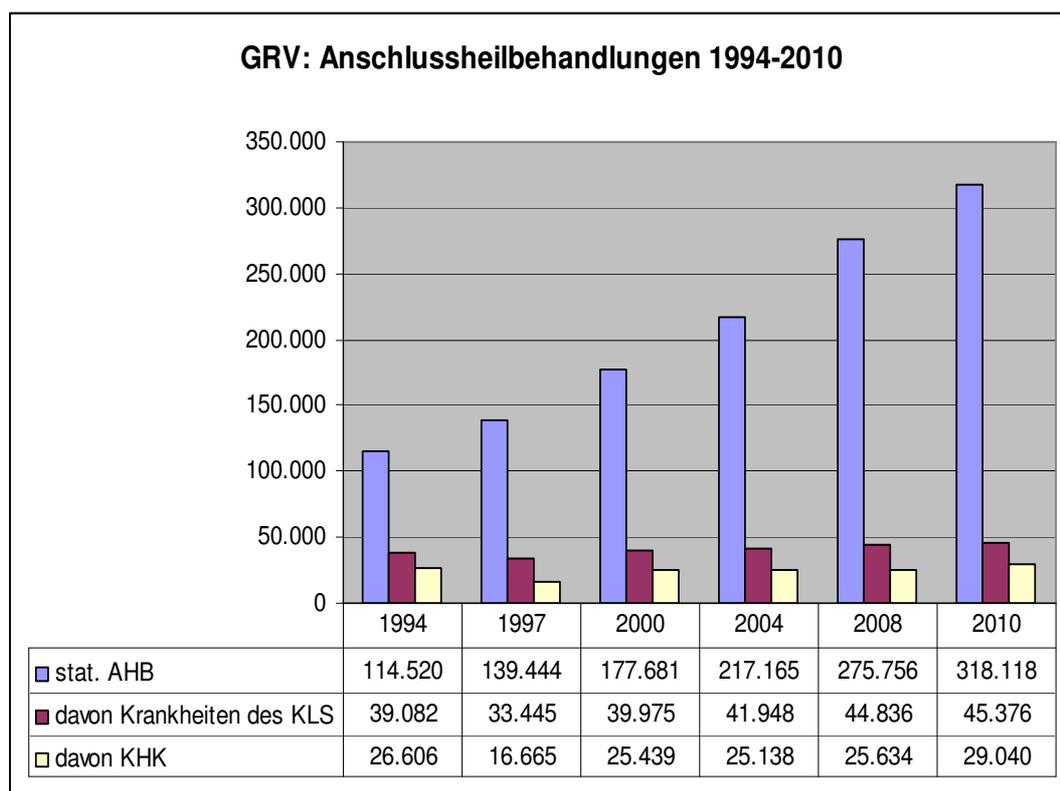


Abb. 1: Anschlussheilbehandlungen der Gesetzlichen Rentenversicherung 1994-2010, differenziert nach Krankheiten des Kreislaufsystems und Ischämischen Herzkrankheiten (Quellen: VDR-Statistik Rehabilitation 1994-2004, DRV 2010e, Korsukéwitz 2011)

Ausweislich verschiedener Leitlinien und Empfehlungen gehört die kardiologische Rehabilitation programmatisch zum Behandlungsensemble für Patienten mit chronischer KHK – die spezifischen Indikationen (s.o.) vorausgesetzt (DGPR 2007; NVL KHK 2006-2011; Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) an ein Disease Management Programm (DMP) „Chronische KHK“, s. Anlage 5 der 20. Änderungsverordnung des RSAV). Gleichwohl darf bezweifelt werden, ob die Inanspruchnahme dem Bedarf entspricht, vermutlich unterschreitet sie ihn deutlich.²⁰ Zuverlässige Angaben zum Verhältnis von Inanspruchnahme und Bedarf an kardiologischer Rehabilitation aus Anlass einer KHK können indes kaum gemacht werden (Grande & Badura 2001: 54-58). Bedarfsschätzungen, die auf der Grundlage der Anzahl von Bypass-Operationen und Herzinfarkt-Behandlungen angestellt werden, sind die Ausnahme (Grande & Badura 2001) und gehören nicht zum Argumentationspool von medizinischen Fachgesellschaften, Leistungsanbietern, Rehabilitationswissenschaftlern oder auch des Sachverständigenrates, um auf den vermehrten Ausbau von Leistungsstrukturen zu drängen.

²⁰ Grob geschätzt: Für das Jahr 2009 sind rund 664.000 vollstationär versorgte Fälle mit den Diagnosen I20 bis I25, also Ischämischen Herzkrankheiten, erfasst worden, darunter knapp 208.000 Fälle mit akutem Herzinfarkt; im selben Jahr wurden knapp 58.500 koronarchirurgische sowie rund 23.500 Klappen-Operationen durchgeführt (Bruckenberg 2011: 9, 63). Dem stehen 2010 rund 45.000 kardiologische AHB-Maßnahmen der GRV gegenüber (davon sind etwa 29.000 KHK-veranlasst, s. Abb. 1), plus – großzügig geschätzt – 40.000 GKV-finanzierte Anschlussrehabilitationen.

Bundesweite Daten darüber, wie hoch die Quote derjenigen Patienten ist, die nach einer Herzinfarkt-Behandlung oder/und einer Bypass-Operation an einer Reha-Maßnahme teilnehmen, liegen nicht vor. Anhaltspunkte zur Inanspruchnahme bieten einzelne Studien: Für die Jahre 1985-1990 wurde für Patienten mit Herzinfarkt aus dem Raum Augsburg eine Teilnahmerate von 65% ermittelt (Löwel, Lewis, Härtel & Hörmann 1994). Raten zwischen 49% und 55% bei Herzinfarktpatienten sowie zwischen 92,5% und 98% bei by-passoperierten Patienten wurden in fünf Kölner Kliniken retrospektiv für die Jahre 1992/93 erhoben (Rost, Hartmann, Horstmann, Koll & Bjarnason-Wehrens 1999). In einer in Nordrhein-Westfalen durchgeführten prospektiven, allerdings nicht repräsentativen Längsschnittstudie wurde eine Inanspruchnahme der kardiologischen Rehabilitation von ca. 86% der Herzinfarktpatienten festgestellt (Grande et al. 2002: 71). Ein zwischen 2000 und 2002 erstelltes Register von Patienten mit akutem Koronarsyndrom ermittelte Teilnahmeraten von knapp 68% (STEMI-Gruppe) bzw. 52% (NSTEMI-Gruppe)²¹ für eine anschließende Rehabilitation; weder die Höhe der Teilnahmeraten selbst noch der Unterschied zwischen ihnen waren medizinisch zu begründen (Rauch, Schneider, Gitt, Liebhart, Jünger et al. 2005; Hahmann, Bönner & Haberecht 2011).

Im Jahr 2008 haben Frauen und Männer aufgrund einer KHK im Verhältnis von etwa 1 : 5 an DRV-finanzierten stationären Reha-Maßnahmen teilgenommen, bei den ambulanten Maßnahmen betrug die Quote etwa 1 : 6 (DRV 2010e, Rehabilitationsstatistik für 2008). Mit einer geschlechtstypischen Prävalenz der KHK lässt sich dieser Unterschied nicht plausibilisieren, eher schon mit der geringeren weiblichen Erwerbsquote. Ausschlaggebender dürfte sein, dass die Inzidenz der KHK bei Frauen eine andere Altersverteilung aufweist als bei Männern: Frauen sind bei der Erstmanifestation akuter Krankheitsereignisse rund zehn Jahre älter und haben dann oftmals bereits das Rentenalter erreicht. Demnach wäre die GKV der zuständige Kostenträger für eine Rehabilitation, nicht die GRV. Davon abgesehen sind die Befunde uneinheitlich, ob für Frauen aufgrund ihres Geschlechts der Zugang zu einer AHB schwieriger zu erlangen ist als für Männer (Grande et al. 2002; Mittag 2003; Mittag & Grande 2008; Rauch, Schneider, Gitt, Liebhart, Jünger et al. 2005).²²

Wie gesagt, wird der größte Teil kardiologischer Reha-Maßnahmen stationär durchgeführt. Das SGB V unterscheidet zwischen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 107); nur letztere dürfen Rehabilitationsleistungen erbringen. Die Unterscheidung wird aus der jeweiligen Zielsetzung (Krankheiten diagnostizieren und

²¹ STEMI bzw. NSTEMI steht für zwei verschiedene Formen des Herzinfarkts: ST-elevation myocardial infarction bzw. Non-ST-elevation myocardial infarction; STEMI, NSTEMI sowie instabile Angina pectoris und plötzlicher Herztod sind unter der Bezeichnung Akutes Koronarsyndrom zusammengefasst (Hamm 2004a, 2004b; mehr dazu in Kap. 3). Die derzeit gültige Nomenklatur stellt ab auf den Okklusionsgrad der Herzkranzgefäße im akuten Geschehen, auf die Interpretation des EKG-Befundes (ST-Strecken-Hebung oder nicht als Korrelat für den Umfang der Nekrose der Herzwand) sowie auf die unmittelbaren therapeutischen Konsequenzen (Thrombolyse oder nicht). Nach der Jahrhundertwende schlägt sich ihre zunehmende Akzeptanz in Leitlinien nieder (z.B. Bertrand, Simoons, Fox, Wallentin, Hamm et al. 2002; van de Werf, Ardissino, Betriu, Cokkinos, Falk et al. 2003; Hamm 2004a, 2004b).

²² Inanspruchnahme ist längst nicht mehr der einzige Gesichtspunkt, unter dem Genderaspekte medizinischer Rehabilitation untersucht werden. Einen Überblick, ob Männer und Frauen gleichermaßen von der Maßnahme insgesamt und von einzelnen Therapiemodulen profitieren oder im Gegenteil geschlechtsinsensitive Maßnahmen dysfunktionale Ergebnisse zeitigen, geben Mittag & Grande (2008).

behandeln einerseits, Sicherung bzw. Festigung der Ergebnisse von Krankenhausbehandlung, Krankheitsfolgen mildern andererseits) und der Auszeichnung ärztlicher Tätigkeit abgeleitet. Krankenhäuser unterstehen fachlich-medizinisch ständiger ärztlicher Leitung, ärztliche und pflegerische Leistungen sind prioritär. Dagegen stehen Rehabilitationseinrichtungen fachlich-medizinisch lediglich unter ständiger ärztlicher Verantwortung. Der therapeutische Beitrag nichtärztlicher Berufsgruppen wird im Gesetzestext als gleichwertig dem ärztlichen gewürdigt. Multidisziplinarität ist demnach gleichermaßen ein Proprium von Reha-Kliniken als Organisationen und der rehabilitativen Programmatik (s.o. NVL KHK 2011; DGPR 2007: III/6f.; DRV 2009). Die Berufsstruktur spiegelt den multidisziplinären Behandlungsansatz wider: Neben dem ärztlichen (8%) und dem Pflegedienst (22,2%) ist vor allem der medizinisch-technische Dienst (25,3%) bedeutsam, unter dieser Bezeichnung firmiert zum größten Teil therapeutisches nicht-ärztliches Personal wie z.B. Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, Diätassistentinnen, Psychologen etc. (Klemann 2007: 52f.; StBA 2008).²³

Rehabilitationseinrichtungen werden nach Leistungsstufen unterschieden, welche die Leistungsfähigkeit in medizinischer und Spezifität in nosologischer Hinsicht reflektieren (Schwerpunkt-, Fach-, Kurklinik, Sanatorium). Um AHB-Maßnahmen durchführen zu können, müssen die Einrichtungen nicht nur Versorgungsverträge mit federführenden Belegern (Kostenträger) abgeschlossen haben, sondern u.a. Nachweise ihrer fachlichen Eignung erbringen (Klemann 2007) – wem gegenüber in welchem Umfang, ist jedoch nicht deutlich. Für AHB-Verfahren kommen Schwerpunkt- und Fachkliniken, nicht jedoch Sanatorien in Frage. 1997 gab es bundesweit 123 Kliniken, zu deren Leistungsspektrum kardiologische Rehabilitationsmaßnahmen zählten (Bruckenberg 1998); 2010 führt der Herzbericht 176 Einrichtungen auf, in denen AHB-Maßnahmen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen absolviert werden können und die entweder von der DRV belegt werden oder/und von der DGPR zertifiziert sind (Bruckenberg 2011). Das Qualitätssicherungsprogramm der GRV erhebt zwar Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der von ihr belegten oder geführten Einrichtungen (Egner, Gerwin, Müller-Fahrnow & Schliehe 1998; Egner, Gerwin & Buschmann-Steinhage 2006; VDR 2000, 2003a, 2003b; DRV 2007a); diese wurden allerdings bis 2008 nicht für eine Belegungssteuerung herangezogen (Iseringhausen 2006: 232ff.). Die GKV verbindet erst mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007 ihre Funktion als Kostenträger von Rehabilitationsmaßnahmen mit Qualitätsprüfungen der durchführenden Einrichtungen.

²³ Der Pflegebedarf von Rehabilitationspatienten ist selbst nach Einführung von DRG-Fallpauschalen in Krankenhäusern deutlich geringer als im Akutbereich. DRGs bergen für Akutkrankenhäuser den ökonomischen Anreiz, Patienten möglichst frühzeitig zu entlassen. Unter Finanzierungsgesichtspunkten wäre also zu erwarten, dass Patienten so bald wie möglich an Rehabilitationskliniken „weitergereicht“ werden und eine „Akutisierung der Reha“ bewirken (Klemann 2007: 59ff.) – der keine Kompensation durch entsprechende Entgelte gegenüber stünde. Diese Erwartung ist – den Ergebnissen der REDIA-Studie zufolge – so aber nicht eingetreten (von Eiff et al. 2010: 59-69; 75-79). Die REDIA-Studie ist in drei Erhebungswellen dieser Befürchtung für Patientengruppen mit orthopädischen oder kardiologischen AHB-Indikationen nachgegangen. Für kardiologische AHB-Patienten hat sich die Verweildauer im Akutkrankenhaus zwar verkürzt, dafür dauert die Übergangszeit länger, so dass die Gesamtbehandlungsdauer nahezu unverändert ist. Obwohl Patienten in einem tendenziell schlechteren Gesundheitszustand ihre Reha beginnen, sind die Behandlungsergebnisse gleich geblieben. Der Versorgungsaufwand für kardiologische Patienten ist gestiegen, hält die Studie fest, ohne diese Steigerung näher quantifizieren zu können.

Von den beiden maßgeblichen Kostenträgern GKV und GRV abgesehen (wobei die GRV auch Klinikbetreiber und damit Leistungsverantwortlicher ist), bietet die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. (DGPR)²⁴ als medizinisch geprägte Fachgesellschaft seit etwa 1995 ein Zertifizierungsverfahren an. Die Kriterien sind in zwei Positionspapieren aufgeführt: „Voraussetzungen für die Realisierung des Konzeptes der ‚umfassenden Betreuung‘ in der stationären Rehabilitation“ (DGPR 1991b) und „Empfehlungen der DGPR zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation/AHB“ (DGPR 1997). Das 13. Verzeichnis der DGPR-Mitgliedseinrichtungen (DGPR 2011) listet 131 Einrichtungen als Mitglieder auf, gut die Hälfte (69) ist zertifiziert: 50 für stationär, 13 für ambulant und 4 Einrichtungen für sowohl stationär als auch ambulant durchgeführte Anschlussheilbehandlungen.

Kostenträger unterhalten mit diesen Kliniken entweder Verträge über die Leistungserbringung, oder sind – die GRV – selbst Träger solcher Einrichtungen.²⁵ Aus der Doppelrolle von Kostenträgerschaft und Leistungsverantwortung der Rentenversicherung resultiert ihre Autorschaft für Behandlungskonzepte und Strukturvorgaben (Klemann 2007: 50f.; vgl. z.B. VDR 1985, 1992, 2003a, 2003b; DRV 2005, 2006, 2007a, 2007b, 2009, 2010b, 2010c, 2010d, 2010f) – eine Konstruktion, die der Rentenversicherung eine starke Position als Stakeholder mit Einfluss auf die rehabilitative Programmatik beschert, die sich medizinische Fachgesellschaften allerdings lediglich selektiv zu eigen machen. Diese Selektivität tritt u.a. in verschiedenen Konzepten und Leitlinien zutage.

2.3 Konzepte und Leitlinien

Mittlerweile liegt eine Vielzahl von Leitlinien vor, die die kardiologische Rehabilitation insgesamt oder Teilaspekte betreffen, oder aber die kardiologische Rehabilitation ihrerseits als Teilaspekt eines KHK-Behandlungspfades kodifizieren.²⁶ Das war nicht immer so: Konzepte zur Umsetzung von Zielen und Aufgaben kardiologischer Rehabilitation sind in Deutschland vergleichsweise spät formuliert worden und gehen zunächst auf die Autorschaft v.a. zweier Akteure zurück: auf die DGPR als medizinischer Fachgesellschaft und auf den VDR – die Vorläuferorganisation der DRV-Bund – als sowohl Kostenträger wie auch Leistungsanbieter medizinischer Rehabilitation.

Mit Beginn der 1990er Jahre ist die DGPR zusehends in der Erarbeitung von Positionspapieren aktiv geworden (DGPR 1991a, 1995, 2002). Seither zertifiziert sie außerdem Einrichtungen, die kardiologische Rehabilitationen durchführen und bestimmte Standards der Struktur (baulich, technisch-apparativ, personell), seit 2002 auch Prozess-Standards

²⁴ Die DGPR ist 1990 aus einer Reihe von Vorgängerorganisationen hervorgegangen (Krasemann 1993) und firmiert als „medizinisch-wissenschaftlicher Dachverband für alle Bereiche der Prävention sowie der ambulanten und stationären Rehabilitation im Herz-Kreislaufbereich“. Ihr gehören in diesen Bereichen tätige Ärzte an, ferner nichtärztliche Mitarbeiter von Rehabilitationseinrichtungen, diese Einrichtungen selbst und verwandte Institutionen. Außerdem ist sie der Dachverband der Landesorganisationen, in denen sich wiederum die lokalen ambulanten Herzgruppen versammeln (vgl. www.dgpr.de).

²⁵ Von den insgesamt 1.237 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind mit 694 mehr als die Hälfte in privater Trägerschaft, 321 in freigemeinnütziger und 222 in öffentlicher Trägerschaft (StBA 2010).

²⁶ Vgl. Bitzer et al. 2002, 2003, 2006; DGPR 2007; DRV 2005, 2010a, 2010b, 2010c, 2010d; Rauch et al. 2007; DGK 1998, 2007; Trappe & Löllgen 2000; Gohlke, Kübler, Mathes, Meinertz, Schuler et al. 2001; NVL KHK 2006, 2011.

erfüllen (DGPR 1991b, 2002). Die 1991 veröffentlichten „Komponenten einer umfassenden kardiologischen Rehabilitation in der Phase II (WHO)“ sind für mehr als ein Jahrzehnt das autoritative, weil fachgesellschaftlich erarbeitete Dokument für Deutschland gewesen. Vier Kernbereiche sind aufgelistet: 1. Kardiologische Funktions- und Leistungsdiagnostik (Definition der körperlichen Leistungsfähigkeit in Verbindung mit körperlichem Training, medikamentöse Sekundärprävention), 2. Bewegungstherapie zur Steigerung körperlicher Belastbarkeit und Verlaufsbeobachtung, 3. Sozialmedizinische Beratung im Hinblick auf berufliche und soziale Reintegration, 4. Gesundheitstraining und verhaltensmedizinische Interventionen zur Lebensstiländerung (Risikofaktorenmodifikation) (DGPR 1991a). Konzepte zur Verwirklichung der mit den Komponenten angerissenen Aufgaben und Zielsetzungen sind v.a. für die Funktions- und Leistungsdiagnostik, die Bewegungstherapie und das Gesundheitstraining vorgelegt worden.²⁷

Der VDR hat 1991 damit begonnen, allgemeine und indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte vorzulegen, so auch zu „Krankheiten des Kreislaufsystems“ (VDR/Reha-Kommission 1991, 1992). Zur kardiologischen Expertise haben zunächst z.T. dieselben Autoren beigetragen wie in den DGPR-Veröffentlichungen (und umgekehrt). An der Konzipierung von Gesundheitsbildung und -training hat der VDR seit 1985 kontinuierlich gearbeitet, fortgesetzt von der DRV-Bund (Bitzer, Dierks, Heine, Becker, Vogel et al. 2009; DRV 2010b; Hübel, Kauderer-Hübel & Weber-Falkensammer 1988; Kaufmann & Kijanski 1988; Kijanski & Haupt 1998; Vogel 1993a; Liebing & Vogel 1995; Schliehe, Schäfer, Buschmann-Steinhage & Döll 2000; VDR 1985, 1997). Der Zuwachs an Deziertheit und Systematik im Laufe der Jahrzehnte ist unverkennbar, ebenso die Didaktisierung und Manualisierung mit Blick auf Patienten und Dozenten. Bildungsanspruch und das Ziel der Kompetenzerweiterung von Patienten werden in Anlehnung an Begriffe wie „health literacy“ unterstrichen (Bitzer et al. 2009). Die Absicht dieser Veröffentlichungen hingegen ist gleich geblieben: Die Programme „Gesundheit selber machen“ (VDR 1985) und später „Aktiv Gesundheit fördern“ (Schliehe et al. 2000 bzw. 2006) zielen unverändert auf die Bereitschaft und Fähigkeiten von Patienten, Risikofaktoren durch verändertes Verhalten günstig zu beeinflussen (vgl. insbesondere DRV 2010b).

Die Rehabilitationskonzepte der Rentenversicherung einerseits und der fachgesellschaftlich organisierten (Rehabilitations-)Kardiologie konvergieren in dem für die vorliegende Untersuchung entscheidenden Punkt: in der Bedeutung, die dem Risikofaktorenkonzept für Sekundärprävention und Gesundheitsbildung zugemessen wird.

Daneben gibt es Anzeichen für grundsätzliche Unterschiede in der konzeptuellen Orientierung verschiedener Akteure, resultierend aus der sektoralen Trennung von Krankheitsbehandlung und Rehabilitation und den damit zusammenhängenden unterschiedlichen Zielsetzungen. Sie berühren die Fragestellung dieser Arbeit zwar nur mittelbar; da sich die Produktion von Konzepten und Leitlinien seit etwa Ende der 1990er Jahre zu einem sehr dynamischen und legitimatorisch bedeutsamen Tätigkeitsfeld ausgewachsen hat, will ich diese Entwicklung nicht ignorieren, lasse es mit einigen Beobachtungen und Anmerkungen aber bewenden.

Zunächst fällt auf, wie viele Institutionen sich mittlerweile an der Formulierung von Konzepten und Leitlinien beteiligen: klassische und aufgabenbezogene medizinische

²⁷ Vgl. z.B. Buchwalsky & Blümchen 1994; Saner 1993; Franz 1998; DGPR o.J.; VDR 1985; Kaufmann & Kijanski 1988; Weidemann 1990; Vogel 1993a; DGPR 1997; Schliehe et al. 2000.

Fachgesellschaften etwa (DGK, DEGAM, DGPR, DGRW z.B.), die Rentenversicherung, aber auch dezidierte Akteure der Gesundheitspolitik wie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), die Bundesärztekammer (BÄK), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF).

Zweitens ist bemerkenswert, dass Akteure bei der Erstellung von Leitlinien selbst dann *nicht* kooperieren, wenn der Gegenstand Behandlungspfade oder -konzepte sind, die Sektorengrenzen regelmäßig und anerkanntermaßen überschreiten – wie bei der KHK. So liegt die Autorschaft für die NVL KHK (2006, 2011) nahezu gänzlich bei Akteuren, die dem System der Krankenbehandlung zugehören und deren Expertise ausschließlich medizinischer Provenienz ist.²⁸ Die Rentenversicherung kann ihren Anspruch auf Leistungsverantwortung entweder nicht durchsetzen oder wird von den genannten medizinischen Akteuren darin nicht anerkannt – jedenfalls ist sie am Erstellungsprozess nicht beteiligt. Das gilt gleichermaßen für die Anforderungen, die der G-BA für strukturierte Behandlungsprogramme formuliert. Beim DMP KHK sucht man unter den stellungnahmeberechtigten Organisationen Leistungserbringer und Kostenträger der Rehabilitation vergeblich.²⁹

Drittens werden Querbezüge inhaltlicher oder institutioneller Art zwischen verschiedenen Leitlinien nicht expliziert, schon gar nicht diskutiert und oftmals nicht einmal erwähnt. Die DGPR ist Mitglied in der AWMF (vgl. www.awmf.org), die seit 1995 die Entwicklung von Leitlinien koordiniert und die Ergebnisse online publiziert, darunter die bereits zitierte Nationale Versorgungsleitlinie zur chronischen KHK (NVL KHK 2006, 2011). An deren Erstellung waren Mitglieder der DGPR beteiligt. 2007 hat die DGPR die hier schon mehrfach zitierte Leitlinie zur Rehabilitation bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen publiziert. Die DGPR-Leitlinie zieht als Quell-Leitlinie die der European Society of Cardiology heran (De Backer, Ambrosioni, Borch-Johnsen, Brotons, Cifkova et al. 2003), während die NVL KHK sich als Quelle auf die Leitlinien des American College of Cardiology bzw. der American Heart Association (ACC/AHA 2002), der DGK (2003) sowie der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ 2004) stützt. Die Präferenzen bei der Auswahl von Quell-Leitlinien werden i.d.R. nicht begründet. Auf die NVL KHK nimmt die DGPR-Leitlinie keinerlei Bezug, auf die Existenz von Disease Management Programmen für KHK-Patienten lässt lediglich ein Nebensatz schließen. Die Existenz der Leitlinie KHK der DRV-Bund (2006) wird eingangs knappst erwähnt; eine kritische Absatzbewegung von den Qualitätssicherungsaktivitäten der Rentenversicherung ist am Ende der Leitlinie zu entdecken.³⁰

²⁸ An medizinischen Fachgesellschaften vertreten sind im Erstellungsprozess: AkdÄ, DEGAM, DGIM, DGK, DGTHG und die DGPR. Herausgeber der Nationalen Versorgungsleitlinien sind die BÄK, KBV und die AWMF.

²⁹ Dabei heißt es auf der Webseite des G-BA: „Bevor der G-BA Richtlinien zu einem strukturierten Behandlungsprogramm beschließt, gibt er den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe, den für die sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen, dem Bundesversicherungsamt und den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme.“ (<https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/dmp/aufgaben/>) (letzter Abruf 10.04.2014; s.a. Bundesanzeiger Nr. 103, S. 5716, vom 06.06.2007).

³⁰ Dort heißt es: „In der QS der medizinischen Rehabilitation wird unter „Qualität“ derzeit in erster Linie die so genannte „Struktur-“ und „Prozessqualität“ überprüft. Die QS beschränkt sich somit

Viertens darf man sich fragen, wie ernst es der DGPR damit ist, kardiologische Rehabilitation als multidisziplinäre Veranstaltung zu konzeptualisieren. In der Erstellung und Autorschaft der DGPR-Leitlinie schlägt sich dieser Anspruch nicht nieder, die Federführung lag bei (Rehabilitations-)Kardiologen und einer Sportwissenschaftlerin. Experten aus anderen medizinischen Fachgebieten wurden themenweise hinzugezogen, nur vereinzelt waren sie ohne medizinische Qualifikation (Psychologie, Gesundheitswissenschaften). Vertreter nichtärztlicher Berufsgruppen in der Rehabilitation waren nicht beteiligt, ebenso wenig Ernährungswissenschaftler, Pädagogen u.ä. Nahezu jegliche referierte Expertise ist also bereits „medikalisiert“, d.h. mit einem dezidiert medizinischen Bezug versehen (Ernährung z.B. als Diabetes mellitus, Metabolisches Syndrom, Adipositas, gestörter Fettstoffwechsel usw.).

Und die Rentenversicherung? Sie übt sich im Spagat zwischen einerseits der Anerkennung der Medizin als Leitdisziplin auch in der Rehabilitation (ohne Medizin keine Rehabilitation, schon gar keine AHB/AR) und dem Treueschwur auf den unterdessen sozialgesetzlich verankerten Leitbegriff der Teilhabe³¹ sowie den Krankheitsfolgenbegriff andererseits. Teilhabe- wie auch Krankheitsfolgenbegriff sind beide nur bedingt anschlussfähig an medizinische Konzepte, wie mehr oder weniger offene Distanzierungen aus medizinischer Feder nahelegen (s. Anm. 13). Dessen ungeachtet und einigermäßen ungeührt setzt die DRV-Bund ihre Arbeit an Konzepten und Leitlinien für die Rehabilitation fort, einbezogen sind diverse Fachgesellschaften, stets auch medizinische. Offerten an die Medizin sind nicht zu übersehen: Ergänzend zum Krankheitsfolgenmodell operiert die Rentenversicherung mit der nosologischen Krankheitsklassifikation medizinischer Provenienz. Seit spätestens 2005 nimmt die DRV die Leitlinien-Begrifflichkeit auf, übernimmt auch die Nomenklatur der evidenzbasierten Medizin, entwickelt eigene Verfahren zur Erstellung von Leitlinien, wobei die Multiprofessionalität ein wichtiges Merkmal bleibt (vgl. DRV 2005, insbesondere S. 178ff.). Es ist nicht ersichtlich, dass die Rentenversicherung mit diesen Aktivitäten Anerkennung oder Akzeptanz auf medizinischer Seite fände.

auf Surrogatparameter, deren Bezug auf die Ergebnisqualität weitgehend unbewiesen ist und vor allem auf Expertenmeinung beruht. Eine in Bezug auf die Ziele der kardiologischen Rehabilitation evidenzbasierte Definition von Struktur- und Prozessqualität existiert nicht.“ (DGPR 2007: III/37)

³¹ Das SGB IX ist im Juli 2001 in Kraft getreten. Zuvor bestehende rechtliche Regelungen waren auf andere Sozialgesetzbücher verteilt, haben demzufolge Behinderung und Teilhabe nicht fokussiert und aufeinander bezogen, folgten aber gleichwohl den Grundsätzen „Reha vor Rente“ (§ 9 SGB VI) sowie „Reha vor Pflege“.

3 Medizinisch-epidemiologischer Diskurs: Krankheitstheorie und therapeutische Folgerungen

Das Kapitel widmet sich zentralen medizinischen und epidemiologischen Konzeptualisierungen der KHK und den sich daran knüpfenden therapeutischen Strategien. Der erste Abschnitt befasst sich mit dem akutmedizinischen Zugang zur KHK, konzentriert auf das Management der oftmals dramatischen Stadien im Krankheitsverlauf. Zwar spielt das Risikofaktorenkonzept hierbei eine marginale Rolle, die therapeutischen Strategien basieren vielmehr auf hämodynamischen und morphologischen Konzeptualisierungen der Erkrankung. Und die akutmedizinische Versorgung ist natürlich nicht Bestandteil der kardiologischen Rehabilitation. In mehrfacher Hinsicht aber formt sie deren Kontext: Die Rehabilitation schließt sich in der Regel an die eine oder andere akutmedizinische Intervention an (vgl. Kap. 2.1) und führt die vorherige Behandlung insofern fort, als das Ergebnis des vorigen Therapieschrittes gerade durch einen Wechsel des Konzepts langfristig gesichert werden soll. Dieser Wechsel wird auch gegenüber Patienten deutlich dokumentiert; sie sollen ihn nach- und mitvollziehen. Darüber hinaus ist vielen Patienten die Akutphase ihrer Erkrankung mit ihren nicht selten unmittelbar lebensbedrohenden Episoden noch sehr präsent. Insofern werden während der Rehabilitation vielfältige Bezüge zur akutmedizinischen Behandlung hergestellt.

Der zweite Abschnitt beschreibt längerfristige Trends der KHK-induzierten Morbidität und Mortalität. Sie bilden den Hintergrund für eine wohl beispiellose Forschungsaktivität sowohl in der Epidemiologie als auch der Medizin. Den Kern des Kapitels bildet der dritte Abschnitt zur Entstehung und Etablierung des Risikofaktorenkonzepts: Wo nahm es seinen Anfang, und wie konnte es sich zu einem derart einflussreichen Modell entwickeln? Das Konzept hat zweifelsohne kausale Implikationen, auf sie gründen die präventiven Strategien (Identifizierung und Modifikation der Risikofaktoren) der Primär- und Sekundärprävention. Der wissenschaftsgeschichtliche Weg dorthin war indes nicht geradlinig und nicht ohne Einspruch. Der Nachweis der Prävenierbarkeit der KHK gemäß dem Risikofaktorenkonzept war nicht nur unter Public-Health- und medizinischen Gesichtspunkten von außerordentlicher Bedeutung, sondern sollte auch erbracht werden, um den kausalen Anspruch des Konzepts besser zu fundieren. Es gibt allerdings mehr als einen Kausalbegriff; auf welchen sich das Risikofaktorenkonzept stützt, ist weniger eindeutig, als man angesichts seines enormen Einflusses auf Krankheitserklärung und Handlungsformung annehmen würde.

Der vierte Abschnitt fasst die sekundärpräventiven Konsequenzen zusammen, die landläufig aus dem Risikofaktorenkonzept gezogen werden; sie dienen (auch) der kardiologischen Rehabilitation als Orientierung. Therapeutische Optionen und Zielwerte im Einzelnen sind zwar im Fluss, invariant jedoch sind mit Medikation und Verhaltensänderung die beiden grundsätzlichen Herangehensweisen. Als vergleichsweise „stabil“ erweisen sich außerdem Hindernisse und Widerstände bei der Umsetzung der Sekundärprävention auf sowohl ärztlicher wie Patientenseite: Die sekundärpräventive Praxis reicht an die Empfehlungen nicht heran; je weniger institutionengestützt sie ist, desto geringer die Compliance der Handelnden. Ein stets wiederkehrender Topos in der Sekundärprävention – und *der* rote Faden in der professionellen Interaktion mit Rehabilitanden – ist mit *Lebensstil* bzw. *Lebensstiländerung* der Verhaltensbezug vieler Risikofaktoren. Wie dieser ursprünglich soziologische Begriff von Epidemiologie und Medizin aufgegriffen und ins Risikofaktorenkonzept eingegliedert wird, ist der letzte Aspekt, dem sich dieses Kapitel

in seiner Rundschau über den medizinisch-epidemiologischen Diskurs zur koronaren Herzkrankheit widmet.

3.1 Koronare Herzkrankheit: Klinische Manifestationen und deren Therapie

Das Herz ist ein zweigeteilter Hohlmuskel mit jeweils einem Vorhof (Atrium) und einer Kammer (Ventrikel). Vorhof und Kammer sind durch eine Herzklappe voneinander getrennt, die sich je nach Ablaufphase im Herzschlag öffnet und schließt. Auf gleiche Weise sind die beiden Herzkammern mit den abführenden Blutgefäßen (Aorta und Lungenarterie) verbunden bzw. von ihnen getrennt. Mechanisch gesprochen funktioniert das Herz wie eine Pumpe. Zusammen mit den Blutgefäßen bildet es das Kreislaufsystem des menschlichen Körpers. Im Herzen kreuzen sich der sog. kleine und große Kreislauf. Der kleine Kreislauf dient dem Gasaustausch: CO₂-haltiges Blut sammelt sich im rechten Vorhof und wird von der rechten Herzkammer in die Lunge gepumpt, wo der Gasaustausch stattfindet; es fließt dann als sauerstoffreiches Blut zurück zur linken Herzhälfte. Diese pumpt es in die Aorta, von wo es in die Kapillargebiete der übrigen Organe gelangt; der Rückfluss des venösen Blutes zum Rechtsherz geschieht über die obere und untere Hohlvene sowie die Pfortader. Den Herzmuskel kann man in gewisser Weise als „Selbstversorger“ bezeichnen: Kurz hinter der Aortenklappe (Verbindung von linker Herzkammer und Aorta) zweigen die beiden Herzkranzarterien mit Haupt- und Nebenästen ab, die ihrerseits den Herzmuskel mit sauerstoffangereichertem Blut versorgen (Kahle, Leonhardt & Platzer 1986: 4-20).

3.1.1 Klinische Manifestation der KHK

Die Koronare Herzkrankheit (KHK; engl. coronary artery disease oder coronary heart disease) ist eine Erkrankung eben dieser Herzkranzgefäße. Sie gilt als eine Manifestation der Systemerkrankung Atherosklerose (auch: Arteriosklerose), d.h. ätiologisch lassen sich keine Unterschiede zwischen Sklerosen der Herzkranzgefäße und solchen anderer arterieller Gefäße feststellen. Der Krankheitsverlauf progrediert über viele Jahre und Jahrzehnte unbemerkt und besteht in einer morphologischen chronischen Veränderung der Herzkranzgefäße, genauer: der Gefäßwände. In den aus mehreren Schichten bestehenden Wänden der Blutgefäße bilden sich durch Kalk- und Fetteinlagerungen sogenannte Plaques oder Atherome, die die Gefäßlichtung (Lumen) und damit die Blut-, folglich auch die Sauerstoffversorgung des Herzmuskels allmählich verringern und zu einer Ischämie führen können. Es wird angenommen, dass die Plaquebildung durch Schädigungen des Endothels (der Gefäßinnenhaut) hervorgerufen wird, für die wiederum entzündliche Prozesse ausschlaggebend sind. Das „Entzündungsmodell“ der Atherogenese hat das „Cholesterol-Storage-Modell“ weitgehend abgelöst (Libby & Theroux 2005; Baer & Rosenkranz 2011). Gleichwohl spielen auch im Entzündungsmodell Lipoproteine, die sich vermehrt im Endothel einlagern, sowie die das Endothel schädigenden Einflüsse von Bluthochdruck, Nikotin und Diabetes mellitus eine wichtige Rolle. Die Gefäßveränderungen werden als Reparaturreaktionen auf einen schädigenden Reiz aufgefasst, die sich zunächst an den äußeren Schichten der Gefäßwand zeigen – und sich auch nach außen richten –, bevor sie inwendig zu einer Einschränkung des Lumens führen. Dabei sind die pathophysiologischen Prozesse im Einzelnen nur zum kleineren Teil aufgeklärt (Libby & Theroux 2005; Baer & Rosenkranz 2011). Zudem werden in der Grundlagenforschung zur

KHK genetische Modelle sowie genetisch-epidemiologische Forschungen zu Assoziationen zwischen dem menschlichen Genom und dem Auftreten von KHK und Herzinfarkt beharrlich verfolgt (Weiner & Martin 2008; Samani, Erdmann, Hall, Hengstenberg, Mangino et al. 2007).

Ischämie heißt, dass ein Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und -angebot im Herzmuskel besteht, das vorübergehende und chronische Störungen der mechanischen, biochemischen und elektrischen Funktionen des Myokards hervorrufen kann. Zu den bedeutsamsten klinischen Manifestationen der KHK zählt Angina pectoris (A.p.) in den verschiedenen Schweregraden. Der von William Heberden (1710-1801) erstmals systematisch beobachtete und beschriebene Brustschmerz ist ein wichtiges Symptom in der Diagnose der KHK und zugleich ein wesentlicher Bezugspunkt therapeutischer Bemühungen. Allerdings ist die A.p. keine notwendige Folge der Ischämie; diese kann auch „stumm“, also ohne klinische Zeichen verlaufen.

Weitaus dramatischer als die vielfach stabile und therapeutisch gut zu kontrollierende A.p. sind akute Krankheitsereignisse wie akuter Herzinfarkt, plötzlicher Herztod sowie die oft aus chronischer Schädigung des Herzmuskels resultierende Herzinsuffizienz (Selwyn & Braunwald 1998). Die unmittelbar lebensbedrohenden Phasen der KHK – *instabile* A.p., akuter Herzinfarkt (STEMI und NSTEMI, früher AMI) und plötzlicher Herztod – sind mittlerweile unter der Bezeichnung Akutes Koronarsyndrom (ACS) zusammengefasst (Hamm 2004a, 2004b; Hamm, Bassand, Agewall, Bax, Boersma, Bueno et al. 2011). Der akute Schub im Krankheitsgeschehen wird zumeist durch Plaqueruptur, Thrombose und distale Embolie hervorgerufen und geht mit einer jähen Minderdurchblutung des Herzmuskels einher (Hamm et al. 2011; Baer & Rosenkranz 2011).³²

Die Klassifizierung der eigentlichen KHK folgt Kriterien der Morphologie und Hämodynamik: Je nachdem, wie viele und welche Äste der Koronarien betroffen sind, wird unter-

³² Die Zusammenfassung unter *eine* nosologische Bezeichnung akzentuiert das gemeinsame Merkmal der unmittelbaren Lebensbedrohung und trägt dem Umstand Rechnung, dass Nekrose von Herzmuskelgewebe infolge länger anhaltender Ischämie – *das* Definitionsmerkmal des Herzinfarkts – bereits durch Episoden von A.p. hervorgerufen werden kann, dann allerdings ohne das klinische Vollbild eines akuten Infarktes (sog. Mikroinfarkt) (Alpert & Thygesen 2000); klinisch sind die Übergänge fließend (Hamm 2004a, 2004b). Klinischen und epidemiologischen Differenzierungsanforderungen kann die Sammelbezeichnung ACS allerdings nicht genügen. Zu unterschiedlich sind z.B. diagnostische und therapeutische Konsequenzen der aus dem EKG-Befund abgeleiteten Differenzierung von STEMI und NSTEMI beim akuten Herzinfarkt (mit/ohne instabile A.p.) (Baer & Rosenkrantz 2011: 44).

Redefinitionen von Krankheitsbildern können vielfältige Konsequenzen haben – klinische, medizintheoretische, ökonomische, entgelt- und versicherungsrechtliche, epidemiologische, forschungs- und registerpraktische, präventionspolitische z.B. – wie die Redefinition des akuten Herzinfarkts zeigt, auf die sich die europäische und US-amerikanische kardiologische Fachgesellschaft im Jahr 2000 geeinigt haben (Alpert & Thygesen 2000). Der „Konsens“ blieb sowohl mit Blick auf sein Zustandekommen als auch aus inhaltlichen Erwägungen heraus nicht ohne Einspruch (Tunstall-Pedoe 2001, 2011; Norris 2001) und hat eine anhaltende „Definitionsarbeit“ angestoßen (z.B. Luepker, Apple, Christenson et al. 2003; Thygesen, Alpert & White 2007; Mendis, Thygesen, Kuulasmaa et al. 2011). Im diagnostischen Mittelpunkt steht nun – wie es die neue Definition nahelegt – der Nachweis des hochspezifischen (allerdings nicht im Frühstadium nachweisbaren) kardialen Biomarkers Troponin als Leitkriterium und nicht mehr das Enzym Kreatinkinase (CK). Als alleiniges Diagnostikum eignet sich der Troponin-Test allerdings nicht; für die Diagnosestellung unverzichtbar bleiben klinische Symptomatik und Differenzialdiagnostik.

schieden zwischen Ein-, Zwei- und Dreifäßerkrankungen sowie Stenosen des Hauptstamms. „Betroffen“ heißt, dass sich Stenosen (Verengungen) gebildet haben, die hämodynamisch wirksam sind. Das ist der Fall, wenn der Durchmesser der Gefäßlichtung im Vergleich zu einem für „normal“ befundenen Referenz-Gefäßabschnitt um mehr als 50% reduziert ist.³³ Neben dem Stenosegrad sind Morphologie und Lokalisation einer Stenose bedeutsame Parameter für Therapieentscheidungen.³⁴ Geringergradige Stenosen sind hämodynamisch unwirksam und werden deshalb als „insignifikant“ klassifiziert, wenn gleich sie klinisch durchaus bedeutsam sind. Die Unterscheidung *insignifikant/ signifikant* beruht darauf, dass mit steigendem Stenosegrad der Koronarwiderstand nicht linear, sondern exponentiell ansteigt und dementsprechend der Koronarfluss erst ab der Grenze hämodynamischer Wirksamkeit messbar und ernsthaft beeinträchtigt wird (stumme Ischämie, A.p.). Deshalb können therapeutische Interventionen, die auf die Senkung des Koronarwiderstandes abzielen (s.u.), erst bei fortgeschrittener Stenosierung überhaupt einen hämodynamischen Effekt entfalten (Lapp & Krakau 2010; Baer & Rosenkranz 2011).

Die Festlegung der Interventionsschwelle in Abhängigkeit vom Stenosegrad bzw. von den Gesetzen der Hämodynamik suggeriert eine analog zur fortschreitenden Stenosierung ansteigende Gefährdung. Diese „morphologische Gleichung“³⁵ aber ist nur die halbe Geschichte; hinzu kommen funktionelle Aspekte des Krankheitsgeschehens: Im Vergleich zur zwar progredienten, jedoch oftmals lange Zeit bis zum Auftreten einer stabilen A.p. asymptomatisch verlaufenden Stenosierung der Herzkranzgefäße stellt die plötzliche Entwicklung eines ACS die sehr viel bedrohlichere, weil sprunghafte und nicht voraussagbare Verlaufsvariante dar (Fuster, Gotto, Libby, Loscalzo, McGill 1996; MacIsaac, Thomas & Topol 1993; Falk, Shah & Fuster 1996; Hamm et al. 2011; Baer & Rosenkranz 2011). Ungeachtet des Stenosegrads, also auch in Gefäßen mit „insignifikanten“ Stenosen, können sich die o.g. Plaques als entweder stabil oder instabil bzw. vulnerabel erweisen, ohne dass diese Plaques ihrerseits eindeutig zu lokalisieren wären (Libby & Theroux 2005). Vulnerable Plaques neigen dazu aufzubrechen (Ruptur) und dabei die innere Gefäßwand zu verletzen (Fissur). Die Fissur löst die Bildung eines Thrombus aus – eigentlich ein lokaler Reparaturmechanismus, mit dem die Wandverletzung behoben werden soll –, der seinerseits den Blutfluss bis hin zum kompletten Gefäßverschluss behindern kann und ein akutes Koronarsyndrom verursacht (ebd.).

Morphologisch führt beim akuten Herzinfarkt die Drosselung der Blutzufuhr zum Herzmuskel zur irreversiblen Nekrose des unterversorgten Gewebes. Überlebt ein Mensch den akuten Herzinfarkt, bleibt also ein mehr oder minder großes Areal des Herzmuskels dauerhaft geschädigt. Gefürchtete Begleiterscheinung beim ACS sind lebensbedrohliche

³³ Neben der Erfassung des Stenosegrads als relative Durchmessererringerung ist die relative Flächenabnahme des Lumens ein weiteres Maß für den Stenosegrad; sie kann mittels intravaskulären Ultraschalls bestimmt werden, der allerdings nur bei bestimmten Fragestellungen eingesetzt wird (Bonzel, Erbel, Hamm et al. 2008). Die quantitative Erfassung des Stenosegrades ist technisch möglich, wird aber im klinischen Alltag nicht angewendet (Ellis 1996; Hamm, Albrecht & Bonzel et al. 2008: 493ff.).

³⁴ Für Therapieentscheidungen sind außerdem die Symptomatik und der Nachweis einer Ischämie maßgeblich (Dietz & Rauch 2003).

³⁵ Wer sich die Eingängigkeit dieser Konzeptualisierung vor Augen führen lassen möchte, sehe sich an, wie ein australischer Arzt skizziert, was es mit Plaques, Stenosen, Ischämie und Infarkt auf sich hat: <http://tv.doccheck.com/de/movie/1767/stenosis-ischemia-and-heart-failure/> (letzter Abruf 04.03.2014).

Herzrhythmusstörungen (DGK 2000; van de Werf, Bax, Betriu, Blomstrom-Lundqvist, Crea et al. 2008; Baer & Rosenkranz 2011). Das Ausmaß des Myokardschadens verhält sich oftmals umgekehrt zum Grad der Stenosierung der Herzkranzgefäße, denn die Ischämie kann langfristig auch einen protektiven Effekt hervorbringen, die sogenannten Kollateralen: Sie bilden sich in Reaktion auf eine zunehmende Gefäßverengung und übernehmen die Funktion des Bluttransports in den durch den eigentlichen Hauptast unterversorgten Teil des Herzmuskels. Die Kollateralgefäße verhindern bei einem akuten Verschluss, dass das dahinterliegende Muskelgewebe gänzlich unversorgt bleibt. Bei Menschen mit „insignifikanten“ Stenosen haben sich die Kollateralgefäße nicht ausgebildet, weshalb akute Gefäßverschlüsse bei diesen Patienten mit größerer Wahrscheinlichkeit tödlich enden oder – wenn sie doch überleben – den Herzmuskel stärker schädigen als bei Menschen in stärker fortgeschrittenem Krankheitsstadium (Patterson & Treasure 1991; Epstein, Quyyumi & Bonow 1989).

Die „morphologische Gleichung“ wird durch eine weitere Beobachtung gestört: Bei zwei Drittel der Patienten mit einem ACS wird dieses auf eine „culprit lesion“ zurückgeführt, die zuvor als „insignifikant“ klassifiziert worden war. Ähnlich die Beobachtung, dass sich lediglich ein Drittel der Infarkte auf eine Läsion der führenden Stenose zurückführen lässt. Auch ist keine Korrelation zwischen Stenosegrad und Intervall bis zum Infarkt festzustellen (Giroud, Li, Urban et al. 1992; Little, Downs & Applegate 1991; Ambrose 1996). Die „morphologische Gleichung“ lässt sich nur dann aufrecht erhalten, wenn sie um folgende Überlegung erweitert wird: „It is of value to consider, however, that the more severe the coronary disease at angiography, the higher the likelihood of the presence of small plaques prone to disruption“ (Fuster et al. 1996: 966). Festzuhalten ist, dass akute, und das heißt ja häufig: fatale Ereignisse nicht als Fixpunkte in einem linear progredienten Krankheitsverlauf auftreten und daher im Prinzip nicht prognostizierbar sind. Die KHK ist, um einen aus der Laienepidemiologie stammenden Begriff zu verwenden, zu einem nicht geringen Teil ein „random killer“ (vgl. Davison, Davey Smith & Frankel 1991).

3.1.2 Konservative, interventionelle und chirurgische Therapien

Therapien, mit denen der arteriosklerotische Prozess zu stoppen oder rückgängig zu machen wäre, sind unbekannt. Allenfalls lässt sich durch Risikofaktorenmodifikation dessen Verlangsamung erreichen (Gleichmann, Gleichmann, Mannebach & Baller 1998). Von einer Regression der Stenosen berichten zwar verschiedene Studien (Ornish, Brown, Scherwitz, Billings, Armstrong et al. 1990; Ornish, Scherwitz, Billings, Brown, Gould et al. 1998; Schuler, Hambrecht, Schlierf et al. 1992; Blankenhorn, Azen, Krams, Mack, Cashin-Hemphill et al. 1993), doch wird der beobachtete Rückgang klinischer Manifestationen weniger auf das anatomische Korrelat als vielmehr die Stabilisierung von Plaques zurückgeführt (Brown & Fuster 1996; Fuster et al. 1996). Obwohl also kausale Therapien der KHK nicht zur Verfügung stehen, ist das therapeutische Arsenal von Kardiologen, Internisten und Kardiochirurgen vielfältig bestückt, und es wird beherzt von ihm Gebrauch gemacht (vgl. Bruckenberg 2011, SVR 2000/2001).

Zu unterscheiden sind konservative (d.h. medikamentöse), interventionelle und chirurgische Ansatzpunkte, ferner, ob sie in einem zwar chronischen, aber stabilen Krankheitszustand angewandt werden oder beim ACS. Therapeutische Interventionen in der stabilen

Krankheitsphase zielen auf die Wiederherstellung bzw. Sicherstellung des Flussgeschehens in und um den Herzmuskel und die Beherrschung des Symptoms A.p. Das geschieht erstens auf die verschiedenste Weise medikamentös (Herabsetzung der Thrombozytenaggregation, ggf. der Blutgerinnung, Senkung der Herzfrequenz, Senkung des Blutdrucks, dilatative Medikation). Zweitens stehen mit der aortokoronaren Bypass-Operation (ACB oder CABG, coronary artery bypass grafting) als kardiochirurgischem und der perkutanen koronaren Intervention (PCI) als invasiv-kardiologischem Verfahren zwei die Morphologie der Herzkranzgefäße lokal korrigierende Eingriffe zur Verfügung (Revaskularisation). Mit beiden Eingriffen soll der erhöhte Koronarwiderstand gesenkt und die Minderdurchblutung des Herzmuskels abgewendet werden. Symptomlinderung (A.p., eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit) oder gar -beseitigung als weitere therapeutische Ziele ergeben sich daraus. Die Senkung der (kardiovaskulären) Mortalität und der Wahrscheinlichkeit für ein ACS wird mit manchen therapeutischen Optionen erreicht, aber nicht mit allen (NVL KHK 2011). Nicht zuletzt die Unvollkommenheit der „morphologischen Gleichung“ begrenzt den durch die bildgebende Koronarangiographie enggeführten Zusammenhang zwischen Revaskularisation und angenommener Risikoreduktion.³⁶

Die Bypass-Operation ist gegenüber der PCI (s.u.) die ältere und radikalere Therapie; sie wurde erstmals 1967 von dem Argentinier Favaloro in Cleveland durchgeführt. Die Idee ist einfach: Verengte oder verschlossene Abschnitte der Koronararterien werden durch Umleitungen (bypass) überbrückt, das Blut kann wieder fließen und den Herzmuskel mit sauerstoffhaltigem Blut versorgen. Die therapeutische Idee offenbart die vorherrschende visuelle Konzeptualisierung der Erkrankung: die Verstopfung einer lebenswichtigen Blutbahn und wie sie umgangen werden kann (vgl. Jones 2000).

Bei aller Routine auf professioneller Seite, die sich in den Jahrzehnten seit Einführung dieser chirurgischen Therapie herausgebildet hat, handelt es sich um einen schweren und sowohl medizintechnisch als auch handwerklich voraussetzungsvollen Eingriff. Um dem vollnarkotisierten Patienten den Brustkorb zu öffnen, wird das Sternum durchtrennt. Die große Mehrzahl der Operationen wird unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine durchgeführt (Bruckenberg 2011: 74). Das bedeutet, dass die Kreislauffunktionen während der Operation extrakorporal durch ebenjene Maschine aufrecht erhalten werden, während das Herz selbst vom Kreislauf abgekoppelt und für die Dauer des Eingriffs „stillgelegt“ wird. Bypässe werden gleichzeitig aus dem Körper des Patienten gewonnen, vorzugsweise Arterien aus dem Brustraum, früher vor allem Venen aus dem Unterschenkel. Die Bypässe werden vor und hinter den stenosierten Gefäßabschnitten auf die Koronarien genäht, auf Durchlässigkeit geprüft; danach wird der Patient von der Herz-Lungen-Maschine abgekoppelt, das Herz wieder aktiviert und der Brustkorb verschlossen (McGiffin & Kirklin 1996; Wijns, Kolh, Danchin, Di Mario, Falk et al. 2010: 2532f.). Die 30-Tage-Letalität bei dieser Operation lag 2008 bundesweit bei 3,0% (bei einer Follow-up-Rate von knapp 74%), in einzelnen Krankenhäusern bis zu 7% (BQS-Report Koronarchi-

³⁶ Der Kardiologe Mannebach geht davon aus, dass die KHK durch das diagnostische Verfahren der Koronarangiographie erst definiert worden sei. Weder habe es zuvor die Bezeichnung „KHK“ gegeben, noch sei mit der bis dato üblichen Krankheitsbezeichnung „Angina pectoris“ eine in erster Linie morphologische Problembestimmung verbunden gewesen (Mannebach 1995: 71, 82; vgl. auch Lie 1991; Fye 1996; Jones 2000). Aber das ist ein anderes Thema.

rurgie 2009). Die erhebliche Spannweite der Letalitätsraten ist beeinflusst von Alter, Geschlecht, Koronaranatomie, linksventrikulärer Funktion, Begleiterkrankungen, Erfahrung des Operateurs und ganz maßgeblich dem Umstand, ob es sich um eine elektive oder notfallmäßige Operation handelt (Alam, Lee, Elayda, Shahzad, Yang et al. 2012; Schaff 1996a, 1996b; Selwyn & Braunwald 1998).

Bypass-Operationen werden bei bestimmten Formen der Zweigefäßerkrankung, bei Dreigefäßerkrankungen und Stenosen des Hauptstamms durchgeführt, vor allem dann, wenn zugleich eine A.p.-Symptomatik vorliegt. Die Indikationsstellung wird durch Herzinsuffizienz oder Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus begünstigt (Patel, Dehmer, Hirshfeld, Smith, Spertus et al. 2009). Re-Operationen sind möglich, allerdings risikobehafteter als Ersteingriffe (Sabik, Blackstone, Gillinov, Banbury, Smedira et al. 2006). Kandidaten für eine Bypass-OP haben oftmals bereits eine oder mehrere PCIs hinter sich (Thielmann, Massoudy, Lehmann, Marr, Kleikamp et al. 2008). Komplikationen, die aus PCIs resultieren, können ihrerseits Bypass-Operationen notwendig machen (Bossert, Krieg, Sandhaus, Klügl & Hekmat et al. 2010). Insgesamt ist die Zahl der Bypass-Operationen seit dem Jahr 2000 um etwa ein Drittel zurückgegangen. Innerhalb der Gruppe operierter Patienten haben ältere und alte Menschen (die sogenannten Octogenarians) an relativem Gewicht gewonnen, absolut ist diese Gruppe jedoch nicht angewachsen. Informelle Altersgrenzen für Bypass-OP-Kandidaten hatten lange Jahre Bestand, existieren mittlerweile aber praktisch nicht mehr (Mohan, Walter, Vandermast, Amsel, Vanaken et al. 1992; Lotfi, Dohmen, Oster, Moza, Spillner & Autschbach et al. 2009). 40% der Bypass-Operierten waren im Jahr 2010 zwischen 70 und 80 Jahre alt, 8,6% sogar älter als 80 Jahre (Bruckenberg 2011: 85, 147). Als weiteres Indikationsfeld ist hinzugekommen, dass die ACB-Operation inzwischen auch in der kurzfristigen Therapie des ACS angewendet wird (Hamm et al. 2011).

Gesundheitsgewinne durch eine Bypass-OP sind v.a. bei den Symptomen zu erzielen (Rückgang der A.p., Erhöhung der Belastbarkeit). Prognostisch wirksam ist sie für Patientengruppen mit Dreigefäßerkrankung und Herzinsuffizienz und mit Hauptstammstenosen (Hillis, Smith, Anderson, Bittl, Bridges et al. 2011). Im Vergleich zur PCI ist die Rate von adversen Ereignissen (Tod, ACS, erneute Revaskularisation) unter Bypass-Operierten signifikant niedriger (Kappetein, Feldman, Mack et al. 2011; Serruys, Morice, Kappetein, Colombo, Holmes et al. 2009). Eine erneute Revaskularisation innerhalb von 5 Jahren steht für knapp 8% der Operierten an, hingegen für 29% der PCI-Patienten (Daemen, Boersma, Flather, Booth, Stables et al. 2008). Seitdem die Operationstechnik in der Verwendung von Venen- zu hauptsächlich Arterienbypässen übergegangen ist, hat sich die Offenheitsrate der Bypässe, auch langfristig, entscheidend verbessert (Wijns et al. 2010; Sabik et al. 2006). Wie die nativen Koronarien unterliegen freilich auch die Bypässe dem arteriosklerotischen Prozess.

Die PCI (früher: PTCA, auch Ballondilatation oder Koronarangioplastie)³⁷ als zweite Revaskularisationsmethode fällt in die Domäne der Kardiologen. Ihre Anfänge wurden von A. Grüntzig 1977 entwickelt, klinisch anwendungsreif war die Ballondilatation mit Be-

³⁷ Die Änderung der Bezeichnung zeigt eine Veränderung in der Indikation an: Während die PTCA ausschließlich elektiv durchgeführt wurde, wird die PCI auch als unmittelbare Therapie des STEMI eingesetzt (Wijns et al. 2010), entweder alternativ oder ergänzend zur Lyse oder bei Versagen letzterer (Bonzel et al. 2008: 523ff).

ginn der 1980er Jahre. Wie die Herzkatheteruntersuchung beruht sie auf der Kombination von Röntgen- und Kathetertechnik. Der Zugang von außen nach innen wird nicht, wie bei der ACB, durch Schneiden und Sägen hergestellt, sondern durch Punktion einer Arterie. Die Punktionsstelle ist lokalanästhesiert; eine Vollnarkose ist aus medizinischer Sicht weder erwünscht noch notwendig. Zur selektiven Darstellung der Herzkranzarterien wird mithilfe eines Führungskatheters Kontrastmittel eingebracht, so dass Stenosen auf dem Röntgenbild von außen als Dellen – als Verengungen interpretiert – sichtbar werden. Dann wird ein Ballonkatheter an die verengte Stelle geführt und kurzzeitig unter Druck gebracht. Dabei verdichten sich die atheromatösen Plaques, und das Lumen weitet sich wieder.

Die Rate dieses sogenannten Primärerfolgs liegt bei über 95%; ausschlaggebend für das längerfristige klinische Ergebnis ist allerdings die Restenoserate bei den behandelten Gefäßabschnitten. In der Ära der alleinigen Ballondilatation lag sie zwischen 30-50% in einem Zeitraum von bis zu sechs Monaten nach der Intervention. Erneute Interventionen waren angezeigt, lösten aber das zugrundeliegende Problem nicht (Narins, Holmes & Topol 1998). Dass es sich bei der Restenose um ein iatrogenes Phänomen handelt, verstand man erst allmählich: Bei der PTCA werden nicht nur Plaques komprimiert, sondern die Gefäßwand erleidet zugleich eine Verletzung und reagiert darauf mit einer „überschießenden Reparatur“ (Currier & Faxon 1995).

Mit dem Einsatz von Gefäßstützen, sogenannten Stents (vgl. Balcon, Beyar, Chierchia, De Scheerder et al. 1997), versucht man, diesen Mechanismus günstig zu beeinflussen; u.U. kann auf die Plaque-Komprimierung durch Ballondilatation ganz verzichtet und sofort ein Stent implantiert werden (Wijns et al. 2010). Die Restenoserate lässt sich mit Einsatz von metallischen Stents (BMS) auf 15-25% verringern, medikamentenfreisetzende Stents (DES) senken die Restenoserate noch weiter. DES verringern also die Anzahl notwendiger Revaskularisationen, wobei die Größe dieses Unterschieds zwischen BMS und DES zugunsten der DES womöglich einem Bias in den Untersuchungsprotokollen geschuldet ist (Müller-Riemenschneider, Reinhold & Willich 2011). Auch birgt die Implantation beider Stentarten eine neue Komplikation – die Stentthrombose –, deren Inzidenz im frühen Stadium zwischen 0,6 und 1,2%, im späten Stadium zwischen 0,3 und 0,4% liegt und für beinahe jeden zweiten tödlich ist (Oberhänsli, Puricel, Togni & Cook 2011). Die klinischen Endpunkte Tod oder ACS sind von der Stentart nicht beeinflusst (Scheller, Levenson, Joner, Zahn, Clauss et al. 2011).

2008 wurden in Deutschland bei fast 90% der durchgeführten PCIs zugleich Stents implantiert, bei mehr als 35% der Stentimplantationen kamen DES zum Einsatz (van Buuren 2010). Die Kosten für DES liegen beträchtlich höher als für BMS; ob sich ihr Einsatz durch eine höhere Kosteneffektivität rechtfertigen lässt, ist bei der derzeitigen Studienlage nicht zuverlässig zu beurteilen (Müller-Riemenschneider et al. 2011). Da sich die Produktpalette der Stents außerordentlich rasch diversifiziert – bereits 1998 waren in den USA mehr als 500 Stents betreffende Patente angemeldet worden – und ihre Zulassung nicht an Wirksamkeitsnachweise gekoppelt ist, besteht für die Überprüfung der Produkte im Hinblick auf ihren klinischen Nutzen durch RCTs kaum eine Chance (Balcon et al. 1997; Bakhai, Hill, Dundar, Dickson & Walley 2005; Scheller et al. 2011; Müller-Riemenschneider et al. 2011). Also wird in einem etablierten Segment interventioneller kardiologischer Versorgung, das ebenso Ansehen heischend wie kostenträchtig ist, ziemlich viel experimentiert.

Ob bei stabiler KHK eine PCI angezeigt ist, hängt davon ab, ob eine Ischämie nachgewiesen ist, ob A.p. vorliegt und wie viele und welche Gefäße bzw. Gefäßabschnitte stenosiert sind (Wijns et al. 2010). Auch bei stenosierten Bypass-Gefäßen kommt eine PCI in Betracht (Bonzel, Erbel, Hamm, Levenson, Neumann et al. 2008). Von Ein- und Zweigefäßerkrankungen haben sich die PCI-Indikationen ausgeweitet auf Dreigefäßerkrankungen und bestimmte Stenosen des Hauptstamms (Bonzel et al. 2008; Wijns et al. 2010; Scheller et al. 2011). Hinzugekommen sind außerdem die Indikationen für PCIs beim ACS; fast ein Viertel aller 2008 in Deutschland durchgeführten PCIs entfielen auf ACS-Interventionen (van Buuren 2010; Zeymer, Zahn, Gitt, Dech & Senges 2010).

Die drei Therapieoptionen – Medikation, PCI, ACB – werden nur in der Minderheit der Fälle als einander ausschließende Alternativen betrachtet. Über die relativen Vorteile der einen über die andere Therapie (Symptomlinderung, Prognoseverbesserung, geringere Rate adverser Ereignisse, geringere Re-Interventionsrate) gehen die Interpretationen deutlich auseinander (vgl. z.B. Wijns et al. 2010; Hillis et al. 2011; Scheller et al. 2011). Oft werden die drei Optionen ihrer Invasivität nach gestuft und (bei elektivem Einsatz) ein entsprechendes Therapieschema daraus abgeleitet (Wijns et al. 2010).

3.1.3 Leistungsentwicklung

Die invasiven diagnostischen und Interventionsleistungen der Kardiologie sind zwischen 1980 und 2010 enorm gestiegen: von knapp 36.000 auf gut 881.000 bei den Herzkatheteruntersuchungen, von 540 auf knapp 326.000 bei den PTCA's bzw. PCIs. Die Zuwachsraten der letzten Jahre weisen allerdings nicht mehr dieselbe Dynamik auf, wie in den Jahren zuvor und insbesondere in der 1990er Dekade (Bruckenberg 2011: 114, 117). Bei rund 36% lag 2008 die Interventionsquote, das heißt, dass aus gut einem Drittel der Herzkatheteruntersuchungen die Indikation für eine PCI resultierte (van Buuren 2010: 504).³⁸ 765 Herzkatheterlabore waren 2008 bundesweit in Betrieb, von denen sich mit 556 rund zwei Drittel an der jährlich stattfindenden Leistungserhebung beteiligt haben. Das Gros der Prozeduren wird in Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt, die jüngst auch den wesentlichen Anteil zum Leistungszuwachs beisteuern; in anderen Settings (Fach- und Universitätskliniken, Praxen) stagniert die Leistungsentwicklung oder ist rückläufig (van Buuren 2010: 505).

Eine Zeitlang, v.a. in den 1990er Jahren, waren einige Reha-Kliniken bestrebt, ebenfalls in dem Leistungssegment interventioneller Kardiologie Fuß zu fassen; doch hat sich diese Entwicklung nicht fortgesetzt (vgl. Mannebach, Hamm & Horstkotte 2000a, 2000b), nur noch eine Reha-Klinik führt laut Leistungsbericht Interventionen durch (van Buuren 2010: 505). Was im Einzelnen dazu geführt hat, dass Reha-Kliniken hier nicht mehr aktiv sind, ist nicht bekannt; mehrere Faktoren kommen in Betracht: die große Angebotsdichte für invasive Diagnostik und interventionelle Therapie im Akutsektor, die Vorverlegung von Indikationszeitpunkten für beide Prozeduren (Akut-PCI bei Herzinfarkt, Zunahme der Ad hoc-Eingriffe). Möglicherweise auch sahen Kostenträger und Klinikbetreiber aus dem Segment der GRV das rehabilitative Kerngeschäft von dieser Entwicklung bedroht und haben ihr deshalb die Unterstützung oder Duldung entzogen. Beide für diese Arbeit untersuchten Kliniken hatten ihr Leistungsspektrum seinerzeit auf invasiv diagnostische

³⁸ Die *Revaskularisationsquote* erhöht sich um die ACB-Indikationen, die auf eine Herzkatheteruntersuchung folgen.

und interventionelle Prozeduren ausgedehnt; bei einer von beiden (Klinik A, s. Kap. 7) waren die Tätigkeiten zwischenzeitlich wieder eingestellt worden.

Im europäischen Vergleich liegt die Bundesrepublik in punkto invasiver Diagnostik und interventioneller Therapie an der Spitze: Während 2001 in Deutschland 2.381 PTCA's pro 1 Mio. Einwohner durchgeführt wurden, waren es in der Schweiz 1.784, in den Niederlanden 1.149 und in Großbritannien 663 Eingriffe (Togni, Balmer, Pfiffner, Maier, Zeiher et al. 2004: 1210; s.a. Moschovitis, Cook & Meier 2010).³⁹ Inzwischen ist hierzulande die Interventionsrate auf knapp 4.000 pro 1 Mio. Einwohner angestiegen, während sie in den USA rückläufig ist (Bruckenberg 2011: 118; Epstein, Polsky, Yang, Yang & Groeneveld 2011). Eine derartige Schere in der Eingriffsrate zieht zwangsläufig Fragen nach der Angemessenheit von Indikationen nach sich und trägt der deutschen Kardiologie seit langem den hartnäckigen Verdacht auf Überversorgung im Bereich invasiver Diagnostik und interventioneller Therapie ein (Brause 2009; SVR 2000/2001; DGK 2001). Der Sachverständigenrat urteilt, dass die kardiologische Begeisterung und der entsprechende Ressourcenaufwand für die Akuttherapie der KHK zu Lasten primär- und sekundärpräventiver Anstrengungen sowie der Rehabilitation gehen und nicht in einem dem Aufwand angemessenen Rückgang der Morbiditäts- und Mortalitätslast resultieren. Der Rat hält demgegenüber Primär- und Sekundärprävention für die effizienteren Strategien.⁴⁰

Von einer ausschließlich auf medizinischen Erwägungen und Patientenpräferenzen beruhenden Indikationsstellung für die PCI ist nicht auszugehen. Rund 70% aller 2008 in Deutschland durchgeführten PCIs sind „ad hoc“ durchgeführt worden, also im unmittelbaren Anschluss an eine Koronarangiographie (van Buuren 2010). Das heißt, dass dabei kein Entscheidungskorridor besteht, in dem Untersucher, Patient und Herzchirurg über die optimale Therapiestrategie beraten können (Thiem, Attmann & Cremer 2011; Reifart 2011). Prozedurale Hürden für die kardiologische Selbstzuweisung von Patienten bestehen nicht. In der aktuellen ESC/EACTS-Leitlinie zur Revaskularisation wird diesem Punkt kritische Aufmerksamkeit gewidmet und die Bildung von „Heart Teams“ angeordnet, an denen interventionell tätige Kardiologen und Kardiochirurgen gleichermaßen zu beteiligen sind (Wijns et al. 2010; s.a. Hannan et al. 2010 für die USA).

An der koronarchirurgischen Versorgung beteiligen sich bundesweit derzeit 79 Zentren, die 2010 knapp 56.000 ACB-Operationen durchgeführt haben. Die Bypass-Chirurgie hat ihre quantitative Bedeutung zwischen 2000 und 2010 stark eingebüßt, ausweislich eines in diesem Zeitraum um ca. ein Drittel geschrumpften OP-Volumens. Im Jahrzehnt zuvor hatte die Bypass-Chirurgie ihre Leistungszahlen in etwa verdreifacht und nahm somit teil an der beträchtlichen Leistungsausweitung der Revaskularisationstherapien, deren

³⁹ Unter der Überschrift „Healthy prognosis for interventional cardiology market“ des Medical device network lautet 2004 die Einschätzung für Deutschland: „Germany is the largest market for interventional cardiology products in Europe, due to the high number of angioplasty procedures carried out per capita. While the market has declined over the past few years, it is still the largest revenue generator in the European market, accounting for 22.7% of the market in 2002. The German market is forecast to stabilise and marginally increase its revenue contribution to 24.4% by 2009.“ <<http://www.medicaldevice-network.com/features/feature444/>> (Abruf 05.03.2014).

⁴⁰ Die KHK-bedingte Morbidität und Mortalität ist seit geraumer Zeit rückläufig (vgl. Kap. 3.2). In welchem Ausmaß dieser Trend den einzelnen Interventionsstrategien zuzurechnen ist, ist strittig (vgl. z.B. Hunink, Goldmann, Tosteson, Mittleman et al. 1997; Tunstall-Pedoe, Vanuzzo, Hobbs, Mähönen, Cepaitis et al. 2000; Kuulasmaa, Tunstall-Pedoe, Dobson, Fortmann, Sans et al. 2000; Palmieri, Bennett, Giampaoli & Capewell 2010; Capewell, Hayes, Ford, Critchley, Croft et al. 2009).

Löwenanteil allerdings auch damals bereits auf das kardiologische Konto ging (s. Abb. 2). Die Leistungsausweitung fand seinerzeit immerhin eine gewisse Entsprechung im jährlichen Anstieg der wegen ischämischer Herzkrankheiten stationär behandelten Fälle (van Buuren 2010; Bruckenberger 2011: 119, 133f., 146). Dieser Morbiditätsindikator ist seit dem Jahr 2000 rückläufig, die Inzidenz der KHK sinkt hierzulande (s. Kap. 3.2), insofern sind sinkende OP-Zahlen alles andere als unplausibel. Den Rückgang der ACB-Operationen dürften außerdem geänderte Indikationsstellungen der Kardiologen bewirkt haben, die eher zugunsten kardiologischer Interventionen ausfallen.

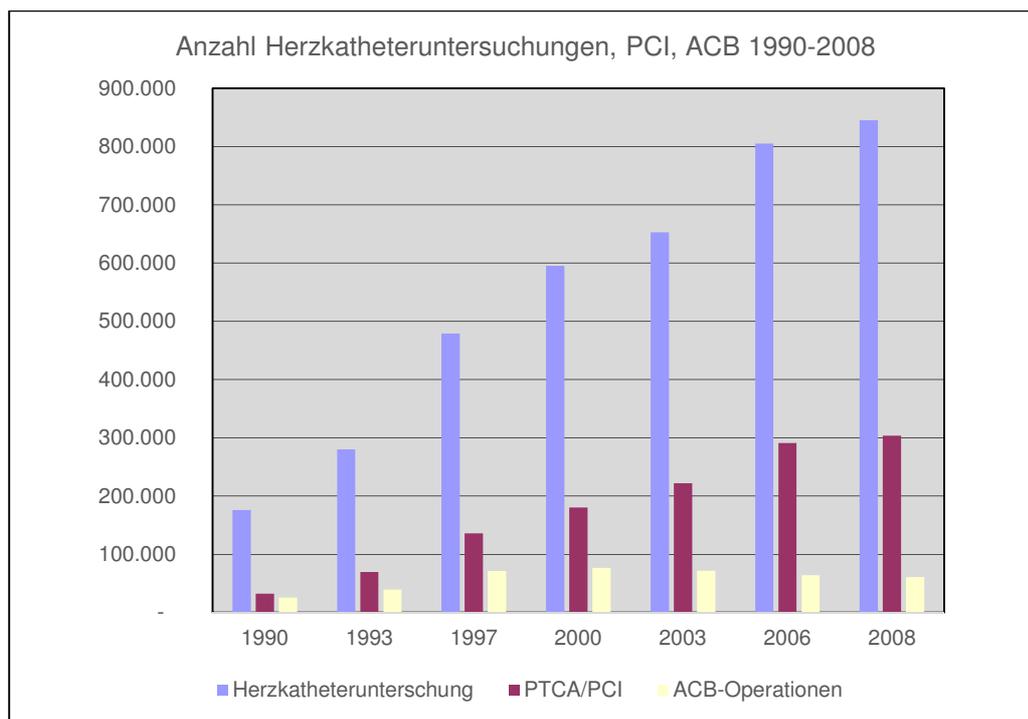


Abb. 2: Anzahl der Herzkatheteruntersuchungen, PTCA/PCI und ACB-Operationen 1990 bis 2008 (Quellen: Bruckenberger 2011, van Buuren 2010; Zahlen gerundet)

3.1.4 Morphologie kontra Risikofaktoren?

Bleibt die Frage zu stellen, ob die morphologische Konzeptualisierung der KHK und die aus ihr abgeleitete Strategie für die Akutinterventionen in Widerspruch steht zum Risikofaktorenmodell und den auf ihm basierenden Behandlungsstrategien. Theoretisch nicht, denn es handelt sich nicht um konkurrierende Alternativen, die um das gleiche Ziel kreisen. Die eine kann, was die andere nicht kann, und umgekehrt. Weder können Primär- und Sekundärprävention z.B. akute Infarkte sicher verhindern, noch deren akute Therapie ersetzen. Auf der anderen Seite beeinflussen Akutinterventionen nicht die pathophysiologischen Mechanismen der KHK, sondern zielen auf Symptomlinderung und mitunter Prognoseverbesserung. Ihre therapeutischen Effekte sind umso kurzlebiger, je weniger sie durch Sekundärprävention gestützt werden. Das eine tun, und das andere nicht lassen, lautet demnach die Devise, wie sie auch fachgesellschaftlich breit vertreten wird (NVL KHK 2011; Wijns et al. 2010).

Unter den Bedingungen begrenzter Ressourcen und ungleicher Ressourcenmächtigkeit konkurrieren beide Behandlungsstrategien allerdings durchaus miteinander. Leistungen

zur Sekundär- und mehr noch Primärprävention sind im Vergleich zu Akutinterventionen strukturell schwach abgesichert – ausgenommen in Reha-Kliniken (Bergner & Staender 1996; EUROASPIRE I and II Group 2001; Piepoli, Corrà, Benzer, Bjarnason-Wehrens, Dendale et al. 2010). Insgesamt dominieren deshalb Akutinterventionen das Versorgungsgeschehen zur KHK (SVR 2000/2001; Grande & Badura 2001). Das bleibt nicht ohne Einfluss auf die Wertschätzung der Sekundärprävention durch Ärzte und auch Patienten (Willich, Müller-Nordhorn, Kulig, Binting et al. 2001; Thomas et al. 2010; Kotseva, Wood, De Backer, De Bacquer, Pyörälä, & Keil 2009a; Sterdt, Brandes, Dathe & Walter 2010; Mathar & Jansen 2010; Ebrahim, Taylor, Ward, Beswick, Burke & Davey Smith 2011). Wenn ärztlicherseits bisweilen beklagt wird, Patienten würden sich zu sehr auf die Interventionen („Reparaturmedizin“) verlassen und wären demgegenüber zu wenig bereit, die Möglichkeiten der Sekundärprävention auszuschöpfen, wird diese Beobachtung kaum jemals als iatrogenes Phänomen reflektiert.

3.2 Trends in Morbidität und Mortalität

Die KHK ist, wie andere chronische Erkrankungen auch, eine vergleichsweise moderne Krankheit: Die westlichen Industrieländer waren in den 1920er Jahren Schauplatz einer „epidemiologischen Wende“ in den Todesursachen. Die auf Krankheiten wie KHK und Krebs zurückzuführenden Mortalitätsraten begannen die der Infektionskrankheiten zu übersteigen. Zwei Trends werden dafür angeführt: der Rückgang der Sterblichkeit an Infektionskrankheiten und der nicht nur relative, sondern auch absolute Anstieg der Sterblichkeit an chronischen Erkrankungen. Der Anstieg der KHK-Prävalenz und -Mortalität hielt, je nach Land, etwa vier bis sechs Jahrzehnte an. Seit den 1960er Jahren wurde – zunächst in den USA, mit 10- bis 15-jähriger Verzögerung auch in anderen westlichen Industrieländern – ein ununterbrochener Rückgang der KHK-Mortalität beobachtet, hingegen ein deutlicher Anstieg in Ländern mit starker ökonomischer Transformation wie z.B. Indien und China sowie generell in Ländern mit niedrigem Brutto sozialprodukt (Kesteloot, Sans & Kromhout 2006; Zaman, Brunner & Hemingway 2008; Levi, Chatenoud, Bertuccio, Lucchini, Negri, La Vecchia 2009; Gaziano, Bitton, Anand, Abrahams-Gessel, Murphy 2010).

Der für insbesondere westliche Länder mit hohem Brutto sozialprodukt festgestellte Trend des zunächst steilen Anstiegs und schließlich deutlichen Abfallens der KHK-Morbidität und -Mortalität steht als Faktum nicht mehr in Frage.⁴¹ Vielmehr sind Forscher seit langem und anhaltend mit der Frage beschäftigt, welchen Faktoren der Rückgang zu welchem Anteil zugerechnet werden kann: Weil weniger Menschen an einer KHK erkranken bzw. einen akuten Herzinfarkt erleiden – und wäre eine sinkende Inzidenz auf eine geringere Prävalenz bekannter Risikofaktoren zurückzuführen? –, oder weil sich im Krankheitsfall ihre Überlebenschancen und Überlebenszeit erhöht haben – implizit verbesserten Behandlungsoptionen gutgeschrieben (vgl. Tunstall-Pedoe, Kuulasmaa, Mähönen, Tolonen, Ruokokoski, Amouyel et al. 1999; Ford & Capewell 2011)? Beide Faktoren

⁴¹ Wenngleich es an der methodischen Qualität nationaler Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken durchaus etwas auszusetzen gibt; die Qualitätsabstriche gehen allerdings nicht so weit, dass die genannten epidemiologischen Großtrends oder auch das Ranking innerhalb der geographischen Variabilität grundsätzlich in Frage stünden (Tunstall-Pedoe, Kuulasmaa, Amouyel, Arveiler, Rajakangas, Pajak 1994; Lozano, Murray, Lopez & Satoh 2001 und die dort angegebene Literatur). Ganz grundsätzliche Zweifel äußert allerdings der neuseeländische Pathologe Stehbens (1987, 1991).

können freilich zeitgleich auftreten; gleichwohl stehen mit der Quantifizierung der Zuordnung jeweils auch unterschiedliche Konzepte auf dem Prüfstand: bevölkerungsweite Veränderungen in der Prävalenz von Risikofaktoren und ggf. präventive Interventionen zum einen, zum anderen wirksamere Behandlungsmethoden im Krankheitsfall einschließlich Sekundärprävention. Bereits der großangelegten, von der WHO initiierten MONICA-Studie (1985-1994) lagen diese Fragen zugrunde (Tunstall-Pedoe et al. 2000, 1999, 1994, 1988; Kuulasmaa et al. 2000), ohne sie als ökologische Studie abschließend beantworten zu können.⁴² Seither ist die Forschung zu diesem Thema nicht abgerissen. Die MONICA-Forscher kamen seinerzeit zu dem Ergebnis, sinkende KHK-Mortalitätsraten seien zu zwei Drittel auf fallende Ereignisraten und zu einem Drittel auf gestiegene Überlebenschancen zurückzuführen. Die nachfolgenden Schätzungen, inwieweit die hypothesierten Faktoren (Prävalenz von Risikofaktoren, veränderte Behandlung) mit den Beobachtungen assoziiert waren, waren allerdings von erheblichen methodischen Schwierigkeiten begleitet (Tunstall-Pedoe et al. 1999, 2000; Kuulasmaa et al. 2000). Die ARIC-Studie, 1987-1994 in vier Kommunen der USA und mit vom MONICA-Protokoll abweichenden Falldefinitionen und -klassifikationen durchgeführt, kam zu anderen Erkenntnissen: steigende Inzidenz bei der Hospitalisierung von Erstinfarkten, hingegen sinkende Re-Ereignisraten und eine sinkende Infarktmortalität. Diese Ergebnisse führten die Autoren zu der Vermutung, dass die entscheidenden Verbesserungen bei Behandlungsmethoden und Sekundärprävention zu suchen seien (Rosamond, Chambless, Folsom, Cooper et al. 1998; s.a. Rosamond, Chambless & Folsom 1999). Einen Überblick über weitere Ergebnisse verschiedener Länderstudien, mit unterschiedlichen Zeitausschnitten, gibt die folgende Abbildung; Berechnungen für Deutschland liegen nicht vor:

⁴² Die MONICA-Studie (Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease) ist eine ökologische Studie; von 1985-1994 wurden in 37 Populationen aus 21 Ländern in der Altersgruppe 35-64 Jahre (später auf 74 Jahre ausgeweitet) Daten zur allgemeinen KHK-Mortalität, Ereignisrate des AMI (Erst- und Reinfarkte, fatal und non-fatal), zu Risikofaktoren und Akutversorgung erhoben. Repräsentativität der Studienpopulationen für die jeweiligen Länder war nicht angestrebt. Aus Deutschland haben teilgenommen: Augsburg Stadt/Land, Bremen, Erfurt, Chemnitz, Zwickau (Tunstall-Pedoe et al. 1988; Löwel, Dobson, Keil, Herman et al. 1993). Im Allgemeinen liegen die von MONICA registrierten Mortalitätsraten über denen der offiziellen Todesursachenerfassung (Tunstall-Pedoe et al. 1994; Löwel, Meisinger, Heier, Hörmann & v. Scheidt 2006; vgl. auch Kuch, v. Scheidt, Ehmann, Kling, Greschik, Hoermann et al. 2009; Grobe, Gerhardus, A'Walelu, Meisinger, & Krauth 2008).

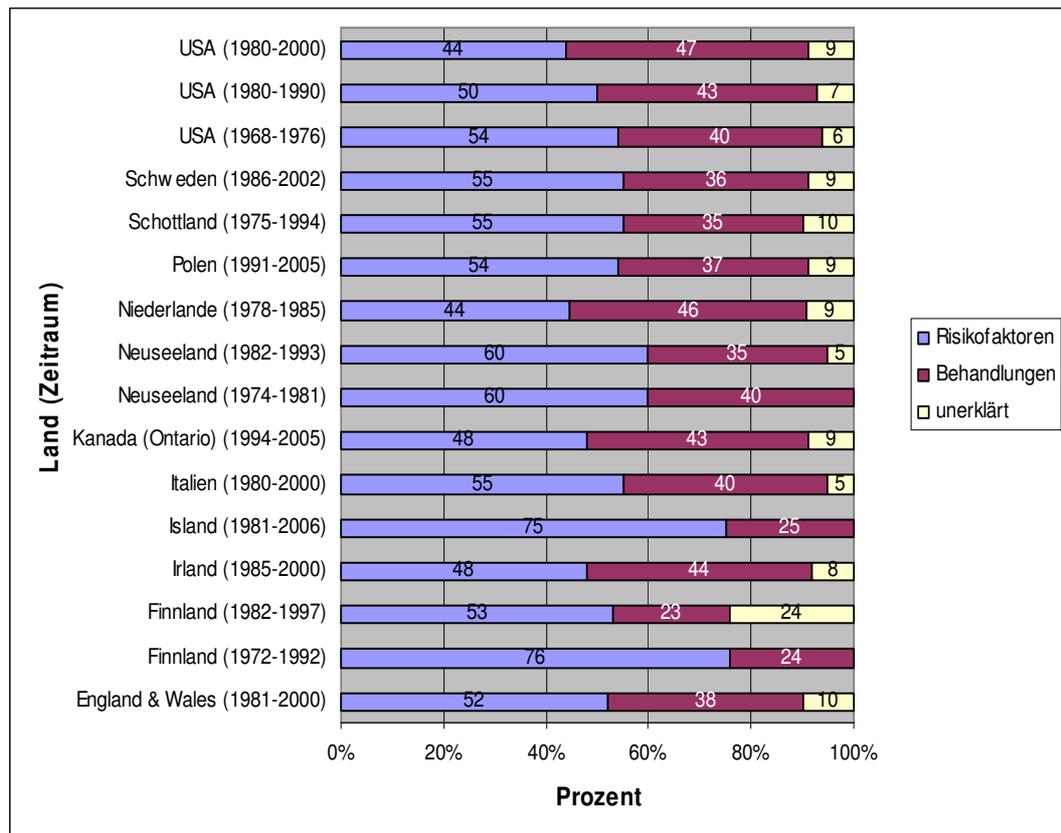


Abb. 3: Schätzungen (in Prozent), wie viel veränderte Prävalenzen von Risikofaktoren und medizinische Behandlungen zur Verringerung der KHK-Mortalität beigetragen haben (Quelle: Harper et al. 2011 sowie Aspelund et al. 2009; Bandosz et al. 2012; Bennett et al. 2006; Björck et al. 2009; Capewell et al. 2000; Capewell et al. 1999; Ford et al. 2007; Hunink et al. 1997; Laatikainen et al. 2005; Palmieri et al. 2010; Unal et al. 2004; Wijesundera et al. 2010)

Mancher Befund lässt sich nicht ohne weiteres in die eingangs erwähnten Großtrends eingliedern (Davey Smith & Egger 1996; Harper, Lynch & Davey Smith 2011). In Finnland z.B. hat sich der Zusammenhang zwischen sinkender Mortalitätsrate und sinkender Prävalenz von Risikofaktoren in jüngerer Zeit nicht mehr feststellen lassen: Die KHK-Mortalität sinkt kontinuierlich, während die Belastung mit Risikofaktoren sich jüngst nicht weiter verbesserte (Harald, Koskinen, Jousilahti, Torppa, Vartiainen, Salomaa 2008). Hingegen flachte in Schottland, England, Wales und einigen anderen Ländern/Regionen der Rückgang der KHK-Mortalität in jüngeren Altersgruppen ab; dies wurde in Zusammenhang mit der steigenden Prävalenz von Risikofaktoren wie Adipositas und Diabetes, insbesondere in Schichten mit geringem sozioökonomischen Status, gebracht (O'Flaherty, Bishop, Redpath, McLaughlin, Murphy, Chalmers et al. 2009; O'Flaherty, Ford, Allender, Scarborough & Capewell 2007; Ford & Capewell 2007; Leyland & Lynch 2009).

Weiterhin kennzeichnet eine hohe geographische Variabilität, sowohl international als auch regional, den allgemeinen Rückgang der KHK-Mortalität, der sich in Europa auf einem teils sehr unterschiedlichen Niveau der Mortalitätsziffern abspielt. Gegenläufig war bis ca. Mitte der 1990er Jahre die Entwicklung in Ost- und Südosteuropa; seither sinkt aber auch dort die Sterblichkeit an kardiovaskulären Erkrankungen, ausgenommen in Ländern der Russischen Föderation (Sans, Kesteloot & Kromhout 1997; Tunstall-Pedoe et al. 1999; WHO 2002; Kesteloot et al. 2006; Levi et al. 2009; Müller-Nordhorn, Binting, Roll & Willich 2008; Zaman et al. 2008; Bandosz, O'Flaherty, Drygas, Rutkowski, Koziarek,

Wyrzykowski et al. 2012; Smolina, Wright, Rayner & Goldacre 2012). Im europäischen Vergleich lag die altersstandardisierte Mortalitätsrate (pro 100.000 Personen) im Jahr 2000 bei 45-74-jährigen Männern zwischen 110 (Frankreich) und 781 (Lettland), bei Frauen derselben Altersgruppe zwischen 24 (Frankreich) und 260 (Estland). Deutschland lag mit Mortalitätsraten von 244 bei Männern bzw. 80 bei Frauen jeweils im Mittelfeld (Müller-Nordhorn et al. 2008). Im Zeitraum von 1998 bis 2007 ist auch in Deutschland die KHK-Mortalitätsrate gesunken: die der Männer um 37%, die der Frauen um 36% (Andersohn, Schlattmann, Roll, Müller-Riemenschneider, Binting & Willich 2010).

Zusätzlich zur zeitlichen Dynamik und geographischen Variation – die sich beide nicht zuletzt in Deutschland auf nationaler Ebene als Ost-West-Gradient fortsetzen (Wiesner, Grimm & Bittner 1999; Wiesner & Bittner 2004; Andersohn et al. 2010) – sind bedeutende Geschlechts- und Altersunterschiede im KHK-induzierten Mortalitäts- und Morbiditätsgeschehen zu beobachten (Müller-Nordhorn et al. 2008; Wenger, Speroff & Packard 1993; Wiesner et al. 1999; Löwel 2006): Im jüngeren Lebensalter erkranken und versterben mehr Männer als Frauen an einer KHK und ihren Folgen. So ist die Sterblichkeit aufgrund eines Herzinfarktes bei Männern zwischen 50 und 54 Jahren etwa viermal höher als bei Frauen (103 vs. 26 pro 100.000; Löwel 2006: 11); die Relation verringert sich mit zunehmendem Alter (siehe Abb. 4). Hingegen ist beim Herzinfarkt die Letalität⁴³ bei Frauen in einigen Altersgruppen höher als bei Männern; d.h. wenn Frauen eines bestimmten Alters einen Herzinfarkt erleiden, dann haben sie u.U. schlechtere Überlebenschancen als gleichaltrige Männer (vgl. www.gbe-bund.de, Herzinfarkttraten je 100.000 Einwohner und Letalität in Augsburg, nach Alter und Geschlecht; Abfrage 13.03.2012). Insgesamt ist die Koronarsterblichkeit in höhere Lebensalter vorgerückt (s. Abb. 4 sowie Wiesner & Bittner 2004: 275).

Zeitliche Trends der Sterblichkeit an koronarer Herzkrankheit je 100.000 Einwohner nach Geschlecht in Deutschland 1990 und 2003

Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt

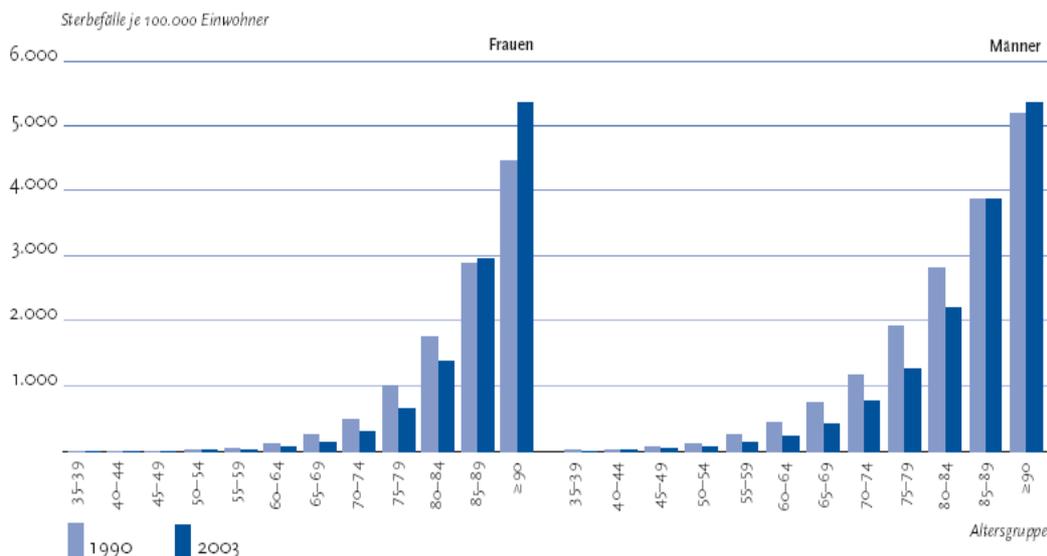


Abb. 4 (aus Löwel 2006, nicht altersstandardisiert):

⁴³ Die Letalitätsrate (case fatality) ist der Quotient aus der Anzahl der Erkrankten und der Anzahl der an dieser Krankheit Verstorbenen (Löwel et al. 1993; Tunstall-Pedoe et al. 1994).

Abgesehen von der geographischen Variabilität sowie Geschlechts- und Altersunterschieden bei Mortalität und Morbidität gehören Befunde aus der Sozialepidemiologie zum akzeptierten Wissensbestand der KHK-Epidemiologie: Die Prävalenz der Erkrankung steigt mit abnehmender sozialer Schicht, und dies lässt sich nur zum Teil durch die Prävalenz klassischer Risikofaktoren bzw. entsprechenden Gesundheitsverhaltens und andere Faktoren wie z.B. Zugang zu medizinischen Leistungen erklären (Kaplan & Keil 1993; Lynch, Kaplan, Cohen, Tuomilehto & Salonen 1996; van Rossum, Shipley, van de Mheen, Grobbee & Marmot 2000; Steptoe & Marmot 2002). Die Schätzungen, in welchem Ausmaß klassische Risikofaktoren zur sozialen Ungleichheit in der KHK-Morbidität und -Mortalität beitragen, variieren zwischen 15% und 40% (Lynch, Davey Smith, Harper & Bainbridge 2006). Zwar partizipieren niedrige soziale Schichten am Trend des allgemeinen Rückgangs KHK-bedingter Morbidität und -Mortalität, doch vollzieht er sich rascher in Gruppen mit höherem sozioökonomischem Status. Zudem kovariieren Rekonvaleszenz und langfristiges Überleben mit dem sozioökonomischen Status (Wing, Casper, Riggan, Hayes, Tyroler 1988; Wing, Barnett, Casper, Tyroler 1992; Kaplan & Keil 1993; Harper et al. 2011). Das hat die Frage veranlasst, ob der weitverbreitete individuelle, auf die klassischen Risikofaktoren gerichtete Präventionsansatz geeignet sei, soziale Ungleichheit im Risiko, von einer KHK betroffen zu sein, zu vermindern, oder ob er nicht vielmehr dazu beitrage, den Sozialgradienten zu verschärfen (Capewell & Graham 2010; Harper et al. 2011).⁴⁴

Trotz des Rückgangs der KHK-Mortalität ist in Deutschland die Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankungen die bedeutendste Todesursache geblieben, sowohl bei Männern als auch bei Frauen (siehe Abb. 5 und 6). Die drei häufigsten Todesursachen waren 2010 bei Frauen die chronische ischämische Herzkrankheit, Herzinsuffizienz und akuter Herzinfarkt; bei den Männern waren es ebenfalls chronische ischämische Herzkrankheit, gefolgt vom akuten Herzinfarkt, an vierter Position die Herzinsuffizienz (StBA, Die 10 häufigsten Todesursachen). Der internationale Vergleich (hier der EU-15-Länder) offenbart zudem, dass Deutschland hinsichtlich der Mortalität bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen zur Spitzengruppe zählt, ungeachtet des mit Blick auf die KHK hierzulande geleisteten Technikeinsatzes (s. Kap. 3.1.3).

⁴⁴ Zur Frage, ob und wie viel klassische Risikofaktoren zur Erklärung des Sozialgradienten beitragen, siehe Lynch et al. 2006, Singh-Manoux, Nabi, Shipley, Guéguen, Sabia, Dugravot et al. 2008, Harper et al. 2011 sowie Yusuf, Hawken, Ounpuu et al. 2004.

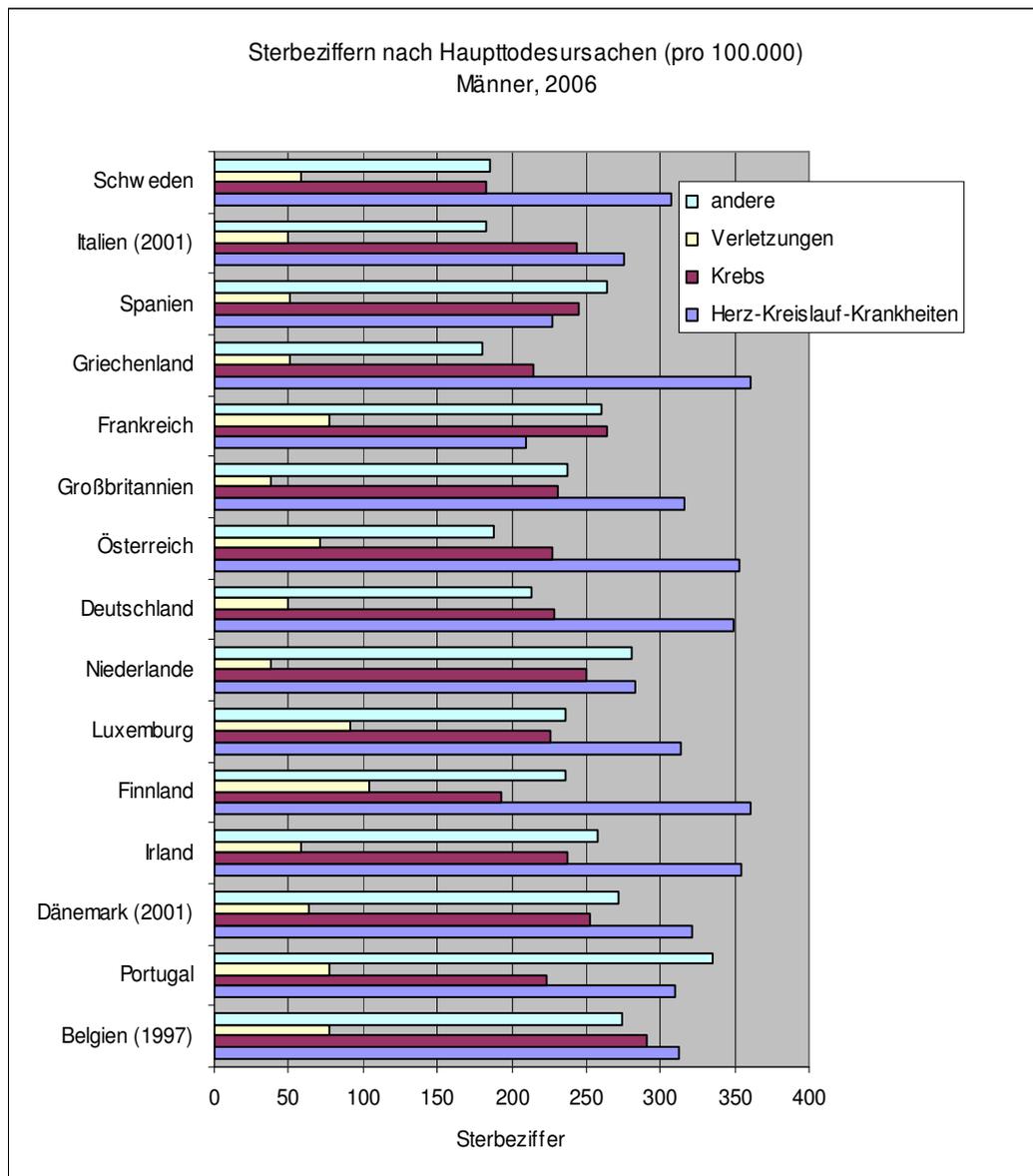


Abb. 5: Sterbeziffern nach Haupttodesursachen bei Männern, 2006, Vergleich der EU-15-Länder, Quelle: HFA Database, WHO, Januar 2006

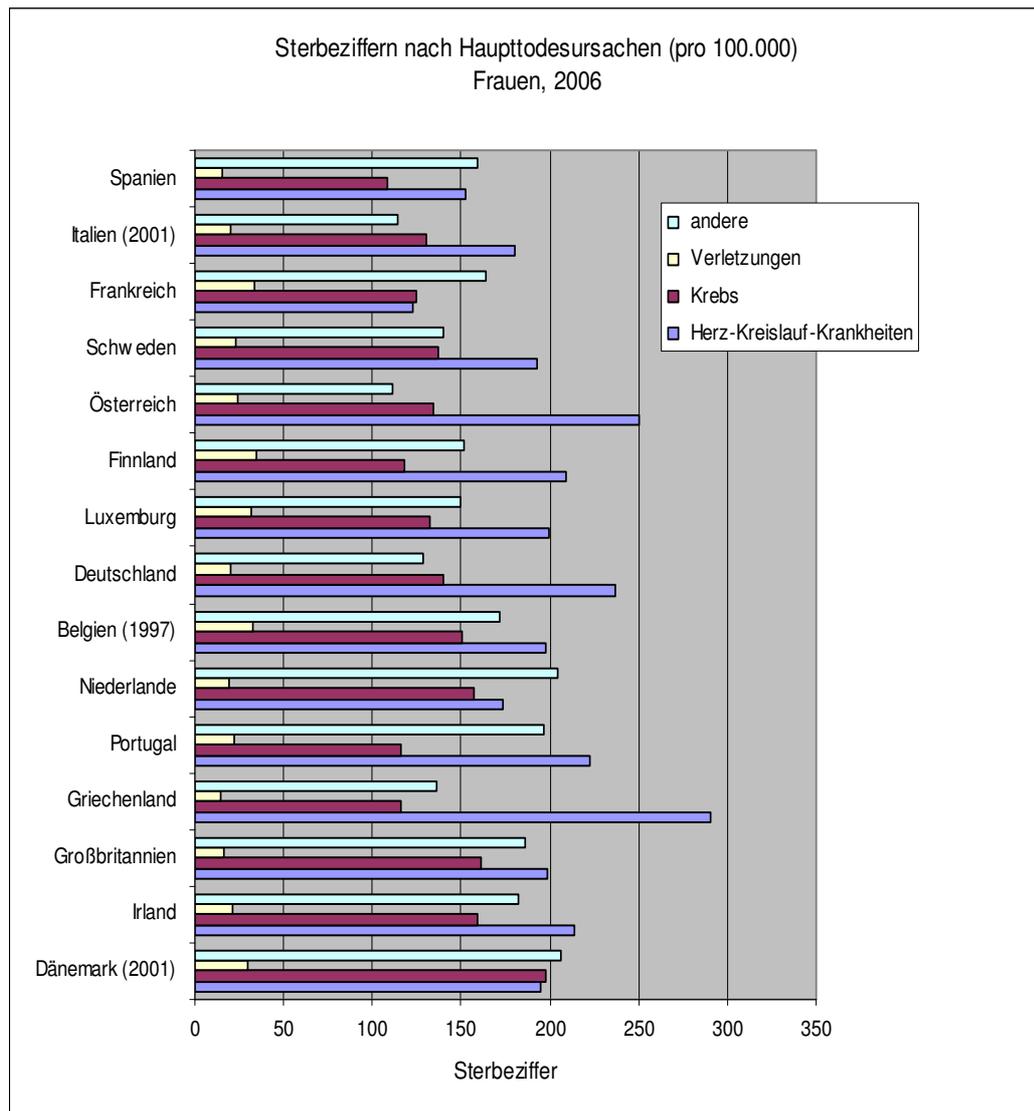


Abb. 6: Sterbeziffern nach Haupttodesursachen bei Frauen, 2006, Vergleich der EU-15-Länder, Quelle: HFA Database, WHO, Januar 2006

Die Krankenhausstatistik⁴⁵ weist im Zeitraum 2000-2010 insgesamt eine Zunahme der KHK-bezogenen absoluten Fallzahlen auf, insbesondere bei der Herzinsuffizienz (I50, ICD 10) – hingegen einen drastischen Rückgang bei der Anzahl der als „chronische ischämische Herzkrankheit“ diagnostizierten Fälle (I25, ICD 10), bei Männern wie bei Frauen (siehe Abb. 7 und 8). Die Zunahme der Fallzahlen dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die geburtenstärkeren Jahrgänge der 1950er und 1960er Dekaden in inzidenzrelevante Lebensalter vorrücken. Dass die Fälle von Herzinsuffizienz stetig zunehmen, ist Ausweis der zurückgegangenen Mortalitätsrate, zugleich aber auch der aggravierenden Chronizität der KHK (Hunink et al. 1997: 541; Reitsma, Dalstra, Bonsel, van der Meulen, Koster et al. 1999). Der jähe Abfall bei den Krankenhausfällen der chronischen ischämischen Herzkrankheit, die in den Jahren zuvor stetig zugenommen hatten (Grande &

⁴⁵ Die Statistik der Krankenhausfälle arbeitet fall- und nicht personenbezogen, kann also bei Wiederaufnahmen diese nicht ein und derselben Person zuordnen. Sie eignet sich nicht zur Abschätzung der Morbiditätsrate, denn sie zählt unterschiedslos auch diejenigen Fälle mit, in denen Patienten während der Krankenhausbehandlung versterben. Die Vorzüge und Nachteile dieser Datenquelle diskutieren Grobe et al. (Grobe et al. 2008).

Badura 2001: 56), korrespondiert nicht mit den Daten der aktuellen Todesursachenstatistik (s.o.) und ist erklärungsbedürftig. Möglicherweise liegt ein Artefakt aufgrund veränderter Diagnosestellung vor. Der Anstieg diagnostizierter akuter Herzinfarkte (I21, ICD 10) bei Männern wie Frauen in den ersten Jahren der vorigen Dekade resultiert eventuell aus der Redefinition diagnostischer Kriterien und wäre somit gleichfalls nicht als genuiner Trend zu verstehen (s. Kap. 3.1.1, Anm. 31; vgl. Löwel et al. 2006).⁴⁶

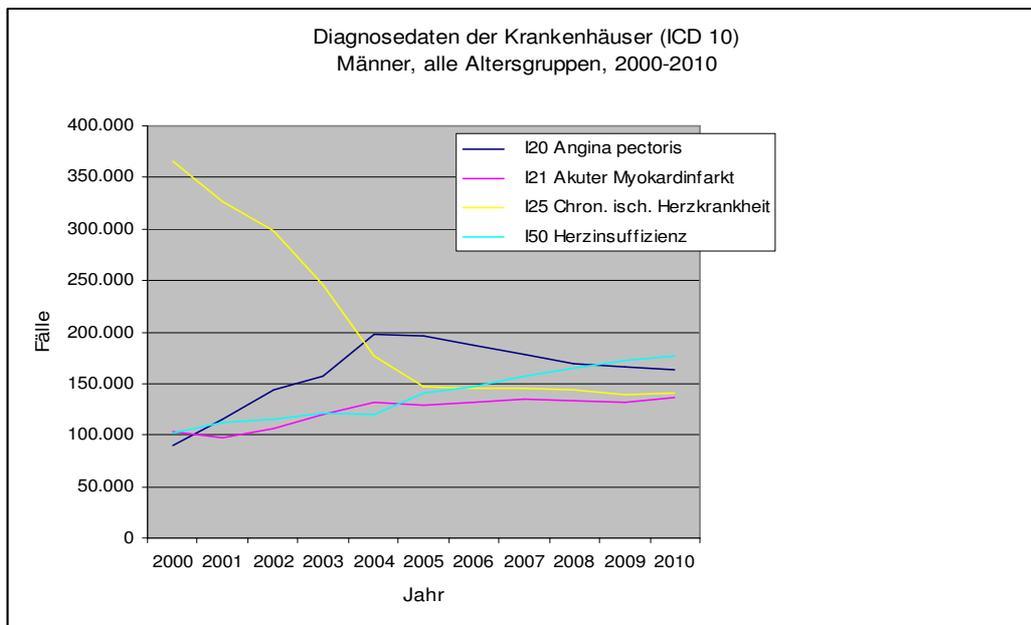


Abb. 7: KHK-bezogene Diagnosen der Krankenhäuser (ICD 10), Männer, alle Altersgruppen, 2000-2010 (Quelle: Krankenhausstatistik, StBA, www.gbe-bund.de, Abfrage 08.03.2012)

⁴⁶ Wenn das diagnostische Instrumentarium für nekrotische Prozesse sensibler wird (und eine entsprechende Kodierung vorausgesetzt), müsste zwangsläufig die Zahl der Fälle (sowohl Erst- als auch Reinfarkte) ansteigen, außerdem die AMI-Sterblichkeit sinken, selbst dann, wenn Versorgungsstrukturen, Behandlungsmethoden oder weitere Variablen ansonsten unverändert bleiben (vgl. Alpert & Thygesen 2000: 1508). Genau diesen Zusammenhang reflektieren die Daten des regionalen KORA-Herzinfarktregisters im Vergleich von Mortalitäts- und Morbiditätsraten der Zeiträume 1991-1993 und 2001-2003: Rückgang der KHK-Mortalität, Anstieg nichttödlicher KHK-Morbidität (Löwel et al. 2006: Tab. 1; vgl. auch Burke, Edlavitch & Crow 1989; Crow, Hannan, Jacobs, Lee, Blackburn & Luepker 2005).

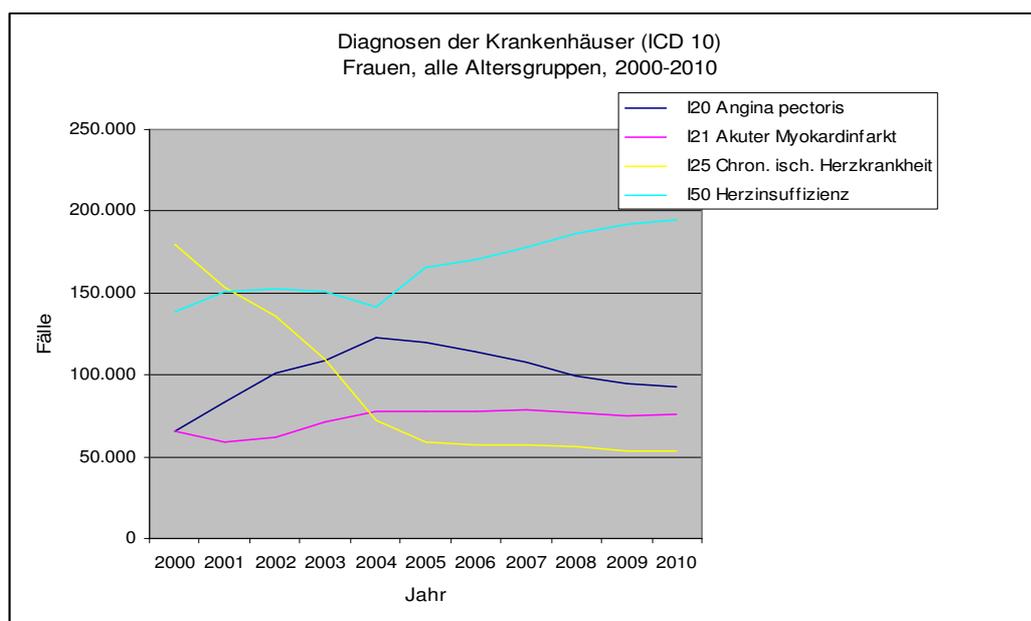


Abb. 8: KHK-bezogene Diagnosen der Krankenhäuser (ICD 10), Frauen, alle Altersgruppen, 2000-2010 (Quelle: Krankenhausstatistik, StBA, www.gbe-bund.de, Abfrage 08.03.2012)

Um die medizinische und epidemiologische Bedeutung der KHK und deren Veränderung für eine Bevölkerung genauer erfassen zu können, wären nach Alter und Geschlecht standardisierte und spezifiziertere Inzidenz- und Prävalenz-Daten vonnöten; dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich die Bevölkerungen westlicher Länder in ihrem Altersaufbau seit den 1970er Jahren erheblich wandeln (Müller-Riemenschneider, Holmberg, Rieckmann, Kliems, Rufer, Müller-Nordhorn et al. 2010a; Europäische Kommission 2011). Neben Trends in allgemeinen Mortalitäts- und Morbiditätsdaten interessieren ja z.B. auch Fragen wie diese: Hat sich das Alter der Erstmanifestation verändert? Gibt es Altersgruppen, in denen sich die Inzidenz erhöht hat? Haben sich die Überlebensraten je nach Altersgruppe und Geschlecht verändert? Welches durchschnittliche Alter erreichen Männer und Frauen, die einen Herzinfarkt überlebt haben bzw. an einer KHK erkrankt sind? Wann im Verlauf der Erkrankung sterben sie? Verläuft der Rückgang der Mortalitätsrate gleichmäßig nach Alter und Geschlecht? Gibt es ein besseres Maß als Mortalität, um epidemiologische Trends im KHK-Geschehen zu erfassen? Welche systematischen Fehler bei der Erfassung von Morbiditätsraten und Todesursachen sind bekannt? Usw. usf. (Vgl. Abb. 4 aus Löwel 2006; außerdem: Müller-Nordhorn 2005; Müller-Nordhorn et al. 2008; Kesteloot et al. 2006; Levi et al. 2009; Andersohn et al. 2010; Müller-Riemenschneider et al. 2010a). – Mehr Fragen, als die für Deutschland zur Verfügung stehenden Daten an Antworten hergeben.

Anhaltspunkte zur Beantwortung einiger dieser Fragen geben die Daten des regionalen KORA-Herzinfarktregisters (z.B. Löwel 2006; Löwel et al. 2006). Mit dem KORA-Herzinfarktregister führt die vormalige MONICA-Studienregion Augsburg (Stadt und angrenzende Landkreise) das Monitoring zum KHK- und Herzinfarktgeschehen fort (siehe www.helmholtz-muenchen.de/kora). Studienpopulation sind alle 25-74-jährigen Einwohner der Region. Registriert werden Todesfälle mit KHK als wahrscheinlicher Todesursa-

che sowie alle Fälle von Patienten mit klinisch bestätigtem akutem Herzinfarkt, die in einem der regionalen Krankenhäuser versorgt werden. Der jüngste Vergleich stellt Daten der Jahre 1991-1993 denen der Jahre 2001-2003 gegenüber. Demnach ist die Gesamtmorbidität (tödliche und nichttödliche KHK- bzw. AMI-Fälle pro 100.000, altersstandardisiert) bei Männern und bei Frauen gesunken (von 477 auf 389 resp. 164 auf 125). Bei den Männern handelte es sich in 75%, bei den Frauen in 80% der Fälle um Erstereignisse. Der Rückgang der Gesamtmorbidität geht bei beiden Geschlechtern allein auf das Konto einer stark abgefallenen KHK-Mortalitätsrate, bei Männern fiel sie um rund 42% von 281 auf 162, bei Frauen um die Hälfte von 104 auf 52.⁴⁷ Demgegenüber ist die Rate nichttödlicher Herzinfarkte gestiegen, wie oben bereits angedeutet, und zwar bei Männern von 196 auf 227, bei Frauen von 60 auf 73. Wenn für letzteren Trend nicht ausschließlich die veränderten Definitionskriterien angeführt werden (s.o.), dann lautet die Schlussfolgerung, dass bei fallender Inzidenz sich v.a. die Überlebenschancen der Betroffenen erhöht haben. Die Überlebensrate innerhalb von 28 Tagen nach dem Ereignis ist von rund 41% auf rund 58% (Männer) bzw. von knapp 37% auf rund 58% (Frauen) gestiegen (Löwel et al. 2006).

Die weitaus meisten Todesfälle (rund 90%) ereignen sich, bevor Patienten in eine Klinik eingeliefert werden und in den ersten 24 Stunden des Krankenhausaufenthaltes. Die Verbesserungen der Überlebenschancen für Männer wie für Frauen konnten größtenteils in diesen beiden Zeitfenstern erzielt werden: Um mehr als die Hälfte sank die Letalitätsrate im frühen Hospitalstadium bei Männern und Frauen; prähospital bei den Männern um rund ein Drittel, bei den Frauen um die Hälfte. Die gestiegenen Überlebenschancen im frühen Hospitalstadium werden v.a. den invasiven Therapiestrategien im Akutstadium zugeschrieben (vgl. 3.1.2; Löwel et al. 2006). Die Senkung der prähospitalen Letalitätsrate wird u.a. darauf zurückgeführt, dass Betroffene und/oder Zeugen die Alarmierung medizinischer Hilfe seltener verzögern (Löwel 2006).

Doch Augsburg ist nicht Deutschland. – Die primäre PCI gilt beim STEMI zwar als Therapie erster Wahl (Hamm 2004b; van de Werf et al. 2008). Sie kann jedoch nur in Krankenhäusern mit Herzkatheterlabor und 24-Stunden-Interventionsbereitschaft durchgeführt werden. Herzinfarktpatienten der KORA-Studienregion werden zu 80% von einer Einrichtung dieses Typs versorgt (Löwel et al. 2006). Von den in einer jüngeren Untersuchung bundesweit identifizierten 1.076 Kliniken, die Patienten mit akutem Herzinfarkt versorgen, verfügt jedoch nur ein knappes Drittel (31%) über sowohl Herzkatheterlabore als auch 24-Stunden-Bereitschaft (Zeymer et al. 2010). Es ist zwar sehr wahrscheinlich, dass diese Einrichtungen deutlich mehr als ein Drittel der Herzinfarktfälle behandeln. Doch selbst bei einem durch Kooperation und Verlegung von Patienten unterstellten höheren Versorgungsgrad mit primärer PCI werden schwerlich Versorgungsbedingungen wie in der KORA-Studienregion bundesweit einheitlich herrschen. Eine Hochrechnung der regionalen Registerdaten auf die gesamte Bundesrepublik würde die Versorgungslage und Behandlungseffekte deshalb wohl überschätzen (vgl. auch Grobe et al. 2008).

⁴⁷ Grobe et al. haben drei Datenquellen zur Erfassung der stationären Behandlung des AMI verglichen, neben den KORA-Registerdaten die der Krankenhausdiagnosestatistik sowie Krankenkassendaten. Demnach ist die im KORA-Register erfasste Letalitätsrate in manchen Altersgruppen um mehr als das Dreifache höher als die der anderen Datenquellen. Grobe et al. erläutern, welche Erfassungsregeln zu diesen Unterschieden führen (Grobe et al. 2008; ähnlich auch Kuch et al. 2009).

Wie sich die langfristig gesunkene und ins höhere Lebensalter verschobene Inzidenz und Koronarsterblichkeit in die demographische Entwicklung der steigenden Lebenserwartung bei anhaltend niedriger Geburtenrate einfügt, bedarf einer gesonderten Betrachtung – allerdings nicht im Rahmen dieser Arbeit.

3.3 Entstehung und Etablierung des Risikofaktorenkonzepts

Angesichts der Ubiquität, mit der sich das medizinische und epidemiologische Denken, Argumentieren und Handeln heutzutage begrifflich und thematisch auf das Risikofaktorenkonzept stützt, vermag man sich kaum vorzustellen, dass dessen Anfänge kaum weiter als bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts zurückreichen und sowohl begrifflich, konzeptuell als auch methodisch seinerzeit tatsächlich Neuland betreten wurde. Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über Anfänge und Entwicklung des Risikofaktorenkonzepts, geht auf die mit ihm verbundenen Kausalitätsinterpretationen ein und resümiert mit den aus dem Risikofaktorenkonzept gezogenen sekundärpräventiven Konsequenzen schließlich dessen eminenten medizinpraktischen Einfluss als *State of the Art*, auch in der kardiologischen Rehabilitation. Mögen sich Risikofaktoren in ihrer relativen Bewertung untereinander immer wieder verschieben, mögen „neue“ die „klassischen“ ergänzen oder wieder verworfen werden, einzelne Grenz- und Richtwerte sich als veränderlich erweisen – die grundsätzliche Herangehensweise, aus populationsbasiertem Beobachten und (später) Intervenieren Aufschlüsse über das individuelle Erkrankungsrisiko und Optionen zur Risikosenkung zu generieren, bleibt davon unbenommen und ist in ihrem Einfluss auf den Grenzverlauf zwischen *krank* und *gesund* – nun mit der Zwischenkategorie *at risk* – kaum zu unterschätzen.

3.3.1 Die Framingham Heart Study: „Factors of risk“ und ihre Prävention

1948 begann in den USA mit der Framingham Heart Study (FHS) die erste große epidemiologische Langzeitbeobachtung zur Inzidenz der KHK⁴⁸ und der mit ihrem Auftreten assoziierten Faktoren. Angeregt hatte sie der US-Assistent Surgeon General vor dem Hintergrund, dass KHK-Morbidität und -Mortalität in den USA epidemische Ausmaße erreicht hatten und die wissenschaftliche Aufklärung der Pathophysiologie bis dato keine effektiven Therapien hervorgebracht hatten (Rothstein 2003: 279f.; Jones 2000: 507ff.). Mit der gehäuften Beobachtung, dass sich atherosklerotisch veränderte Koronararterien bereits bei Menschen jungen Alters finden lassen,⁴⁹ wurde die Auffassung fallengelassen, die Atherosklerose sei Teil des normalen Alterungsprozesses. Stattdessen formierte sich die Erkenntnis, dass der klinischen Manifestation eine jahrzehntelange Latenzzeit voraus-

⁴⁸ Außerdem wurde das Auftreten weiterer kardiovaskulärer Erkrankungen registriert: A.p., Schlaganfall, hypertensive Herzkrankheit (s. www.framinghamheartstudy.org). Das methodische Vokabular (prospektive Kohortenstudie) existierte seinerzeit noch nicht, sondern entwickelte sich, wie überhaupt die Analysemethoden, nicht zuletzt durch und mit der Framingham-Studie (Aronowitz 1998, 2011; Susser 1987).

⁴⁹ Obduktionen von jungen, im Korea-Krieg gefallenen Soldaten, lieferten die empirische Basis für diese Entdeckung (Mannebach 1988: 151). In Friedenszeiten sind pathologische Untersuchungen hingegen von einem Selektionsbias beeinträchtigt: Obduziert werden vornehmlich Personen, die im Krankenhaus gestorben sind, also bereits (schwer) erkrankt waren (Dawber & Kannel 1962: 809).

gehe. Verstärkt wurden Hypothesen zur Pathophysiologie untersucht, die um den *Cholesteringehalt des Blutes* kreisten. Man wusste bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts, dass Atherome überdurchschnittlich viel Cholesterin enthalten. Cholesterin ist ein Stoff, der sowohl körpereigen produziert als auch mit der Nahrung aufgenommen wird. Ob und in welchem Umfang jedoch der Serumcholesteringehalt von der Nahrung beeinflusst wird – und wenn ja, von welchen Nahrungsbestandteilen (vgl. Hu, Manson & Willett 2001) –, war lange Zeit überhaupt nicht klar. Erste vergleichende Beobachtungen zur Inzidenz der Atherosklerose in Assoziation zur Cholesterinaufnahme mit der Nahrung (Javanesen/Niederländer, Chinesen/Amerikaner) trugen zur Formulierung der *Diet-Heart-Hypothese* bei, der Vermutung also, zwischen dem Auftreten der Atherosklerose und der Zusammensetzung der Nahrung bestehe ein kausaler Zusammenhang. Als schließlich aus den skandinavischen Ländern ein Rückgang der KHK-Mortalität in den Jahren des Zweiten Weltkriegs berichtet wurde, stellte man auch hier einen Zusammenhang her zum kriegsbedingten Minderangebot an Nahrungsmitteln tierischer Abkunft (Keys 1953; Dawber 1980: 1-13; McGill 1996).

Längst nicht alle Hypothesen, auf die sich die Framingham-Studie anfangs stützte, waren wie die Cholesterinhypothese pathophysiologisch vergleichsweise gut ausgearbeitet. Die Annahmen, dass die Inzidenz mit zunehmendem Alter ansteige und bei Männern in früherem Lebensalter und stärker einsetze als bei Frauen (*Geschlecht* und *Alter*), beruhten auf Beobachtungen praktizierender Ärzte und statistischen Materialien. Jener zum *Bluthochdruck* lag eine Differenzierung zwischen „gutem“ und „schlechtem“ Bluthochdruck zugrunde, die sich auf Daten von Versicherungsgesellschaften stützte (Rothstein 2003). Die *Nikotinhypothese* stützte sich auf das Wissen, dass Nikotin akut den Blutdruck, die Pulsfrequenz und den kardialen Auswurf steigert und außerdem die Irritabilität des Herzmuskels erhöht. Belege für eine chronische Schädigung gab es nicht, auch keinen Hinweis auf eine höhere KHK-Inzidenz unter Rauchern. Dass Alkoholiker eine höhere, allerdings unspezifische Mortalitätsrate hatten, war bekannt, und da Alkohol als toxisches Agens in der Lage ist, die Arterienintima zu schädigen, wurde die *Alkohohlhypothese* aufgenommen. Hinsichtlich des *Übergewichts* lagen Daten zur erhöhten Sterblichkeit von Übergewichtigen vor, die wiederum zu einem beträchtlichen Teil der KHK zugeschrieben wurde. Die erhöhte kardiovaskuläre Morbidität unter juvenilen Diabetikern war bereits gut dokumentiert; auf einen ähnlichen Zusammenhang bei Typ-II-Diabetikern gab es lediglich Hinweise. Zum Effekt *körperlicher Aktivität* gab es in der Forschergruppe kontroverse Annahmen (protektiv vs. inzidenzsteigernd). Eine Hypothese zum *protektiven* Effekt körperlicher Aktivität wurde schließlich erst aufgenommen, nachdem die Studie bereits begonnen hatte (Dawber 1980: 53-58).⁵⁰

Die Leitung der FHS lag zunächst kooperativ beim US Public Health Service, dem Massachusetts Department of Health sowie der Harvard University School of Medicine. Bereits ein Jahr später ging die Federführung auf das neugegründete National Heart Institute über (später National Heart, Blood and Lung Institute, NHBLI) (Aronowitz 2011). Framingham ist eine nordamerikanische Kleinstadt und galt im Jahr 1948 als „middle class white“. Boston, wo sich bereits seinerzeit medizinische und Public-Health-Expertise versammelte, liegt nicht weit entfernt. Als Studienort war die Gemeinde Resultat weniger

⁵⁰ Drei weitere Hypothesen wurden geprüft, spielten aber im weiteren Verlauf kaum mehr eine Rolle: der protektive Effekt einer Schilddrüsenüberfunktion, Inzidenzsteigerungen bei Gicht sowie hohen Hämoglobin- und Hämatokritwerten.

einer methodisch begründeten, sondern vielmehr forschungspragmatischen Wahl: kleinstädtisch, kompakt, geringe Migration, bereits studien erfahren, regelmäßiger Zensus, adäquate medizinische und Forschungsinfrastruktur, zur Studie motivierte Health Professionals waren Merkmale, die aus Sicht der Forscher für den Ort sprachen. Nach einem Rekrutierungsplan sollte ein Sample von rund 6.000 Einwohnern, Männern wie Frauen der Altersgruppe 28-62 Jahre, gezogen werden. Die Teilnahmebereitschaft war jedoch geringer als erwartet, so dass schließlich abweichend vom Sampleplan auch Freiwillige rekrutiert wurden. Ebenfalls abweichend vom ursprünglichen Forschungsplan wurden Teilnehmer mit einer bereits diagnostizierten Herzkreislauf-Erkrankung aufgenommen. Fortan unterzogen sich die Teilnehmer in zweijährigem Abstand einer medizinischen Untersuchung, verschiedenen Labortests und einer Befragung. Parallel dazu wurden kontinuierlich Daten zu KHK-Ereignissen (A.p., akuter Herzinfarkt, plötzlicher Herztod), Hospitalisierungen und Todesfälle registriert. Als Studienlaufzeit waren zunächst 20 Jahre veranschlagt, später wurde der Follow up ausgedehnt; 1971 eröffnete mit der Offspring-Study, der Nachkommenschaft der ursprünglichen Teilnehmer also, ein neuer Arm der Studie, desgleichen 2002 mit der Third Generation Cohort (Dawber 1980: 14-29; www.framinghamheartstudy.org; Lee Splansky, Corey, Yang, Atwood, Cupples et al. 2007; Aronowitz 1998, 2011). Die Fragestellungen haben sich gegenüber der ursprünglichen (s.u.) erheblich erweitert; nicht nur sind andere Erkrankungen in den Fokus getreten, auch bieten die intergenerationellen Daten eine wohl einmalige Voraussetzung für Forschungen zur genetischen Proliferation von Erkrankungen (Jaquish 2007; Levy, Lee Splansky, Strand, Atwood, Benjamin et al. 2010; vgl. „Framingham Heart Study Bibliography“ auf www.framinghamheartstudy.org).

Ziel der Studie war es, das Auftreten der KHK in einer zur Baseline nicht an einer KHK erkrankten Studiengruppe langfristig zu beobachten und Faktoren zu identifizieren, die mit dem Auftreten der KHK nicht nur kovariierten, sondern ihm vorausgingen:

„As a working hypothesis it is assumed that these diseases [i.e. „arteriosclerotic and hypertensive cardiovascular disease“, EB] do not each have a single cause (...), but that they are the result of multiple causes which work slowly within the individual.“ (Dawber, Meadors & Moore 1951: 280)

Mervyn Susser zufolge liefen Fragestellung und methodischer Ansatz der FHS zunächst auf eine Inzidenzbestimmung in einer gegebenen Bevölkerung hinaus.⁵¹ Nach frühestens fünf Jahren, so mutmaßten die Forscher, werde eine ausreichende Anzahl von Studienteilnehmern erkrankt sein, um erste Unterschiede zwischen Erkrankten und (noch) Gesunden feststellen und die verschiedenen Hypothesen testen zu können, vornehmlich zum Zusammenhang der Inzidenz mit den Faktoren: Bluthochdruck, erhöhter Serumcholesterinwert, Rauchen, regelmäßiger Alkoholkonsum, Übergewicht, körperliche Inaktivität, Diabetes mellitus (Dawber 1980: 53-58).

⁵¹ Um sich erst später auf die Möglichkeit und Methode individueller Risikoprädiktion zu fokussieren (Susser 1987: 32). Dass sich die FHS überhaupt in Richtung Inzidenzstudie entwickelte, sei dem frühen Leitungs- bzw. Trägerwechsel geschuldet, der das epidemiologische Erkenntnisinteresse gegenüber dem klinisch-medizinischen gestärkt und u.a. einen ursprünglich nicht vorgesehenen Einsatz von Statistikern nach sich gezogen habe, ohne deren Wissen und Methoden die alsbald anfallenden Datenmengen nicht hätten bearbeitet und interpretiert werden können. Namhafte Kardiologen wie Paul White hätten diese Fokusverschiebung ausdrücklich unterstützt (Aronowitz 2011: 271ff.).

Die Ergebnisse des ersten 4-Jahres-Follow-up wurden 1957 veröffentlicht, für Männer der Altersgruppe 45-62 Jahre eine erste Analyse vorgelegt (Dawber, Moore & Mann 1957): Die Inzidenzrate war in hohem Maße altersabhängig und bei Männern zwei- bis dreimal höher als bei Frauen. Signifikante Assoziationen mit der Inzidenz bei Männern (45-62 J.) ergaben sich für Bluthochdruck, Übergewicht und erhöhte Serumcholesterinwerte. Da Übergewicht und Bluthochdruck eng miteinander assoziiert waren, wurde der Effekt des Übergewichts dem des Bluthochdrucks zugerechnet. Es wurde gezeigt, dass zwei Drittel der Neuerkrankungen sich in jener Gruppe ereigneten, bei deren Probanden entweder Blutdruck oder Serumcholesterin oder beides stark ausgeprägt waren (= 35% der Grundgesamtheit). Die 4-Jahres-Inzidenz dieser Gruppe lag bei 107/1.000 im Vergleich zu 22/1.000 in jener Gruppe, in der die Teilnehmer diesbezüglich niedrige oder moderate Werte aufwiesen. Bei schweren Rauchern häufte sich zwar die Inzidenz, doch erwies sich diese Beziehung als statistisch nicht signifikant, obwohl die Forscher einige Kreativität bei der Analyse von Subgruppen an den Tag legten (Dawber, Kannel, Revotskie, Stokes, Kagan & Gordon 1959: 1353f.). Der Nachweis wurde erst erbracht, als die Daten mit denen der Albany-Studie (s.u.) kombiniert wurden (Doyle, Dawber, Kannel, Heslin & Kahn et al. 1961). Keine Beziehung konnte zunächst für das Merkmal sozioökonomischer Status nachgewiesen werden, doch gelang der Nachweis einer inversen Beziehung mit den Daten des 6-Jahres-Follow-up (Dawber et al. 1959).⁵²

Der Begriff „Risikofaktor“ wurde weder im ersten noch im zweiten Bericht verwendet. Die Autoren schlussfolgerten lediglich, dass Bluthochdruck und Hypercholesterinämie „clearly have some independent association with risk of disease“ (Dawber et al. 1957: 21). Ein weiterer Bericht zum 6-Jahres-Follow-up (Kannel et al. 1961) untersuchte die Assoziation zwischen Inzidenz der KHK und den drei Faktoren Serumcholesterin, Blutdruck und linksventrikulärer Hypertrophie – nun erstmals als „factors of risk“⁵³ bezeichnet –, außerdem Alter und Geschlecht, deren Assoziation mit der KHK-Inzidenz am stärksten ist. Das aber war nicht der Punkt, den die Autoren demonstrieren wollten. Vielmehr stellten sie eine quantitative Schätzung der Risikoerhöhung für jeden einzelnen der erstgenannten Faktoren und deren Kombination vor. Demnach war das Risiko für Männer (40-59 J.), an einer KHK zu erkranken, etwa dreifach erhöht, wenn ihr Serumcholesteringehalt ≥ 245 mg/dl betrug, verglichen mit jenen, deren Wert unter 210 mg/dl lag. Dieser „gradient of risk“ war bei den untersuchten Frauen schwächer ausgebildet und fehlte für die Untergruppe der 50-59-Jährigen. Der Zusammenhang zwischen Blutdruck (systolisch und diastolisch) und Inzidenz erwies sich für Männer wie Frauen in der Altersgruppe 45-59 Jahre als signifikant, außerhalb dieser Altersbegrenzung jedoch nicht. „Definite hypertension“ (im Unterschied zu „borderline hypertension“ oder „normotension“) erhöhte

⁵² Die Operationalisierung des sozioökonomischen Status stützte sich allein auf das Merkmal Bildung, und die Autoren räumten ein, „the classification by education may not be a sufficient index of this variable.“ (Dawber et al. 1957: 20)

⁵³ Rothstein zufolge ist der Begriff „Risikofaktor“ allerdings schon Jahrzehnte zuvor in der Methodenpraxis der Lebensversicherungen entstanden. Um Prämien nach den Mortalitätsrisiken der Versicherten differenzieren zu können, waren die Versicherer auf zuverlässige Prädiktoren angewiesen, die in ihrer Anwendung einfach, preiswert und zuverlässig waren. Als solche galten Anfang des 20. Jahrhunderts neben Alter und Geschlecht z.B. Urinuntersuchungen, Körperbau (Kombination aus Körpergröße und Gewicht) und Blutdruck. Die Definition von Normal- bzw. Normwerten des Blutdrucks geht wesentlich auf die Untersuchungspraxis der Lebensversicherer zurück (Rothstein 2003: 50-74).

das Risiko für Männer um 2,6 und für Frauen um das sechsfache. Lagen alle drei Faktoren in der Ausprägung „abnorm“ (Serumcholesterin),⁵⁴ „hypertension“ und bestätigte linksventrikuläre Hypertrophie vor, sei das Erkrankungsrisiko für Männer (40-59 J.) mehr als sechsfach erhöht, für Frauen mehr als vierfach – im Vergleich zu jenen Probanden mit als „normal“ definierten Werten.

„It is now demonstrated that these factors precede the development of overt CHD in humans and are associated with increased risk of the development of CHD“ (ebd.: 47), schlussfolgerten die Forscher der FHS. Das epidemiologische Erkenntnisinteresse, über die KHK als „contemporary health hazard“ mehr zu erfahren, hielt an und verband sich mit dem praktischen Anliegen der Prävention. Bereits jetzt erlaube der Wissensstand Ärzten in der Praxis, „coronary prone individuals“ zu identifizieren, und zwar Jahre, bevor erste klinische Symptome der KHK auftreten (ebd. 33). Trotz dieser bereits so deutlich skizzierten Agenda der Risikoprädiktion, ließen sich die Autoren nicht zu einem präventiven Kurzschluss verleiten: Es bleibe zu zeigen, ob oder ob nicht eine Korrektur „of these abnormalities“ das Risiko, eine KHK zu entwickeln, in gewünschter Richtung beeinflusse (ebd. 48).

Gleichwohl schälte sich der Gedanke der Prävenierbarkeit im Studienverlauf immer mehr heraus: Mit der Kenntnis von Risikofaktoren werde sich ein Ansatzpunkt für das gesundheitspolitisch favorisierte *praktische* Anliegen der Prävention finden (vgl. Aronowitz 1998: 227f., dort die Anm. 32):

„If we are to achieve such measures [i.e. practicable preventive approaches, EB] in the atherosclerotic diseases, we must first determine what characteristics of host and environment lead to the early appearance of these disorders. This was the motivation for the project (...). We shall (...) examine the occurrence of atherosclerotic disease in the population relative to a number of characteristics, many of which are modifiable in a favourable direction. It is our hope that from this knowledge practicable preventive measures may be elicited.“ (Dawber 1980: 2f.)⁵⁵

Das mag aus der heutigen Perspektive als naheliegender und wenig spektakulärer Schritt erscheinen, weil das Ansinnen der Prävention in Verbindung mit Risikofaktoren mittlerweile dem epidemiologischen, medizinischen und auch Laien-Denken vertraut und selbstverständlich ist.⁵⁶ In den 1950er Jahren aber war dieser Gedanke noch ungewohnt

⁵⁴ Ein Serumcholesterinwert von ≥ 260 mg/dl wurde seinerzeit als „abnormal“ definiert (Kannel et al. 1961: 44).

⁵⁵ Abweichend von der Darstellung des jahrelangen Studiendirektors der FHS, Thomas Dawber, betont Aronowitz, die Idee der Prävenierbarkeit sei zunächst nur implizit im Studienplan enthalten gewesen (Aronowitz 1998: 120f.).

⁵⁶ Prävention als Wissen und Praxis zur Gesunderhaltung und Krankheitsverhütung ist freilich schon etwas länger in der Welt, überliefert z.B. in antiken Schriften zur Diätetik, die regelmäßig wiederentdeckt wurden (von Engelhardt 1996; Labisch 1992: 42ff.; Stollberg 1997; Leanza 2009; s.a. Kap. 10.1). Neu ist der spezifische, an einzelnen Risikofaktoren und ihren Grenzwerten orientierte Präventionsansatz sowie eine Individualisierung (Risikoprädiktion), die ironischerweise erst durch statistische Wissensgenerierung möglich wird.

und konzeptuell nicht eingeübt. Die Commonwealth Fund Commission on Chronic Illness befand immerhin noch 1957, Atherosklerose sei „not preventable at the present time“ (zit. n. Aronowitz 1998: 114).⁵⁷

Das sahen namhafte amerikanische Kardiologen und Gesundheitspolitiker allerdings anders. Sie veröffentlichten 1959 das „Statement on arteriosclerosis“, in dem Übergewicht, erhöhte Serumcholesterinwerte, Bluthochdruck, exzessives Rauchen und Vererbung als Ursachen der Atherosklerose benannt und mit dem Hinweis versehen wurden, dass immerhin die ersten vier Faktoren der Beeinflussung offenstünden und sich damit Herzattacken und Schlaganfälle verhindern ließen (White, Sprague, Stamler, Stare et al. 1959). 1961 folgte ein Bericht der *American Heart Association* mit gleichfalls präventiver Stoßrichtung, der die Aufgabe des Rauchens und eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten empfahl, namentlich eine reduzierte Cholesterin- und Fettaufnahme. Die Empfehlungen zu den Nahrungsfetten wenden bereits die Unterscheidung zwischen gesättigten (negativ) und ein- oder mehrfach ungesättigten Fettsäuren an (positiv). Übergewichtige sollten zudem die Kalorienzufuhr senken. Unter der Frage, wer im Besonderen diese Empfehlungen beherzigen sollte, listet der Bericht auf:

„Most persons in the United States who are overweight ... Men with a strong family history of atherosclerotic heart or blood vessel disease, who have elevated blood cholesterol levels, an increase in blood pressure, are overweight and/or who lead sedentary lives of relentless frustration ... Those people who have had one or more atherosclerotic heart attacks.“ (AHA 1961; zitiert nach Stamler 1992: 45)

Der Adressatenkreis bestand damit bereits aus „tens of millions of higher-risk American adults“ (Stamler 1992: 45).

Die Framingham-Forscher hingegen schätzten das Präventionspotential ihres Wissensstandes nach wie vor defensiv ein. Man wisse (noch) nicht, ob sich die Risikoprädiktion mit einem therapeutischen Angebot flankieren lasse. Denn zwar seien einige der Risikofaktoren „subject to change in what would seem to be a favorable direction“, doch ob „an artificial change“ beispielsweise des Blutdrucks und des Cholesterinspiegels sich als tatsächlich zuträglich erweisen werde, sei noch offen. Der lange Zeitraum, über den Risikofaktoren auf den atherosklerotischen Prozess einwirkten, bis sich ein messbarer Effekt in Form eines erhöhten Erkrankungsrisikos zeige, sei auch für den umgekehrten Fall zu erwarten. Bei älteren Menschen zahle sich das Bemühen deshalb möglicherweise nicht mehr aus. Wenn Prävention, dann müsse sie wohl möglichst früh im Lebensalter einsetzen (Dawber & Kannel 1962: 819f.).

Zehn Jahre später – der säkulare Trend der KHK-Morbidität und Mortalität hatte sich noch nicht merklich umgekehrt, das Management akuter Krankheitsereignisse war zwar von beeindruckenden medico-technischen Neuerungen geprägt (u.a. *coronary care units*, Bypass-OP, antiarrhythmische Behandlungen), vermochte aber gegen die nach wie vor hohe Ereignisrate des plötzlichen Herztodes nichts auszurichten – war die Skepsis maßgeblicher Framingham-Autoren gegenüber dem prinzipiellen Potential der Prävention vollständig gewichen, sie hatte sich vielmehr zur „greatest hope for a major change in the present high incidence of coronary heart disease“ entwickelt:

⁵⁷ Einer der wenigen, die bereits in den 1940er Jahren von der Prävenierbarkeit der KHK überzeugt waren – und das äußerten – war Ancel Keys, Spiritus rector der 1958 beginnenden *Seven-Countries-Studie* (Aronowitz 2011: 269).

„As a result of long experience in the Framingham Study it is the authors' contention that the evidence to date suggests strongly that coronary heart disease is at least to a certain degree preventable (...); that certain major contributing factors have in fact been identified; and that the major effort which must be taken in the future will be to develop adequate methods to modify these contributing factors if an important change in the natural history of coronary heart disease is to be brought about.“ (Dawber & Kannel 1972: 500f.)

Obwohl also zur „größten Hoffnung“ aufgestiegen, diskutierten Dawber und Kannel sehr nüchtern die Implementierungschancen sowohl einer Bevölkerungsstrategie als auch eines individuellen Hochrisikoansatzes.⁵⁸ Als größtes Hindernis für bevölkerungsweite Maßnahmen sahen sie weniger die Implementierung solcher Maßnahmen selbst, als vielmehr die aus ihnen notwendigerweise resultierenden Kontrollen individuellen Verhaltens, die von der amerikanischen Öffentlichkeit wohl kaum akzeptiert würden. Auch würde diese sicherlich bezweifeln, ob „restricting the privileges of the entire population to provide benefits which are largely achieved by only a segment thereof“ sich als politisches Programm rechtfertigen lasse (vgl. Rose 1985; Charlton 1995). Der individuelle Hochrisikoansatz konzentrierte sich hingegen auf die Identifizierung jener Personen, die einem besonders hohen Erkrankungsrisiko unterliegen, um die Faktoren, die das Risiko ansteigen lassen – sofern sie beeinflussbar sind –, zu verändern. Als präventiv *medizinischer* Ansatz sei er ohne ein hohes Maß an Motivation und Kooperation auf Arzt- wie Patientenseite nicht zu verwirklichen. Und einzuräumen sei auch, dass nach wie vor wenig konkretes Wissen zu diesem Präventionsansatz vorliege: zum Nutzen selbst, bis zu welchem Lebensalter Aufwand und Nutzen der Präventionsbemühungen noch zugunsten des Nutzens ausfallen, welche Grenzwerte anzustreben seien zum Beispiel (Dawber & Kannel 1972: 510f.). Als weitere Agenda schlugen die Framingham-Forscher vor, die Identifizierung gefährdeter Personen zu verbessern und an/mit ihnen Effekte von Interventionsmethoden zur Risikosenkung zu untersuchen. Positive Effekte vorausgesetzt, werde der dann demonstrierte Nutzen auf individueller Ebene zur Akzeptanz auch bevölkerungsweiter Ansätze zur Beeinflussung von Risikofaktoren führen (ebd.).

Bei allem Realismus, um nicht zu sagen: Skeptizismus in Sachen Prävention, der hier zutage trat, ist die Favorisierung des individuellen Hochrisikoansatzes doch unverkennbar. Sie ergibt sich schon logisch aus dem Vorhaben, eine zuverlässige Methode zur individuellen Risikoprädiktion zu entwickeln. Festzuhalten ist außerdem, dass die Aussagen der Framingham-Forscher zur prinzipiellen Prävenierbarkeit eine kausale Beziehung zwischen Risikofaktor(en) und Erkrankung bereits voraussetzen (s. Kap. 3.3.2).

Die FHS blieb nicht lange die einzige epidemiologische Großstudie. Weitere prospektive Kohortenstudien wurden alsbald begonnen mit dem Ziel, die in der FHS identifizierten Assoziationen zu überprüfen und ggf. weitere Faktoren zu identifizieren; so in der *Albany Cardiovascular Health Center Study* (1953-1981), die männliche Beschäftigte mittleren Alters des öffentlichen Dienstes im Staat New York einschloss (Hilleboe, James, Doyle & Center

⁵⁸ An bevölkerungsweiten Maßnahmen erwogen die Autoren die Veränderung der nationalen Ernährungsweise, der Bewegungsgewohnheiten und des Rauchverhaltens durch z.B. staatliche Regulierung der Lebensmittelherstellung oder des öffentlichen Transports. Der Hochrisikoansatz sei demgegenüber die Domäne präventiver Medizin: Identifizierung von Personen, die ein hohes Erkrankungsrisiko haben, sodann der Versuch, bei diesen Individuen „to selectively change adverse host and environmental characteristics“ (Dawber & Kannel 1972: 510).

1954; Doyle 1966); in den drei *Chicago-Studien* (1957/58-1979), die auf Studienpopulationen männlicher Beschäftigter mittleren Alters dreier großer Arbeitgeber basierten (Paul, Lepper, Pheloh et al. 1963; Dyer 1975); in der *Evans County Heart Study* (1960-1980) wurde der prädiktive Wert von Blutdruck, Serumcholesterin und Rauchen für die Gesamt- und die KHK-Mortalität untersucht, differenziert nach Geschlecht und Hautfarbe (McDonough, Hames, Stulb & Garrison 1963); in der *Tecumseh Community Health Study* (1957-1985) war der Fokus bereits weiter: Zusätzlich zu den Faktoren Blutdruck, Serumcholesterin und Rauchen wurden deren genetische Determinanten untersucht. Außerdem wurde die Assoziation sozialer Beziehungen zur Mortalität (nicht krankheitsspezifisch) ermittelt (Deutscher, Ostrander & Epstein 1970; House, Robbins & Metzner 1982). Auch in der *Alameda County Study* (1965-1974) stand die Beziehung zwischen den Eigenschaften sozialer Netzwerke der Probanden und der Gesamtmortalität im Mittelpunkt der Untersuchung (Berkman & Syme 1979). Erst in Folgearbeiten wurden Analysen zur Assoziation zwischen KHK-Mortalität und sozialen Beziehungen vorgelegt (Berkman 1982; Kaplan 1988).⁵⁹ Wie schon die Tecumseh-Studie, so ging ebenfalls die *Western Collaborative Group Study* (1960-1987) über die Untersuchung physiologischer Parameter hinaus, in der zusätzlich als unabhängiger psychosozialer Risikofaktor das Konstrukt des Typ-A-Verhaltens definiert und getestet wurde (Rosenman & Friedman 1963; Rosenman, Friedman, Straus, Jenkins, Zyzanski et al. 1970).

Die einzige einflussreiche Kohortenstudie, die seinerzeit nicht in den USA initiiert wurde, ist die britische *Whitehall-Studie* (Whitehall I 1967-1994, Whitehall II seit 1985; www.ucl.ac.uk/whitehallIII/). In einem Sample männlicher (in Whitehall II auch weiblicher) Beschäftigter des öffentlichen Dienstes in London wurden neben den bereits bekannten physiologischen Parametern Informationen zum sozioökonomischen Status (SES), insbesondere der beruflichen Stellung, erhoben und nachgewiesen, dass der SES ein unabhängiger Prädiktor für die KHK-Inzidenz und -Mortalität ist (van Rossum et al. 2000). Am Beginn der Whitehall-II-Studie standen darüber hinaus die Fragen, ob und wie der Sozialgradient bei Mortalität und Morbidität mit psychosozialen Merkmalen des Arbeitsplatzes und der Beschäftigten zusammenhängt. Außerdem war und ist natürlich von Interesse, welche psychobiologischen Mediatoren soziale Tatbestände mit Morbidität verknüpfen (Kivimäki, Ferrie, Shipley, Gimeno, Elovainio, de Vogli et al. 2008; Steptoe, Hamer, O'Donnell, Venuraju, Marmot & Lahiri 2010; Kivimäki, Nyberg, Batty, Shipley, Ferrie, Virtanen et al. 2011).

1978 wurden die Daten aus fünf der umfangreichen Langzeitstudien (Albany-Studie, zwei der Chicago-Studien, Framingham- und Tecumseh-Studie) sowie acht weiteren Untersuchungen für eine Analyse zusammengefasst und ausgewertet. Die Auswertung unterstrich den hohen Prädiktorwert der Faktoren Blutdruck, Serumcholesterin und Rauchen, neben den Faktoren Alter und Geschlecht, und fügte zur Liste der Risikofaktoren Diabetes mellitus hinzu. Sie wies außerdem den kumulativen Effekt nach, der sich aus der Kombination mehrerer Risikofaktoren ergibt (Pooling Project Research Group 1978; McGill 1996).

⁵⁹ Die Alameda-County-Studie leitete, zusammen mit der Tecumseh-Studie, die Erforschung sozialer Netzwerke, später erweitert um den Aspekt soziale Unterstützung, und deren Einflüsse auf Gesundheit/Krankheit ein (Kawachi & Berkman 2000). Alle gesundheitsrelevanten Daten basierten auf der Selbstauskunft der Probanden (vgl. Berkman & Syme 1979).

Mit jeder dieser lokal bzw. auf ausgewählte Populationen fokussierten Studien stieg zwar der Differenzierungsgrad der Erkenntnisse über Risikofaktoren; doch blieb die Schnittmenge der stets von neuem untersuchten Risikofaktoren erstaunlich stabil, so dass sich mit der Herauskristallisierung einiger Risikofaktoren als „klassisch“ auch das Fundament des Konzepts festigte. Doch taugte es tatsächlich als *universaler* Erklärungsansatz für die Inzidenz der KHK? Oder war das Konzept vielmehr zeitlich, geographisch und/oder ethnisch und genetisch gebunden? Die für die Studien ausgewählten Populationen waren überwiegend männlich, oftmals sozial selektiert (z.B. Belegschaften, Berufsgruppen), konzentrierten sich auf Nordamerika und Europa, und die Studienlaufzeiten waren nur selten von so langer Dauer wie die der FHS. War die Erkrankung vielleicht ein historisch-regionales Phänomen, das seine als epidemisch interpretierten Ausmaße auch wieder verlor (WHO-MONICA-Studie, Tunstall-Pedoe et al. 1988, 1999; Kuulasmaa et al. 2000; Barnett & Halverson 2001)? Ließe sich der partielle Zusammenhang zwischen Serumcholesterin und anderen Risikofaktoren und Inzidenz der Erkrankung auch in anderen Bevölkerungen nachweisen, überdies mit vorherrschenden Lebensweisen plausibilisieren (Seven-Countries-Studie, Keys 1980; Keys, Menotti, Karvonen, Aravanis, Blackburn et al. 1986; Verschuren, Jacobs, Bloemberg, Kromhout, Menotti, Aravanis et al. 1995; Menotti, Lanti, Kromhout, Blackburn, Jacobs, Nissinen et al. 2008; Gordon, Kagan, Garcia-Palmeri, Kannel, Zukel, Tillotson et al. 1981; de Lorgeril, Salen, Paillard, Laporte, Boucher & de Leiris 2002; Shimazu, Kuriyama, Hozawa, Ohmori, Sato, Nakaya et al. 2007; Ueshima 2007)? Verändert sich der Risikofaktorenstatus bei Menschen, die ihr gewohntes geographisch-kulturelles Umfeld verlassen haben (NI-HON-SAN-Studie, Syme, Marmot, Kagan, Kato & Rhoads 1975; Benfante 1992)? – Die Fragen sind wohl leicht gestellt, methodisch zuverlässig allerdings nur mit Einschränkung zu beantworten (vgl. Hu et al. 2001; Lozano et al. 2001; Greenland & Robins 1994; Stewart, Kuulasmaa & Beaglehole 1994; Rothstein 2003: 306f.).

Einen Überblick über die zahllosen Studien zu geben, kann in dieser Untersuchung nicht geleistet werden. Herausgestellt sei jedoch – ihres noch stets anhaltenden Einflusses wegen – die *Seven-Countries-Studie* (7CS), auf die vor allem die Popularisierung der *Diet-Heart-Hypothese* zurückzuführen ist. Beobachtungen zur geographischen Variation in der Inzidenz der KHK in Verbindung mit der Hypothese, dass ein kausaler Zusammenhang mit der Ernährungsweise, insbesondere der Aufnahme (Menge und Art) von Fettsäuren bestehe, veranlasste eine Forschergruppe um Ancel Keys, die 7CS zu konzipieren.⁶⁰ Konzipiert als Survey-Forschung, begann die Untersuchung im Jahr 1958 mit zunächst vier

⁶⁰ Die Diet-Heart-Hypothese (Keys 1980: 2; Kromhout 1999; de Lorgeril et al. 2002) besteht faktisch aus zwei, eigentlich sogar drei Schritten in einer angenommenen Kausalkette: (1) Der Wert des Serumcholesterins ist beeinflusst von der durch Nahrung aufgenommenen Menge des Cholesterins sowie von der Menge und Zusammensetzung der mit der Nahrung aufgenommenen Fettsäuren. (2) Hohe Serumcholesterinwerte begünstigen die Bildung von Atherosklerose. (3) Mit zunehmender Atherosklerose steigt die Inzidenz der KHK. – Oder die indirekte Teilhypothese (2 + 3): Hohe Serumcholesterinwerte korrelieren positiv mit der Inzidenz der KHK (Rothstein 2003: 295ff.). Die methodischen Schwierigkeiten, für Individuen den Zusammenhang nachzuweisen zwischen dem, was sie essen und dem Level ihres Serumcholesterins, sind beträchtlich (vgl. Keys 1980: 254f., 1986: 913; Hu et al. 2001). Der Nachweis ist kaum je gelungen (siehe dazu Hu et al. 2001), und diese Schwierigkeit war Keys und seinen Kollegen bereits vor Beginn der 7CS bewusst. Das veranlasste die Forschergruppe allerdings nicht, die Hypothese fallen zu lassen; vielmehr wurde das Metho-

Kohorten, bis 1964 kamen zwölf weitere dazu. Die Studienpopulation bestand insgesamt aus rund 12.800 Männern im Alter zwischen 40 und 59 Jahren, nahezu alle anfangs KHK-frei. Weitere Untersuchungen fanden nach fünf, resp. zehn Jahren statt; als Follow up waren zunächst 25 Jahre projektiert, 2007 wurden die Daten des mittlerweile 40-jährigen Follow up vorgelegt (Menotti, Lanti, Kromhout, Blackburn, Nissinen, Dontas et al. 2007). Die Bezeichnung der Studie als „Seven Countries“ ist eigentlich irreführend: Zwar waren sieben Länder vertreten, diese aber wiederum mit z.T. soziokulturell sehr heterogenen Kohorten.⁶¹ Die Forscher hatten sich für die Auswahl überwiegend ländlicher Regionen entschieden, in einigen Fällen war die gesamte Alterskohorte der betreffenden Gemeinde zur Studienteilnahme eingeladen. Man wollte auf diese Weise der Selbstselektion von Studienteilnehmern entgegenwirken und – in der Annahme, dass Landbewohner im Alter von über 40 Jahren seltener ihren Arbeitsplatz, ihre Gewohnheiten oder den Wohnsitz wechseln als gleichaltrige Stadtbewohner – hohe Raten im Follow up sicherstellen. Die einzelnen Populationen sind demnach in keiner Weise repräsentativ für die jeweilige (männliche) Landesbevölkerung der berücksichtigten Altersklasse. Ferner ging die Auswahl der Untersuchungsgebiete auf Kriterien wie bestehende kollegiale Kontakte, andere die Zugänglichkeit erleichternde Faktoren sowie finanzielle Kosten, seltener auf inhaltliche Überlegungen zurück (Keys 1980: 3-9). Die Daten zur Ernährung wurden an nicht mehr als insgesamt 500 Probanden mit unterschiedlichen Methoden, z.T. per Fragebogen, erhoben, um fortan die Ernährungsweise der jeweiligen Kohorte zu repräsentieren (Keys 1980: 248f.; Rothstein 2003: 306f.).⁶²

Die Beobachtungen zur geographischen und ethnischen Variation der altersadjustierten KHK-Mortalität hat der 25-Jahres-Follow-up der 7CS bestätigt; die KHK-Mortalitätsraten reichen von 3% in der japanischen Kohorte bis zu 20% in der nordeuropäischen Kohorte. Von den klassischen Risikofaktoren zeigten in der univariaten Analyse lediglich Serumcholesterin und systolischer Blutdruck signifikante Korrelationen zur Mortalität, in der multivariaten Analyse galt dies allein noch für den Faktor Serumcholesterin (Menotti, Keys, Kromhout, Blackburn, Aravanis, Bloemberg et al. 1993: 534; Verschuren et al. 1995). Der Interkohortenvergleich bestätigte demnach die Vermutung der Forscher, dass die Serumcholesterinwerte „a major determinant of different CHD mortality rates among population groups“ seien (Menotti et al. 1993: 535). Desgleichen seien populationsvergleichend KHK-Inzidenz und KHK-Mortalität assoziiert mit dem kalorischen Anteil gesättigter Fettsäuren an der Gesamtkalorienaufnahme (Keys 1980: 252ff.). Im Intrakohortenvergleich stellen die Forscher auf den Zusammenhang zwischen Serumcholesterin und *relativem* KHK-Mortalitätsrisiko ab: In jeder Kohorte, ausgenommen die japanische und serbische, steige mit dem Serumcholesterinwert auch das relative KHK-Mortalitätsrisiko an;

deninventar rückblickend als nicht raffiniert genug erachtet, um die behauptete Beziehung aufzuspüren. Deshalb konzentrierte man sich darauf, den Zusammenhang auf *Kohortenebene* nachzuweisen (Keys 1980: 254f.).

⁶¹ Jugoslawien war mit fünf Kohorten vertreten (ländlich, kleinstädtisch, Universitätsbedienstete), Griechenland mit zwei (Inselgemeinden aus Kreta und Korfu), Italien mit drei (zwei dörflich, die dritte bestand aus römischen Eisenbahnbediensteten), Niederlande mit einer (kleinstädtisch), Finnland mit zwei (ländlich, Holzwirtschaft), Japan mit zwei (Fischerei, Landwirtschaft) und schließlich die USA mit einer Kohorte (Eisenbahnbedienstete aus dem Nordwesten).

⁶² Offen gestanden kann ich nicht nachvollziehen, dass die Studie ihres eigenwilligen methodischen Vorgehens zum Trotz eine derartige Prominenz erlangen konnte (vgl. Kromhout 1999; de Lorgeril et al. 2002; Erlinger & Appel 2005; Rothstein 2003: 306f.).

der Kurvenverlauf sei also vergleichbar und unterstreiche den Prädiktorwert des Serumcholesterins für das KHK-Mortalitätsrisiko (Verschuren et al. 1995, insbes. Abbildung; Menotti et al. 2008).

Weit weniger eindeutig im Sinne der Forschungshypothesen stellt sich der Zusammenhang zwischen *absolutem* Mortalitätsrisiko und Serumcholesterinwerten dar. Der Vergleich der Kohorten zeigt: Beim Serumcholesterinwert von 210 mg/dl variieren die KHK-Mortalitätsraten von ca. 4-5% (japanische sowie mediterrane Südeuropa-Kohorten) bis zu 15% in den nordeuropäischen Kohorten. Auch, dass durchschnittlich niedrige Serumcholesterinwerte in Nordeuropa (190 mg/dl) mit einem doppelt so hohen KHK-Mortalitätsrisiko assoziiert sind als bedeutend höhere durchschnittliche Serumcholesterinwerte (250 mg/dl) in den Kohorten des mediterranen Südeuropa (Verschuren et al. 1995), lässt den Zusammenhang zwischen Serumcholesterin und KHK-Mortalität als differenzierungsbedürftig erscheinen. Des Weiteren sind die beträchtlichen Inzidenz- und Mortalitätsunterschiede zwischen relativ benachbarten Kohorten (West- und Ostfinland >50% bzw. Kreta und Korfu >100%) bei jeweils nahezu gleichen Serumcholesterinwerten mit der Forschungshypothese nicht zu plausibilisieren (Menotti et al. 1993). Ähnliche geographische Unterschiede sind auch für den Zusammenhang von Blutdruck und KHK-Mortalität festgestellt worden (van den Hoogen, Feskens, Nagelkerke, Menotti, Nissinen, Kromhout et al. 2000).⁶³ Gleichwohl kamen die Autoren immer wieder zu dem Schluss, dass Populationsdifferenzen in der KHK-Mortalität sich am zuverlässigsten mit Differenzen in den durchschnittlichen Werten des Serumcholesterins erklären ließen (z.B. Keys 1980; Keys et al. 1986; Menotti et al. 2008). Den gegenteiligen Schluss zog hingegen eine Autorengruppe aus dem WHO-MONICA-Verbund: Das Ergebnis der ökologischen Analyse der MONICA-Daten zur Assoziation zwischen Mortalität (gesamt sowie aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen, KHK und Schlaganfall) zum einen und der Prävalenz dreier „accepted cardiovascular mortality risk factors“ (Blutdruck, Rauchverhalten, Gesamtcholesterin) zum anderen – abgesehen von Alter und Geschlecht – „do not reflect well the variation in mortality between populations“ (Stewart et al. 1994: 505). Dieser Befund wird allerdings nicht als Schwächung des Zusammenhangs zwischen Risikofaktoren und Mortalität interpretiert, sondern den methodischen Fußangeln ökologischer Analysen zugeordnet (ebd.: 512ff.).

Es gibt viele weitere Beispiele dafür, dass Inzidenz- und/oder Mortalitätsraten der KHK niedriger oder höher ausfallen, als es die Prävalenz von Risikofaktoren in einer gegebenen Bevölkerung erwarten lassen würde. Zu den bekanntesten zählen das *French paradox* und das *Japanese paradox*. Als *French paradox* wird die Beobachtung bezeichnet, dass landesweit niedrige KHK-Mortalitätsraten mit einem vergleichsweise hohen Verzehr von

⁶³ Obwohl die Resultate der 7CS den Zusammenhang zwischen Serumcholesterinwerten und Mortalität auf Populationsebene keineswegs durchgängig nachweisen und auch der Nachweis einer Korrelation zwischen individueller Nahrungszusammenstellung und individuellen Serumcholesterinwerten trotz beträchtlicher Bemühungen nicht gelang (Keys 1980: 254f.), hat die Forschungsgruppe eine komplexe Ernährungstheorie generiert, die unter der Bezeichnung *Mediterranean Diet* alsbald Eingang in professionelle und popularisierte Präventionskonzepte fand – Letzteres unter tätiger Mitwirkung von Ancel Keys übrigens (Keys & Keys 1975) – und die nach wie vor diskutiert wird (Bellisle 2009; Mente, de Koning, Shannon & Anand 2009; de Lorgeril & Salen 2011; Nordmann, Suter-Zimmermann, Bucher, Shai, Tuttle et al. 2011). „Mediterranean“ ist eine homogenisierende Sammelbezeichnung für kulturell und agrikulturell recht heterogene Ernährungsweisen, als deren Gemeinsamkeiten vor allem die Vielfalt der Nahrungsbestandteile sowie der vergleichsweise geringe Verarbeitungsgrad der Lebensmittel herausragen (Erlinger & Appel 2005).

Nahrungscholesterin und gesättigten Fettsäuren einhergehen (Renaud & de Lorgeril 1992; Artaud-Wild, Connor, Sexton & Connor 1993; Law & Wald 1999; Ferrières 2004). Diese Beobachtung jedoch ist weder auf Frankreich beschränkt, noch gilt sie unterschiedslos für ganz Frankreich (Masia, Pena, Marrugat et al. 1998; Dang Tran, Leclerc, Chastang & Goldberg 1998; Ducimetière & Richard 1992; Tunstall-Pedoe et al. 1994; Lang, Ducimetière, Arveiler, Amouyel, Ferrières et al. 1999). Auch Japan und seine Bevölkerung hat immer wieder das Interesse von Epidemiologen auf sich gezogen: Eine im Vergleich zu Europa und den USA sehr niedrige Mortalitätsrate ist trotz steigender Serumcholesterinwerte weiter gesunken, bei zugleich sehr hoher, allerdings mittlerweile stark zurückgegangener Prävalenz des Rauchens bei Männern (Ueshima 2007; Shimazu et al. 2007).⁶⁴

Befunde der referierten Art (s.a. Kesteloot et al. 2006; Müller-Nordhorn et al. 2008; Vaartjes, O'Flaherty, Grobbee, Bots & Capewell 2011) haben zahllose Differenzierungen generiert, den grundsätzlichen Aussagen des Risikofaktorenkonzepts aber kaum etwas anhaben können (Yusuf, Reddy, Ôunpuu, & Anand 2001a: 2749f.; Yusuf, Reddy, Ôunpuu, & Anand 2001b): Es handele sich um ein universal gültiges Konzept, ungeachtet unterschiedlicher genetischer Anfälligkeit in verschiedenen ethnischen Gruppen, „the common environmental and risk factors usually play a dominant role in the development of clinical disease in all ethnic groups“ (Yusuf et al. 2001b: 2860; s.a. Yusuf et al. 2004). Ein Überblicksartikel listet an „causally linked“ Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen auf (Yusuf et al. 2001a: 2750):

1. Rauchen
2. erhöhtes LDL
3. niedriges HDL
4. hoher Blutdruck
5. erhöhter Blutzucker
6. körperliche Inaktivität
7. Übergewicht
8. Ernährung

Die Faktoren 6 bis 8 werden als „predisposing risk factors“ tituliert, die *indirekt* auf die Krankheitsentstehung wirken, indem sie einen oder mehrere der *direkt* wirkenden Faktoren 1 bis 5 beeinflussen (z.B. erhöht sich bei Übergewicht der Blutdruck). Von den genannten Risikofaktoren, die also kausale, ätiologische Zusammenhänge postulieren, unterscheiden die Autoren weitere sechs sogenannte *Risk Markers*, die lediglich statistische Assoziationen zur Erkrankung aufwiesen, namentlich: niedriger sozioökonomischer Status, erhöhte prothrombotische Faktoren, Infektions- oder Entzündungsmarker, erhöhtes Homocystein, erhöhtes Lipoprotein(a) sowie psychische Faktoren (u.a. Depression, chronischer Ärger, Feindseligkeit, belastende Lebensereignisse) und der Zusammenbruch sozialer Strukturen (ebd.). Einigen der *Risk Marker* (nämlich niedriger sozioökonomischer

⁶⁴ Ob die niedrige KHK-Inzidenz unter Japanern genetisch bedingt und umweltunabhängig sei, hat die sogenannte NI-HON-SAN-Studie bereits früh untersucht, indem die Erkrankungsraten japanischer Männer (genetisch ähnlich) in verschiedenen Umwelten (japanische Städte sowie Migranten in Honolulu und San Francisco) beobachtet und miteinander verglichen wurden. Die Ergebnisse stärkten die Umwelthypothese (Syme et al. 1975; Worth, Kato, Rhoads, Kagan & Syme 1975).

Status, psychosoziale Faktoren) wird ebenfalls eine indirekte kausale Wirkung auf die Krankheitsentstehung zugeschrieben, indem sie ihrerseits die Exposition für direkte Risikofaktoren beeinflussten. – Die Diskussion darüber, welche Faktoren als direkt bzw. unabhängig, indirekt oder lediglich als mit der Inzidenz der KHK statistisch zusammenhängend zu gelten haben, ist dynamisch, zumindest an den Rändern (Helfand, Buckley, Freeman, Fu, Rogers et al. 2009; De Vogli & Marmot 2008; Singh-Manoux et al. 2008; Ladwig, Emeny, Häfner & Lacruz 2011). Der Kern, also die fünf erstgenannten Faktoren, ist weitgehend invariant (vgl. Forrester, Merz, Bush, Cohn, Hunninghake et al. 1996; Greenland, Knoll, Stamler, Neaton, Dyer et al. 2003; Khot, Khot, Bajzer, Sapp, Ohman et al. 2003; Graham et al. 2007; SIGN 2007).

Ungeachtet ihrer hohen Korrelation mit der Inzidenz der KHK sind Alter und Geschlecht weder als Risikofaktoren noch als Risk Marker in der Aufzählung gelistet; ein Hinweis auf die unterdessen gefestigte zentrale Implikation des Risikofaktorenkonzepts, nämlich (Be-)Handlungsraum für Prävention auszuloten.

Wie die Reihenfolge, Gewichtung und Zusammenstellung der Risikofaktoren im Einzelnen auch ausfallen mag – wichtig herauszustreichen ist die *kausale Implikation*, die Risikofaktoren im Verlauf der Herausbildung des Konzepts gewonnen haben. Sie ist einerseits die Voraussetzung für das Projekt der Prävention – wer etwas verhindern oder verbessern will, muss auf irgendeine Weise in einen kausalen Zusammenhang eingreifen. Andererseits repräsentieren Risikofaktoren stets das Ergebnis statistischer Zusammenhänge, epidemiologische Studien können prinzipiell keinen anderen Datentypus hervorbringen. Wie also wurde diese begriffliche Aufwertung des Risikofaktors vom Assoziationsmaß zur Krankheitsursache argumentativ bewerkstelligt? Drei Baustellen hat es dazu im medizinisch-epidemiologischen Diskurs gegeben: Eine Debatte über einen Kausalitätsbegriff, mit dem sich das Spannungsverhältnis zwischen statistischem Methodenköffer und praktischem Handlungsanliegen mindern ließe (3.3.2); eine Welle mit Studien, die die Wirkung von Prävention und Intervention auf die Inzidenz bzw. den Krankheitsverlauf nachzuweisen antraten (also einen indirekten Kausalitätsnachweis anstrebten frei nach dem Motto: Wer erfolgreich präveniert, hat recht) (3.3.3); und schließlich die – schon mit der FHS begonnene – Entwicklung von sogenannten *Risk Scores*, Risikomaßen, mit denen sich die Inzidenz oder Mortalität individuell voraussagen lasse (3.3.4). Zwar ist es für eine zuverlässige Prognose nicht notwendig, dass sie auf einer kausalen Beziehung aufbaut (ein gutes Assoziationsmaß tut es auch, wie die Praxis der Lebensversicherer zeigte), doch wenn die Vorhersage mit einem Präventionsanliegen, vielleicht sogar Präventionsauftrag verknüpft ist, wie in Leitlinien kardiologischer Fachgesellschaften mittlerweile der Fall (vgl. Perk, De Backer, Gohlke, Graham, Zeljko et al. 2012; Anderson, Grégoire, Hegele, Couture, Mancini et al. 2012; Reiner, Catapano, De Backer, Graham, Taskiran et al. 2011; Mosca, Benjamin, Berra, Bezanson, Dolor et al. 2011; Ferret, Colkesen, Visser, Spronk, Kraaijenhagen et al. 2010), dann ist ein kausales Gerüst für den Risk Score unerlässlich. Denn schließlich: Wollte man etwas über die Zukunft erfahren, wenn man sie gar nicht beeinflussen könnte?

3.3.2 Risikofaktoren und die Interpretation von Kausalität⁶⁵

Vom methodischen Standpunkt aus betrachtet wurden in der Framingham-Studie Erkenntnisse über signifikante oder nichtsignifikante Korrelationen zwischen berücksichtigten Faktoren und der Inzidenz generiert, die für sich genommen keine Kausalaussagen begründen. Das zeitliche Nacheinander von Exposition und Inzidenz ist lediglich ein Hinweis, dass ein Kausalverhältnis vorliegen *könnte*. Entsprechend zurückhaltend äußerten sich die beiden Hauptautoren der FHS (Dawber 1980: 4ff.; Kannel 1992: 67f.) zur prinzipiellen Möglichkeit von Kausalaussagen. Zugleich haben sie spätestens seit Beginn der 1970er Jahre auf die Option der Prävention nachdrücklich hingewiesen (siehe 3.3.1) – und Prävention bedeutet, in praktischer Absicht in ein Kausalverhältnis eingreifen zu wollen.

Das entspricht dem Selbstverständnis der Epidemiologie, das eng an das Interventionsanliegen von Medizin und Public Health geknüpft ist. Intervention setzt Handlungswissen voraus und kann sich – sofern sie Wirkung zeigt – mit einer unvollständigen Beschreibung eines Kausalverhältnisses begnügen (vgl. Elwood 1992: 3; Norell 1984; Ahlbom 1984; Stamler & Epstein 1972). „Pragmatisch“ gehört zu den epidemiologischen Selbstbeschreibungen und charakterisiert also auch das Verhältnis des Faches zu Kausalitätsfragen. Gleichwohl gilt: Die Aufklärung ätiologischer Beziehungen zwischen Ereignissen, Eigenschaften usf. einerseits und Erkrankungen andererseits ist für Epidemiologie und Medizin durchaus zentral, denn ohne solches Wissen fehlen Orientierung und Begründung für das, was zu tun ist (Hansen 1982; Ahlbom 1984; Fagot 1984; Lilienfeld & Stolley 1994; Norell 1995; Miettinen 1985: 11f.; Mannebach 1995; Parascandola & Weed 2001; Parascandola 2011).⁶⁶

In diesem Sinne erhob auch die FHS durchaus den Anspruch, mit ihren Daten zur Aufklärung von Kausalbeziehungen entscheidend beitragen zu können, „[to uncover] clues relating to pathogenetic mechanisms“ (Dawber & Kannel 1962: 810) – ohne sich allerdings in dieser Hinsicht in methodologischen und wissenschaftstheoretischen Fingerübungen zu verlieren (vgl. Susser 1987). Das Interesse an der Aufklärung kausaler Beziehungen war auch hier durch Pragmatismus gezähmt, nämlich den Anspruch, eine Wissensbasis für Prävention schaffen zu wollen:

„Of utmost importance is the selection of characteristics of both host and environment that are worthy of investigation. It is clearly impossible to become concerned with every facet of human life. It becomes necessary at a practical level to confine the investigation to hypotheses that are reasonable. Search for relationship between possible factors and disease development done at random is not an exercise likely to warrant any effort. (...) The task of the epidemiologist is to root out *all* the causes, all the various factors that act to increase the incidence of the disease. In addition, the relative importance of each of the factors involved must be assessed

⁶⁵ Im folgenden Abschnitt beziehe ich mich – abgesehen von der im Einzelnen angegebenen Literatur – auf die Einträge „Bedingung, Ursache, Kausalität, Wahrscheinlichkeit, Wahrscheinlichkeitstheorie“ in der „Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie“, Bd. 1-4, Hg. Jürgen Mittelstraß, Stuttgart 1980-1996.

⁶⁶ „The guiding principle, not theory, of epidemiology is pragmatism, which can be defined as the attempt to extend knowledge in ways that will be beneficial to public health“ (Savitz 1997: 210) – dass die Black Box der Epidemiologie keiner weiteren Beleuchtung bedürfe, wird allerdings nur selten so kompromisslos vertreten (vgl. Krieger & Zierler 1997; Savitz 1994; Skrabanek 1994).

individually and in combination with other factors. On the basis of this information a rational explanation of pathogenesis and plan for control of the disease may be formulated.“ (Dawber 1980: 4-6)

Mehr als eine statistische Assoziation sollte es schon sein – aber wie viel mehr? Längst nicht alle Definitionsangebote⁶⁷ grenzen so deutlich *ätiologische Beziehung* von *Risikofaktor* ab, wie einst Kannel:

„The actual likelihood of an aetiological relationship depends on the timing, strength, consistency, and biological rationale of the observed associations.“ (Kannel 1992: 67)

Vor diesem Hintergrund mag es nahegelegen haben, die kausale, nämlich ätiologische Konnotation des Begriffs Risikofaktor im Ungefähren zu lassen (vgl. Aronowitz 1998: 144). Nicht umsonst nennt Kannel vier weitere Kriterien (zeitliche Abfolge, Stärke der Assoziation, Konsistenz mit anderen Forschungsergebnissen sowie biologische Plausibilität), die die „Wahrscheinlichkeit einer ätiologischen Beziehung“ stärken oder schwächen. Die genannten Merkmale sind Bestandteil des Katalogs, den Bradford Hill 1965 zusammengestellt und publiziert hatte und der Kriterien versammelte, mit denen sich Kausalannahmen und Aussagen in epidemiologischen Studien kritisch prüfen ließen. Der Katalog markiert rückblickend das Ende einer mehr als ein Jahrzehnt währenden methodischen Debatte, die Statistiker, Epidemiologen und Mediziner über die Frage führten, ob der seinerzeit bereits nachgewiesene Zusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und dem Auftreten von Lungenkrebs kausal zu interpretieren sei oder ob es sich um eine reine Korrelation handelte (Parascandola 2004; Hill, Millar & Connelly 2003; Poole 2010). Der Aufsatz von Hill hat es in der Folge zu einem weithin akzeptierten Statement über die Regeln kausalen Schließens in der Epidemiologie gebracht, dessen Einfluss auf das methodische Selbstverständnis des Faches kaum überschätzt werden kann (Parascandola 2004; Thygesen, Anderson & Anderson 2005; Hill et al. 2003; Susser 1973, 1991; Hennekens & DeMets 2011; Rothman 1976; Rothman & Greenland 1998; Lilienfeld & Stolley 1994; Evans 1993; Beaglehole 1993; Ahlbom 1984).

So viel Aufmerksamkeit und Beiträge die Debatte seinerzeit auch generierte, so blieben doch grundlegende Fragen unbeachtet und damit ungeklärt: Dass es grundverschiedene Begriffe von Verursachung gibt und welches ihre jeweiligen Implikationen sind. Welches Konzept von Verursachung liegt also den Regeln kausalen Schließens und insbesondere den Hill-Kriterien zugrunde? Das sind nicht allein nur für den Elfenbeinturm bestimmte philosophische Fragen, sondern sie sind für die Epidemiologie und den Geltungsanspruch ihrer Aussagen von zentraler, auch praktischer Bedeutung. Denn damit entscheidet sich, was genau mit Aussagen des Typs „X verursacht Y“ gemeint ist (vgl. Kramer & Lane 1992; Parascandola & Weed 2001; Parascandola 1998).

⁶⁷ Z.B. das von Stamler, dessen Definition alle Türen offen hält: „... the term risk factor ... describe(s) traits assessed to be aetiologically significant in predisposing people to heart attack and stroke“ (Stamler 1992: 44). Siehe auch McGill 1996: 27; Hellmeier, Brand & Laaser 1993: 99; Epstein 1982: 2; Ahlbom & Norell 1991.

Unter Kausalität ist allgemein ein Verursachungsverhältnis zwischen Ereignissen zu verstehen, wobei das Verhältnis entweder als determiniert oder als wahrscheinlich beschrieben werden kann.⁶⁸ Ein *deterministischer* Kausalitätsbegriff legt als Ursachen notwendige und/oder hinreichende Bedingungen fest. Eine *notwendige* und *hinreichende* Bedingung heißt demnach ein Faktor X, der einzig und immer einen Effekt Y zu bewirken vermag ($X \rightarrow Y$). Die Wahrscheinlichkeit, dass der Effekt Y eintritt, beträgt also 1. Als lediglich *notwendige* Bedingung gilt ein Faktor X, der vorhanden sein muss, um Y zu bewirken, allein jedoch nicht ausreicht ($X + Z \rightarrow Y$). Liegt der Faktor X *nicht* vor, kann der Effekt Y nicht eintreten, das Nichtvorhandensein von Faktor X senkt die Wahrscheinlichkeit des Eintretts von Effekt Y also auf 0. Als *hinreichend* wird eine Bedingung X bezeichnet, die einen Effekt Y hervorbringt, für den es jedoch weitere, ebenfalls hinreichende Ursachen gibt ($X \rightarrow Y$; $Z \rightarrow Y$ etc.) (vgl. Last 1995; Susser 1991; Karmaus 1979).

Bei einem *probabilistischen* Kausalbegriff gilt A als Ursache von B, wenn

- A dem B vorausgeht,
- die Wahrscheinlichkeit von A > 0 ist,
- $P(B|A) > P(B)$ ist.⁶⁹

Zusammengefasst: „A cause is a factor which raises the probability of an effect E significantly above its a priori probability (...)“ (Fagot 1984: 101). Während das probabilistische Konzept in der Lage ist, auch notwendige oder hinreichende Bedingungen abzubilden, schließt umgekehrt das deterministische Modell probabilistische Ursachenbeziehungen aus, und *beide* Modelle ignorieren das Induktionsproblem. Davon abgesehen lautet die pragmatische Frage allerdings, was das eine oder das andere Modell für Epidemiologie und Medizin zu leisten in der Lage ist.

Notwendige Ursachen spiel(t)en in der Bakteriologie eine wichtige Rolle, deren Konzepte ihrerseits in die Formulierung der Henle-Koch-Postulate einfließen: Ursachen sollen spezifisch für eine Erkrankung sein, und sie sollen in einer determinierten Beziehung zum Effekt stehen. So lange die Bakteriologie das Vorbild einer naturwissenschaftlich begründbaren Medizin darstellte, war dieses Ursachenverständnis paradigmatisch für die gesamte Medizin (Susser 1991: 640; Schlich 1996: 206f.; Evans 1993). Aber natürlich bestimmen Bakterien und Viren lediglich einen Teil des Krankheitsspektrums. Notwendige Ursachen sind darüber hinaus Bestandteil einer Reihe von Krankheitsdefinitionen, beispielsweise genetischer Erkrankungen (ICD 10, Q 90-Q99), Erkrankungen aufgrund von Nahrungsmitteldefiziten (ICD 10, E 60-E 64) oder von Verätzungen, Verbrennungen, Vergiftungen etc. Mögen die Bezeichnungen solch „kausaler Entitäten“ für den medizinischen Alltag praktikabel sein – sprachlogisch betrachtet seien sie „semantic mongrels“, denn sie vermischten „what is true by definition with what is true by correspondence with experience (...); they involve two types of judgments, analytic and synthetic“ (Karhausen 2001: 62).

Von diesem systematischen Einwand einmal abgesehen, können für viele, insbesondere chronische Erkrankungen weder notwendige noch hinreichende Ursachen angegeben

⁶⁸ Ob man überhaupt auf einen Kausalbegriff setzen sollte, gleich welcher Provenienz, wird von manchen Philosophen in Frage gestellt (vgl. Karhausen 2000; Parascandola 2011). Diese Position scheint mir jedoch zu starker Tobak zu sein für epidemiologische Erkenntnisinteressen.

⁶⁹ Das heißt: Wenn die Wahrscheinlichkeit, dass B eintritt, unter der Bedingung A größer ist als die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von B alleine.

werden. Für die meisten Kausalbeziehungen, mit denen es Epidemiologie und Medizin zu tun haben, sind allenfalls Ursachen zu benennen, die weder notwendig noch hinreichend sind (Susser 1991: 637; Norell 1995: 13).

Ist dann nicht ein probabilistischer Ursachenbegriff der für die Epidemiologie angemessene? Er geht von nur wenigen Annahmen aus (s.o.), ist inklusiver als das deterministische Modell, zudem affin zum statistischen Instrumentarium, dessen sich die Epidemiologie ohnehin bedient. Des Weiteren ist das probabilistische Modell (nicht aber das deterministische) in der Lage, Dosis-Wirkungs-Beziehungen abzubilden – und gerade diese Denkfigur dürfte für Epidemiologie und Medizin unverzichtbar sein.

Tatsächlich wird die probabilistische Auffassung von Kausalität vielfach in der Epidemiologie vertreten (vgl. Susser 1991; Norell 1995: 12f.; Lilienfeld & Stolley 1994: 263; Mausner & Bahn 1985: 184; Ahlbom & Norell 1991: 36ff.; Hellmeier et al. 1993; Parascandola & Weed 2001; Tam & Lopman 2003; Parascandola 2011). Und auch der zentrale Begriff des Risikofaktors ist allein probabilistisch zu interpretieren (Stamler 1992: 44; Hansen 1982: 52ff.; Hellmeier et al. 1993; Norell 1995: 12f.). Gleichwohl werden pointierte Einwände gegen diese Auffassung vorgebracht (Olsen 1993, 2003; Charlton 1996; Stehens 1985). Olsen etwa bezeichnet Wahrscheinlichkeit als „euphemism of ignorance“ (1993: 205), weil mit einem probabilistischen Ursachenbegriff nicht aufgeklärt werden könne, warum einige Raucher Krebs bekämen und andere nicht. Selbst prominente Statistiker wie Cox und Holland bezweifeln, ob es sinnvoll sei, eine Kausaldefinition auf statistische Ungleichheit zu basieren (Parascandola & Weed 2001: 908).

Die probabilistische Definition stellt freilich nicht die Unterscheidbarkeit zwischen scheinbaren und wahren Ursachen sicher. Das hatten die Hill-Kriterien leisten sollen. Ihrer fachweiten Anerkennung zum Trotz ist dem epidemiologischen Sprachgebrauch ein gewisses Unbehagen zu entnehmen, sobald es um Ursachen und Risikofaktoren als Begriffe geht: „*Cause*, a word epidemiologists prefer to avoid“, bekennt z.B. Dawber (1980: 5). Man stößt mit Blick auf Risikofaktoren auf vermeintlich erläuternde, v.a. aber defensive Formulierungen wie „contributing cause“ bzw. „beitragende Ursache“ (Karmaus 1979; Susser 1991; Norell 1995; Ahlbom & Norell 1991), „krankheitsfördernder Umstand“ (Psyhyrembel 1994) oder aber „etiologic factor“ (Lilienfeld & Stolley 1994).

Darüber hinaus finden sich in epidemiologischen Lexika und Lehrbüchern auch sachliche Fehler bei Erklärungen, was eine hinreichende Bedingung eigentlich sei. So erläutert Last, *sufficient* bedeute, „Lung cancer can be caused by cigarette smoking, asbestos fibers, or radon gas“ (Last 1995: 25). Der Satz für sich genommen ist zweifellos richtig, nur sind die Agentien Rauchen, Asbest und Radon keine hinreichenden Bedingungen für Lungenkrebs, sondern – Risikofaktoren. Lilienfeld & Stolley erläutern die Bedeutung von *hinreichend* zunächst korrekt: „... while *sufficient* means that the factor alone can lead to the disease“, schieben dann allerdings eine fehlerhafte Erläuterung hinterher: „... (but the factor’s presence does not *always* result in the disease’s occurrence)“ – doch, genau das ist mit *sufficient* gemeint (Lilienfeld & Stolley 1994: 261). In einer medizingeschichtlichen Untersuchung zur Herausbildung von Kausalitätskonzepten in der Medizin formuliert Schlich, eine Bedingung könne „mehr oder weniger hinreichend“ sein (Schlich 1996: 204). Mit Verlaub, das ist Blödsinn, eine Bedingung ist entweder hinreichend, oder sie ist es eben nicht.

Konzeptuelle und begriffliche Ungenauigkeiten bei der Klärung des Ursachenbegriffs sind dem Fach also geblieben. Sie zeigen sich auch und gerade an paradigmatischen Formeln, die es zu Lehrbuch-Wissen gebracht haben, wie etwa das vielfach zitierte *Sufficient-Component-Cause-Modell* von Kenneth Rothman und Kollegen (Rothman 1976; Rothman & Greenland 1998; Rothman, Greenland & Lash 2008; vgl. auch Krieger 1994) oder besagte Hill-Kriterien (Hill 1965).

Im *Sufficient-Component-Cause-Modell* von Rothman wird eine hinreichende Ursache als Kreis dargestellt, der sich sektoral aus mehreren beitragenden Ursachen (Komponenten) zusammensetzt, von denen nicht alle bekannt sein müssen. Das Hinreichende in einer Verursachung wird demnach als Additionsvorgang mit bekannten und unbekanntem Faktoren konstruiert, dessen Ergebnis bekannt, nämlich determiniert ist (die Definition von *hinreichend*). Das Modell berücksichtigt also die Tatsache, dass selbst für Erkrankungen, die im Fokus der paradigmatischen Bakteriologie stehen, nur selten einzelne Bedingungen exklusiv als hinreichend qualifiziert werden können, aber es hält an der Vorstellung fest, dass die Beziehung zwischen Effekt und Ursache nicht anders als determiniert sein könne, und diese Beziehung nicht vollständig beschreiben zu können, sei allein imperfektem Wissen geschuldet. Hinsichtlich des quantitativen Verhältnisses von bekannten zu unbekanntem Faktoren eines *sufficient component cause* bleibt das Modell offen. Das Rothman-Modell erlaubt also z.B., Rauchen – zusammen mit weiteren unbekanntem Faktoren – als Bestandteil eines *sufficient component cause* für Lungenkrebs anzugeben. Rauchen kann überdies als Komponente mit anderer Effektstärke in anderen *sufficient component causes* auftauchen. Ein solcher kann allerdings auch zum größeren Teil aus unbekanntem Faktoren (components) bestehen, deren Effektstärke gleichfalls unbekannt ist. Ein Modell mit Faktoren X, Y, Z... unbekannter Größe und Effektstärke auszustatten, nur um an der Vorstellung von hinreichenden Ursachen festhalten zu können, ist keine unproblematische Annahme. Zudem können Dosis-Wirkungsbeziehungen nicht abgebildet werden (Krieger 1994; Karhausen 2000, 2001; Parascandola & Weed 2001; Tam & Lopman 2003; Parascandola 2011).

Diesen Einwänden zum Trotz ist das *Sufficient-Component-Cause-Modell* ein in der Epidemiologie vielfach angeführtes Kausalmodell, das von Rothman im Kern unverändert weiterhin vertreten wird (Rothman et al. 2008: 5ff.). Seine Attraktivität mag nicht zuletzt vom gnädigen Umgang mit Nichtwissen herrühren, der Präventionsbestrebungen vor keine allzu hohen Hürden der Abwägung und Begründung stellt: „Entsprechend diesem Modell ist es zur Prävention der Erkrankung nicht notwendig, alle beitragenden Ursachen zu kennen. Eliminiert man eines der Elemente, so verhindert man alle Krankheitsfälle, die aufgrund dieser hinreichenden Ursache entstehen“ (Ahlbom & Norell 1991: 44).

Außerordentlichen Einfluss auf das epidemiologische Verständnis von Kausalität haben auch die mehrfach erwähnten Hill-Kriterien entfaltet, obgleich Hill selbst bekannte, „I have no wish, nor the skill, to embark upon a philosophical discussion of the meaning of ‚causation‘“ (Hill 1965: 295). Und tatsächlich handelt es sich bei diesem Beitrag nicht um eine philosophische Abhandlung, sondern vielmehr um eine durch langjährige Forschungserfahrung gespeiste Herleitung und Diskussion von Kriterien – Hill spricht zurückhaltend von „aspects“ und „viewpoints“ –, die auf die Unterscheidung zwischen Assoziation und Kausalbeziehung abzielen. In der Epidemiologie breit konsentiert (Susser 1973; Susser 1991; Lilienfeld & Stolley 1994: 263-265; Hellmeier et al. 1993: 97f.; Mausner

& Bahn 1985: 184-191; Ahlbom 1984: 96f.; Doll 2002), ist der Katalog gleichwohl auch kritisch rezipiert worden (MacMahon & Trichopoulos 1996; Kaufman & Poole 2000; Bhopal 2002). Die breite Rezeption ist vor dem Hintergrund der praktischen, aber eben nicht ohne weiteres entscheidungsfähigen Frage zu sehen, ob ein statistisch dokumentierter Zusammenhang zwischen Erkrankung und Umweltfaktor präventive Maßnahmen nahelegt oder nicht. Handlungsorientierung zu gewinnen war wie für viele andere in Public Health engagierte Epidemiologen auch für Hill prioritär, und ob diese sich auf vollständige Aufklärung einer Kausalbeziehung zu gründen hatte, „or a few links may suffice“ – das hänge von den Umständen ab, beschied Hill (Hill 1965: 295). Die Annahme einer Kausalbeziehung werde durch folgende Kriterien gestärkt:

- Stärke der Assoziation
- Konsistenz der Ergebnisse mit denen anderer, vorzugsweise mit anderen Methoden durchgeführter Studien
- Spezifität der Assoziation
- zeitliche Reihenfolge (erst Exposition, dann Wirkung)
- Dosis-Wirkungs-Beziehung
- biologische Plausibilität der beobachteten Beziehung
- Kohärenz mit anderen Wissensbeständen
- (tier-)experimenteller Nachweis
- Analogie

„None of my nine viewpoints can bring indisputable evidence for or against the cause-and-effect hypothesis and none can be required as a *sine qua non*“, resümierte Hill ganz realistisch (ebd.: 299). Gleichwohl haben sie als Daumenregeln, mit denen sich eine Kausalbeziehung abschätzen lasse, in der Epidemiologie nach wie vor ihren Stellenwert (Neumeyer-Gromen, Bräunlich, Zeeb & Razum 2006). Zur Klärung des Kausalbegriffs indes hatte Hill nicht beitragen wollen (s.o.). Im Gegenteil hat sein Kriterienkatalog auf der begrifflichen Ebene möglicherweise vor allem Vagheit gestiftet. Wie Thygesen und Kollegen zeigen (2005), implizieren Hills Kriterien differierende Konzepte von Kausalität, sowohl das probabilistische als auch ein generatives, um nicht zu sagen deterministisches (s.a. Howick, Glasziou & Aronson 2009; Campaner & Gavalotti 2012).

Vor dem Hintergrund dieser lang währenden begrifflichen Debatte muss man also damit rechnen, dass Risikofaktoren in der epidemiologischen und medizinischen Praxis weiterhin zweideutig interpretiert werden: als probabilistische Ursachen, die durch Addition einen deterministischen Anstrich bekommen; ganz so, wie es in einem bekannten epidemiologischen Lehrbuch zu lesen ist: „Each risk factor contributes a certain proportion of the cases of a disease, the attributable fraction. But since a risk factor is only a contributing cause of disease, two or more risk factors are required to bring about a single case of disease“ (Norell 1995: 13). Das Wort „required“ verrät, dass Risikofaktoren hier deterministisch gedeutet werden.

Die Neigung, der Interpretation von Risikofaktoren trotz probabilistischer Fundierung eine deterministische Note zu geben, wird vermutlich durch mehrere Faktoren begünstigt: Zur impliziten Addition verleiten mag die Beobachtung, dass das Erkrankungsrisiko mit Vorliegen mehrerer Risikofaktoren kumuliert und deshalb die KHK üblicherweise als „multifaktorieller Prozess“ beschrieben wird. Ferner, dass sich die Vorhersage deutlich

verbessert, wenn statt einem mehrere Risikofaktoren dabei berücksichtigt werden (Kannel 1992: 67; Lowe, Greenland, Ruth, Dyer, Stamler, & Stamler 1998; SIGN 2007).

Auch der häufig angeführte Grad der Varianzaufklärung durch die wohlbekannten Risikofaktoren bzw. das Maß der attributablen Proportion einzelner Risikofaktoren leistet einer deterministischen Interpretation von Risikofaktoren Vorschub. Zu beiden Maßzahlen kursieren mittlerweile Werte zwischen 75% bis über 90%. Sie sollen besagen, dass in der entsprechenden Rate der Fälle (wahlweise Inzidenz oder Mortalität) die Probanden mindestens einen der klassischen – beeinflussbaren – Risikofaktoren aufwiesen (vgl. Hozawa, Folsom, Sharrett, & Chambless 2007; Yusuf, Hawken, Ôunpuu et al. 2004; Anand, Islam, Rosengren, Franzosi, Steyn et al. 2008; Greenland, Knoll, Stamler, Neaton, Dyer, Garside et al. 2003; Khot et al. 2003; Emberson, Whincup, Morris, & Walker 2003). Diese Befunde verstehen sich als Widerlegung des „Only 50% myth“ (Magnus & Beaglehole 2001; Canto & Iskandrian 2003; Greenland et al. 2003; Khot et al. 2003), – eines so bezeichneten Einwands gegen das Risikofaktorenkonzept, der seinerseits besagt, bei etwa der Hälfte der erkrankten Personen sei gar kein Risikofaktor nachzuweisen (vgl. Braunwald 1997; Syme 1996; Marmot & Winkelstein 1975). Tatsächlich ist diese Aussage schlecht belegt, es ist nicht nachzuvollziehen, wo sie ihren Ursprung hat. Ganz sauber ist die Argumentation der „90%-Fraktion“ allerdings auch nicht. Schon nicht wegen des Fehlschlusstypus, den die Argumentationen der zitierten Studien aufweisen: Aus „post hoc“ lässt sich eben nicht „ergo propter hoc“ ableiten. Khot et al. räumen zwar ein: „We acknowledge that the mere presence of a particular risk factor in an individual patient with CHD does not guarantee that it plays a causal role (...) at the individual level“, um dann allerdings fortzufahren: „However, the causal role of conventional risk factors at the population level is incontrovertible“ (Khot et al. 2003).

Des Weiteren hat es den Anschein, als werde in diesem Argumentationszusammenhang eine begriffliche Unklarheit in Kauf genommen, wenn nicht sogar befördert: „Varianzaufklärung“ ist ein Wert, der sich aus dem multiplen Korrelationskoeffizienten R berechnen lässt (R^2). Wenn R mit z.B. 0,7 eine ziemlich hohe Korrelation anzeigt, liegt die Varianzaufklärung dennoch „nur“ bei 0,49. Die meisten der zitierten Autoren indes beziehen sich gar nicht auf den statistischen Begriff der Varianzaufklärung, sondern untersuchen lediglich die bereits erwähnte Frage, wie viele der Erkrankten einen oder mehrere Risikofaktoren aufweisen; sie messen entweder die Prävalenz der Risikofaktoren bei Erkrankten oder die Inzidenz der Erkrankung im Vergleich zur Baseline-Messung von Risikofaktoren. Die Befunde dazu mögen beeindruckend sein, weisen doch bis zu 99% der Erkrankten mindestens einen Risikofaktor auf, der eine bestimmte Schwelle überschreitet (Hozawa et al. 2007, Tab. 4).

Doch wo liegt diese Schwelle? Ergebnisse der genannten Größenordnung beruhen darauf, dass Probanden mit bspw. einem Blutdruck von 120 mm Hg/80 mm Hg bereits als „prehypertensive“ und deshalb „borderline“ in Bezug auf ihren Risikofaktorenstatus eingestuft werden (ebd.: Tab. 1).⁷⁰ Übrig bleiben dann lediglich 6,5% der Studienpopulation, denen „all optimal risk factors“ attestiert werden, bei rund 27% gilt mindestens ein Risikofaktor als „borderline“, bei zwei Drittel ist wenigstens ein Risikofaktor „elevated“, somit gehören sie in die höchste Risikokategorie (ebd.: Tab. 4). Begründet wird solch

⁷⁰ Ähnlich Greenland et al. (2003). Khot et al. (2003) geben in ihrer Veröffentlichung nicht an, wo die Cut-off-Punkte kontinuierlicher Variablen zur Kategorisierung von Risikofaktoren liegen.

strenge Kategorisierung damit, dass einige Risikofaktoren (Blutdruck, Serumcholesterin) kontinuierliche Variablen seien, ohne natürlichen Cut-off-Punkt in ihrer Korrelation zum Erkrankungsrisiko.⁷¹ Die Festlegung von Grenzwerten zur Risikokategorisierung ist also willkürlich, wenn auch durch manche Leitlinie gestützt (z.B. JNC VII 2003; U.S. Preventive Services Task Force 2008). Sie gehorcht der Faustregel „Je geringer der Wert, desto geringer das Risiko, desto besser.“

Heuristisch (desgleichen präventionsstrategisch und gesundheitsökonomisch) sind die Konsequenzen einer solchen, auf Sicherheit bedachten Argumentation jedoch kritisch zu betrachten. Denn zwar steigt die Sensitivität, je großzügiger in einer Studienpopulation die Inklusionsregel für die *Hochrisikogruppe* definiert wird, aber dies geht auf Kosten der Spezifität; das Unterscheidungsmerkmal zwischen Erkrankten und Nichterkrankten hat kaum noch Trennschärfe (Marmot & Winkelstein 1975: 178f.). So resümieren auch Greenland et al.: „Exposure to 1 or more of the major CHD risk factors was also highly prevalent among individuals who did not develop clinical CHD during lengthy periods of follow-up“ (Greenland et al. 2003). Allerdings ist das alles andere als ein paradoxer Befund, als den ihn die Autoren bezeichnen (ebd.). So ist das eben mit Risikofaktoren: Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten der Erkrankung, aber sie determinieren es nicht. Deshalb ist es irreführend, den Umstand, dass die große Mehrzahl der Menschen *mit* Risikofaktoren *nicht* an einer KHK erkrankt, als paradox zu bezeichnen. Das gleiche gilt für die Bezeichnung *escaper*. Und weil umgekehrt Risikofaktoren, auch mehrere zusammen, keine vollständige Erklärung für die Inzidenz der KHK ergeben, sind Menschen ohne jegliche Risikofaktoren, die dennoch erkranken, ebenso wenig als *paradoxe Fälle* zu bezeichnen (vgl. Rugulies 2001: 21). Solche Bezeichnungen ergeben nur dann einen Sinn, wenn letztlich doch ein determiniertes Kausalverhältnis zwischen Exposition und Erkrankung unterstellt wird. Dann aber hat man es nicht mehr mit Risikofaktoren zu tun.

3.3.3 Prävenieren und intervenieren

Von statistischer Korrelation auf einen kausalen Zusammenhang zu schließen, dazu bedarf es zusätzlicher Nachweise. So sehr bereits in den 1970er Jahren die Überzeugung verbreitet war, mit den *major coronary risk factors* seien zugleich ätiologisch signifikante Faktoren identifiziert worden, so stand doch noch ein starker Nachweis aus: der der Umkehreffekte hypothetisierter kausaler Faktoren (Rothstein 2003: 228f.). Wenn es gelänge zu zeigen, dass bei Rücknahme der Exposition, also der Modifikation der Risikofaktoren, die Erkrankungs- bzw. Mortalitätsrate sinkt, trüge dieser Nachweis nicht nur entscheidend zur theoretischen Absicherung des Risikofaktorenkonzepts bei, sondern er böte darüber hinaus eine hervorragende Rechtfertigung bereits angestrebter Präventionsbemühungen. Folglich wurden in den 1970er Jahren eine ganze Reihe von Interventionsstudien in den USA und Europa begonnen, die in Anzahl und Aufwand der Vorläufergeneration an Beobachtungsstudien kaum nachstanden (vgl. Marmot & Winkelstein 1975; Puska, Salonen, Nissinen & Tuomilehto 1983; Farquhar, Fortmann, Maccoby, Haskell,

⁷¹ Für den Zusammenhang von Blutdruck und vaskulärer Mortalität siehe z.B. Lewington, Clarke, Qizilbas, Peto & Collins 2002. Kaplan & Ong (2007) hingegen zeigen, dass der Zusammenhang keineswegs linear ist und die therapeutische Schwelle von 140 mm Hg (systolischer Blutdruck) bzw. 90 mm Hg (diastolischer Blutdruck) gut begründet sei. Wird die Definition von Prehypertension zur Interventionsschwelle herangezogen, würden knapp 60% der US-Bevölkerung als behandlungsbedürftig gelten, bei den über 60-Jährigen wären es nahezu 90% (Wang & Wang 2004).

Williams et al. 1985; Kannel, Neaton, Wentworth, Thomas, Stamler et al. 1986; Mittelmark, Hunt, Heath & Schmid 1993). Der Wirkungsnachweis von Interventionen hat dabei zweistufig zu sein: auf die Modifikation von Risikofaktoren, erstens, und die Beeinflussung der Ereignisrate (Morbidität und/oder Mortalität, KHK-spezifisch und insgesamt) in gewünschter Richtung, zweitens.

Intervention ist nicht gleich Intervention – grob differenzieren lassen sich Interventionen hinsichtlich der *Eingriffsebene* (Individuen vs. Umwelt, d.h. Bedingungen, von denen angenommen wird, dass sie individuelles gesundheitsrelevantes Verhalten beeinflussen oder denen sich ein Individuum nicht entziehen kann); sodann der *Art der Intervention* bei Individuen (Information, Beratung, Training o.ä. zu verschiedenen Verhaltensweisen mit Bezug zu Risikofaktoren vs. Medikation [z.B. Blutdruck, Serumcholesterin, thrombogene Faktoren]); und schließlich hinsichtlich der *Zielgruppe der Intervention*, unterschieden nach dem *Erkrankungsstadium* (primäre vs. sekundäre Prävention) bzw. dem *Erkrankungs- oder Mortalitätsrisiko* (Low-Risk- vs. High-Risk-Strategie). Bis auf Eingriffe in Umweltbedingungen (z.B. Erschwernis oder Erleichterung individueller gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen), die sich mit dem üblichen Methodenwerkzeug epidemiologischer Studien nicht erfassen lassen, sind alle Kombinationen in allen möglichen Spezifikationen untersucht worden, forschungsgeschichtlich ein wahrer Fundus.

In den 1970er und 1980er Jahren wurde insbesondere die verhaltensbezogene Interventionsart mit primärpräventiver Zielsetzung in zwei Studientypen vielfach untersucht: in Community Intervention Trials mit zumeist quasi-experimentellem Design sowie in randomisierten, kontrollierten Studien. Prinzip der Community Intervention Trials, die sich selten auf einen Risikofaktor beschränkten, war es, in einer ausgewählten Gemeinde (oder anderweitig definierten *community*) zu einer Baseline die Prävalenz von Risikofaktoren und studienrelevanten Outcomes festzuhalten und für einen bestimmten Zeitraum besondere Präventionsmaßnahmen zu etablieren oder bereits bestehende zu intensivieren – ohne angeben oder verifizieren zu können, inwieweit diese von der Bevölkerung in der Folgezeit akzeptiert und beherzigt wurden. In mehrjährigen Follow ups wurde zumeist die Veränderung der Risikofaktoren registriert, seltener die Anzahl bzw. Rate klinischer Endpunkte in der Studienpopulation. Gleiches wurde für eine Referenzgemeinde oder -region erhoben. In randomisierten Studien ist hingegen sichergestellt, dass der Zusammenhang zwischen Intervention/Nichtintervention und Risikofaktoren/Outcome per Individuum erhoben wird. Die direkte Adressierung der Studienteilnehmer durch z.B. Health Professionals ermöglicht massivere Interventionen. Ein multifaktorieller Interventionsansatz ist nur von einem Teil der randomisierten Studien verfolgt worden, etliche haben sich auf Interventionen zugunsten *eines* Risikofaktors beschränkt.

Finnland mit seinen seinerzeit notorisch hohen Raten an KHK-Morbidität und -Mortalität machte 1972 mit dem *Nord-Karelien-Projekt* den Anfang bei den Community Intervention Trials. Die Prävalenz von Risikofaktoren zu Beginn der Studie war hoch: 52% der Männer rauchten (Frauen 10%), der Serumcholesterinwert lag durchschnittlich bei 269 mg/dl, der Blutdruck betrug durchschnittlich 147/91 mm Hg. Nach 25 Jahren war die Rate der Raucher auf 31% gefallen, ebenso allerdings in der Referenzregion. Bei den Frauen stieg der Anteil der Raucherinnen von 10% bzw. 11% auf 16% bzw. 17% (Karelien/Referenzregion). Die KHK-Mortalitätsrate sank in ganz Finnland in diesem Zeitraum um 65%, in der Interventionsregion um 73% (Puska et al. 1983; Vartiainen, Puska, Jousilahti, Korhonen, Tuomilehto & Nissinen 1994; Vartiainen, Jousilahti, Alfthan, Sundvall, Pietinen & Puska

2000). Bis 2007 ist die Koronarsterblichkeit um 80% gesunken. Nicht alle Risikofaktoren haben sich gleichmäßig positiv in diesem langen Zeitraum entwickelt, gleichwohl wird der Rückgang der KHK-Mortalität zum größten Teil dieser Entwicklung – und diese wiederum den präventiven Interventionen – zugeschrieben (Vartiainen, Laatikainen, Peltonen, Juolevi, Männistö, Sundvall et al. 2010). Ebrahim und KollegInnen ziehen diese letzte Schlussfolgerung allerdings in Zweifel: Die Entwicklungen in Interventions- und Referenzregionen seien sich derart ähnlich und zeitgleich, „suggesting that the interventions in North Karelia were not instrumental in causing the improvements observed“ (Ebrahim, Taylor, Ward, Beswick, Burke & Davey Smith 2011).

In den USA wurden ab Ende der 1970er Jahre drei große, vom *National Heart, Lung and Blood Institute* unterstützte Community Intervention Trials begonnen: das *Stanford Five City Project* (Farquhar et al. 1985; Mittelmark et al. 1993; Fortmann, Flora, Winkleby, Schooler, Taylor & Farquhar 1995), das *Minnesota Heart Health Program* (Luepker, Rastam, Hannan, Murray Gray et al. 1996) und das *Pawtucket Heart Health Project* (Carleton, Lasater, Assaf, Feldman & McKinlay et al. 1995). Keiner der Studien ist es gelungen, einen signifikanten Effekt der Interventionen nachzuweisen. Die Rückgänge in der KHK-Inzidenz in Interventions- und Referenzgemeinden waren kaum zu unterscheiden, ebenso wenig die Veränderungen in der Prävalenz der Risikofaktoren. Für manche Risikofaktoren war die Entwicklung in den Kontrollgemeinden sogar günstiger (Winkleby, Feldman & Murray 1997). Auch mit einer gemeinsamen Datenanalyse aller drei Studien zur Erhöhung der statistischen Power gelang der Nachweis signifikanter Interventionseffekte nicht (ebd.). An möglichen Erklärungen für die seinerzeit unerwarteten Ergebnisse wurde in Betracht gezogen, dass die Interventionen zu schwach waren, um die in ihrem Ausmaß nicht vorausgesehenen säkularen Trends in der Prävalenz der Risikofaktoren und der KHK-Inzidenz gewissermaßen übertönen zu können (vgl. Kap. 3.2). Des Weiteren sei denkbar, dass das Design der Studien nicht hinreichend sensitiv gestaltet worden war angesichts der zu optimistischen Hypothesen zu erzielbaren Nettoeffekten der Interventionen (ebd.: 655) – was freilich die Frage nach der Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Ertrag provoziert. *Nicht* in Erwägung gezogen wurde als Erklärung, dass die Interventionen nicht effektiv waren (ebd.: 655; s.a. Fortmann et al. 1995; Murray 1995; Sorensen, Emmons, Hunt & Johnston 1998). Das bedeutet, dass die Ergebnisse der Community Intervention Trials für den Kausalitätsdiskurs nicht weiter herangezogen wurden; gewürdigt wurden sie hingegen als Beiträge zur Aufklärung der Frage nach probaten Präventionsstrategien. Auch die Ergebnisse der randomisierten, kontrollierten Studien zur Primärprävention – vornehmlich in Skandinavien, den USA und Großbritannien durchgeführt – blieben hinsichtlich der Effekte hinter den Erwartungen zurück. Ebrahim & Davey Smith (1997) haben neun Studien mit multifaktorieller Intervention einem systematischen Review und einer Metaanalyse unterzogen,⁷² fünf davon beschränkten sich auf männliche Probanden. Insgesamt erstreckte sich die Beobachtung auf 903.000 Personenjahre. Die Interventionen richteten sich auf Blutdruck, Serumcholesterin und Rauchen. Folgende Nettoeffekte zugunsten der Interventionsgruppen wurden erzielt: Der systolische Blutdruck fiel um 4,2 mm Hg, der diastolische Blutdruck um 2,7 mm Hg, der Serumcholesterinwert um

⁷² WHO Fabrik-Studie, Göteborg-Studie, Oslo-Studie, MRFIT, Finish Businessmen Study, Hypertension Detection and Follow up Programme, Johns Hopkins Patient Education Hypertension Study, Cost Effectiveness of Lipid Lowering Study, Oxcheck Study.

0,14 mmol/l (ca. 5,6 mg/dl), die Raucherprävalenz sank um 4,2%. Eine signifikante Senkung der Gesamtmortalität und der KHK-Mortalität ließ sich nur in jenen Studien nachweisen, die auf Teilnehmer mit Bluthochdruck fokussiert waren sowie jenen, deren Interventionen zu einem beträchtlichen Teil in Medikation bestanden. Nur ein Teil der Studien berichtete Daten über nichttödliche Infarkte. Aber auch in diesem Punkt ergab sich kein Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppen. Die Autoren der Metaanalyse kommen zu dem Schluss, dass Interventionen, die auf Belehrung, Information, Schulung hinauslaufen, nur wenig bewirken – und dies unter Studienbedingungen, bei denen die Intensität der Interventionen die Möglichkeiten der Praxis bei weitem überschreitet. Personen mit einem hohen KHK-Risiko bzw. Bluthochdruck profitieren jedoch von (medikamentösen) Interventionen mit Blick auf Senkung der Mortalität.

2011 haben Ebrahim und KollegInnen (Ebrahim et al. 2011) eine aktualisierte, nun 55 Studien berücksichtigende Metaanalyse zur selben Fragestellung – den erzielbaren Effekten multifaktorieller Interventionen (Beratung, Information, Schulung, Medikation) auf Risikofaktorenstatus, Ereignisrate und Mortalität – vorgelegt. Die Erkenntnisse indes sind nahezu die gleichen geblieben: allenfalls geringe Effekte auf Risikofaktoren, die sich nicht auf die Verringerung der Ereignisrate auswirken. Profitiert von den Interventionen haben lediglich Teilnehmer jener Studien, die Probanden mit Bluthochdruck oder Diabetes einschlossen. Zu schlussfolgern wäre demnach, dass primärpräventive Interventionen nicht unselektierte Bevölkerungen adressieren sollten, sondern vielmehr Personen mit erhöhtem KHK-Risiko. Ohne Einschränkung bleibt diese Konklusion nicht; die Autoren geben zu bedenken, dass Interventionen zu Studienzwecken in der Regel intensiver betrieben werden (können), als dies unter Routinebedingungen möglich ist.

Diese wie auch zahllose weitere Studien zu den Effekten primärer Prävention haben den Bezug zum Kausalitätsdiskurs, der einst zum Begründungskontext solcher Untersuchungen gehörte, schon seit langem hinter sich gelassen. Wenn – wie oben referiert – Verbesserungen im Risikofaktorenstatus sich nicht in sinkenden Ereignisraten niederschlugen, so vermochte solch ein Befund schon bald keine Zweifel an den grundsätzlichen Kausalhypthesen zur Ätiologie der KHK zu nähren⁷³, sondern wurde als Resultat methodischer oder operativer Schwächen interpretiert, die – so eine der Erläuterungen – vor dem Hintergrund des in vielen westlichen Ländern einsetzenden Rückgangs der Koronarsterblichkeit (vgl. Kap. 3.2) die Interventionseffekte nicht mehr deutlich genug haben abbilden können (z.B. Luepker et al. 1996; Fortmann & Varady 2000; s.a. MRFIT Research Group 1982). Interventionsstudien lieferten zusehends Daten und Argumente für einen Diskurs, der um die Effektivität unterschiedlicher Präventionsansätze kreist – ohne, dass die Pathogenität klassischer Risikofaktoren noch in Zweifel gezogen würde (Shepherd, Cobbe, Ford, Isles, Lorimer, Macfarlane et al. 1995; Downs, Clearfield, Weis, Whitney, Shapiro, Beere et al. 1998; La Rosa, He & Vupputuri 1999; Brindle & Fahey 2002; Emberson, Whincup, Morris, Walker & Ebrahim 2004; McElduff, Jaefarnezhad & Durrington 2006; Franco, der Kinderen, De Laet, Peeters & Bonneux 2007; Kaplan & Ong 2007; SIGN 2007; Ray, Kondapally Seshasai, Erqou, Sever, Jukema et al. 2010; Taylor, Ward, Moore, Burke, Davey Smith, Casas et al. 2011; Bouillon, Singh-Manoux, Jokela, Shipley, Batty, Brunner et al. 2011; Rothstein 2003: 298; Skolbekken 1998). Zur Diskussion stehen Optio-

⁷³ Allenfalls bei eingefleischten Häretikern wie Uffe Ravnskov (2008), William Stehbens (1991), Lars Werkö (2008), James McCormick und Petr Skrabanek (Skrabanek & McCormick 1998).

nen, die sich nicht mehr unbedingt unter die klassische Gegenüberstellung von Hochrisiko- und Bevölkerungsstrategie – also einer klinisch-medizinischen individualisierten Betrachtungsweise einerseits und einer radikal populationsbezogenen Perspektive andererseits (vgl. Rose 1985, 1991) – subsumieren lassen. So ersetzt z.B. bei der Hochrisikostrategie die Verwendung von Risk Scores (s. Kap. 3.3.4) mit verschiedenen Risikoschwellen zunehmend die klinische Bewertung jedes einzelnen Risikofaktors im Hinblick auf Präventionsentscheidungen (Manuel, Rosella, Hennessy, Sanmartin & Wilson 2012; Perk et al. 2012; Reiner et al. 2011; SIGN 2007; Graham et al. 2007; DGK 2007; Conroy, Pyörälä, Fitzgerald, Sans, Menotti, De Backer et al. 2003). Im Ansatz, breiten Bevölkerungsteilen ungeachtet individueller Risikofaktorenstatus Medikationen zur Senkung von Serumcholesterin und/oder Blutdruck anzudienen (Downs et al. 1998; La Rosa et al. 1999; aber: Ray, Kondapally Seshasai, Erqou, Sever, Jukema et al. 2010; Taylor et al. 2011) – dezidiert auch jenen, deren Werte bislang nicht als behandlungsbedürftig galten –, überschneiden sich indes Bevölkerungsstrategie (Intervention ohne Screening, keine individuelle Nutzenbegründung) und Hochrisikostrategie (Medikation als präferierte Intervention auf der Basis von opportunistischem Screening⁷⁴).

Diesem noch vergleichsweise jungen Kapitel in der Präventionsdebatte liegt der Befund zugrunde, dass die Beziehung zwischen Parametern wie z.B. Blutdruck und Serumcholesterin und Erkrankungs- bzw. Mortalitätsrisiko loglinear sei. Deshalb, so fährt die Argumentation fort, gebe es praktisch keine Schwelle für Interventionen, weil der Nutzen (hier: *relative* Risikosenkung) einer absoluten Verringerung z.B. des LDL-Cholesterin für Menschen mit vergleichsweise niedrigen Werten ebenso groß sei wie für Menschen, die als *high risk* eingestuft werden (Grundy, Cleeman, Bairey Merz, Brewer, Clark et al. 2004: 231f.). Diese Auffassung schlägt sich seit längerem in internationalen Leitlinien nieder, vornehmlich in der fortgesetzten Reklassifizierung von Risikokategorien und der Absenkung therapeutischer Zielwerte, insbesondere für LDL-Cholesterin und Gesamtcholesterin, aber auch für Blutdruck (Grundy et al. 2004; British Cardiac Society et al. 2005; Graham et al. 2007; Reiner et al. 2011; Perk et al. 2012; Anderson et al. 2012).⁷⁵ Obwohl dem

⁷⁴ Opportunistisch (im Gegensatz zu systematisch): Angelegentlich des Besuchs einer Arztpraxis, sofern eine bestimmte Altersschwelle überschritten ist oder andere das KHK-Risiko erhöhende Faktoren vorliegen (Hutchison, Birch, Evans, Goldsmith, Markham et al. 1998; British Cardiac Society et al. 2005: v13; s.a. Ferket et al. 2010, Tab. 2).

⁷⁵ Unterschiede in Klassifizierungen und Bezeichnungen von Wertebereichen des Blutdrucks:

SBP/DBP (mm Hg)	Graham et al. 2007 (Tab. 6, S. E22)	Perk et al. 2012 (Tab. 13, S. 628)	JNC VI 1997 (Tab. 2, S. 2417)	JNC VII 2003 (Tab. 1, S. 3)
<120/ <80		optimal	optimal	normal
120-29/ 80-84		normal		
120-39/ 80-89				Prehypertension
<130/ <85	normal		normal	
130-39/ 85-89	high normal	high normal	high normal	
140-59/ 90-99	Grade 1	Grade 1	Stage 1	Stage 1
≥ 160/ ≥ 100				Stage 2
160-79/ 100-09	Grade 2	Grade 2	Stage 2	
≥ 180/ 110	Grade 3	Grade 3	Stage 3	

Vernehen nach einer Hochrisikostrategie als Präventionsansatz nach wie vor verpflichtet („The higher the risk the greater the benefit from preventive efforts“, wie es z.B. in der aktuellen europäischen Leitlinie heißt; Perk et al. 2012: 603), weiten sich freilich mit der Reklassifizierung von Risikokategorien und der Absenkung von Grenzwerten die als behandlungsbedürftig geltenden Bevölkerungsteile aus. Zu den „preventive efforts“ zählen regelmäßig dezidierte Empfehlungen therapeutisch verstandener Verhaltensregeln und Lebensstiländerungen. Medikamentöse Interventionen sind allerdings zumeist das Mittel der Wahl, um einer als „aggressive“ titulierten Therapiestrategie, insbesondere beim Cholesterin, zur Wirkung zu verhelfen, nämlich die im Verlauf der Jahrzehnte stark gesenkten Zielwerte zu erreichen. Mithin ist die Medikation als fester Bestandteil einer primärpräventiven Strategie etabliert – auf Ebene der Leitlinien zumindest.⁷⁶

Dokumentiert diese Entwicklung bereits deutlich, wie sehr das Risikofaktorenkonzept zum Bestandteil medizinischen Denkens und Handelns geworden ist, ist ein weiterer Schritt in der Epidemiologisierung der Medizin bereits vollzogen (wenngleich beileibe nicht von allen): die Entwicklung der sogenannten „Polypill“, einem Präparat, das Wirkstoffe etablierter medikamentöser Prävention zusammenfügt und als fixe tägliche Dosis unterschiedslos allen Erwachsenen über 55 Jahren sowie Jüngeren mit diagnostizierter kardiovaskulärer Erkrankung anzudienen wäre. Insofern handelt es sich um einen bevölkerungsbezogenen Präventionsansatz. Zwei britische Epidemiologen stellten 2003 das Konzept vor (Wald & Law 2003), angepriesen unter dem Titel „A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%“. In der Begründung ihres Ansatzes führen sie den geringen prädiktiven Wert klassischer Risikofaktoren an für die Unterscheidung zwischen denjenigen, die erkranken/sterben werden und jenen, die davon verschont bleiben. „It is time to discard the view that risk factors need to be measured and treated individually if found to be ‘abnormal’“, lautet daher ihre Schlussfolgerung. Unter Public-Health-Kriterien ist dies tatsächlich der Schwachpunkt jedes individualmedizinisch begründeten Hochrisikoansatzes: Bevölkerungsweit lässt sich mit dieser Vorgehensweise nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Morbiditäts- und Mortalitätsrate verhindern (Emberson et al. 2004). Ähnlich argumentierte schon Geoffrey Rose (1985), freilich ohne für die von ihm empfohlene populationsbezogene Präventionsstrategie eine bevölkerungsweite Medikation auch nur ins Kalkül zu ziehen.

Viel diskutiert und kritisiert (vgl. Dabhadkar, Kulshreshtha, Ali & Narayan 2011; Narayan, Mensah, Sorensen, Cheng, Vinicor et al. 2005), auch ironisiert (Franco, Bonneux, De Laet, Peeters, Steyerberg & Mackenbach 2004), sind entsprechende Präparate zwischenzeitlich entwickelt worden, klinische Studien im Gange oder bereits abgeschlossen (Yusuf, Pais, Afzal, Xavier, Teo et al. 2009; Thom, Field, Poulter, Patel, Prabhakaran et al. 2012; Wald, Morris & Wald 2012); langfristige Beobachtungen stehen verständlicherweise noch aus. Der grundsätzliche Einwand, Gesunde nicht zur Zielgruppe medizinischer In-

⁷⁶ Zwischen Studienergebnissen, Leitlinien und ihrer Aufnahme in die medizinische Praxis liegt ein längerer und durchaus nicht gerader Weg: Leitlinienflut, darunter nur wenige methodisch anspruchsvolle, aber auch teilweise sehr divergierende Empfehlungen tragen zur Krümmung des Weges bei – das haben Ferket und KollegInnen recherchiert (2010). Ob zudem Ärzte Leitlinienempfehlungen in ihre Praxis eingliedern, ist eine weitere Frage. Die Befunde dazu divergieren ebenso wie die vermuteten Beweggründe, Leitlinienempfehlungen (nicht) zu beherzigen (vgl. Abookire, Karson, Fiskio & Bates 2001; Bergner, Siering & Staender 2002; Oriol-Zerbe & Abholz 2007; Hulscher et al. 2007; Graham et al. 2006; Kotseva et al. 2009a).

terventionen machen zu sollen, ist mit der Ankunft des Risikofaktorenkonzepts und spezifischer Prävention im medizinischen Denken längst erodiert. Die Kontroverse zwischen „broad brush“ (vgl. Reardon 2011) einerseits und individualisierter Risikoabschätzung und Behandlung andererseits hält dennoch an. Eine Polypill-Strategie geriete zudem in Konflikt mit dem Lebensstilansatz (Piepoli 2005) bzw. machte ihn überflüssig. Diskutiert werden freilich auch Nebenwirkungen, Kosten und Effektivität (Dabhadkar et al. 2011) – Gesichtspunkte, die bei allen Interventionen zu prüfen sind. Es ist damit zu rechnen, dass das Konzept der Polypill verstärkt für eine Anwendung in der Sekundärprävention erwogen wird (Zeymer, Jünger, Zahn, Bauer, Bestehorn, Senges et al. 2011; Lafeber, Spiering, Singh, Guggilla, Patil et al. 2012). Sollte es sich etablieren, entfielen der größte Teil rehabilitativer Aufgaben.⁷⁷

So weit ist es allerdings noch nicht. – Im Gegensatz zum primärpräventiven Ansatz haben Studien zur Wirksamkeit der Sekundärprävention vergleichsweise lange auf sich warten lassen (Siegel, Grady, Browner & Hulley 1988). Mittlerweile jedoch ist auch deren Anzahl kaum mehr zu überblicken. Heterogen sind allerdings die Fragestellungen, denn unter Sekundärprävention firmieren schließlich alle Maßnahmen, die den weiteren Krankheitsverlauf positiv beeinflussen sollen: nach unterschiedlichen Indexereignissen (Oldridge, Guyatt, Fischer & Rimm 1988; Hedbäck, Perk, Engvall & Areskog 1990), Medikation der verschiedenen Risikofaktoren (Scandinavian Simvastatin Survival Study 1994; La Rosa et al. 1999; Heart Protection Study Collaborative Group 2002; CTT Collaborators 2008), Verhaltensmaßnahmen (körperliches Training, Ernährung, Rauchabstinenz z.B.) (Ornish et al. 1990, 1998; Haskell, Alderman, Fair, Maron et al. 1994; Bjarnason-Wehrens, Predel, Graf, Günther & Rost 1999; Sebregts, Falger & Bär 2000; Jolliffe, Rees, Taylor, Thompson, Oldridge & Ebrahim 2001; Vestvold Heartcare Study Group 2003; Critchley & Capewell 2004, 2012; Müller-Riemenschneider, Meinhard, Damm, Vauth, Bockelbrink et al. 2010c; V. Janssen, De Gucht, Dusseldorp & Maes 2012), Schulungen, psychosoziale Interventionen (Mullen, Mains & Velez 1992; Linden, Stossel & Maurice 1996; Brown, Clark, Dalal, Welch & Taylor 2012; Jones & West 1996; Frasure-Smith, Lespérance, Prince, Verrier, Garber et al. 1997; Dusseldorp, van Elderen, Maes, Meulman & Kraaij 1999), schließlich Rehabilitationsprogramme verschiedenen Zuschnitts und in verschiedenen Settings (Wenger, Froelicher, Smith et al. 1995; Taylor, Brown, Ebrahim, Jolliffe, Noorani et al. 2004; Clark, Hartling, Vandermeer & McAlister 2005; Jolly et al. 2007; Mittag, Schramm, Böhmen, Hüppe, Meyer & Raspe 2011; Plüss, Billing, Held, Henriksson, Kiessling et al.

⁷⁷ Namentlich die medikamentöse Einstellung (s. Kap. 9.1) und sämtliche Anstrengungen der Health Professionals, Patienten zur Lebensstiländerung zu bewegen. Sollte die Polypill als Präventionsansatz tatsächlich Fuß fassen – die WHO favorisiert das Konzept für eine Reihe chronischer Erkrankungen insbesondere für Entwicklungsländer (Wise 2005); amerikanische Ärzte wissen zwar noch nicht viel über die Polypill, wären einer Verschreibung aber nicht abgeneigt (Viera, Sheridan, Edwards, Solimand, Harris et al. 2011) – würde dies weit mehr als eine weitere Präventionsoption und großenteils Delegitimierung kardiologischer Rehabilitation bedeuten: Von der implizierten Medikalisierung abgesehen, bestimmte eine populationsbezogene (also epidemiologische) Sichtweise auf die Erkrankung die Behandlung, die ja ureigene *ärztliche* Domäne ist. Akzeptierten Ärzte diese Aufgabe, wären sie vielleicht als lästig empfundene Beratungen und Motivationsarbeit zur Lebensstiländerung los, ebenso allerdings würden sie eine „Abmagerung“ ihrer Kernkompetenz – individuelle Diagnostik und Therapie – hinnehmen (vgl. Abbott 1988); in professionssoziologischer Perspektive gewiss eine interessante Neuerung. Als weiterer Gesichtspunkt käme hinzu, dass sich der konzeptuelle Webfehler des Risikofaktorenkonzepts in der klinischen Anwendung (die Individualisierung von Häufigkeitsaussagen) aufhobe. Was damit gemeint ist, erschließt sich in Kapitel 4.

2011; Heran et al. 2011). Sodann sind je nach Fragestellung die Ergebnisparameter unterschiedlich: Morbidität und Mortalität (kardial und gesamt) als harte Endpunkte; die Beeinflussung von Risikofaktoren oder der Koronarmorphologie, die Beibehaltung von Verhaltensänderungen, die Steigerung (kardialer) Leistungsfähigkeit, Beeinflussung von Lebensqualität, Wiederaufnahme vorheriger Beschäftigung – um nur die häufigsten zu nennen – sind als Ergebnisparameter von Interesse.

Dass Risikofaktoren sich durch Sekundärprävention positiv beeinflussen lassen, ist unstrittig; belegt sind außerdem die Senkung von Gesamt- und kardialer Mortalität sowie eine verbesserte Lebensqualität; hingegen bleiben Morbiditätsindikatoren zum Teil uneinflusst (erneute PTCA, Bypass-OP oder ACS z.B.) (Heran et al. 2011; Clark et al. 2005; Taylor et al. 2004; Wilt, Bloomfield, MacDonald, Nelson, Rutks et al. 2004; Jolliffe et al. 2001). Beträchtliche Wissenslücken für viele Subgruppen sind bislang aber nicht geschlossen. Ob sekundärpräventive Erkenntnisse, die an „male, middle aged and low risk“-Studienteilnehmern (Jolliffe et al. 2001) gewonnen wurden, umstandslos auf Frauen, ältere Patienten, andere sozio-kulturelle Milieus, auf Patienten mit Begleiterkrankungen übertragen werden können, ist fraglich (Thompson 1995; Lawlor, Whincup, Emberson, Rees, Walker & Ebrahim 2004; Bjarnason-Wehrens, Grande, Loewel, Völler & Mittag 2007b; Heran et al. 2011; Reese, Spieser & Mittag 2012c). Schlimmstenfalls sind Maßnahmen, die für eine Zielgruppe geeignet erscheinen, für eine andere kontraindiziert (Frasure-Smith et al. 1997; Sanderson & Bittner 2005; Barth 2006; Bjarnason-Wehrens et al. 2007b; Mittag & Grande 2008). Fraglich ist auch, welches Setting, welche Dauer und Frequenz, welche Interventionsart für welche Patientengruppe am besten geeignet ist (Jolly et al. 2007; Bjarnason-Wehrens, Bott, Benesch et al. 2007a; Schwaab, Waldmann, Katalinic, Sheikhzadeh & Raspe 2011). Dessen ungeachtet ist die Risikofaktorenmodifikation in Form dezidierter sekundärpräventiver Empfehlungen zentraler Bestandteil aller einschlägigen Leitlinien (Piepoli, Corrà, Adamopoulos, Benzer, Bjarnason-Wehrens et al. 2012; Smith, Benjamin, Bonow, Braun, Creager et al. 2011; NICE 2008; Thomas, King, Lui, Oldrige, Pina et al. 2010; DGPR 2007; DGK 2007; Balady, Williams, Ades, Bittner, Comoss et al. 2007; SIGN 2007; Stone, Cyr, Friesen, Kennedy-Symonds, Stene et al. 2001; Gohlke, Kübler, Mathes, Meinertz, Schuler et al. 2001; Wood et al. 1998; Forrester et al. 1996). Das Risikofaktorenkonzept ist also der wesentliche, fortan lebenslange Behandlungsansatz für KHK-Patienten.

3.3.4 Krankheit vorhersagen

Aus der Framingham Heart Study entwickelte sich mit der Profilierung des Präventionsanliegens die Absicht, die Risikoprädiktion zu individualisieren (vgl. Kap. 3.3.1; Kannel, Dawber & McNamara 1966; Kannel et al. 1976; Gordon, Castelli, Hjortland, Kannel & Dawber 1977): Wenn es gelänge, in Kenntnis der individuellen Ausprägung der einzelnen, jedoch zusammen betrachteten Risikofaktoren das Erkrankungsrisiko für einen Mann, eine Frau in einem gegebenen Zeitraum zu beziffern, trüge dies der multifaktoriellen Genese der KHK Rechnung und verbesserte die Vorhersage. Außerdem erlaubte es, die Präventionsbemühungen auf diejenigen zu konzentrieren, die dem höchsten Risiko unterliegen. Dieses Vorgehen entspricht dem Hochrisikoansatz, der die hohen politischen Kosten bevölkerungsweiter Präventionsmaßnahmen vermeidet und von der Common-Sense-Überlegung gestützt wird, monetäre und Intrusionskosten auf diejenigen zu konzentrieren, die von einer Intervention am meisten profitieren würden (Wood et al. 1998; Califf, Armstrong, Carver, D'Agostino & Strauss 1996; Graham, Cooney, Dudina &

Squarta 2009; Lloyd-Jones 2010; vgl. Charlton 1995). Je mehr (medikamentöse) Präventionsoptionen als sicher und effektiv gelten und der klinischen Praxis zur Verfügung stehen, desto mehr Willkür könne sich einschleichen und also desto besser begründet habe deren Einsatz zu sein. Eine formale und standardisierte Risikoabschätzung objektiviere Interventionsentscheidungen des einzelnen Arztes und mache sie nachvollziehbar; Über- oder Unterversorgung mit präventiven Maßnahmen könne so vermieden werden. Risk Assessment trage also zur rationalen Allokation begrenzter Ressourcen bei (SIGN 2007: 6; Lloyd-Jones 2010). Hervorzuheben ist allerdings auch, dass das Konzept der Risk Scores den individuellen Ansatz für Prävention noch einmal verstärkt: Zielgruppe für präventive Bemühungen sind allein Personen *at risk* bzw. Patienten, nicht Umweltbedingungen o.ä. (Holmberg & Parascandola 2010).

Während sich um die Jahrtausendwende noch viele Kliniker insbesondere in Großbritannien gegen die systematische Nutzung des Risk Assessment aussprachen (Will 2005; aber auch Sinzinger, Derfler, Laimer, Seyfried & Maier 2010), wird dessen Anwendung in vielen neueren Leitlinien ausdrücklich empfohlen (DGK 2007; SIGN 2007; Graham et al. 2007; Graham et al. 2009; Perk et al. 2012), wenngleich die Empfehlungen zu Vorgehen und Anwendung nicht einheitlich sind (Cooney, Dudina & Graham 2009; Ferket et al. 2010; Siontis, Tzoulaki, Siontis & Ioannidis 2012) und die Übernahme in den klinischen Alltag allenfalls zögerlich stattfindet (Liew, Doust & Glasziou 2011; Müller-Riemenschneider, Holmberg, Rieckmann, Kliems, Rufer et al. 2010b; Eichler, Zoller, Tschudi & Steurer 2007; Graham, Stewart, Hertog et al. 2006; van Steenkiste, van der Weijden, Stoffers & Groel 2004a). Ein bevölkerungswieites Screening – Voraussetzung für ein nicht nur zufälliges Risk Assessment (Brindle & Fahey 2002) – ist in keinem westlichen Land vorgesehen (vgl. Ferket et al. 2010, Tab. 2). Ursprünglich ausschließlich als Handreichung für Ärzte bei der Entscheidungsfindung gedacht, ist die Nutzung von Risk Scores durch das Internet popularisiert, mit teils direkter Ansprache von Laien resp. Patienten (vgl. Holmberg, Harttig, Schulze & Boeing 2011; <http://hp2010.nhlbihin.net/atp/iii/calculator.asp>).

Mit den Daten der Framingham-Kohorte wurde je ein Algorithmus für Männer und Frauen entwickelt (Anderson, Odell, Wilson & Kannel 1991; Wilson, D'Agostino, Levy et al. 1998; D'Agostino, Russell, Huse, Ellison, Silbershatz et al. 2000) und an verschiedene ethnische Gruppen in den USA und deren KHK-Prävalenzraten angepasst (D'Agostino, Grundy, Sullivan, Wilson et al. 2001). Die Güte der Schätzung blieb dennoch teilweise unbefriedigend: *Überschätzungen* (andere Regionen, Gruppen mit hohem SES) wie auch *Unterschätzungen* (Bevölkerungsgruppen mit geringem sozialen Status) des KHK-Risikos (Brindle, McConnachie, Upton, Hart, Davey Smith & Watt 2005; Bonneux 2007; Dent 2010; Lloyd-Jones 2010) regten die Entwicklung weiterer Risk Scores an (QRISK2, ASSIGN, PROCAM, SCORE z.B.). Die Vorhersagemodelle unterscheiden sich nun in vielerlei Hinsicht, z.B. in der Referenzbevölkerung, Anzahl und Auswahl der in die Schätzung einbezogenen Parameter, Vorhersageereignis und -zeitraum sowie in der Angabe von absolutem oder relativem Risiko (Liew et al. 2011; Lloyd-Jones 2010; Hippisley-Cox et al. 2010; Woodward, Brindle, Tunstall-Pedoe et al. 2007; Assmann, Schulte, Cullen & Sedorf 2007; Conroy et al. 2003).

Risk Scores sind vornehmlich für die Prädiktion von Krankheitsereignissen bei bislang symptomlosen Individuen vorgesehen. Aber sie lassen sich prinzipiell erweitern um ereignisrelevante Parameter wie z.B. einen hohen oder behandelten Blutdruck, Diabetes

mellitus oder um eine bereits diagnostizierte KHK, möglicherweise mit bereits vorausgegangenen kardialen Ereignissen oder Akutinterventionen (Uthoff, Staub, Socrates, Meyerhans, Bundi et al 2010; Dorresteijn, Visseren, Wassink, Gondrie, Steyerberg et al. 2013). Bei aller Unterschiedlichkeit stimmen die Risk Scores dahingehend überein, KHK-Patienten als *high risk* bzw. *very high risk* zu klassifizieren (ATP III 2001; Grundy et al. 2004; British Cardiac Society et al. 2005; SIGN 2007; Graham et al. 2007; Reiner et al. 2011; Perk et al. 2012). Risk Scores basieren auf einem *kontinuierlichen* Risikobegriff – trotz der definierten Interventionsschwellen. Logik und Nomenklatur unterscheiden sich also von der kategorialen, an Krankheitsereignisse geknüpften Differenzierung von Primär- und Sekundärprävention (DGK 2007; SIGN 2007). Aber die Sprache der Risk Scores hat die der Primär- und Sekundärprävention nicht ersetzt.

Kliniker sind angesichts der großen Auswahl an Risk Scores, wie gesagt, zurückhaltend in der Anwendung geblieben, trotz nachdrücklicher Empfehlungen in entsprechenden Leitlinien. Wenn Risk Scores zu systematischen Unter- und Überschätzungen führen, laufen Anwender Gefahr, unangemessene Behandlungsentscheidungen zu treffen, die Über- oder Unterversorgung nach sich ziehen. Dass Über- und Unterschätzung teilweise mit sozialen Kriterien und Lebensalter korrespondieren, fügt der Qualitätsfrage eine Allokations- und Gerechtigkeitsfrage hinzu (Montgomery, Fahey, Brindle, Davey Smith & Ebrahim 2004; Bonneux 2007). Das Argument für die Nutzung von Risk Scores, Interventionsentscheidungen zu objektivieren und zu rationalisieren, ist zwar nicht vom Tisch, aber doch mit manchem Einwand konfrontiert.

Risk Scores, ihre methodische Güte, Anwendbarkeit und Anwendung sind von der epidemiologischen und medizinischen Fachöffentlichkeit in den vergangenen Jahren breit und rege diskutiert worden. Einige Themen und Fragestellungen, die sich aus der (klinischen) Nutzung von Risk Scores ergeben, sind demgegenüber nur ganz am Rande, wenn überhaupt, erörtert worden, obwohl sie die präventive Arbeit von Health Professionals und Patienten zentral berühren dürften: Dazu zählen der Einfluss von Risk Scores auf Professionsattribute und auf die Arzt-Patient-Kommunikation, weiters die Frage, wie solche Schätzungen von statistischen Laien (Ärzte und Patienten) eigentlich interpretiert werden (Neuner-Jehle et al. 2011; Eborall & Will 2011; van Steenkiste, van der Weijden, Timmermans, Vaes, Stoffers & Grol 2004b; Prior, Wood, Gray, Pill & Hughes 2002) und schließlich, auf welchen wahrscheinlichkeitstheoretischen Annahmen Risk Scores beruhen und was diese für die vermeintliche Individualisierung der Prognose bedeuten (s. dazu Kap. 4).

3.4 Sekundärpräventive Konsequenzen aus dem Risikofaktorenkonzept

Die Sekundärprävention gleicht in ihren wesentlichen Zielen denen der Primärprävention: durch die Modifikation von Risikofaktoren die Progredienz der Erkrankung zu verlangsamen und thrombotische Prozesse zu kontrollieren, um damit die Wahrscheinlichkeit sowohl für weitere kardiale Ereignisse wie auch für Indikationen interventioneller Therapien zu senken (Wood et al. 1998: 1466; Stone et al. 2001; Wenger et al. 1995; Piepoli et al. 2010). Nur der Adressatenkreis ist ein anderer. Kurz- und mittelfristig sind zwar für die Prognose bereits Erkrankter eher kardiale Faktoren wie z.B. Grad und Lokalisation der Schädigung des Herzmuskels, Anzahl der bisherigen Infarkte, Gefäßstatus usw. ausschlaggebend; länger- und langfristig jedoch gewinnen die bekannten Risikofaktoren

wieder an Gewicht (Wilhelmsen & Johansson 1992: 397; ESC Task Force 1996: 43; Wood et al. 1998).

Das Risikofaktorenkonzept ist auch im sekundärpräventiven Kontext das maßgebliche Verursachungs- und Handlungsmodell. Es gewinnt noch an Bedeutung dadurch, dass die Sekundärprävention sich an eine selektierte Gruppe richtet, die ausweislich ihrer Erkrankung die Gültigkeit des Modells offenbar unterstreicht (Verursachungsmodell) und aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums im Krankheitsverlauf zweifellos gefährdeter ist als die Normalbevölkerung (Handlungsmodell). Dass bereits Erkrankte die Zielgruppe der Sekundärprävention sind, mag für die klinische Medizin zudem die Attraktivität des Modells erhöhen, denn deren Priorität liegt – klassischerweise – auf der Behandlung von Kranken, nicht auf der von Gefährdeten (vgl. Wood et al. 1998: 1434; Rose 1992; Graham et al. 2007: E9).⁷⁸

3.4.1 Risikofaktorenmodifikation: Therapeutische Optionen und Ziele

Die langfristige Interventionsabsicht der Sekundärprävention ist – von der unmittelbaren Kardioprotektion abgesehen – unverändert auf jene Risikofaktoren fokussiert, deren Erforschung bereits in der Entwicklung des Risikofaktorenkonzepts eine herausragende Rolle gespielt hat und die im Aufmerksamkeitshorizont klinischer Medizin liegen: Cholesterin und ggf. weitere Lipidparameter, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Rauchen, Übergewicht und körperliche Inaktivität. Sekundärprävention in diesem Zuschnitt ist seit langem unumstrittener Bestandteil aller Programme zur kardiologischen Rehabilitation (Perk et al. 2012; Piepoli et al. 2012, 2010; Thomas et al. 2010; DGPR 2007; Balady et al. 2007; Stone et al. 2001; AACPR 1999; Wood et al. 1998).

Zwei therapeutische Optionen kommen für die Intervention grundsätzlich in Frage: *Medikation* und *Verhaltensmaßnahmen* (Lebensstiländerung). *Medikamentös* lassen sich das Lipidprofil (durch z.B. Statine, Niacine, Fibrate) und der Blutdruck (durch z.B. Betablocker, Diuretika, Kalzium-Antagonisten, ACE-Hemmer) effektiv beeinflussen.⁷⁹ Verhaltensmaßnahmen (Nikotinkarenz, Ernährung, körperliche Aktivität, Anwendung von Entspannungstechniken und Alkoholreduktion) vermögen ebenfalls das Lipidprofil sowie den Blutdruck und außerdem den Blutzuckerwert, das Körpergewicht und die Stressreaktivität zu beeinflussen. Für die Bandbreite der *Verhaltensmaßnahmen* ist charakteristisch, dass sie weniger spezifisch sind als die Medikation. Sie beeinflussen in der Regel mehr als einen Risikofaktor und umgekehrt werden einige Risikofaktoren durch mehr als eine Maßnahme beeinflusst (Perk et al. 2012: 613ff.; Graham et al. 2007: E16ff.; SIGN 2007: 11ff.; DGPR 2007: III/12ff.; DGK 2007; Wood et al. 1998):

⁷⁸ Freilich ist hier eine Grenzverschiebung in erheblichem Umfang im Gange, dafür steht ja gerade die Inkorporierung des Risikofaktorenkonzepts in die klinische Medizin (Schlich 2006; Rosenberg 2007; Greene 2007; Leanza 2010; Aronowitz 2010). Die klinische Praxis folgt langsamer, als es insbesondere Leitlinienprotagonisten gutheißen (Kotseva et al. 2009a; Oriol-Zerbe & Abholz 2007; Hulscher et al. 2007; Graham et al. 2006). Neologismen wie „*Risikoerkrankungen*“ (vgl. DGPR 2007: III/2, III/5) zeugen von Definitionsarbeit im Zuge der Grenzverschiebung.

⁷⁹ Betablocker und ACE-Hemmer gehören – neben Thrombozytenaggregationshemmern, Antikoagulantien und mittlerweile auch hochdosierten Statinen – zur Standardtherapie postinfarzieller Patienten. Nicht unbedingt geht es dabei primär um Blutdrucksenkung, sondern z.B. um die Kontrolle von Arrhythmien, Senkung der Herzfrequenz, Senkung des Sauerstoffbedarfs des Herzmuskels.

Risikofaktor	Maßnahme
Bluthochdruck	Gewichtsreduktion, körperliche Aktivität, Entspannungstechnik, Alkoholreduktion, bedingt: salzarme Kost
erhöhtes LDL niedriges HDL ⁸⁰	Ernährung, Gewichtsreduktion, körperliche Aktivität
Rauchen	Nikotinkarenz, Verhaltenstraining
Übergewicht	Gewichtsreduktion, körperliche Aktivität, Verhaltenstraining
Diabetes mellitus	Ernährung, Gewichtsreduktion, körperliche Aktivität

Zusammengefasst laufen die einzelnen Verhaltensmaßnahmen auf folgende langfristig zu beherzigenden Empfehlungen hinaus: das Rauchen aufgeben, sich fett-, cholesterin-, ggf. energiearm und ballaststoffreich ernähren, an den meisten Tagen der Woche ein mäßig intensives körperliches Training von 30-45 Minuten Dauer absolvieren.

Pharmakotherapien sind im Vergleich zu Verhaltensmaßnahmen effektiver in der Blutdruck- und Cholesterinsenkung (Bouillon et al. 2011; Müller-Riemenschneider et al. 2010c). Gleichwohl werden beide Therapieansätze in den einschlägigen Leitlinien und Empfehlungen nicht alternativ präsentiert, sondern als einander ergänzend. Der Verhaltensansatz stelle die unverzichtbare Basis dar auch dann, wenn zusätzlich medikamentös behandelt wird (DGPR 2007; Graham et al. 2007; Perk et al. 2012).

Welche Zielwerte mit den Interventionen erreicht werden sollen und welche Parameter im Einzelnen als Kriterium herangezogen werden, können Leitlinien nicht dauerhaft fixieren. Aus einschlägigen nationalen und internationalen Leitlinien sind Parameter und ihre Grenzwerte im folgenden Überblick dargestellt (Tab. 1). Für z.B. die Lipidparameter sind wechselnde Referenzen charakteristisch. Praktisch weggefallen als therapeutische Zielgrößen sind zwischenzeitlich HDL und das Verhältnis von LDL zu HDL; Gesamtcholesterin hat an Bedeutung verloren. Am LDL-Parameter fällt die Senkung von <100 mg/dl auf weniger als 70 mg/dl ins Auge. Dem Blutzucker wird im Laufe der Jahre augenscheinlich mehr Aufmerksamkeit zuteil. Beim Körpergewicht bestimmt neben dem Body Mass Index mittlerweile das Zentimetermaß, ob jemand als übergewichtig gilt oder nicht.

Die zur Zeit der Feldforschung empfohlene Praxis (z.B. beim LDL 100-130 mg/dl Medikation fakultativ, ≥ 130 Medikation indiziert; bei initialem Blutdruck von $\geq 160/100$ mm Hg Pharmakotherapie auf jeden Fall oder falls sich innerhalb von drei Monaten durch Verhaltensmaßnahmen kein Wert von <140/90 mm Hg einstelle; vgl. Kap. 9) hat sich unterdessen zugunsten einer niedrigschwellig einsetzenden Medikation verändert (vgl. Wood et al. 1998; Gohlke et al. 2001; DGPR 2007; Perk et al. 2012).

⁸⁰ Die Steigerung des HDL-Wertes weisen jüngere Leitlinien nicht mehr als therapeutisches Ziel aus (s. Tab. 1).

Tab. 1: Zielwerte von Risikofaktoren in der Sekundärprävention bzw. für *high-risk individuals* – Leitlinien und Empfehlungen 1998-2012

Parameter	Gleichmann et al. 1998	Gohlke et al. 2001	DGK 2007	DGPR 2007	Wood et al. 1998	Graham et al. 2007	Perk et al. 2012	SIGN 2007	NICE 2008-2011	JNC VI 1997	JNC VII 2003	AACPR 1999	Grundy et al. 2004	Smith et al. 2011	Balady et al. 2007
Blutdruck (mmHg)	<140/ <90	<140/ <90	<140/ <90	<140/ <90	<140/ <90	<140/ <90	<140/ <90	<140/ <90	<140/ <90	<140/ <90	<140/ <90	<140/ <90	<140/ <90	<140/ <90	<140/ <90
KHK & Komorb.		<135/85 <130/80	<130/ <80	<130/ <80		<130/ 85	<140/ <90	<130/ <80		<130/ <80	<130/ <80			<130/ <80	<130/ <80
Gesamtcholesterin (mg/dl)					<190	<175 <155 (ideal)		<195	<155						
LDL (mg/dl)	<100	<100	<100 <70 (ggf.)	<100	<115	<100 <80 (ideal)	<70 bzw. - 50%		<77			<100	<100 <70 (ggf.)	<100 <70 (reasonable)	<100 <70 (reasonable)
HDL (mg/dl)	>40	>40		>35 m >45 w				>39 m >46 w				>35			
LDL/HDL-Fraktion non-HDL (mg/dl)		<2,5													
Triglyceride (mg/dl)	<200	<200		<150				<150				<200	<200 (inkl. reakt)	<200 (reasonable)	<130 <100 (reasonable)
Blutzucker (nüchtern, mmol/l) Körpergewicht	kont.		5,6-7,0	5,0-6,7	5,1-6,5	<6,0		<5,6							HbA1c <7%
BMI (kg/m ²)	<25	<25		<27	<25	<25	<25					<120% v. Idealgew.			
Taillenumfang (cm)				<102 m <94 w	<102 m <88 w	≤102 m ≤88 w	<25	≤102 m ≤88 w						102-125 m <89 w	<102 m <89 w

Parameter wie Blutdruck, Cholesterin, Gewicht usf. nehmen kontinuierliche Werte an. Um Grenz- und Zielwerte und damit Interventionsschwellen festlegen zu können, müssen kontinuierliche Variablen dichotomisiert werden. Das geschieht erfahrungsgebunden und per Konvention; ein theoretisches Modell liegt dem nicht zugrunde. Dosis-Wirkungs- bzw. -Risikobeziehungen sind selten dergestalt, dass ein kurvilinearere Zusammenhang eindeutige Wendepunkte und damit Grenzwerte markieren würde (Dawber & Kannel 1972; Rose 1992). Das bedeutet: Grenzwerte wie auch Zielwerte sind als „Damenregeln“ für klinisches Entscheiden und Handeln zu verstehen, trennen aber nicht eindeutig zwischen Risiko- und Nichtrisikobereichen. Dieser grundsätzliche Aspekt ist kein „Geheimwissen“, aber er mag in dem Maße weniger Beachtung sowohl in Leitlinien wie auch im klinischen Alltag finden, in dem Grenz- und Zielwerte eingeübte Bezugspunkte therapeutischer Entscheidungskalküle geworden sind.

Außerdem würden bei der Ermittlung von Grenz- und Zielwerten – so eine weitere grundsätzliche Anmerkung zu ihrer Bedeutung bei der Formulierung von Therapiestandards – intra- und interindividuelle Variabilität nicht berücksichtigt (ein generelles Problem bei der statistischen Modellierung biologischer Vielfalt, laut Mannebach 1995). Würde man die Schwankungsbreite biologischer Parameter sowie die Adaptionsfähigkeit von Organismen in Rechnung stellen, wären therapeutische Ziele individuell festzulegen. Das wäre das Gegenteil nicht nur der Logik, die dem Risikofaktorenkonzept zugrunde liegt, sondern auch seiner markanten Spur, die es in der klinischen Praxis hinterlassen hat.

3.4.2 Sekundärprävention in der klinischen Praxis

Die Ziele sind benannt, ebenso die therapeutischen Optionen, und es ist nachgewiesen, dass sich die Ziele der Risikofaktorenmodifikation im Prinzip erreichen lassen (Jolliffe et al. 2001; Taylor et al. 2004; Clark et al. 2005; Heran et al. 2011). Wie wird in der medizinischen Praxis verfahren? Und welche Effekte sind zu verzeichnen? Mit der steigenden Bedeutung von Leitlinien für die Definition des *State of the Art* in der Medizin hat sich die Befragung der medizinischen Praxis, in welchem Maße Leitlinien zur Anwendung kommen, intensiviert. Speziell für Deutschland mit seiner etablierten stationären Versorgungsstruktur für die Phase II der Rehabilitation, die ein intensives Interventionsprogramm ermöglicht, und der nachfolgenden Betreuung durch niedergelassene Ärzte, ist diese Frage interessant (z.B. Heidrich, Behrens, Raspe & Keil 2005; Böhler, Scharnagl, Freisinger, Stojakovic, Glaesmer et al. 2007; Sager, Linsel-Nitschke, Mayer, Lieb, Franzel et al. 2010; Prugger, Heidrich, Wellmann, Dittrich, Brand et al. 2012; s.a. Grande & Badura 2001; Orth-Gomér 2001). Seit wenigen Jahren ergänzen Programme intensivierter Nachsorge das ambulante Versorgungsangebot der Phase III (Karoff, Held & Bjarnason-Wehrens 2007).

Seit Beginn der 1990er Jahre hat eine Reihe von Studien untersucht, ob die Kontrolle von Risikofaktoren gelingt und ob sie längerfristig Bestand hat. Die Ergebnisse weisen relativ einhellig in eine Richtung: Die Beeinflussung der klassischen Risikofaktoren nimmt einen beeindruckenden Anfang während der stationären Intervention, doch verstetigen sich die Ergebnisse in der Folgezeit nicht – wie gewonnen, so zerronnen, möchte man resümieren (Badura et al. 1995; Held, Müller-Fahrnow, Karoff & Nowossadeck 1999; Gohlke, Jarmatz, Zaumseil, Bestehorn, Jansen & Hasford 2000; Willich et al. 2001; vom Orde, Schott & Iseringhausen 2002; Grande et al. 2002; Küpper-Nybelen, Rothenbacher, Hahmann, Wüsten

& Brenner 2003; Völler, Reibis, Pittrow, Jannowitz, Wegscheider et al. 2009; Gitt, Jünger, Smolka & Bestehorn 2010; mit etwas anderer Fragestellung: EUROASPIRE Study Group 1997; Enbergs, Liese, Heimbach, Kerber, Scheld et al. 1997; EUROASPIRE I and II Group 2001; Kotseva, Wood, De Backer, De Bacquer, Pyörälä, & Keil 2009b; Kotseva, Wood, De Backer & De Bacquer 2012; Prugger et al. 2012).

Die EUROASPIRE-Studie ist als Querschnittstudie mit drei Erhebungszeiträumen (1995/1996, 1999/2000, 2006/2007) in zunächst 9, dann 15, zuletzt 22 Regionen europäischer Länder durchgeführt worden. Die nationalen Daten sind nicht repräsentativ; aus Deutschland hat die Region Münster mit zuletzt 457 Probanden teilgenommen (Enbergs et al. 1997; Heidrich et al. 2002; Prugger et al. 2012). Ohne eine spezielle rehabilitative Intervention als Messzeitpunkt zu berücksichtigen, wurde untersucht, in welchem Maße die o.g. präventiven Empfehlungen umgesetzt werden und eine Kontrolle von Risikofaktoren erfolgreich ist. Dazu wurden KHK-Patienten (≤ 70 Jahre) frühestens sechs Monate nach einem kardialen Ereignis in die Studie aufgenommen und retrospektive sowie aktuelle Daten erhoben u.a. zu: Dokumentation von Risikofaktoren, Prävalenz von Risikofaktoren, dokumentierte Beratung zu Lebensstiländerungen, Häufigkeit kardioprotektiver Medikation sowie medikamentöser Kontrolle von Risikofaktoren.

Für die deutsche Stichprobe liegen folgende Ergebnisse vor: Die Dokumentation zum Risikofaktorenstatus hat sich zwischen Erhebung II und III deutlich verbessert, ist aber nach wie vor lückenhaft (EUROASPIRE II Study Group 2001: Tab. 4; Kotseva et al. 2009b: Tab. 3). Die Prävalenz des Rauchens hat sich etwas erhöht (16,8% - 16,8% - 18,4%). Nur wenig gesunken ist der Anteil von Probanden mit erhöhtem Blutdruck ($\geq 140/90$ mmHg), nämlich von 60,7% auf 55,3%. Obwohl fast alle Probanden eine blutdrucksenkende Medikation einnehmen, gelingt es weniger als der Hälfte, die Zielwerte zu erreichen; die Erfolgsrate der wenigen Patienten ohne blutdrucksenkende Medikation ist nicht geringer (Kotseva et al. 2009b: Tab. 7). Die Prävalenz von erhöhtem Cholesterin (hier definiert als Gesamtcholesterin ≥ 175 mg/dl) hat sich indes nahezu halbiert, von 94,3% auf 48,1% (Prugger et al. 2012: Tab. 1). Umgekehrt ist der Anteil der Patienten, denen ein Lipidsenker verschrieben wird, von ca. 35% auf 87% gestiegen ist. Gleichwohl erreicht nur etwas mehr als die Hälfte dieser Patienten die therapeutischen Ziele (Prugger et al. 2012: Tab. 1, eTab. 4, Tab. 2). Deutlich zugenommen hat der Anteil von Patienten mit Diabetes mellitus (von 13,5% auf 22,6%) sowie der Anteil der Übergewichtigen; waren es bei der ersten Erhebung noch 23%, lag ihr Anteil zuletzt bei 43% (ebd.: eTab. 3). Die Autoren resümieren, dass einschlägige Leitlinienempfehlungen bislang nicht ihren Weg in die klinische Praxis gefunden hätten (Prugger et al. 2012; Kotseva et al. 2009a), und dass insbesondere die Bemühungen um Verhaltensänderungen (Rauchen aufgeben, Ernährung ändern, Bewegung und Sport in den Alltag integrieren) nicht dauerhaft erfolgreich sind (Kotseva et al. 2009a, 2009b).

57% der deutschen Studienteilnehmer an EUROASPIRE III gaben an, ihnen sei die Teilnahme an einem Rehabilitationsprogramm empfohlen worden, schließlich teilgenommen haben davon 91%. Die Häufigkeit, mit der eine solche Empfehlung gegeben wird, schwankt stark je nach Land und Indexereignis. Die Chance, eine solche Empfehlung zu bekommen, ist höher für Männer, für jüngere Patienten, mit besserer Bildung sowie nach einer Operation. Teilnehmer an einer Rehabilitationsmaßnahme wiesen eine niedrigere Prävalenz des Rauchens auf, waren erfolgreicher im Aufgeben des Rauchens, aktiver im

körperlichen Training, ihre Cholesterinwerte waren besser kontrolliert und insgesamt erhielten sie mehr Medikamente und diese in höheren Dosen. Keine nennenswerten Unterschiede waren in der Prävalenz von Übergewicht sowie in der Kontrolle von Blutdruck und Blutzucker festzustellen. Inwieweit die berichteten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern auf einen Selektionsbias zurückzuführen sind, ist ungewiss (Kotseva et al. 2012).

Ob die Wirkungen von Rehabilitationsmaßnahmen auch längerfristig Bestand haben, ist in Deutschland mehrfach untersucht worden. Die PIN-Studie (Willich et al. 2001) ging der Frage nach, wie sich kardiale Risikofaktoren und Medikation vor und nach stationärer Rehabilitation sowie drei, sechs und zwölf Monate nach der Intervention entwickeln. Rekrutiert wurden 2.441 Patienten (78% Männer, 60 ± 10 Jahre, 22% Frauen, 65 ± 10 Jahre) aus 18 Reha-Kliniken, die aus Anlass eines Herzinfarkts (56%), einer Bypass-Operation (38%) oder einer PTCA (6%) an einer Rehabilitation teilnahmen. Wie bereits in der Untersuchung von Badura et al. (1995) zeigte sich in der PIN-Studie, dass während der Rehabilitation eine Reihe von Risikofaktoren positiv beeinflusst wird, sich das Erreichte aber nicht halten lässt. Das beste Resultat konnte für die Modifikation des Rauchens erzielt werden: Der initiale Anteil von 39% Rauchern sank auf 5% am Ende der Rehabilitation und lag nach einem Jahr bei 10%. Langfristig sank der Anteil der Hypertoniker nicht (Ende Reha: 8%, nach einem Jahr: 25%). Geringfügig ging der Anteil von Patienten mit >200 mg/dl Gesamtcholesterin von 57% auf 51% zurück (Ende Reha: 29%); LDL-Werte >130 mg/dl wiesen anfangs über 60%, nach einem Jahre etwas über 40% der Patienten auf.⁸¹ Der Anteil adipöser Patienten (BMI >30) lag am Ende des Untersuchungszeitraums höher als zu Beginn. Die Medikationsraten waren jeweils am Ende der Rehabilitation am höchsten und nahmen allmählich während der Phase ambulanter Versorgung ab: ASS 86% vs. 77%, Betablocker 77% vs. 70%, ACE-Hemmer 57% vs. 53%, Lipidsenker 69% vs. 62%.

Eine für alle Medikamentengruppen insgesamt höhere Verordnungsrate (ausgenommen Kalziumantagonisten) zwölf Monate nach einem Index-Ereignis fanden Grande et al. in ihrer Studie zur Versorgung postinfarzieller Patienten (2002: 88); im Einzelnen: Thrombozytenaggregationshemmer 89,8%, Betablocker 82,5%, ACE-Hemmer/AT1-Blocker 67,5%, Lipidsenker 81,8%. Die Verordnungsraten sinken gegenüber der Reha-Entlassungsmedikation nur unwesentlich. Wie die Studien zuvor, so berichtet auch diese Untersuchung, dass die während der Rehabilitation erzielten positiven Veränderungen im Risikofaktorenstatus nicht von Dauer sind.

Zwar sind im Laufe der Jahre die Medikationsraten zur Risikofaktorenkontrolle und Kardioprotektion weiter gestiegen. Die längerfristigen Effekte, insbesondere die Aufrechterhaltung der Risikofaktorenkontrolle, bleiben angesichts der im internationalen Vergleich intensiven initialen Intervention, wie sie in Deutschland mit der stationären Rehabilitation üblich ist, hinter den Erwartungen zurück (Mittag et al. 2011; Karoff et al. 2007: Tab. 5; Orth-Gomér 2001). Als Ursachen sind diverse Faktoren – strukturelle, wissensbezogene und motivationale – in der Diskussion; auf der Seite des Gesundheitssystems und der Health Professionals z.B. die Feststellung des nach wie vor bestehenden „therapeutischen Lochs“ nach Abschluss der Phase II, in denen Patienten nur wenige strukturierte

⁸¹ Die genannten Zielwerte reflektieren den *State of the Art* im Erhebungszeitraum der Studie; sie haben sich, wie berichtet, unterdessen verschärft.

Angebote vorfinden, die Unterstützung im langwierigen Prozess vielfältiger Verhaltensänderungen bieten (Huy, Diehm & Schneider; DRV 2008b; Karoff et al. 2007; Mittag, China, Hoberg, Juers, Kolenda et al. 2006; Grande et al. 2002: 164f.; Schott, Iseringhausen & vom Orde 2002; Gohlke et al. 2000: 1456; Enbergs et al. 1997: 290; Badura et al. 1995: 366f.); sodann der mit dem Übergang von Phase II zu Phase III einhergehende „Systemwechsel“ von der Rehabilitation in die Krankenversorgung, bei dem sich Konzepte, Kostenträger, Akteure, Budgets und Zielsetzungen ändern (Klemann 2007; Heidrich et al. 2005; Orth-Gomér 2001). Z.B. unterliegen Ärzte in Reha-Kliniken bei ihren Medikationsentscheidungen keinem Budgetvorbehalt, den wiederum niedergelassene Ärzte sehr wohl im Blick haben (Baessler, Hengstenberg, Holmer, Fischer, Mayer 2001b). Unterschiede sind darüber hinaus im Implementierungsgrad von Leitlinien zur Sekundärprävention festgestellt worden (Heidrich et al. 2005; Bischoff, Silber, Richartz, Pieper, Klotzsche & Wittchen 2006; Böhler et al. 2007; Sager et al. 2010), und für die Verbesserung ärztlicher Leitlinien-Adhärenz ist noch kein probates Vorgehen gefunden (Hulscher et al. 2007). Diskutiert wird außerdem, ob rehabilitative Leistungen in der gegenwärtigen Programmatik differenziert genug sind, um Patientengruppen mit unterschiedlichem subjektivem Bedarf im Rehabilitationsprozess optimal zu unterstützen (Mittag & Grande 2008; Barth 2006; Romppel & Grande 2011).

Angenommen, die ärztlichen Therapieschemata zur sekundärpräventiven Medikation seien in der Reha-Klinik leitlinienkonform und blieben es fortan in der ambulanten Betreuung der Phase III, so wäre ferner zu berücksichtigen, dass ein verordnetes Medikament noch lange kein eingenommenes ist. Dass die tatsächliche Einnahme der Medikation bei weitem nicht den Verschreibungsraten entspricht, ist vielfach belegt (EU-ROASPIRE II Study Group 2001; Kotseva et al. 2009b; Lawlor et al. 2004; Kulkarni, Alexander, Lytle, Heiss & Peterson 2006; Choudry, Setoguchi, Levin, Winkelmayr & Shrank 2008; Shah, Dunlay, Ting, Montori, Thomas et al. 2009). Was Patienten zur Non-Adhärenz veranlasst, ist weitaus seltener untersucht worden (Horne & Weinman 1999; Franks, Ferrant, Fiscella, Shields, Tancredi & Epstein 2006; Jolly et al. 2007; Lee & Lin 2009; Shah et al. 2009; Romppel & Grande 2011; Warner, Schüz, Aiken, Ziegelmann, Wurm et al. 2013). Der Verdacht hingegen, dass es Patienten einfach an Therapietreue fehle und darauf zu einem Gutteil der relative Misserfolg der Medikationsstrategie zurückzuführen sei, wird allenthalben geäußert (Willich et al. 2001: 312; Gohlke et al. 2000: 1455f.; Baessler, Fischer, Hengstenberg, Holmer, Hubauer 2001a; Klein 2001; Grande et al. 2002: 119). Noch weitaus pessimistischer als die Medikationsadhärenz von Patienten werden allerdings deren Bereitschaft und Fähigkeiten zur Verhaltensänderung eingeschätzt (z.B. Khattab, Knecht, Meier, Windecker, Schmid et al. 2012; Fleury, Lee, Matteson & Belyea 2004; Klein 2001; Orth-Gomér 2001; Völler 1999; Bock, Albrecht, Traficante, Clark, Pinto et al. 1997). Nicht zuletzt darauf gründen Befürworter einer Polypill-Strategie ihre Präferenz (Zeymer et al. 2011; Sanz, Fuster, Guzmán, Guglietta, Arnáiz et al. 2011; Reardon 2011).

3.4.3 Lebensstil und Lebensstiländerung

Obgleich die Rolle der Medikation in der Sekundärprävention der KHK immer gewichtiger geworden ist – begleitet von der Skepsis vieler Health Professionals hinsichtlich Bereitschaft und Fähigkeiten von Patienten, aus dem Verhaltensbezug maßgeblicher Risikofaktoren die geeigneten Konsequenzen zu ziehen –, bleibt die Verhaltensmodifikation zumindest dem professionellen Anspruch nach die zweite unverzichtbare Säule präventiver

Bemühungen. Der Ausführlichkeit in der Programmatik etlicher Leitlinien nach handelt es sich sogar um die erste Säule (vgl. DGPR 2007: III/14ff.; Perk et al. 2012).

In der Medizin und Epidemiologie sind für die Beziehung zwischen gesundheits- bzw. krankheitsrelevanten Verhaltensweisen und Risikofaktoren seit langem die Bezeichnung *Lebensstil* und entsprechende Komposita gebräuchlich; die Implikation, dass von prinzipiell *veränderbaren* Verhaltensweisen und angestrebter Risikosenkung die Rede ist, wird von Begriffen wie z.B. *Lebensstiländerung* oder „*therapeutic lifestyle changes*“ (Grundy et al. 2004) angezeigt (s.a. Epstein 1992b; Stamler 1985; Wood et al. 1998: Tab. 2; DGPR 2007; Badura 1984). Der Fokus ist abwechselnd auf den einzelnen Risikofaktor (Bluthochdruck z.B.), auf einen Gestaltungsbereich (Bewegung, Ernährung z.B.) oder auf ein direktes Interventionsziel (z.B. Gewichtsreduktion) gerichtet (DGPR 2007; Gohlke 2004; Perk et al. 2012; SIGN 2007). Avisiert sind stets individuelle Verhaltensweisen, die in ihrer Risikoträchtigkeit für eine bestimmte Erkrankung (oft auch für mehrere) problematisiert werden. *Lebensstil* markiert darüber hinaus die Grenze, an der die Verantwortung der Health Professionals für die Krankenbehandlung in die Hände der Patienten selbst gelegt wird: „Lifestyle changes depend on the readiness of coronary ... patients to modify their behaviour“ (Wood et al. 1998: 1435). „Die ‚Compliance‘ und die ‚Adherence‘ der Patienten sind entscheidende Voraussetzungen für den langfristigen Erfolg rehabilitativer, präventiver und langfristiger therapeutischer Maßnahmen“, heißt es fast schon beschwörend in der Leitlinie der DGPR (2007: III/20f.). Dieser Verantwortungsübergabe widmet sich in nicht geringem Maße die Rehabilitationsmaßnahme (DGPR 2007: III/6; DRV 2010b, 2010d; s. Kap. 11.1).

Lebensstiländerung gilt als zwar schwierig zu realisieren (Rommel & Grande 2011), ihre therapeutische Effektivität ist im Vergleich zur Medikation aber anscheinend ohne adverse Nebenwirkungen zu haben, und das zu einem Bruchteil der monetären Kosten. Unter sekundärpräventiven Bedingungen steht zwar nicht zur Debatte, Pharmakotherapien durch Lebensstiländerung überflüssig zu machen, wohl aber, die Dosis der Medikation so weit wie möglich zu senken. Etwas Vernünftigeres als Lebensstiländerung lässt sich also kaum denken zur Handhabe, dem individuellen Krankheitsverlauf die bestmögliche Richtung zu verleihen.

Der Begriff *Lebensstil* stammt ursprünglich aus der Soziologie und geht auf Max Weber zurück (Abel 1991). Abel zufolge benutzt Weber den Ausdruck „Stilisierung des Lebens“, um in Ergänzung zum Klassen- und Schichtenparadigma weitere soziale Differenzierungs- und Pluralisierungsphänomene zu erfassen. Lebensstile seien geeignet – über die Stratifizierung aufgrund des ökonomischen Status‘ hinaus –, Prozesse aktiver sozialer Distinguierung zu betreiben. Die Erfindung, Aufrechterhaltung und Anverwandlung von Lebensstilen wären demnach Mittel sozialer Differenzierung, die von *Gruppen* eingesetzt werden. Davon habe Weber den Begriff der „Lebensführung“ unterschieden, der auf das volitionale Moment religiös eingefärbter Lebensstile abhebe. Zwar sei auch die individuelle Wahl der Lebensführung sozioökonomisch restringiert und von gegebenen „Lebenschancen“ beeinflusst. Gleichwohl sei Webers Lebensstilbegriff dual angelegt und umfasse sowohl das Element individueller Wahl (Lebensführung) als auch das Element struktureller Determiniertheit (Lebenschancen).⁸²

⁸² In der englischen Übersetzung (und damit Rezeption und späteren Re-Interpretation) von „Wirtschaft und Gesellschaft“ sei Webers Unterscheidung zwischen Lebensstil und Lebensführung durch die unterschiedslose Übersetzung als „lifestyle“ übertüncht worden. Diese Ungenauigkeit,

Die Soziologie hat Webers Begriffsbestimmung von Lebensstil aufgenommen und weiterentwickelt (Rössel & Otte 2011; Otte 2004; Spellerberg 1996: 53-73; Mörth 1994; Berger 1990; Müller 1989; Bourdieu 1982). Den Distinktionswert von Lebensstilen hat v.a. Bourdieu anschaulich gemacht und Lebensstile als Äußerungsformen vornehmlich von inkorporiertem kulturellem Kapital beschrieben. Diese expressive Funktion von Lebensstilen dient der Bildung und Aufrechterhaltung sozialer Identität und vermittelt ontologische Sicherheit (Müller 1989: 56f.; Backett & Davison 1995: 631; Abel, Abraham & Sommerhalder 2006: 190f.). Lebensstile können demnach als „Gesamtkunstwerk“ begriffen werden, in dem einzelne Handlungen und Verhaltensweisen über ihren unmittelbar instrumentellen Charakter hinaus in ein Bedeutungsnetz eingewoben sind und Einstellungen, Normen und Werte reflektieren (Abel et al. 2006); ein gewisses Maß an Kohärenz wird einem solchen Bedeutungsnetz unterstellt. Abgesehen von der überindividuellen Konzeptualisierung und der Nachrangigkeit der Frage, ob ein gegebener Lebensstil der Gesundheit zu- oder abträglich ist, liegt hierin der entscheidende Unterschied zwischen dem soziologischen und dem atomisierenden medizinisch-epidemiologischen Blick auf Lebensstile.

Auch die Medizinsoziologie hat das Konzept der Lebensstile aufgegriffen (Badura 1984; Blaxter 1990; Abel 1991; Calnan & Williams 1991; Williams 1995; Backett & Davison 1995; Davison, Frankel & Davey Smith 1992; Borgetto & Kälble 2007), um damit soziale Modelle von Gesundheit und Krankheit in Ergänzung zum Risikofaktorenmodell zu entwickeln und dessen Fokussierung auf einzelne und prinzipiell wählbare Verhaltensweisen zu erweitern. Die Hinwendung zum Lebensstilbegriff ist außerdem als medizinsoziologischer Einspruch zu interpretieren gegen die a-soziale Engführung individueller Wählbarkeit riskanten Verhaltens mit der Zuschreibung von Verantwortung für Gesundheit und Krankheit, wie sie das klassische Risikofaktorenmodell nicht selten insinuiert (Abel 1991: 899; Backett & Davison 1995: 631). Mit dem Lebensstilbegriff ist dieser Einspruch allerdings gar nicht so klar zu artikulieren, da der den Aspekt persönlicher Wahl ja durchaus einschließt. (Selbst-)Kritisch ist aus den Reihen der Medizinsoziologie v.a. angemerkt worden, es sei lange kaum gelungen, den Begriff Lebensstil zu operationalisieren und damit messbar zu machen (Abel 1991; Backett & Davison 1995); Vorschläge zur Operationalisierung sind erst in jüngeren Jahren vorgelegt worden (Abel et al. 2006). Und mit der fachdisziplinär vorgegebenen Thematik von Gesundheit und Krankheit erfasst die Medizinsoziologie vornehmlich Verhaltensweisen und Einstellungen in Bezug auf Rauchen, Ernährung, Bewegung und Alkohol (vgl. Blaxter 1990: 113-146), bindet den Lebensstilbegriff also ebenso wie Medizin und Epidemiologie an das Anliegen der Prävention. Aber der Medizinsoziologie entgeht darüber hinaus nicht die auch soziale Verankerung gesundheitsgefährdender Praktiken. So betrachtet hat individuelle Verhaltensänderung dann eben auch den Aspekt, sich absondernd gegenüber seiner sozialen Umgebung zu verhalten, da die stillschweigend angenommene Gemeinsamkeit von Präferenzen von einem nun präventionsbemühten Individuum aufgekündigt wird. Neben nicht unbeachtlichen „Willenskosten“ fallen im Projekt der Lebensstiländerung ggf. auch „Identitätskosten“ an; das ist der soziologisch informierte Beitrag zur Thematik der Lebensstiländerung, der in der medizinisch-epidemiologischen Problematisierung von Non-Compliance und Non-Adherence einerseits bzw. den daraus abgeleiteten vielfach entwickelten Motivationsstützen andererseits eher nicht zur Sprache kommt (vgl. Huy et al. 2010;

so Abel, habe der Interpretation von Webers Begriff des Lebensstils als persönlicher Wahl Vor-schub geleistet (Abel 1991: 900).

Maddox & Ho 2009; Kulkarni et al. 2006; Rompell & Grande 2011; Mittag et al. 2006; Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab & Kubzansky 2005).

Aufgrund der Intensität und Dauer der Lebensstil-Interventionen verdienen der *San Francisco Lifestyle Heart Trial* (Ornish et al. 1990, 1998; Scherwitz 1992) und seine deutsche, im Studiendesign vereinfachte, in der Intervention jedoch sehr ähnlich verfahrenende Replikationsstudie (Rugulies, Scherwitz, Siegrist, Benesch, Hertel & Cremer 1996; Rugulies 1998; Jäger 1999) gesonderte Aufmerksamkeit. Obwohl die Programme nicht zum Bestandteil rehabilitativer Standardprogrammatik geworden sind, dürfte der *San Francisco Lifestyle Heart Trial* die wohl bekannteste prospektive, randomisierte Untersuchung sein, mit der die positive Wirkung weitreichender Verhaltensänderungen auf die Progression der Atherosklerose nachgewiesen werden konnte. Von 48 Patienten mit angiographisch dokumentierter KHK⁸³ wurden 20 der Kontrollgruppe zugewiesen; ihnen stand es frei, Lebensstilveränderungen vorzunehmen. Neben medizinischen wurde eine Reihe psychosozialer Variablen erhoben, namentlich Angst, Depressivität, Kohärenzsinn, Feindseligkeit und chronischer Ärger. Die 28 Teilnehmer der Interventionsgruppe unterzogen sich einem intensiven Programm. Nach einem Jahr wurden Veränderungen im Risikofaktorenstatus dokumentiert, die Perfusion des Herzmuskels per PET sowie das Ausmaß der Atherosklerose mittels quantitativer Koronarangiographie bestimmt. Als Ergebnis zeigte sich, dass bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe – trotz moderater Lebensstiländerungen – die Stenosierungen zunahmen, während die Atherosklerose bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe zurückging. Des Weiteren berichteten Interventionsteilnehmer von einer deutlichen Linderung ihrer A.p.-Symptome, in der Kontrollgruppe hingegen nahmen sie zu. Zwar betrug die Veränderung des Stenosegrades nur wenige Prozentpunkte; doch argumentierten die Autoren, auch kleine Veränderungen (positiv wie negativ) seien hämodynamisch bedeutsam.⁸⁴ Die starke Beziehung zwischen dem Ausmaß der Therapieadhärenz und der stenotischen Veränderung interpretierten die Autoren als Dosis-Wirkungs-Beziehung („viel hilft viel...“).

Worin genau bestand die Intervention? Für die einzelnen Programmpunkte stellt das Risikofaktorenkonzept, wie nicht anders zu erwarten, die Grundlage dar. Nach einer einwöchigen Einführungsphase hatten die Teilnehmer folgende Regeln in ihrem Alltag zu beherzigen: Raucher sollten natürlich das Rauchen einstellen. Für die Ernährung war eine vegetarische, extrem fettarme Kostform ohne Kalorienbegrenzung vorgesehen, die an tierischen Produkten maximal ein Eiklar sowie eine Tasse Milch oder Joghurt (0,3% Fett) pro Tag enthalten sollte. Die Cholesterinaufnahme war auf $\leq 5\text{mg/Tag}$ begrenzt. Auf Koffein sollte gänzlich, auf Alkohol weitgehend verzichtet werden. Insgesamt sah der Ernährungsplan eine Kalorienzusammensetzung aus ungefähr 10% überwiegend mehrfach ungesättigten Fettsäuren, 15-20% Protein und 70-75% hauptsächlich komplexen Kohlenhydraten vor.⁸⁵

⁸³ Weitere Einschlusskriterien: Alter 35-75 Jahre, Männer und Frauen, keine weiteren lebensbedrohlichen Erkrankungen, kein AMI während sechs Wochen vor Studienbeginn, anamnestisch keine Streptokinase- oder Alteplasebehandlung, ohne Verordnung von Lipidsenkern, ohne aktuelle Indikation zur Bypass-OP, linksventrikuläre Auswurffraktion $>25\%$, Vorliegen eines aktuellen, aus klinischen Gründen und nicht studienbedingt angefertigten Angiogramms (Ornish et al. 1990: 130).

⁸⁴ Überhaupt spiegelt die Studie die seinerzeit vorherrschende, ausschließlich morphologisch bestimmte Definition der KHK wider (vgl. Kap. 3.1).

⁸⁵ Für weitergehende ernährungswissenschaftliche Erläuterungen und Begründungen des Programms siehe Ornish (1990: 253-302) und Jäger (1999: 43-46). Um zu ermessen, wie sehr sich diese

Außerdem sollten die Teilnehmer mindestens eine Stunde am Tag ein Stressreduktionsprogramm praktizieren, das im Einzelnen aus Yoga- und Atemübungen, progressiver Muskelentspannung, Meditation und Visualisierungstechniken bestand. Zusätzlich war ein auf die individuelle körperliche Leistungsfähigkeit abgestimmtes Programm zum aeroben Training der körperlichen Ausdauer (nicht der Geduld...) von mindestens drei Stunden pro Woche zu absolvieren, wobei die einzelnen Trainingseinheit 30 Minuten Dauer nicht unterschreiten sollte.

Um die Studienteilnehmer in der Veränderung ihrer Lebensweise zu unterstützen, fanden zweimal wöchentlich jeweils vierstündige Gruppentreffen unter Leitung eines klinischen Psychologen statt. Die Treffen begannen mit einem halbstündigen Training, es folgte das einstündige Stressreduktionsprogramm. Nach einer gemeinsamen Mahlzeit fand das Treffen seinen Abschluss mit einem eineinhalbstündigen psychologischen Gruppengespräch, in dem die Studienteilnehmer angeregt wurden, innere Zustände zu verbalisieren (Scherwitz 1992).

In welchem Sinn kann bei einer Intervention der geschilderten Art von *Lebensstiländerung* die Rede sein? Zweifellos in der Weise, wie der Begriff in der medizinischen und epidemiologischen Literatur Verwendung findet, denn die einzelnen Bestandteile der Intervention zielen auf einzelne Risikofaktoren, mit besonderer Betonung des Cholesterins, und Ziel der ganzen Bemühungen ist eine positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs. Darüber hinaus kann aber auch vom Entwurf eines Lebensstils im soziologischen Sinn gesprochen werden, denn die Intervention stellt das bisherige Leben der Studienteilnehmer auf den Kopf und bietet stattdessen ein anderes Tableau an. Da ist zunächst das Zeitbudget, das das Programm den Teilnehmern abfordert: Yoga, Training, Gruppenstunden – etwa 20 Stunden pro Woche widmen Probanden krankheitsbedingten Verrichtungen; Zeit, die für andere Dinge – Hobbys, Pflege von Freundschaften und Kontakten, freie, absichtslos verbrachte Zeit – nicht mehr zur Verfügung steht. Das Programm zieht also eine Loslösung aus dem bisherigen sozialen Leben der Teilnehmer nach sich und bietet ersatzweise eine *neue* Gruppe und *Sinnstiftung* für die alternativen Beschäftigungen an. In eine Abkehr von basalen Praktiken und jahrzehntelang ausgebildetem Geschmack des Alltags mündet schließlich auch die empfohlene Ernährungsweise. Diät leben bedeutet soziale Separierung in dem einfachen Sinne, dass die „gemeinsame Tafel verlassen“ werde (Barlösius 1999: 55). Zwar darf man insbesondere im urbanen Milieu eine Pluralisierung von Ernährungsstilen – darunter auch solche, an die sich Kosmologien oder Heillehren knüpfen – seit den 1970er Jahren und damit ein entsprechend verändertes Lebensmittelangebot unterstellen. Doch ist selbst unter diesen Umständen die Realisierung der Ornish-Diät ein extrem schwieriges Unterfangen (im Selbstversuch getestet), das eine komplette Veränderung von Einkaufs-, Koch- und Geschmacksgewohnheiten und nicht zuletzt individuellen wie sozialen Zeichenfunktionen von Speisen und Mahlzeiten verlangt (vgl.

Ernährungsregeln von den Prinzipien anderer „healthy diets“ oder gar von üblichen Ernährungspraktiken unterscheiden, vergleiche man sie mit der Zusammenschau europäischer Ernährungsempfehlungen und den Ergebnissen der Nationalen Verzehrsstudie II, Teil 2 (Max Rubner Institut & BM für Ernährung, Landwirtschaft u. Verbraucherschutz 2008: 92ff.; <http://www.eufic.org/article/de/expid/lebensmittelorientierte-ernaehrungsleitlinien-europa/> [letzter Abruf 05.03.2014]).

Rugulies 1998: 269f.; Krause-O'Shaughnessy, Rugulies, Siegrist & Hertel 1996; Barlösius 1999: 94-108; Mintz 2003; Setzwein 2004; Montanari 2006).⁸⁶

Die Intention des Programms, mithilfe der Gruppentreffen nicht nur Unterstützung bei der Befolgung der Regeln zu gewähren, sondern für aufgegebene Sozialbezüge Alternativen zu schaffen, ist unverkennbar (vgl. Rugulies 1998: 183f.). Es gibt Hinweise darauf, dass die Teilnehmer im Prozess der Gruppenbildung soziale Separierung zunehmend als Distinguierung wahrnahmen (vgl. Jäger 1999: 80f.). Distanziert und mit den Augen Webers betrachtet, ist die Lebensführung dieser Gruppe methodisch in höchstem Maße durchgearbeitet und diszipliniert. Anstatt an Fluchtpunkten der Religion ist sie allerdings an jenen der Erkrankung ausgerichtet, namentlich den Cholesterinwerten. Das hat offenbar bei manchen Teilnehmern eine regelrechte Fixierung auf ihre Cholesterinwerte bewirkt, die quasi als Ausweis dafür gelesen wurden, dass sich ihre beträchtlichen Anstrengungen lohnen. Rugulies, einer der Leiter der deutschen Replikationsstudie, bemerkt dazu selbstkritisch, es sei nicht ohne Ironie, „dass ein Interventionsprogramm, welches ein interdisziplinäres, über die biomedizinische Sichtweise weit hinausgehendes Konzept vertritt, bei einigen Teilnehmern zu einer Fixierung auf biomedizinische Parameter geführt hat“ (Rugulies 1998: 270). Man kann noch einen Schritt weitergehen und vermuten, dass wohl kein biomedizinisches Programm geeignet sein dürfte, eine derart weitreichende Medikalisierung des Lebensstils hervorzubringen.

Es ist offen, ob ein sozialwissenschaftlich eingefärbter Lebensstilbegriff der Medizin und ihren Patienten die Aufgabe der Sekundärprävention erleichtern würde. Das ist schon deshalb schwierig zu beurteilen, weil der soziologische Lebensstilbegriff auf Beschreibung und Analyse, nicht aber Intervention ausgerichtet ist. Angeregt von der anhaltenden Adhärenzproblematik wird vermehrt die Patientenperspektive auf Hürden der Lebensstiländerung untersucht, dies allerdings mit vornehmlich psychologischer Fragestellung (z.B. Romppel & Grande 2011; Goldsmith, Lindholm & Bute 2006; Sparks, Shepherd, Wieringa & Zimmermanns 1995). Zu fragen wäre aber auch, ob und inwieweit die in Reha-Kliniken tätigen Health Professionals die soziale Gebundenheit von Lebensstilen in Rechnung stellen und bei ihrer Interventionsarbeit berücksichtigen oder thematisieren.

3.5 Zusammenfassung

Die KHK gehört vermutlich zu den am besten untersuchten Erkrankungen, in medizinischer und epidemiologischer Hinsicht. Sie ist Erkundungs- und Anwendungsfeld für erstaunliche medico-technische, pharmazeutische, konzeptuelle und präventionstechnische Entwicklungen, sie ist ebenso Schauplatz einer enormen Handlungsexpansion: wissenschaftlich, therapeutisch, präventionspolitisch und präventionspraktisch. Daraus hat sich ein Korpus von breit akzeptiertem Wissen gebildet: zur akutmedizinischen Konzeptualisierung der Erkrankung („morphologische Gleichung“) und mit dem Risikofaktorenkon-

⁸⁶ Speziell im Alltagsbereich des Essens kann die aus sekundärpräventiver Perspektive erwartete Akzeptanz professionellen Wissens durch Patienten nicht ohne Spannung bleiben, denn sie erfordert zugleich die Selbstentmündigung (oder die eines Partners/einer Partnerin) in einem zuvor nach eigenem Gusto gestalteten Lebensbereich. Auch vor dem Hintergrund, dass medizinisch begründete Ernährungsempfehlungen sich dem jeweiligen Forschungsstand anzupassen pflegen, also einem steten Wandel unterliegen, ist das eine durchaus problematische Konstellation, die von der Geläufigkeit der Vokabel *Lebensstil* bzw. der Forderung nach *Lebensstiländerung* nicht erfasst wird.

zept zur (Sekundär-)Prävention. Zahlreiche Leitlinien wollen die entsprechenden Handlungskorridore für die medizinische Praxis formen, referieren mit Grenzwerten dezierte Handlungsschwellen und die dazugehörigen therapeutischen Empfehlungen.

Gleichwohl gibt es nach wie vor weiße Flecken von bedeutendem Umfang auf der Wissenslandkarte zur KHK, die angesichts der vielfältigen Entwicklungen und Aktivitäten leicht unbeachtet bleiben. Auf einige hat dieses Kapitel hingewiesen, so die unvollständig aufgeklärte Pathogenese und die Unvollkommenheit der „morphologischen Gleichung“, auf der dennoch ein beträchtlicher Teil akutmedizinischer Interventionen aufsetzt. Aber gerade auch die beispiellose epidemiologische Erforschung der KHK – mit der erst sich das Risikofaktorenkonzept entwickelt und etabliert hat – ist bislang manche Antwort schuldig geblieben bzw. hat manche Frage nicht gestellt. Sind die Großtrends in der Prävalenz der KHK tatsächlich mit der Prävalenz der Risikofaktoren korreliert? Lassen sich geographische Variationen in der KHK-Inzidenz mit Prävalenz von Risikofaktoren durchgängig plausibilisieren? Inwiefern sind Erkenntnisse, die an häufig untersuchten Kollektiven untersucht wurden, auf andere, weniger oder gar nicht untersuchte Kollektive übertragbar? – Vage bleibt das Risikofaktorenkonzept außerdem bei der Frage nach seiner kausalen Implikationen, ohne sie freilich fallen zu lassen, im Gegenteil sind sie die Grundlage aller präventiven Schlussfolgerungen. Ungeklärt ist im Grunde auch der Grad des auf aggregierten Daten basierenden Erkenntnisgewinns für die Beurteilung des individuellen Falls.

Die Akzeptanz des Risikofaktorenmodells als vergleichsweise junge Denk- und Erklärungsfigur für das Auftreten von Erkrankungen und wie ihnen vorzubeugen wäre, haben Nachfragen und Einwände dieser Art nicht nachhaltig behindern können. Risikofaktoren sind zu „klinischen Entitäten“ geworden, die diagnostische und Behandlungsentscheidungen veranlassen und mit Sicherheit auch die Selbstwahrnehmung und Erwartung von Patienten beeinflussen (Rosenberg 2007: 68). Zu konstatieren ist, dass das Risikofaktorenkonzept, dessen Entwicklungsfeld die KHK war, aus kaum mehr einem Diskurs über Gesundheit und Krankheit wegzudenken ist. Für die KHK existiert kein alternatives Erklärungsmodell, alle Fälle werden darunter subsumiert. Da *Risiko* ein Kontinuum ist, gerät das Modell nicht in Erklärungsnot angesichts der Tatsache, dass bei vielen Erkrankungen allenfalls mäßig ausgeprägte Risikofaktoren vorliegen, mag dies im einzelnen Fall auch als unbefriedigende Erklärung empfunden werden.

Wer erkrankt, sieht sich also spätestens dann mit der Frage nach „seinen“ Risikofaktoren konfrontiert, wenn er sich die Frage nicht schon selbst stellt, und das heißt unweigerlich auch, auf die eigene Lebensführung hin befragt zu werden. Die Nachdrücklichkeit solcher Befragung verstärkt sich in der sekundärpräventiven Situation zwangsläufig.

Die professionelle Seite, namentlich während der kardiologischen Rehabilitation, betont freilich den Handlungsraum, den viele Risikofaktoren lassen: Man kann sie beeinflussen, vielleicht sogar „ausschalten“. Der Bedrohlichkeit der Zukunft wird also mit Gestaltbarkeit zu Leibe gerückt. Dadurch verändert sich die Gegenwart.

4 Der Begriff *Risiko*

I.: „Was erklären denn Risikofaktoren?“

A.: (stutzt) „Risikofaktoren erklären, ein erhöhtes Risiko zu besitzen, an einer (lacht) bestimmten Erkrankung zu erkranken.“ (Gelächter von beiden)

In diesem Kapitel wird der für das Risikofaktorenkonzept konstitutive Begriff des Risikos genauer untersucht. *Risiko* ist, wie eingangs erläutert, ein Allerweltswort, sowohl alltags-sprachlich als auch wissenschaftlich⁸⁷, und man könnte deshalb meinen, der Begriff sei eindeutig und kaum in verschiedener Weise auslegbar. Auch in der Medizin und Epidemiologie ist *Risiko* ein völlig selbstverständlicher Begriff, über dessen Verwendung es augenscheinlich keiner Verständigung bedarf (hätten Arzt und Interviewerin – siehe Eingangszitat – sonst gelacht?). Im vorangegangenen Kapitel (3.3) habe ich gezeigt, dass zwar darüber, was *Risikofaktoren* bedeuten, eine Debatte geführt wurde, aber sie erstreckt sich eben nicht auf eine Problematisierung des Risikobegriffs. Tatsächlich aber nimmt *Risiko*, je nach Verwendungskontext, verschiedene Bedeutungen und Konnotationen an (Bonß 1996: 166-169; Luhmann 1991: 15f.). *Zweideutig* wird der Begriff bei Betrachtung seiner wahrscheinlichkeitstheoretischen Fundierung. Dass Wahrscheinlichkeit im Spiel ist, ist unstrittig; schließlich beziehen sich Risikoaussagen immer auf eine ungewisse Zukunft und beinhalten irgendeine Form der Einschätzung dieser Ungewissheit. Darüber aber, was Wahrscheinlichkeit bedeutet, kursieren in ihrer theoretischen Begründung grundverschiedene Auffassungen, die folgenreich für die Interpretation des Risikobegriffs und den Aussagegehalt des Risikofaktorenkonzepts sind. Oder genauer gesagt: Sie könnten es sein, sind es aber nicht; denn diese Problematisierung erreicht kaum eine jener Disziplinen, die sich, wie die Soziologie und Psychologie, dem Risikothema in analytischer Absicht zugewandt haben oder zu deren Handwerkszeug die Entdeckung und Bezugnahme auf *Risiken* gehört, wie es in der Epidemiologie und Medizin der Fall ist. Die Stärke des soziologischen Zugangs zur Risikothematik liegt in der Herausarbeitung bestimmter Bedeutungskomponenten des Risikobegriffs, der Analyse der gesellschaftsweiten Deutung von Risiken und des Umgangs mit ihnen. Die psychologische Herangehensweise konzentriert sich ebenfalls auf typische Interpretationen von Risiken, legt allerdings den Schwerpunkt auf die Identifizierung kognitiver Prozesse und Muster bei der Beurteilung von Risiken.

Die wissenschaftlichen Redeweisen über *Risiko* sind dem jeweiligen Erkenntnisinteresse der Disziplin verhaftet und deshalb in der Perspektive begrenzt. Manche von ihnen knüpfen am allgemeinen Sprachgebrauch an, andere nicht. Eine Transdisziplinarität des Diskurses hat sich, obschon als Desiderat vielfach angemahnt (vgl. Conrad 1983; Banse 1996; Bechmann 1997a; Bonß 1996: 166f.; Luhmann 1991: 14f.), nicht entwickelt. Deshalb werde ich eklektisch vorgehen mit dem Ziel, aus den verschiedenen Zugängen heraus ein analytisches Gerüst zu entwickeln, mit dem die Verwendung der Begriffe *Risiko* und *Risikofaktor* im Kontext kardiologischer Rehabilitation untersucht werden kann. Die Entscheidung, den Zugang breiter anzulegen, als ihn das Risikofaktorenkonzept selbst, die Medizin oder die Epidemiologie eröffnen würden, liegt in der Annahme begründet, dass

⁸⁷ Mehr als zwanzig Zeitschriftentitel, die mit „Risk“ beginnen, listet allein der Bielefelder UB-Katalog auf.

Reha-Kliniken ein Ort sind, an dem sich verschiedene Verwendungsweisen des Risikobegriffs kreuzen, alltagssprachliche und wissenschaftlich inspirierte oder entlehnte. Als Alltagsbegriff ist er sowohl Health Professionals als auch Patienten vertraut. Health Professionals arbeiten in und mit dem Risikofaktorenkonzept und vermitteln es an Patienten: Nicht nur sind wesentliche Strukturierungen ihrer Arbeit dem Konzept entlehnt (s. Kap. 9), darüber hinaus bieten sie aus ihm abgeleitete Informationen Patienten als Orientierungswissen, verknüpft mit Handlungsaufforderungen, an (s. Kap. 10, 11): Was hat zur Erkrankung beigetragen? Wie kann auf den weiteren Verlauf positiv Einfluss genommen werden?

Doch zunächst die Vorbereitung: Der folgende Abschnitt (4.1) umreißt den allgemeinen Begriffsgebrauch und gibt Auskunft über die Herkunft des Risikobegriffs. Daran schließen Darstellung und Erörterung des Risikobegriffs in einigen wissenschaftlichen Disziplinen an (4.2). Am Beginn steht eine Darlegung seiner wahrscheinlichkeitstheoretischen Fundierung (4.2.1). Anschließend wird der Zuschnitt der Risikotheematik in der Soziologie und Psychologie vorgestellt (4.2.2. und 4.2.3). Erste Ergebnisse der begrifflichen Analyse fließen in die Erörterung der Frage ein, welche Auffassungen von *Risiko* und *Risikofaktor* in der Medizin und Epidemiologie maßgeblich sind (4.2.4). Mit einer Zusammenfassung und der Formulierung von Gesichtspunkten, die die Analyse der empirischen Daten anleiten sollen, schließt das Kapitel.

4.1 Die Herkunft des Risikobegriffs und seine Verwendung im allgemeinen Sprachgebrauch

Die Herkunft des Wortes *Risiko* ist nicht eindeutig geklärt; vermutet wird ein arabischer Ursprung. Nachgewiesen ist seine Verwendung zuerst für die oberitalienischen Städte im ausgehenden Mittelalter im Kontext von Fern- und Seehandel, später auch für Spanien (Bonß 1991: 263; Luhmann 1991: 17ff.; Banse 1996: 23f.; Rammstedt 1992: 1046). Die italienischen Wörter *risco*, *risciare* bedeuten *Wagnis* bzw. *wagen*, *etwas aufs Spiel setzen*. Nun gab es Fern- und Seehandel auch vor jener Zeit, und stets handelte es sich um höchst unsichere, gefährliche Unternehmungen. Um dem Umstand der Gefährdung, der Unsicherheit des Ausgangs einer solchen Unternehmung sprachlich Ausdruck zu verleihen, bedurfte es eigentlich keines neuen Begriffs: Wagnis, Gefahr, Abenteuer, Schicksal, Zufall, Glück waren völlig geläufige Worte und standen zur Umschreibung der einen oder anderen Seite der Medaille zur Verfügung. Warum also *Risiko*? Und warum im erwähnten Kontext?

Die Soziologen Bonß und Luhmann sind diesen Fragen nachgegangen und zu der Auffassung gelangt, dass sich mit der Ausbildung des Risikobegriffs ein neuer Handlungstypus im Umgang mit Unsicherheit abzuzeichnen beginnt. Kaufleute nehmen die Unsicherheiten des Fernhandels bewusst auf sich in der Erwartung auf einen Gewinn. „Bewusst“ heißt, dass ein drohender Verlust gegen einen potentiellen Gewinn abgewogen, eine Form der Kalkulation der Chancen für einen glücklichen Ausgang angestellt wurde, Vorkehrungen für einen günstigen Verlauf der Unternehmung und womöglich sogar für den Fall des Mislingens getroffen wurden: Die ersten Seeverversicherungen kamen auf. Manche Vorteile seien nur zu erreichen, wenn man etwas aufs Spiel setze – diese Einsicht festigte sich allmählich (Luhmann 1991: 19). Bonß grenzt dieses „Risikohandeln“ auf der einen Seite gegen Ergebung in schicksalhafte Bedrohungen und Divination ab, auf der anderen

Seite gegen den Handlungstypus der Tollkühnheit, der kein „inhärentes Sicherheitskonzept“ aufweise (Bonß 1991: 264, 266; ähnlich auch Luhmann 1991: 18f.). Diese Haltung, verbunden mit dem Einüben des neuen Handlungstyps, ist – historisch betrachtet – einigermassen voraussetzungsvoll. Sie kann sich nur dann ausbilden, wenn die Weltsicht insoweit säkularisiert ist, als Subjekte in ihr vorkommen, die sich als entscheidungsfähig begreifen und sich zutrauen, den Lauf der Ereignisse durch Entscheidungen und Handlungen beeinflussen zu können. Nur dann eröffnet sich dem neuen Handlungstypus ein Ereignisraum, der andernfalls verschlossen bliebe. Steht er erst einmal offen, erscheine es u.U. rationaler, ein Wagnis einzugehen, als es zu unterlassen. Denn nicht nur ein Fehlschlag ziehe das Bedauern der riskanten Entscheidung nach sich; auch deren Unterlassung und damit das Vergeben einer Chance könne Anlass zum Bedauern sein (Luhmann 1991: 28-30). Was sich hier abzuzeichnen beginnt, ist die von Max Weber beschriebene Rationalisierung okzidentaler Weltanschauung, der sich ausbildende „Glaube an Berechenbarkeit“ (Bonß 1995: 95f.). Der Risikobegriff ist Teil dieser Entwicklung. Eine Situation unter Risikogesichtspunkten zu betrachten, trägt zur Klärung von Entscheidungsprämissen bei und ermöglicht auf diese Weise Handlungen, ohne dass die Wahl der Alternativen vorgeschrieben wäre.

Es brauchte einige Jahrhunderte, bis sich der Risikobegriff gegenüber dem älteren *Wagnis* zur Kennzeichnung typischer kaufmännischer Entscheidungslagen durchsetzte und darüber hinaus Eingang in den allgemeinen Sprachgebrauch fand. In Shakespeares „Kaufmann von Venedig“ heißt es beispielsweise noch: „Men that *hazard* all do it in hope of fair advantages“ (zit. n. Collinson, Dowie, Holroyd & Collings 1980: 12). Im „Grossen vollständigen Universal-Lexicon Aller Wissenschaften und Künste“ ist 1742 unter dem Stichwort „Risiko“ verzeichnet: „... heissen die Kaufleute die Gefahr, so ihnen aus dem Handel möchte zuwachsen, wenn sie das Wechsel-Recht überschreiten; ingleichen die Wagung, daher sagen sie, ich will den See-Risiko, oder die Seegefahr wagen, oder dafür stehen; daher kommt Risquieren, ... ist soviel als wagen, und geschieht gar vielfältig bey den Kaufleuten, welche über See und Land handeln, und dabey vielen Gefährlichkeiten unterworfen sind, sonderlich in Kriegs- und Winterszeiten, in Sturm und Ungewitter, für Seeräubern und dergleichen“ (Zedler 1742: 1739; zit. n. Banse 1996: 24). Es dauert noch mehr als ein Jahrhundert, bis der Begriff über den spezifischen kaufmännischen Kontext hinaus Eingang in den allgemeinen Sprachgebrauch findet. Im „Deutschen Wörterbuch“ der Brüder Grimm heißt es schließlich unter „Riskieren“: „... 1. gefahr laufen: dann riskierte der mohr noch mehr von klippen und sturm, als von unserm gegenseitigen widerstande ...; er risquirt sein ganzes vermögen zu verlieren ... 2. wagen, aufs spiel setzen; ich mag es nicht risquieren ...; seine ehre, seinen guten Ruf riskieren; im Scherze auch einen (tanz oder trunk) riskieren“ (Grimm & Grimm 1893: Sp. 1042).

„Etwas riskieren“, ein „riskantes Unternehmen“, „sich einem Risiko aussetzen“, „no risk, no fun“ – in den Redeweisen, die uns heute geläufig sind, ist die Kennzeichnung der ursprünglich kaufmännischen Entscheidungslage erhalten geblieben und verallgemeinert worden. Nach wie vor wird zum Ausdruck gebracht, dass man sich in eine Situation begibt, die schlechtenfalls Schaden oder Verlust nach sich zieht, und man nimmt sie auf sich in der Hoffnung, der Gewinn möge sich einstellen, der Schaden dagegen ausbleiben. Charakteristisch für etwas, das als Risiko bezeichnet wird, ist also das Kalkulieren von Gewinn- und Verlustchancen in Situationen, deren Ausgang ungewiss ist und auch nicht gewusst werden kann. Damals wie heute unterziehen wir uns im Alltag allerdings kaum der Mühe, eine Erwartung zu quantifizieren, am ehesten vielleicht noch die Höhe eines

Gewinns oder Verlustes. Aber kaum jemals kalkulieren wir in einem harten Sinn (also quantifiziert), für wie wahrscheinlich wir den Eintritt des Schadenfalls halten. Dennoch wird man auch in einer Umschreibung der Erwartung ein Maß für das Risiko sehen dürfen, das jemand bereit ist einzugehen: Wenn man von jemandem sagt, er gehe ein „unnötiges Risiko“ ein, dann ist damit gemeint, der avisierte Vorteil ließe sich auch auf anderem Wege erringen oder es gäbe gar keinen. Etwas als ein „unkalkulierbares Risiko“ zu bezeichnen, mündet zumeist in der Empfehlung, lieber die Finger davon zu lassen, weil eben eine Grundbedingung für riskante Entscheidungen, einen Kalkül anzustellen (sei er auch unvollständig oder fehlerhaft), nicht gegeben ist.

Der bisher vorgestellte Begriffsgebrauch charakterisiert stets Situationen, die qua Entscheidung desjenigen zustande kommen, der sich einer Gewinn- und Verlusterwartung gegenübersteht und dessen Entscheidungssituation deshalb ambivalent ist. Nur allzu geläufig sind uns aber auch Verwendungsweisen von *Risiko*, die Passivität ausdrücken oder einseitig die Schadensseite betonen. „Einem Risiko ausgesetzt sein“ – wissentlich oder unwissentlich – wird kaum durch eigene Entscheidungen veranlasst. Die Praxis des Versicherns hat uns vertraut gemacht mit der im Versicherungswesen üblichen Risikodefinition, nach der sich ein Risiko aus dem Produkt der Eintrittswahrscheinlichkeit und der Schadenshöhe bemisst, im Folgenden „Risikoformel“ genannt (Bonß 1991: 259).⁸⁸ Man versichert sich *gegen* ein Risiko, trifft also kompensatorische Vorkehrung für den Schadensfall. Risiken, gegen die wir uns üblicherweise versichern (müssen), sind keine durch singuläre Entscheidungen einmalig eröffneten Ereignisräume, sondern latent dauernd präsent. Als Autohalterin versichere ich mich nicht gegen das Risiko jeder einzelnen Fahrt, die je nach Ziel, Verkehrs- und Wetterlage sowie meinem momentanen Zustand unterschiedlich riskant sein kann, sondern das Risiko des Autofahrens an sich. Wo bleibt in diesem Fall der Gewinn oder die Aussicht darauf? Er dürfte uns kognitiv kaum präsent sein, denn er besteht darin, dass wir uns alltagstauglich verhalten können, ohne ständig von der Sorge geplagt zu sein, Aktivitäten des normalen Lebensvollzugs, die vielleicht einmal schiefgehen, könnten uns unversehens in wirtschaftliche Not stürzen. Indem das Gewinnpotential riskanter Situationen verblasst, schwindet auch das Bewusstsein für die Ambivalenz des Risikos.

Bonß zufolge ist die negativ getönte eher als die kaufmännische Begriffsprägung bestimmend im öffentlichen Risikodiskurs (Bonß 1995: 32f.). Die negative Bedeutung von *Risiko* wird des Weiteren daran deutlich, dass einem Risiko eine Chance gegenübergestellt wird, wie es in der häufigen Redewendung von „Chancen und Risiken“ geschieht (vgl. Bonß 1996: 168). Obwohl mit dem Begriff *Chance*, worthistorisch und mathematisch betrachtet, ein ähnlicher Sachverhalt beschrieben wird wie mit *Risiko* (Collinson et al. 1980: 12) – eine Situation, die so oder so ausgehen kann –, ist seine Verwendung mittlerweile landläufig eingegrenzt auf die Betonung eines möglichen Gewinns, dessen Ausbleiben zugleich nicht als großer Schaden angesehen wird. Wir haben die *Chance*, im Lotto Geld zu gewinnen; laufen wir aber ein *Risiko*, Geld zu gewinnen? Nein, wir riskieren allenfalls den Verlust unseres Einsatzes (und unserer Hoffnungen – bis zum nächsten Samstag). *Chance* hat einen ebenso starken positiven Bias wie *Risiko* einen negativen hat (Bonß 1996: 168; anders, aber unplausibel: Grundmann 1999: 48). Der negative Bias von *Risiko* zeigt

⁸⁸ Die Formel ist flexibel, weil sie kein Maß für den Schaden vorschreibt, und deshalb in der Anwendung nicht auf den Versicherungskontext festgelegt. Versicherungen freilich sind bestrebt, die verschiedensten Schäden in *einer* Währung – Geld – auszudrücken.

sich darüber hinaus in der oftmals synonymen Verwendung für *Gefahr*. Hier verschwindet der positive Anteil – das Wagnis um eines Gewinns willen – völlig (allenfalls bleibt der Gefahrenkitzel), und zudem geht der Aspekt des Entscheidens bei dieser Verwendungsweise verlustig.

Für das Folgende festzuhalten bleibt die parallele, nicht aufeinander rückführbare Verwendung des Risikobegriffs mit einer ambivalenten, kalkulativen, auf Entscheidung abhebenden Konnotation zum einen, einer in der Entgegensetzung zu *Chance* einseitig den potentiellen Schadensfall fokussierenden und damit negativen Konnotation zum zweiten und schließlich der gleichfalls negativen Konnotation in der Gleichsetzung von *Risiko* mit *Gefahr*.

4.2 Der Risikobegriff in einigen wissenschaftlichen Disziplinen

Forschungen zum Thema Risiko gibt es in einer Vielzahl wissenschaftlicher Disziplinen, so in der Ökonomie und Entscheidungstheorie, der Statistik und Mathematik, der Rechtswissenschaft, der Epidemiologie, der Psychologie und nicht zuletzt der Soziologie (vgl. Banse 1996). Bechmann zufolge lassen sich drei Ansätze unterscheiden: ein „formal-normativer“, ein „psychologisch-kognitiver“ und ein „kulturell-soziologischer“ Ansatz (1997a: IXff.). Die Auswahl der Ansätze, die ich im Folgenden vorstellen werde, entspricht dieser Systematisierung. Im letzten Abschnitt (4.2.4) untersuche ich unter Berücksichtigung der bis dahin herausgearbeiteten Gesichtspunkte Bedeutung und Konnotation der Begriffe *Risiko* und *Risikofaktoren* in Medizin und Epidemiologie.

4.2.1 Zur wahrscheinlichkeitstheoretischen Fundierung des Risikobegriffs

Wenn Risikohandeln bedeutet, ein Wagnis einzugehen und zuvor Schadens- und Gewinnpotential abzuwägen, dann stellt die Kalkulation einen Versuch dar, eine unsichere Situation durch den Aufbau von Erwartungssicherheit überschaubarer zu machen. Doch wie lässt sich Erwartungssicherheit aufbauen? Um ein Risiko einschätzen zu können, muss man eine Vorstellung davon entwickeln, wie wahrscheinlich der Eintritt des Schadensfalls ist und diesen mit dem Ausmaß des Schadens bzw. des Gewinns in Beziehung setzen. Hierin lange Zeit auf Intuition und Erfahrung angewiesen, wird eine systematische Schätzung als Grundlegung von Erwartungssicherheit erst mit der aufkommenden Wahrscheinlichkeitsrechnung in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts möglich. Der Begriff der Wahrscheinlichkeit und seine philosophische und mathematische Ausarbeitung sind für den Risikobegriff zentral (Hacking 1975; Krüger, Daston & Heidelberger 1987a, 1987b).

Wie wird Wahrscheinlichkeit interpretiert? Zur Disposition stehen heute zwei theoretisch und analytisch unterscheidbare, zudem einander entgegengesetzte Versionen, die sogenannte subjektive und die objektive Interpretation. Wahrscheinlichkeit *subjektiv* zu interpretieren heißt, den *Grad der Gewissheit zu quantifizieren, mit dem eine Aussage für wahr gehalten wird*. So verstanden, ist Wahrscheinlichkeit ein epistemologischer Begriff, denn diese Position behauptet, dass außerhalb von Urteilen über den Grad des Fürwahrhaltens einer Aussage Wahrscheinlichkeit gar nicht existiert. Sie kommt erst dadurch zustande, dass ein Subjekt eine mehr oder minder gut begründete Meinung darüber hegt, in welchem Maße es eine Aussage für zutreffend hält. Wahrscheinlichkeitsaussagen beziehen sich demnach immer auf menschliches Wissen und nicht auf einen davon unabhängigen Zu-

stand. Die mehr oder minder gute Begründung eines solchen Urteils hängt von den Daten ab, auf die sich ein Gewissheitsgrad stützt bzw. stützen kann. Sie können durchaus objektiv sein: etwa wenn der Ereignisraum bekannt und begrenzt ist und aufgrund physikalischer Symmetrie alle Ereignisse gleich wahrscheinlich sind (Beispiel: Münze, Würfel, Kartenspiel). Es können auch beobachtete Häufigkeiten von Ereignissen zur Urteilsbildung herangezogen werden. Schließlich ist es in dieser Version aber auch zulässig, Schätzungen auf nichtstatistische Erfahrung zu gründen (Hacking 1975; Collinson et al. 1980: 21; Lindley 1994: 6; Gigerenzer, Swijtink, Porter, Daston, Beatty & Krüger 1999: 21ff.).⁸⁹ In den Worten eines der prononciertesten Vertreter der subjektiven Position, des Mathematikers Bruno de Finetti:

„... every evaluation of a probability is based on all the available information, including objective data, but only our subjective judgment can guide our selection of what information to consider as relevant for our purposes and how to let it influence our belief. Even in the cases where one accepts the so-called objective probabilities (...), the subjective decision to admit only such information as relevant and to make use of it in the ordinary ways is what transforms objective data into a probability. Therefore the probability is itself subjective.“ (de Finetti 1974a: 16)

Konträr dazu steht das *objektive* Verständnis von Wahrscheinlichkeit, oftmals auch Häufigkeitsinterpretation genannt. Der frequentistischen Position bedeuten subjektive Gewissheitsgrade „precisely nothing, or at any rate ... they mean nothing precisely“ (Savage 1972 [1954]: 27, vgl. Neyman 1977: 101). Grundlegend für ihren Wahrscheinlichkeitsbegriff sind *beobachtete relative Häufigkeiten von Ereignissen gleicher Art unter der Bedingung langfristiger Stabilität*. Wahrscheinlichkeit ist ein *Synonym für einen Grenzwert*: Bei hinreichend häufiger Wiederholung eines Zufallsexperiments nähert sich die relative Häufigkeit, mit der ein definiertes Ereignis eintritt, jenem Grenzwert. Die Stabilität, die sich in der Wiederholung zeigt, eigne sich jedoch nicht zur Vorhersage für den Ausgang des $n+1$ ten Versuchs (Neyman 1977). Wahrscheinlichkeiten beziehen sich dem frequentistischen Standpunkt nach auf einen *vom menschlichen Wissen unabhängig existierenden Zustand der Welt*. So verstanden, ist Wahrscheinlichkeit ein statistischer Begriff (vgl. Hacking 1975; Howson & Urbach 1994; Gigerenzer et al. 1999: 21-91).⁹⁰

⁸⁹ Beispiele: (1) „Beim nächsten Würfelwurf erscheint eine 5‘ – diese Aussage halte ich mit einem Gewissheitsgrad von $p=1/6$ für wahr.“ (2) „Ich werde innerhalb der nächsten fünf Jahre einen Herzinfarkt erleiden‘ – unter Berücksichtigung epidemiologischer Daten, persönlicher Merkmale und eines Schuss‘ Pessimismus halte ich diese Aussage mit einem Wahrscheinlichkeitswert von $p=0,03$ für wahr.“ (3) „Die USA werden innerhalb der kommenden 12 Monate nicht zur direkten Konfliktpartei in Syrien avancieren‘ – diese Aussage halte ich Anfang Juni 2013 nach dem Informationsstand einer aufmerksamen Zeitungsleserin mit einem Gewissheitsgrad von $p=0,85$ für wahr.“ – Eine umständliche Ausdrucksweise fürwahr, aber man versteht doch, worauf das Ganze hinauslaufen soll.

⁹⁰ Der in der Wahrscheinlichkeitstheorie übliche Terminus „subjektive Wahrscheinlichkeit“ darf nicht mit dem gleichlautenden Begriff der Kognitionspsychologie verwechselt werden (vgl. Kahneman & Tversky 1982). Subjektive Wahrscheinlichkeitsurteile werden in der Kognitionspsychologie mitunter auch als „intuitiv“ bezeichnet, „not assumed to satisfy any axioms or consistency requirements“ (Kahneman & Tversky 1982: 32). Die Kognitionspsychologie möchte zeigen, in welcher Weise subjektive Wahrscheinlichkeitsurteile von objektiven abweichen, unter denen die Autoren „values calculated, on the basis of stated assumptions, according the laws of probability calculus“ verstehen (s.a. Kap. 4.2.3). Die kognitionspsychologische Gegenüberstellung beider Begriffe beinhaltet also eine Normsetzung (die objektiven Urteile, die den Regeln der Wahrscheinlichkeitstheorie gehorchen) und die Abweichung davon (die subjektiven Urteile, bei denen die Regeln der

Die beiden Wahrscheinlichkeitsbegriffe stehen am (vorläufigen) Ende einer Entwicklung. An ihrem Anfang wurde die begriffliche Entgegensetzung noch nicht gesehen, obschon beide Begriffe bereits angelegt waren. Die Geschichte der Wahrscheinlichkeitstheorie ist eine der Ausdifferenzierung beider Auffassungen (Hacking 1975: 11-17; Gigerenzer et al. 1999: 298-300; Zabell 2000: 113-115).⁹¹ Der Beginn der Wahrscheinlichkeitstheorie wird gemeinhin auf das Jahrzehnt um 1660 datiert. Die Frage, warum sie ausgerechnet zu jener Zeit entstand, ist nicht recht schlüssig zu beantworten. Das Glücksspiel – lange das paradigmatische Feld für die Mathematisierung des Wahrscheinlichkeitsbegriffs – ist viel älter; das sich im Gefolge des Seehandels entwickelnde Versicherungswesen und die schon bestehende Risikopraxis (vgl. Kap. 4.1) machte sich die Statistik lange Zeit gerade nicht zu eigen. Ebenso wenig wurde die aufkommende Wahrscheinlichkeitstheorie von einem philosophisch neuen Begriff des Zufalls begleitet.⁹² Am plausibelsten scheint es, die Entstehung der Wahrscheinlichkeitstheorie in einen Zusammenhang mit der Ablösung vom Ideal absoluter Gewissheit zu stellen und in ihr die Ausarbeitung der Behauptung zu sehen, dass die Vernunft sich hinreichend auch durch nicht so ganz sicheres Wissen anleiten lasse. Empirismus und induktives Schließen begannen deduktive Methoden abzulösen. Die damit einhergehende Inkaufnahme von Unsicherheit ließ sich abmildern, wenn angegeben werden konnte, *wie unsicher genau* etwas ist (Howson & Urbach 1994: 40; Gigerenzer et al. 1999: 21-26).

1662 wurde die in der apologetischen Tradition stehende, philosophiegeschichtlich einflussreiche Wette von Blaise Pascal veröffentlicht. Pascal begründet, warum es vernünftiger sei, an Gott zu glauben als dies nicht zu tun: Die Frage nach der Existenz Gottes könne nicht mit Gewissheit verneint oder bejaht werden, beide Alternativen seien daher als gleich wahrscheinlich anzunehmen. Deshalb sei auch nicht auszuschließen, dass auf Ungläubige die ewige Verdammnis warte. Angesichts dessen sei es klüger, die Mühen einer vielleicht vergeblichen Gottesverehrung auf sich zu nehmen, als sich den endlichen Freuden irdischer Sünden hinzugeben. Denn sollte Gott doch existieren, werde die irdische Mühe mit unendlicher Seligkeit belohnt, während den Libertin die Pein ewiger Höllenqualen erwarte. – Pascal stellt ein auf Definitionen beruhendes Risikokalkül auf, in dem unter Ungewissheit Kosten und Nutzen zweier Optionen abgewogen werden. Da Pascal überdies Präferenzen einführt, ist sein Risiko- zugleich ein Entscheidungskalkül (Hacking 1975; Collinson et al. 1980: 18ff.).⁹³

Wahrscheinlichkeitstheorie nicht beachtet werden). Dagegen spiegelt die wahrscheinlichkeitstheoretische Differenzierung von subjektiver und objektiver Interpretation zwei grundverschiedene Normsetzungen wider. Beide anerkennen jedoch grundlegende Prinzipien der Wahrscheinlichkeitstheorie wie z.B. den Additions- und Multiplikationssatz oder – mit Einschränkungen – das Bayes'sche Theorem.

⁹¹ Wer mehr über die zwischen Mathematik, Philosophie, Sozial- wie Naturwissenschaften hin und her springende Entwicklung der Wahrscheinlichkeitstheorie und später der Statistik erfahren möchte, sei auf die schon klassischen Monographien von Hacking (1975, 1990), Krüger et al. (1987a, b), Gigerenzer et al. (1999) und Porter (1986) verwiesen.

⁹² Sie lässt sich ohne weiteres mit deterministischen Grundpositionen vereinbaren. Wahrscheinlichkeit und Zufall wären demnach Charakterisierungen imperfekter menschlichen Wissens, Gott selbst aber würfelt nicht.

⁹³ Hacking diskutiert die logische Schlüssigkeit ausführlich (1975: 63-72): An dieser sei nichts auszusetzen. Anders sehe es freilich mit den Prämissen aus; sie seien „dubious, if not patently false“ (67).

Etwa dreißig Jahre später arbeitet Jakob Bernoulli, der wie Pascal sowohl Mathematiker als auch Theologe war, das erste Grenzwerttheorem aus.⁹⁴ Bernoulli stützt sein Theorem auf das klassische Urnenexperiment mit einem gegebenen Verhältnis von weißen und schwarzen Kugeln. Bei unendlich vielen Ziehungen (mit Zurücklegen) werde die experimentell herausgefundene Verteilung der tatsächlichen entsprechen, die Wahrscheinlichkeit, dass die Beobachtung dem tatsächlichen Verhältnis weißer und schwarzer Kugeln entspricht, werde zur Gewissheit. Keine mathematisch befriedigende Lösung fand Bernoulli für die Frage, wie viele Beobachtungen welchen Grad von Gewissheit rechtfertigten. Er nahm an, dass selbst bei relativ einfachen Sachverhalten eine unpraktikabel hohe Zahl von Beobachtungen notwendig sei, um einen Gewissheitsgrad von 999/1000 zu erlangen (Hacking 1975: 154).

Bernoulli selbst schrieb über sein Theorem, es zeige nicht viel mehr als das, was „auch der dümmste Mensch mittels eines naturgegebenen Instinkts von allein und ohne vorherige Instruktion weiß“, dass nämlich mit der Anzahl von Beobachtungen eine Vermutung akkurater wird (zit. n. Gigerenzer et al. 1999: 50f.). Aber, wie Gigerenzer et al. und Hacking bemerken, es war doch noch mehr daran: Bernoulli verknüpfte beide Wahrscheinlichkeitsinterpretationen miteinander, indem er den Gewissheitsgrad an die Häufigkeit eines Experiments band – was später, als die Unterscheidung beider Begriffe theoretisch hinreichend ausgearbeitet war, dazu führte, dass beide Richtungen ihn als „founding father“ reklamierten (Hacking 1975: 15f.). Bernoulli verfolgte mindestens zwei durchaus ehrgeizige Absichten, und es war lange Zeit umstritten, ob sein Theorem diese erfüllte. (1) Das Theorem geht von einer gegebenen Wahrscheinlichkeitsverteilung p aus und zeigt, dass mit zunehmendem n die beobachtete Verteilung sich der tatsächlichen annähert. Was aber ist in den Fällen, in denen die Kenntnis von p nicht a priori vorausgesetzt werden kann? Die Möglichkeit des inversen Schließens – a posteriori von der Beobachtung auf eine unbekannte Verteilung, eine uns mittlerweile geläufige statistische Operation – hatte Bernoulli wohl im Blick, doch blieb seine mathematische Demonstration in dieser Hinsicht zweideutig. (2) Bernoullis zweite Absicht hängt eng mit der ersten zusammen und unterstreicht sein Bemühen, die Wahrscheinlichkeitstheorie für empirische Fragen nutzbar zu machen, sie nämlich jenseits von Würfel, Urne und Talon auf Phänomene anzuwenden, die zwar statistischer Regelmäßigkeit nicht entbehren, wie z.B. Sterblichkeit und Erkrankungsraten, nicht jedoch die Bedingung gleichverteilter Wahrscheinlichkeit erfüllen (Hacking 1975: 155-165).

Wie bei Pascal finden sich bei Bernoulli mit den Ingredienzien für einen Risikobegriff auch erste Schritte zu einer Entscheidungstheorie: In seiner „Kunst der Mutmaßung“ empfiehlt Bernoulli, bei der Wahl von Handlungsalternativen sowohl den Grad der Wahrscheinlichkeit als auch den mutmaßlichen Nutzen resp. Schaden in Erwägung zu ziehen (Bernoulli 1899 [1713]: 78). Er versuchte des Weiteren, eine mathematische Antwort auf die Frage zu geben, wie viele Beobachtungen einen zuverlässigen Schluss von der qua Experiment bestimmten Häufigkeitsverteilung auf die tatsächliche erlauben, war aber selbst wohl unzufrieden mit der Umständlichkeit seiner Lösung. Den Anwendungsbezug der Wahrscheinlichkeitstheorie im Auge behaltend, argumentierte er, es erscheine nützlich und gerechtfertigt, sich auf einen Grenzwert zu einigen, ab dem eine nicht gänzlich vollkommene Gewissheit („moralische G.“) wie eine unbedingte zu behandeln sei.

⁹⁴ Dargelegt im vierten Teil der „Ars conjectandi“; die Schrift wurde erst 1713, acht Jahre nach Bernoullis Tod, veröffentlicht (Hacking 1975: 143).

Die Begründung ist pragmatisch: „Weil aber doch nur selten volle Gewissheit erlangt werden kann.“ Die Festlegung eines solchen Grenzwertes – ob er bei 99/100 oder bei 999/1000 liegen solle – sei Aufgabe der Politik: Sie habe auf „Veranlassung der Obrigkeit“ zu geschehen (ebd.: 80).

Wusste der „gesunde Menschenverstand“⁹⁵, sich der Wahrscheinlichkeitstheorie zu bedienen? Die ersten Theoretiker sahen den Anwendungsbezug, er war ihnen ein Anliegen. Sie verstanden die Wahrscheinlichkeitstheorie als Handreichung für vernünftige Menschen, mit der auch in ungewissen Situationen ein maximaler Gewissheitsgrad zu erlangen wäre, auf den wiederum sich Urteile und Entscheidungen gründen ließen. Jene jedoch, denen die Theorie angedient wurde – Spieler, Juristen, Staatenlenker, Versicherer – haben das Werkzeug nur sehr zögerlich zur Hand genommen. Insbesondere im Versicherungswesen wurden bis zum Ende des 18. Jahrhunderts Entscheidungen und damit Preisfestsetzungen auf der Basis von Intuition und intemem Kontextwissen und gerade nicht der Wahrscheinlichkeitstheorie gefällt. Die „Praktiker des Risikos“ orientierten sich am Einzelfall:

„Nur mit gutem Urteilsvermögen und hoher Detailkenntnis könne man den Preis des fraglichen Risikos richtig bestimmen. (...) Die Risikopraxis war nicht nur statistikfrei, sie war in ihrer Konzentration auf den individuellen Fall und in ihrer Vernachlässigung großer Zahlen und langer Zeitspannen auch eindeutig statistikfeindlich. Für die Praktiker war Zeit gleichbedeutend mit Unsicherheit, denn die Zeit brachte unvorhersehbare Veränderungen in diesen entscheidenden Bedingungen mit sich; für die Wahrscheinlichkeitstheoretiker war die Zeit gleichbedeutend mit Gewissheit, mit den großen Zahlen, welche die stabilen Regularitäten unter der Oberfläche der scheinbar fließenden Übergänge zum Vorschein brachten.“ (Gigerenzer et al. 1999: 47; auch 39-47; vgl. Daston 1987)

Die Reserviertheit schwindet schließlich in dem Maße, wie im 19. Jahrhundert die beiden Versionen von Wahrscheinlichkeit als miteinander unvereinbar erklärt werden. Um 1840 wurde von mehreren Autoren unabhängig, u.a. von J.S. Mill, die Häufigkeitsinterpretation von Wahrscheinlichkeit ausgearbeitet. Poisson hatte als erster gegen die Ineinssetzung von Häufigkeiten und Gewissheitsgrad argumentiert und damit die Trennung zwischen objektiver und subjektiver Interpretation von Wahrscheinlichkeit etabliert. In den folgenden Jahrzehnten gewinnt die objektive Interpretation mit der Überzeugung die Oberhand, dass Wahrscheinlichkeitsaussagen „als Aussagen über die Häufigkeiten gleicher Ereignisse über einen langen Zeitraum und nicht als ein Maß der Erwartung für den Ausgang eines speziellen unsicheren Ereignisses [richtig zu verstehen seien]. (...) Die Häufigkeitsauffassung begann als eine statistische Auffassung der Wahrscheinlichkeit“ (Gigerenzer et al. 1999: 67). Anwendungsgebiete wie Statistik und Versicherung, die mit der objektiven Interpretation kompatibel sind, weiten sich aus. Wissenschaften wie die aufkommende Soziologie, die Biologie, Chemie, Mathematik, Demographie u.a. fangen an, sich für Phänomene zu interessieren, die durch die Stabilität der großen Zahlen offenbar werden, und nutzen demzufolge die Statistik. Die Epidemiologie war auch darunter. Diesen Prozess, der sich auch im 20. Jahrhundert ungebrochen fortsetzte, haben Krüger et al. (1987a, b) als „probabilistic revolution“ bezeichnet. Andere Felder hingegen, in denen

⁹⁵ Laplace formulierte, Wahrscheinlichkeit sei nichts weiter als „der in Rechnung gebrachte gesunde Menschenverstand“ (Gigerenzer et al. 1999: 31-34).

die Wahrscheinlichkeitstheorie auf Fragen der Evidenz, des Urteils und nach Ursachen angewendet wird, verlieren an Bedeutung (Gigerenzer et al. 1999: 60ff.).

Die Medizin allerdings weigert sich zunächst, die aufkommende Statistik für sich zu nutzen. Ihre Orientierung bleibt vorerst der Einzelfall, sie hält an der Überzeugung fest, „der Gebrauch der Wahrscheinlichkeit in der Medizin sei unwissenschaftlich – er setze eine Gleichartigkeit der Patienten voraus, die vielleicht in der Physik angemessen, in der Medizin aber unrealistisch sei“ (ebd.: 68). In der Medizintheorie jener Zeit galt Krankheit als ein spezifischer Zustand in der Konstitution eines Individuums: „Krankheit wurde als die Abweichung vom „natürlichen“ Zustand definiert, der aber von dem persönlichen gesunden Zustand des betroffenen Einzelmenschen zu unterscheiden war“ (ebd.). Es wurde also eine intraindividuelle Unterscheidung zwischen „krank“ und „gesund“ getroffen, das Individuum diente sich selbst als Referenz. Dabei ist es bekanntlich nicht geblieben. Später wurden statistisch erhobene epidemiologische und medizinische Daten ebenso wie die Normalverteilung als Orientierungswissen für die Medizin akzeptiert, wenn auch – angesichts der keineswegs aufgegebenen Einzelfallorientierung – nicht spannungsfrei.

Es schien, als habe die „probabilistic revolution“ den subjektiven Wahrscheinlichkeitsbegriff endgültig verdrängt. Mit den Arbeiten der Mathematiker Ramsey und de Finetti und v.a. deren Rezeption durch Savage (1972 [1954]) hat die subjektive Variante in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts jedoch eine anhaltende Neubelebung erfahren, nicht zuletzt durch ihre Anwendung auf Fragen rationaler Entscheidung (Lindley 1974, 1994; Jeffrey 1987; Ayton & Wright 1994; Gigerenzer 1994: 137f.; Zabell 2000: 113-115). Eine revidierte mathematische Begründung erhielt aber auch die objektive Interpretation im 20. Jahrhundert durch Richard von Mises. In statistischen Anwendungsfeldern ist die objektive Interpretation sehr einflussreich, kaum aber in ihrer mathematisch strengen Form, sondern eher als „informal scientific view of probability“ (Zabell 2000: 114; Gigerenzer et al. 1999: 295-298). Auf theoretischer Ebene ist der Gegensatz zwischen beiden Konzepten stärker denn je (Zabell 2000: 113f.; Howson & Urbach 1994).

Um die Bedeutung der jeweiligen Wahrscheinlichkeitsinterpretation für einen Risikobegriff herauszustellen: Folgt man von Mises Auffassung, dann können Wahrscheinlichkeits- und damit Risikoaussagen stets nur für eine Klasse, nicht aber für Einzelereignisse oder einzelne Personen getroffen werden, und Ersteres nur unter der Voraussetzung, dass sich die Ereignisse, die eine Klasse bilden sollen, hinreichend gleichen und häufig genug beobachtet worden sind. Der Übertragung einer relativen Häufigkeit auf z.B. eine Person steht entgegen, dass sie stets vielen verschiedenen Klassen zugehörig ist, deren relative Häufigkeit für ein definiertes Ereignis differieren mag. Zudem ist z.B. die Erkrankung eines Individuums in dieser Perspektive ein einmaliges Zufallsereignis, das sich eben nicht in Gleichartigkeit und großer Zahl beobachten lässt. Daher ist es, von Mises zufolge, „utter nonsense to say ... that Mr. X, now aged forty, has the probability 0.011 of dying in the course of the next year“ (zit. n. Gigerenzer 1994: 132). Äußerungen, die die Ableitung von Individualaussagen aus dem Risikofaktorenkonzept als unzulässig zurückweisen, liegt diese Wahrscheinlichkeitsinterpretation zugrunde – auch wenn das nicht immer deutlich wird (vgl. Kirchgäßler 1985: 172, 185-187; Borgers 1999a: 9; 1999b: 186; Grande 1996: 52). Wahrscheinlichkeitsaussagen als Grad subjektiver Gewissheit verstanden und quantifiziert, können sich dagegen sehr wohl auf singuläre Ereignisse und

Personen beziehen, ohne mit der theoretischen Fundierung dieser Begriffsversion in Konflikt zu geraten; das Anwendungsfeld ist zudem nicht auf jene Bereiche beschränkt, für die Häufigkeitsdaten vorliegen.

4.2.2 Soziologische Risikoforschung

Für den gesellschaftlichen Umgang mit Risiken begann sich die Soziologie verstärkt seit etwa Mitte der 1970er Jahre zu interessieren. Politische Auseinandersetzungen um die gesellschaftsweite Einführung neuer (Groß-)Technologien zeigten die Erodierung eines bis dato herrschenden Fortschrittsoptimismus und weit verbreiteten Vertrauens in die technische Entwicklung an. Zweifel an der Zuverlässigkeit von Expertenwissen kamen hinzu. Dass Menschen in großer Zahl und aus verschiedenen Anlässen sich Gedanken über kurz- und langfristige Risiken und „Katastrophenpotentiale“ (Halfmann & Japp 1990; Bechmann 1997b: 251) technologischer Innovationen machten und ihr Unbehagen artikulierten, politische Entscheidungen darüber zu blockieren versuchten etc., bot Soziologen Anlass genug, den soziologischen Part einer Technikfolgenanalyse und -abschätzung beizusteuern (Bonß 1991; Zinn 2011). Akzeptanzprobleme und deren Bearbeitung wurden ebenso wie die Divergenz in der Bewertung von Risiken durch Experten und Laien zu Topoi soziologischer Risikoforschung (Krohn & Krücken 1993; Bechmann 1997b; Zinn 2011). Indem Soziologen die gesellschaftliche Kommunikation von und über Risiken zum Untersuchungsgegenstand machten (Wynne 1983; Luhmann 1991) und auf die Kulturabhängigkeit der Selektion von Risiken hinwiesen (Douglas & Wildavsky 1982), wurde die Objektivitätsfiktion der „Versicherungsformel“ in Frage gestellt. Allgemeiner ging es Soziologen auch darum, die Bedeutung „evolutionärer Risiken“ (Krohn & Krücken 1993: 21ff.) für die gesellschaftliche Entwicklung und Verfasstheit herauszuarbeiten; so das diagnostische Programm der Beck'schen „Risikogesellschaft“ (1986).

Neue Risiken entstehen aber nicht nur im Gefolge neuer Großtechnologien, sondern kommen auch – darauf wies Luhmann hin – durch die „Akkumulation von Entscheidungseffekten“ zustande (1991: 35). Der kausale Zusammenhang zwischen Handlung und Folge (z.B. Autofahren und Erderwärmung) kann oft nur noch durch Wissenschaft rekonstruiert werden (Lau 1989: 423). Die neue Qualität von Entscheidungen wie Folgen liege darin, dass ein Schadensfall irreversibel und nicht kompensierbar sei, dass man mit den Entscheidungen in einen unbekanntem, prinzipiell offenen Ereignisraum vorstoße (Krohn u. Krücken nennen dies „Unsicherheits-Unsicherheit“; 1993: 23), weshalb nicht alle Ereignisse oder Ereigniskombinationen bekannt sein und erst recht nicht berechnet werden können, und schließlich Entscheidungen und ihre Folgen räumlich, zeitlich und sozial auseinanderfallen, „da die Handlungs- und Wirkungsketten ungemein verlängert worden sind“ (Bechmann 1997b: 255; vgl. auch Lau 1989: 420-426; Bonß 1991: 265f., 271f.; ders. 1996: 177ff.; Banse 1996: 33; Japp 2000). Insgesamt wird für technische Entwicklungen der jüngeren Vergangenheit konstatiert, dass „all dies ... die traditionellen versicherungstechnischen Mechanismen der antizipativen Vorsorge und nachträglichen Kompensation [sprengt]“ (Krohn & Krücken 1993: 24) und deshalb auch die Risikobetrachtung analog zur „Versicherungsformel“ einen nur unzureichenden, weil allzu spezifischen Risikobegriff liefere (Lau 1989: 423; Banse 1996: 35-42).

Aus den Reihen der Soziologie selbst stammt die kritische Anmerkung, soziologische Risikoanalysen seien „technikfixiert“ (Bonß 1991: 261; Krücken 1996: 186-188). Diese Ausrichtung soziologischer Risikoforschung kann für das Anliegen der vorliegenden Arbeit

nicht weiter von Belang sein. Anregend sind hingegen die schon klassischen Beiträge zur Begriffsklärung von Bonß (1991, 1995, 1996) und Luhmann (1991), die bei aller Divergenz in ihren soziologischen Grundüberzeugungen zu überraschend konvergierenden Ergebnissen gelangen. Aufgreifen möchte ich davon Folgendes:

Beide Autoren beginnen ihre Analyse mit der Frage, wann und in welchem Kontext der Risikobegriff entstanden ist (vgl. Kap. 4.1), und sie kommen zu dem Schluss, dass der Begriff zunächst Situationen bezeichnet hat, die durch Entscheidungen (und Handlungen) zustande kommen. Diese grundlegende Charakterisierung ist ihr Ausgangspunkt für weitere Differenzierungen.

Abgrenzung zum Begriff der Gefahr: Während Risiken entscheidungsgebunden entstehen, also durch handelnde Subjekte hervorgerufen werden, gelte dies nicht für Gefahren. Eine Gefahr stelle ein unbeeinflussbares äußerliches Ereignis dar, das unabhängig vom Handelnden existiere, während beim Eingehen eines Risikos Zukunft als Ergebnis eigenen Handelns geschaffen werde. Gefahren stellten stets und nur eine Bedrohung dar, hingegen entstünden bei Risiken sowohl Bedrohung als auch Chance; daher die *Ambivalenz* riskanter Entscheidungen und der Reiz, neue Handlungsmöglichkeiten auszuprobieren (Luhmann 1991: 21f., 25ff.; Bonß 1995: 51ff.).

Zurechenbarkeit und Verantwortung: Da Gefahren subjektunabhängig existierten und nicht beherrschbar seien, seien sie auch nicht verantwortbar; niemand lasse sich dafür zur Verantwortung ziehen. Risiken hingegen seien zurechenbar und für ihre Folgen hätten Handelnde im Zweifelsfall einzustehen. Da der Kreis von Risiken und ihren Folgen Betroffener oftmals über den oder die Entscheider weit hinausreicht, stelle sich ein und dieselbe Handlung für den einen als Risiko, für den anderen als Gefahr dar. Durch die Verlängerung von Handlungs- und Wirkungsketten schwinde die Zurechenbarkeit von Folgen auf Entscheidungen, und es werde schwieriger, zwischen Risiken und Gefahren zu unterscheiden (Bonß 1991: 265f., 1996: 176ff.; Luhmann 1991: 33ff.).

Die Zurechenbarkeit ihrerseits sei das Ergebnis eines sozialen Prozesses: „Unsicherheiten werden nur dann als Risiken wahrgenommen, wenn sie qua sozialer Konstruktion zurechenbar gemacht werden können“ (Bonß 1995: 55). Die Feststellung von Zurechenbarkeit einer Handlung auf einen Entscheider bzw. ein Ergebnis hänge wesentlich davon ab, dass eine Ursache-Wirkungsbeziehung eindeutig sei bzw. als solche angesehen werde. Insofern habe sie die „Herstellung starker Kausalitäten“ zur Voraussetzung (ebd.: 58f.). Es eröffnet sich damit ein Konfliktfeld, denn oft genug sei der Zusammenhang zwischen Handlungen und ihren Folgen unscharf, weil Ursache-Wirkungsbeziehungen in ihrer zeitlichen, sachlichen oder sozialen Dimension auseinanderzufallen drohten (ebd.: 62). Der Wissenschaft, aber auch dem Rechtssystem kommt in diesem Konfliktfeld eine autoritative Rolle zu (Luhmann 1991: 35).

Risiken als kalkulierbare Unsicherheit: Sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Handlungsfähigkeit gründe sich auf Sicherheit, strebe sie zumindest an oder baue auf die Fiktion von Sicherheit. Längerfristig verlangten „uncertainties“ deshalb stets nach irgendeiner Form der Bearbeitung und Überführung in „Sicherheit“, sei es durch selektive Wahrnehmung, durch Erklärung und Beherrschung oder durch Neutralisierung (Bonß 1995: 85ff.). Luhmann zufolge entsteht Sicherheit bzw. die Fiktion davon wesentlich durch den Aufbau von Erwartungssicherheit, durch die Umdefinition von (nicht handhabbarer) Kontingenz in (handhabbare) Komplexität (Luhmann 1991: 28f.). Dass dabei die Kalkulierbarkeit von Unsicherheit eine zentrale Rolle spielt, haben wir im vorigen Abschnitt

gesehen. Wenn angegeben werden kann, wie sicher unsicher etwas ist (die „Verwissenschaftlichung von Unsicherheit“), ist der Sicherheitsfiktion damit Genüge getan (Bonß 1995: 21).

Im weiteren Verlauf werde ich diese soziologischen Merkmale des Risikobegriffs wieder aufgreifen.

4.2.3 Psychologische Risikoforschung

Im selben gesellschaftlichen Kontext wie die Risikosoziologie entstanden, knüpft die psychologische Risikoforschung konzeptionell und durchaus auch personell an das kognitionspsychologische Forschungsprogramm *Heuristics and Biases* an, dessen bekannteste Protagonisten Kahneman und Tversky sind (z.B. Tversky & Kahneman 1974; Kahneman, Slovic & Tversky 1982). Im *Heuristics-and-Biases*-Programm interessierte zunächst die Frage, wie Menschen Urteile unter Unsicherheit fällen, genauer: ob dabei grundlegende Regeln der Wahrscheinlichkeitstheorie und rationaler Entscheidung beachtet werden oder nicht. Sie werden oftmals nicht beachtet, fanden die Forscher heraus, was sie dazu veranlasste, nach systematischen Fehlern zu suchen. Am besten untersucht sind die *conjunction fallacy*, also die Missachtung der Regel, dass die Wahrscheinlichkeit für den gleichzeitigen Eintritt zweier voneinander unabhängiger Ereignisse gleich dem Produkt beider Einzelwahrscheinlichkeiten ist und folglich kleiner sein muss als die Wahrscheinlichkeit für eines der beiden; die *base-rate fallacy*, bei der gegebene Häufigkeitsverteilungen nicht mit ins weitere Kalkül einbezogen werden (Nichtbeachtung des Bayes'schen Theorems); und schließlich der *overconfidence bias*, die systematische Überschätzung der eigenen Wissensbasis oder Urteilsfähigkeit (Tversky & Kahneman 1982a, 1982b; Kahneman & Tversky 1982; Slovic, Fischhoff & Lichtenstein 1982; Brun 1994; Cosmides & Tooby 1996; Greening & Chandler 1997; Chandler, Greening, Robison & Stoppelbein 1999; Gilovich, Griffin & Kahneman 2002). Als Probanden wurden unterschiedlichste Gruppen gewählt, darunter auch solche, zu deren beruflichen Aufgaben es gehört, von zwei gegebenen Häufigkeiten auf eine dritte zu schließen.⁹⁶

Die Befunde erwiesen sich als erstaunlich stabil, weshalb sich die Forscher anfangen zu fragen, ob das menschliche Gehirn ohne ausgiebiges Training überhaupt in der Lage sei, probabilistische Sachverhalte zu erfassen. Die skeptische Schlussfolgerung: „It appears that people lack the correct programs for many important judgmental tasks. ... we have not had the opportunity to evolve an intellect capable of dealing conceptually with uncertainty“ (Slovic, Fischhoff & Lichtenstein 1976: 174). Die Autoren zögerten offenbar, das tatsächliche Urteilsverhalten ausschließlich und abschließend als fehlerhaft einzustufen (Kahneman & Tversky 1973: 237), und beschrieben es stattdessen versöhnlicher eben als *Heuristics and Biases* oder als „intuitive“ (Gilovich et al. 2002). Im Prinzip jedoch schien die Alternative, „either reasoning is rational or it's psychological“ (Gigerenzer 1994: 129), entscheidungsreif zugunsten der psychologischen Deskription zu sein. Seither sind jedoch einige Replikationen der Experimente, wie sie für das *Heuristics-and-Biases*-Programm typisch waren, durchgeführt worden. Bei ansonsten identischer Aufgabenstel-

⁹⁶ Für Ärzte z.B. Eddy 1982; Casscells, Schoenberger & Graboys 1978; Nexøe, Gyrd-Hansen, Kragstrup, Kristiansen & Nielsen 2002; Sapre, Mann & Elley 2009; Wegwarth, Gaissmaier & Gigerenzer 2011; Beispiele auch in Gigerenzer, Gaissmaier, Kurz-Milcke, Schwartz & Woloshin 2007).

lung wurde den Probanden die zur Lösung der Aufgaben notwendige Information in anderer Form⁹⁷ präsentiert. Und siehe da: die Fehlerraten sanken ebenso dramatisch wie sie zuvor hoch gewesen waren (Cosmides & Tooby 1996; Fiedler 1988; Gigerenzer & Hoffrage 1995; Hoffrage & Gigerenzer 1998; s.a. Fischhoff 2009: 942). Damit scheint die Alternative rational vs. psychologisch wieder offen zu sein.⁹⁸

Die Ergebnisse des *Heuristics-and-Biases*-Programms sind weit über die Kognitionspsychologie hinaus positiv rezipiert worden und haben eben auch die psychologische Risikoforschung nachhaltig beeinflusst. Darüber hinaus wurde deren Interesse an der eigentlichen Risikothematik – ähnlich wie bei der Soziologie – durch öffentliche Auseinandersetzungen in den 1970er Jahren um die zivile Nutzung der Nukleartechnologie geweckt (Jungermann & Slovic 1997: 193; dies. 1993: 79f.). In den Auseinandersetzungen prallten Risikoschätzungen und -bewertungen von Technikern einerseits und Laien andererseits aufeinander und legten so ein Akzeptanzproblem mit erheblicher politischer Tragweite bei der Einführung neuer Technologien offen (vgl. Fischhoff 1995). Der Ingenieur (!) Chauncey Starr hat mit der Frage *How safe is safe enough?* der Akzeptanzproblematik über die politische Arena hinaus wissenschaftliche Aufmerksamkeit verschafft (Krohn & Krücken 1993: 25f.; Starr 1969; Zinn 2011). Starrs Frage brachte ins Bewusstsein, dass die Akzeptanzfrage eine der Bewertung ist und die Antwort sich nicht zwangsläufig aus einem Risikokalkül ergibt (vgl. Fischhoff 2009: 944f.).

Die psychologische Risikoforschung griff diese Anregung auf und hat sich in der Folge mit der Perzeption von Risiken, insbesondere den Unterschieden zwischen Experten und Laien bei der Einschätzung und Bewertung von Risiken beschäftigt. Kognitive und evaluative Aspekte individueller Urteilsbildung über Risiken stehen im Zentrum des Interesses, und zwar solche Risiken, die Gefahren für Leib und Leben bergen und zudem als „gesellschaftlich relevant“ erachtet werden, „entweder weil das individuelle Handeln im Aggregat wichtig wird (...) oder weil die individuellen Einstellungen gesellschaftlich für Entscheidungen aggregiert werden müssen“ (Jungermann & Slovic 1993: 98; siehe auch dies. 1997: 174; Fischhoff, Lichtenstein, Slovic, Read & Combs 1978; Slovic 1987; Brun 1994). Ausgangspunkt der Forschung ist die Beobachtung, dass „intuitive“ Risikobeurteilungen nicht unbedingt auf dem Produkt aus statistischer Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadenshöhe basieren, sondern (auch) auf andere Weise zustande kommen (Jungermann & Slovic 1993: 81; vgl. Anm. 90). Demnach dient dem psychologischen Forschungsprogramm die „Versicherungsformel“ als Referenzbegriff, und sie übernimmt damit auch deren Konnotationen: Risiken haftet nichts Ambivalentes an, sondern sie

⁹⁷ Nämlich absoluten Häufigkeiten anstatt Prozent- oder Wahrscheinlichkeitsangaben (also z.B. 34 von 1.000 statt 3,4% bzw. $p=0,034$; siehe Gigerenzer & Hoffrage 1995; Hoffrage & Gigerenzer 1998; Cosmides & Tooby 1996). In dieser Präsentationsform lassen sich Fragen zur bedingten Wahrscheinlichkeit zuverlässiger beurteilen – Selbstversuch empfohlen! In der zum Mammographie-Screening vom G-BA herausgegebenen Patientinneninformation werden mittlerweile absolute Häufigkeiten angegeben (www.mammo-programm.de, Stichwort Merkblatt; s. dort auch die Dokumentation der Kennzahlen 2010). Dass Probanden die fragliche Information einer graphischen Präsentation stets zuverlässiger entnehmen als einer numerischen, ist nicht der Fall (Gaissmaier, Wegwarth, Skopec, Müller, Broschinski & Politi 2012).

⁹⁸ Zur konzeptionellen, wissenschaftshistorisch interessanten Kritik an den Arbeiten der Heuristics-and-Biases-Gruppe siehe Gigerenzer 1994, insbesondere S. 133-141. Cosmides & Tooby (1996) bezweifeln, dass die Gegenüberstellung von Regeln des intuitiven Schließens mit denen der Wahrscheinlichkeitstheorie erhellend ist und in evolutionärer Hinsicht plausibel sein kann.

werden allein hinsichtlich ihrer Schadensdimension beurteilt (vgl. Kap. 4.1). Die „Versicherungsformel“ ist überdies Ausgangspunkt für die Differenzierung von Experten- und Laienurteilen: Während Expertenurteile der Formel weitgehend entsprechen, wird der Risikobegriff von Laien im Verlauf der Forschung induktiv differenziert und modifiziert. Die wichtigsten Befunde sind zusammengefasst folgende:

- (1) Die Korrelation zwischen geschätzten und tatsächlichen Häufigkeiten von Todesfällen verschiedener Ursachen pro Jahr habe bei Experten 0.92 betragen, bei Laien zwischen 0.50 und 0.62 (Jungermann & Slovic 1997: 182). Bei Laien gebe es systematische Abweichungen in den Urteilstendenzen. So würden sehr seltene Ereignisse in ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit über- und sehr häufige unterschätzt (ebd.: 172, 183). Außerdem seien die Schätzungen durch die kognitive „Auffälligkeit“ oder „Verfügbarkeit“ von Ereignissen beeinflusst: Bei medialer oder anderweitiger informativer Präsenz eines Ereignistyps komme es leicht zu Überschätzungen der Wahrscheinlichkeit. Daher könne es auch passieren, dass eine Information, mit der auf eine geringe Eintrittswahrscheinlichkeit hingewiesen werden soll, eine Wirkung genau entgegen ihrer Intention entfaltet (Jungermann & Slovic 1993: 81-83).
- (2) Laien wie Experten seien sich ihres Urteils ungerechtfertigt sicher, d.h. sie überschätzten in hohem Maße ihre Wissensbasis oder Urteilsfähigkeit – der sogenannte *Overconfidence Bias* (Jungermann & Slovic 1997: 189).
- (3) Die Risikowahrnehmung von Laien korreliere im Unterschied zu der von Experten nur mäßig mit der Schätzung der Eintrittswahrscheinlichkeit (ebd.: 172f.).
- (4) Sie sei vielmehr wesentlich durch qualitative Aspekte potentieller Gefahrenquellen bestimmt. Als qualitative Aspekte wurden identifiziert: das „Katastrophenpotential“ einer Technik & Verhaltensweise, die (Nicht-)Vertrautheit im Umgang mit ihr sowie die Exposition, also die Anzahl möglicher Betroffener (ebd.: 173-175).⁹⁹

⁹⁹ Ich kann nicht nachvollziehen, warum die Autoren von „qualitativen“ Aspekten sprechen, denn zwei davon haben unübersehbar auch eine quantitative Dimension. Das sogenannte Katastrophenpotential ist ein Synonym für die Schadenshöhe, und wenn man die Risikoformel als Referenz benutzt, ist es ja gerade geboten, die Risikobeurteilung nicht allein an der Eintrittswahrscheinlichkeit zu orientieren (vgl. Punkt (3)), sondern die Schadenshöhe mit in Betracht zu ziehen. Das Merkmal „Exposition“ überschneidet sich mit „Katastrophenpotential“ und hat schon deshalb eine quantitative Komponente; davon abgesehen scheint mir „Exposition“ ein Merkmal zu sein, das sich besonders gut quantitativ bestimmen lässt.

Vor geraumer Zeit kam es in einigen Kommunen Nordrhein-Westfalens zu heftigen politischen Auseinandersetzungen, die von psychologischer Seite vermutlich als typisch für unterschiedliche Risikokalküle von Experten und Laien aufgefasst worden wäre. Diese Lesart ist aber nicht zwingend. – Der Konflikt entzündete sich an der regierungsseitigen Entscheidung, in einigen Gemeinden neue Einrichtungen des Maßregelvollzugs zu etablieren. Sie hat in besagten Kommunen erheblichen Protest ausgelöst, der sich aus der Furcht von Einwohnern speist, mit Freigängern oder entflohenen Sexualstraftätern steige das Risiko für Sexualstraftaten, und das sei unerträglich. Dazu folgende Szene: In einer öffentlichen Podiumsdiskussion in einer der betroffenen Gemeinden warben forensische Experten und politische Entscheidungsträger um Verständnis für die Entscheidung. Als die Stimmung bereits recht aufgeheizt war, hielt einer der Podiumsteilnehmer den aufgebrachten Bürgern entgegen, die Wahrscheinlichkeit, dass eines ihrer Kinder bei einem Verkehrsunfall ums Leben kommen werde, sei 500-mal größer, als dass es einem Sexualverbrechen zum Opfer fallen werde. – Die Implikationen dieser Vorhaltung scheinen auf der Hand zu liegen: Der Protest stütze sich auf eine ungerechtfertigte Angst, was den Maßregelvollzug betrifft, bleibe aber aus bei ungleich riskanteren Lebensumständen wie dem Straßenverkehr. Was die Eintrittswahrscheinlichkeit betrifft, hat der Experte vermutlich recht. Was er vernachlässigt, ist die Schadenshöhe; er scheint davon auszugehen, dass sie in beiden Szenarien gleich ist, nämlich in dem Tod eines Kindes

(5) Weiterhin werde die Risikowahrnehmung, die Schätzung eingeschlossen, durch die miteinander zusammenhängenden Aspekte Freiwilligkeit und Kontrollierbarkeit beeinflusst. Ein freiwillig eingegangenes Risiko werde gegenüber einem unfreiwilligen als geringer eingeschätzt. Außerdem gelten solche Risiken als eher kontrollierbar. Risiken, denen diese Eigenschaften zugeschrieben werden (typische Beispiele sind Autofahren, Rauchen, Freizeitaktivitäten), verleiteten die Beurteiler zugleich zum optimistischen Fehlschluss, dem sogenannten „it won't happen to me“-Phänomen (Weinstein 1984; Jungermann & Slovic 1997: 173, 182, 190; Leppin 1994: 47-73; Harris 1996; Williams & Clarke 1997; Greening & Chandler 1997; Chambers, Windschitl & Suls 2003; konträr: Harris & Hahn 2011).¹⁰⁰ Nordgren und Kollegen haben gezeigt, dass die Risikowahrnehmung bei als „kontrolliert“ geltenden Risiken variiert, je nachdem, ob sich die wahrgenommene Kontrolle auf die Entscheidung zur Exposition bezieht (*volition*) oder auf deren Wirkung bzw. Konsequenz (*control*). Demnach steige das wahrgenommene Risiko, wenn Individuen glauben, selbst über eine Exposition zu entscheiden; es sinke hingegen, sofern sich der Aspekt der Kontrolle auf die Konsequenzen der Exposition bezieht. Die Autoren plausibilisieren diesen kontra-intuitiven Befund mit dem Hinweis auf die Mediator-Wirkung des erwarteten Bedauerns: Dieses sei höher bei freiwillig eingegangenen Risiken – und je höher das erwartete Bedauern sei, desto höher werde auch das entsprechende Risiko wahrgenommen (Nordgren, van der Pligt & van Harreveld 2007).

Während die Arbeiten der Kognitionspsychologie die Einschätzung von Risiken zunächst ausschließlich als kognitiven, wenn auch vor dem normativen Wahrscheinlichkeitstheoretischen Hintergrund unvollkommenen Prozess (*Heuristiken* oder *intuitive judgment*) untersucht haben, wird in jüngerer Zeit vermehrt nach dem Einfluss von Affekten und Emotionen auf Risikokalküle gefragt (Loewenstein, Weber, Hsee, & Welch 2001; Slovic, Finucane, Peters & MacGregor 2004; Zikmund-Fisher, Fagerlin & Ubel 2010; E. Janssen, van Osch, Lechner, Candel & de Vries 2012). Ob hier tatsächlich ein konzeptueller Gegensatz zur Heuristics-and-Biases-Forschung besteht, wie von den Affekt-Forschern betont, ist in meinen Augen jedoch fraglich: Das klassische Risikokalkül lässt mit dem Element der Schadenshöhe¹⁰¹ Raum für Aversionen, Präferenzen und weitere emotionsaffine Urteilkriterien.

besteht. Das sehen die Eltern offenbar anders und sprengen damit keineswegs das Risikokalkül (vgl. Fischhoff 2010: 9). Ihnen ist Kindstod nicht gleich Kindstod, sondern sie berücksichtigen außerdem die Art des Zu-Tode-Kommens. – Eine kognitionspsychologische Deutung des Beispiels würde vermutlich die Position des Experten stützen: Die Besorgnis der Eltern ließe sich unter Verweis auf die Repräsentativitätsheuristik (vgl. Punkt 1) erklären – Sexualdelikte an Kindern sind medial sehr viel präsenter als Verkehrsunfälle –, und außerdem könnte die Risikoeinschätzung der Eltern von den Aspekten (Un-)Freiwilligkeit und (Un-)Kontrollierbarkeit beeinflusst sein (vgl. den nachfolgenden Punkt 5).

¹⁰⁰ Harris & Hahn (2011) kommen sogar zu dem Schluss, dass der optimistische Fehlschluss als „robuster Befund“ der Sozialpsychologie in erster Linie ein statistisches Artefakt sei und stellen „the very existence of a general, unrealistically optimistic bias“ in Frage (S. 149).

¹⁰¹ Die Schadenshöhe allein monetär zu definieren, ist ebenso wenig zwingend wie die ausschließlich negative Polung. Im kaufmännischen Risikobegriff, der die Ambivalenz von Schaden- und Gewinnerwartung ja noch widerspiegelt, steht bei riskanten Entscheidungen schließlich einem potentiellen Verlust ein potentieller Gewinn gegenüber (s.a. Fischhoff 2009: 940). Dass in der psychologischen Risiko(wahrnehmungs)forschung unterdessen die Entgegensetzung von Kognition und Affekt so en vogue geworden ist (vgl. Slovic et al. 2004; Ferrer, Portnoy & Klein 2013), könnte demal impliziten, mal expliziten Gebrauch des Risikobegriffs geschuldet sein: In der impliziten Ver-

Die Implikationen der kognitionspsychologischen Forschung für die Gesundheitspsychologie liegen auf der Hand, unterstellt, dass die individuelle Risikowahrnehmung das individuelle Risikoverhalten beeinflusst (Janz & Becker 1984; Weinstein 2000; Weinstein, Kwitel, McCaul, Magnan, Gerrard & Gibbons 2007; O'Brien, Fries & Bowen 2000; Renner, Knoll & Schwarzer 2000; van der Pligt 1998; Brewer, Chapman, Gibbons, Gerrard, McCaul & Weinstein 2007; Borelli, Hayes, Dunsiger & Fava 2010; de Vries, van Osch, Eijmael, Smerecnik & Candel 2012). Die Befunde, dass korrekter Informationsverarbeitung eine Reihe systematischer Barrieren entgegensteht, sind zahlreich (Ayanian & Cleary 1999; Breakwell 2000; Chambers & Windschitl 2004; Peterson, Helweg-Larsen, Volpp & Kimmel 2012). Den Tenor, der in der Prävention in punkto Risikokommunikation angeschlagen wird, haben sie stark beeinflusst: Wenn, wie Weinstein einst resümierte, die Einschätzung der eigenen Gefährdung durch verhaltensbedingte Risiken oftmals „excessively optimistic“ ausfalle (Weinstein 1984: 453), dann müssen sich präventive Bemühungen zunächst darauf konzentrieren, unrealistische Annahmen durch realistische zu ersetzen (Kreuter & Strecher 1995; Weinstein & Klein 1995; Gerrard, Gibbons & Reis-Bergan 1999; Fagerlin, Ubel, Smith & Zikmund-Fisher 2006; Senay & Kaphingst 2009; Fischhoff 2009; Rose 2012). Vorausgesetzt, dass zwischen individueller Risikoeinschätzung und tatsächlichem Risikoverhalten ein positiver Zusammenhang besteht – was so eindeutig nicht ist (van der Pligt 1998; Ferrer et al. 2013). Hinzu kommt, dass sich unrealistische Annahmen nicht einfach durch die „Gabe“ korrekter Information erschüttern oder gar korrigieren lassen. Jeder wird an sich selbst mehr als einmal Anzeichen opportunistischer oder selektiver Informationsverarbeitung festgestellt haben (vgl. Weinstein & Klein 1995; Fischhoff 2009; Bond & Nolan 2011). Des Weiteren erweist sich der Hang zum Optimismus als durchaus funktional im Hinblick auf Krankheitsbewältigung im Allgemeinen und als Ressource für Verhaltensänderung im Besonderen (de Ridder, Schreurs & Bensing 2000; King, Rowe, Kimble & Zerwic 1998; Aspinwall & Brunhart 1996; Schwarzer 1994). Etliche Menschen mögen also einen verklärten Blick auf sich und die Welt haben, sind damit womöglich aber eher als Realisten in der Lage, aus Präventionssicht erwünschtes Verhalten bzw. eine Verhaltensänderung zu initiieren. Soll man die Optimisten also in ihren Ansichten „korrigieren“? – Wahrheit oder Nützlichkeit? Wissenschaft oder gezielte Beeinflussung? Präventionsanliegen geraten leicht in einen Zielkonflikt angesichts dieser Befunde. „Treating people with information“ (Rothman & Kiviniemi 1999) gleicht demnach einem Remedium mit Wirkungen, die z.T. konträr zu den Absichten stehen (vgl. Fischhoff 1995, 2009; Crowson, Therneau, Matteson & Gabriel 2007; Zikmund-Fisher et al. 2010; Ferrer et al. 2013).

Um den psychologischen Risikobegriff zu resümieren: Man hat sich bei den Begriffsvarianten „bedient“, die bereits im Umlauf waren; eine begriffliche Klärung oder Systematisierung war und ist nicht Bestandteil psychologischer Risikoforschung. Die Begriffsvariante der „Risikoformel“, also *Risiko* als Produkt aus Eintrittswahrscheinlichkeit mal Schadenshöhe, bildet ihren begrifflichen Ausgangspunkt, oftmals ist mit *Risiko* aber lediglich die Eintrittswahrscheinlichkeit gemeint. Der *Ambivalenz* von Gewinn- und Schadensmöglichkeit schenkt sie kaum Aufmerksamkeit; wenngleich Gewinn- vs. Schadenserwartung

sion ist damit lediglich die Schätzung der Eintrittswahrscheinlichkeit des aversen Ereignisses X gemeint (vgl. Fischhoff 2009: 941f.). In der expliziten Version tritt die Evaluation von potentielltem Nutzen und Schaden hinzu.

in ihrem urteilsverzerrenden Einfluss auf Wahrscheinlichkeitsschätzungen und Entscheidungen durchaus untersucht worden sind (Goldberg & Fischhoff 2000; Fischhoff 2010). In der psychologischen Risikoforschung wird – anders als in der Soziologie – auch nicht zwischen Risiken und Gefahren nach dem Kriterium der Zurechenbarkeit unterschieden. Allerdings wird diese Unterscheidung mitkommuniziert, wenn die oben diskutierten Eigenschaften von *Risiken* – Freiwilligkeit und Kontrollierbarkeit thematisiert werden. Insgesamt darf man der psychologischen Kognitions- und Risikoforschung attestieren, dass sie – ähnlich wie die frühen Wahrscheinlichkeitstheoretiker – hartnäckig die Risiko- mit der Rationalitätsthematik verknüpft haben, wenn auch mit anderer Absicht: Formale Risikokalküle mögen normativ richtig sein, deskriptiv aber seien sie falsch.

4.2.4 Die Begriffe *Risiko* und *Risikofaktor* in Epidemiologie und Medizin

Epidemiologie und Medizin kommen schon lange nicht mehr ohne die beiden Begriffe *Risiko* und *Risikofaktor* aus. Im Gegenteil stieg deren Verwendung in den vergangenen fünf Jahrzehnten derart rasant an, dass dieses Phänomen als „The risk epidemic in medical journals“ untersucht wurde (Skolbekken 1995). Die British Medical Association leitet 1987 eine Veröffentlichung mit der Behauptung ein, „risk ... touches upon every single aspect of health and human welfare“ (BMA 1987; zit. n. Skolbekken 1995: 291). Eine deutsche Veröffentlichung ist bereits 1982 mit „Risikofaktorenmedizin“ betitelt (Abholz, Borgers, Karmaus & Korporal 1982); die Beiträge des Bandes konstatieren eine konzeptionelle Verschiebung in der Medizin von Krankheiten auf Risiken bzw. Risikofaktoren und beschäftigen sich mit den Konsequenzen für die ärztliche Praxis (vgl. auch Borgers 1999a, b; Nexøe, Halvorsen & Kristiansen 2007; Rosenberg 2007; Aronowitz 2010). Die Entwicklung zeugt vom wachsenden Einfluss epidemiologischer Forschung auf die Medizin, wie ich sie am Beispiel der KHK in den Abschnitten 3.3 und 3.4 über die Herausbildung des Risikofaktorenkonzepts skizziert habe. Die Etablierung der *Clinical Epidemiology* als eigenständigem Forschungsweig ist ebenfalls Ausweis dieser Entwicklung (vgl. Beaglehole, Bonita & Kjellström 1993; Fletcher, Fletcher & Wagner 1996; Feinstein 1983). Von Medizinsoziologen wird die konzeptionelle Verschiebung des Fokus von Krankheiten auf Risiken bzw. Risikofaktoren als ein Prozess interpretiert, in dem Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit – in Gestalt der Prävention – zunehmen und Erkrankungen weniger als Gefahren wahrgenommen werden (Kronenfeld & Glick 1991; ähnlich Lupton 1993; Leanza 2010; Bröckling 2008; vgl. Kap. 4.2.2). Derselbe Sachverhalt wird von verschiedener Seite schärfer noch als Bedrohung gedeutet, da die genannte Aufmerksamkeitsverschiebung dazu führe, weite Teile der Bevölkerung, die zuvor als gesund galten, nun als behandlungs-, zumindest aber beobachtungsbedürftig einzustufen (siehe z.B. Borgers 1999a, b; Grande 1996: 52; Armstrong 1995: 400-402; Olin Lauritzen & Sachs 2001; Lawton 2002; Scott, Prior, Wood & Gray 2005; Farrimond, Saukko, Qureshi & Evans 2010; s.a. Wald & Wald 2010; Dabhadkar et al. 2011; außerdem Leanza 2010; Bröckling 2008). Dieser Hinweis betrifft allerdings eher die Nutzung des Risikofaktorenmodells für primärpräventive Zwecke und weniger die Sekundärprävention.

Wie werden die Begriffe *Risiko* und *Risikofaktor* im medizinisch-epidemiologischen Kontext verwendet? Diese Frage möchte ich auf der Folie der bislang herausgearbeiteten Facetten und Traditionsstränge des Risikobegriffs beantworten, daneben jedoch nicht die insbesondere für die Epidemiologie typische Begriffsprägung vernachlässigen. Festzu-

stellen ist, dass es auch in diesem Kontext nicht bei einer wohldefinierten Bedeutung geblieben ist, sondern sich mit zunehmender Verwendung des Begriffs ein vieldeutiger Sprachgebrauch herausgebildet hat.

Wahrscheinlichkeit in Epidemiologie und Medizin

In Kap. 4.2.1 habe ich die wahrscheinlichkeitstheoretische Fundierung des Risikobegriffs erläutert und dargelegt, dass mit der objektiven resp. subjektiven Interpretation von Wahrscheinlichkeit zwei grundverschiedene Auffassungen entstanden sind und bis heute parallel existieren. Auf der theoretischen Ebene nicht miteinander vereinbar (de Finetti 1974b: 3-11; Morgan & Henrion 1990: 47-50), kommen Entlehnungen aus beiden Traditionssträngen in Anwendungsfeldern mit wahrscheinlichkeitstheoretischem Bezug häufig vor (Lindley 1994: 10; Suppes 1994: 17f., 30f.; Morgan & Henrion 1990: 49f.).

Das wohl wichtigste methodische Werkzeug der Epidemiologie ist die Statistik, deshalb ist für die Epidemiologie die objektive Interpretation von Wahrscheinlichkeit maßgeblich: Wahrscheinlichkeit ist hier gleichbedeutend mit der beobachteten relativen Häufigkeit eines Ereignisses in einer Grundgesamtheit. Ein so definierter Wahrscheinlichkeitswert bezieht sich auf eine *Klasse*, nicht aber auf Einzelereignisse oder einzelne Personen (die Auffassung von Mises', vgl. Kap. 4.2.1). Ungeachtet dessen sind im Anwendungsbereich epidemiologischen Wissens die erwähnten *Risk Scores* entwickelt worden, um *individuelle* Vorhersagen, also Wahrscheinlichkeitsaussagen, treffen zu können (vgl. Kap. 3.3.4). Auch in der *Clinical Epidemiology* ist es durchaus üblich, Wahrscheinlichkeitswerte, die sich auf Häufigkeiten in Mengen beziehen, kurzerhand auf Individuen zu übertragen und von *individual risk* zu sprechen (so bei Fletcher et al. 1996: 106-109). Man hat es in der Epidemiologie also mit einem Wahrscheinlichkeitsbegriff zu tun, dessen theoretische Wurzeln zwar noch deutlich erkennbar sind, der aber andererseits die mathematisch begründeten Grenzen überschreitet.

Demgegenüber ist die Medizin ein Feld, in dem die objektive und subjektive Interpretation aufeinandertreffen, auch wenn den Interpreten die Differenz nicht unbedingt bewusst ist. Durch den zunehmenden Einfluss der Epidemiologie auf die Medizin hat auch die Medizin an der objektiven Interpretation von Wahrscheinlichkeit teil. Andererseits haben Ärzte es, anders als Epidemiologen, stets mit der Beurteilung des Zustandes einzelner Patienten zu tun. Diese Ausgangslage prädestiniert sie für die Heranziehung des subjektiven Wahrscheinlichkeitsbegriffs:

„In medicine, subjective probabilities are used more often than frequency-based probabilities. It's easy to see why. From a frequency point of view, the probability that a particular patient has pneumonia is not meaningful – a single patient obviously has no frequency. So, when a doctor says that the probability of a *particular* patient having pneumonia is .50, the physician is really saying that his/her subjective belief that the patient has pneumonia is about the same as the probability that a tossed coin will come up heads.“ (Schwartz & Griffin 1986: 11; Hervorhebung im Original)

Knapper, jedoch gleichsinnig, behaupten Sox und Kollegen, „probability expresses the physician's opinion about the likelihood that an event will occur“ (Sox, Blatt, Higgins & Marton 1988: 3).

Wie lassen sich dann epidemiologische Häufigkeitsdaten, die zweifelsohne einen hohen Informationswert auch für die Medizin haben, in die ärztliche Beurteilung eines Einzelfalls inkorporieren? Lindley, Verfechter der subjektiven Wahrscheinlichkeitsinterpretation, erläutert das Vorgehen und seine Begrenzung:

„... if you learn that, in a recent survey, 15% of people carried a certain gene, you might assert that the probability that Tom carries the gene is 0.15. (...) In this example, the frequency belongs to K (K steht für knowledge, EB) and is transferred to the uncertain event by a judgement of a connection between frequency and the event. If you learned that Tom's mother carried the gene, then the frequency of 15% would have much less relevance. The connection between the knowledge base and the event has been destroyed by the additional information about the mother. Frequencies have a useful role to play in the evaluation of beliefs but it is wrong to interpret probability as frequency.“ (Lindley 1994: 10)

Epidemiologische Häufigkeitsdaten können also, der subjektiven Interpretation zufolge, als eine Information unter anderen in die diagnostische oder prognostische Beurteilung eines einzelnen Falls einfließen, und wenn keine weiteren Informationen vorliegen, mag es auch sein, dass die subjektive Schätzung sich allein auf das Häufigkeitsdatum stützt. Wichtig festzuhalten ist, dass es bei dieser Version von Wahrscheinlichkeit keinen Algorithmus gibt, der vorschreibt, wie eine Information in eine Schätzung einzufließen hat. Es bleibt – im Streitfall – nur die Möglichkeit des Argumentierens (Lindley 1974: 24-26). Ebenso wichtig zu betonen ist, dass bei Zugrundelegung des objektiven Wahrscheinlichkeitsbegriffs gar keine Individualaussagen getroffen werden können – ungeachtet der oben erwähnten epidemiologischen Praxis. Beide Positionen sind auf der theoretischen Ebene verankert, und ich habe schon angedeutet, dass mit einer Sensibilität für die Differenz auf der Ebene der Anwendung kaum zu rechnen ist. Ob dies für die kardiologische Rehabilitation zutrifft, welche Wahrscheinlichkeits- bzw. Risikoverionen dort überhaupt im Umlauf sind, wird im empirischen Teil der Studie zu klären sein.

Verwendung des Risikobegriffs in Epidemiologie und Medizin

In der Epidemiologie bezeichnet *Risiko* die *Eintrittswahrscheinlichkeit* für eine bestimmte Krankheit, ein bestimmtes Krankheitsereignis oder den Tod in einem gegebenen Zeitraum (Beaglehole et al. 1993: 28; Fletcher et al. 1996: 94; Frentzel-Beyme 1985: 38f.; Gordis 2009: 201; Razum, Breckenkamp & Brzoska 2011: 100). Die klassische „Risikoformel“ $[R = p(E) \times S]$ findet in der Epidemiologie keine Anwendung, denn es fehlt der Multiplikator *Schadenshöhe*. Mathematisch betrachtet hat man es also nicht eigentlich mit dem Begriff Risiko, sondern allein mit Eintrittswahrscheinlichkeiten zu tun. Nun ist die Schadensdimension zwar nicht rechnerisch, wohl aber semantisch im epidemiologischen Risikobegriff enthalten, da Erkrankungen fraglos negativ besetzte Ereignisse darstellen (vgl. Fletcher et al. 1996: 94; Beaglehole et al. 1993: viif.). Insofern ist dem Begriff eine eindeutig und ausschließlich negative Konnotation eigen (Hayes 1992: 404; Gabe 1995: 2; Douglas 1992).¹⁰²

¹⁰² Bei der Einschätzung der *Risiken* zweier Erkrankungen mit gleicher Eintrittswahrscheinlichkeit, jedoch unterschiedlichem Schweregrad, wird der Bedeutungsmehrgehalt von *Risiko* gegenüber *Eintrittswahrscheinlichkeit* deutlich. Eine der Risikoformel ähnliche Verwendung liegt vor, wenn Eintrittswahrscheinlichkeiten (epidemiologisch: Risiken) nicht nur krankheitsspezifisch berechnet, sondern Krankheiten in der Dimension ihres Schadens bzw. der Kosten zur Verhinderung des Schadens miteinander verglichen werden. Letzteres ist gesundheitsökonomische Praxis; erwähnt

Davon abgesehen arbeitet die Epidemiologie mit der Unterscheidung zwischen *absolutem* und *relativem* Erkrankungs- bzw. Sterberisiko (in dem o.g. Sinn als Eintrittswahrscheinlichkeiten). Das *absolute* Risiko dient der Abschätzung des Ausmaßes eines gesundheitlichen Problems in einer Bevölkerung, ist also ein beschreibendes Maß. Grundlage seiner Berechnung ist die Beobachtung, wie häufig eine Erkrankung in einer gegebenen Bevölkerung vorkommt (Prävalenz, *base rate*) bzw. wie viele Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum auftreten (Inzidenz). Um verschiedene Beobachtungen (Erkrankungen und/oder Populationen) besser miteinander vergleichen zu können, werden diese auf eine standardisierte Größe (z.B. 100.000 Einwohner) bezogen und ergeben Morbiditäts- bzw. Mortalitätsraten (wie sie in Kapitel 3.2 referiert wurden). Der Quotient beziffert das absolute Risiko, an Krankheit x zu erkranken bzw. zu versterben. Dieser Operationalisierungsvorgang lässt sich für beliebige Subpopulationen analog ausführen (Beaglehole et al. 1993: 14-18; Fletcher et al. 1996: 75-93).

Demgegenüber ist das *relative* Risiko das Resultat analytischer Fragestellungen, die die Effekte einer Exposition oder Intervention auf die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Erkrankung erhellen (sollen). Ziel ist demnach die Aufklärung kausaler Beziehungen (vgl. Kap. 3.3), und dazu wird der Weg des Vergleichs exponierter vs. nichtexponierter (prospektive Studie) oder erkrankter vs. nichterkrankter Personen (Fall-Kontroll-Studie) eingeschlagen. Zur Berechnung des relativen Risikos werden die absoluten Risiken von Exponierten und Nichtexponierten miteinander in Beziehung gesetzt ($RR = AR_E/AR_{NE}$).¹⁰³ Der Quotient bezeichnet also eine *Relation* von Eintrittswahrscheinlichkeiten, jedoch nicht mehr diese selbst (Beaglehole et al. 1993: 28-30; Fletcher et al. 1996: 105f.).

Daraus ergibt sich, dass das relative Risiko unempfindlich ist gegenüber der eigentlichen Eintrittswahrscheinlichkeit eines Ereignisses, also keine Auskunft über die klinische oder Public-Health-Relevanz einer Erkrankung geben kann, sondern allein die Effektstärke einer Exposition bzw. Intervention widerspiegelt, die erheblich auch bei einer Erkrankung sein kann, für die ein geringes absolutes Risiko besteht. Ein Beispiel: Raucher haben gegenüber Nichtrauchern eine 20-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit (= relatives Risiko), an Lungenkrebs zu erkranken. Von 100 Rauchern erkrankt in einem Zeitraum von 10 Jahren einer an Lungenkrebs (= absolutes Risiko von Rauchern, an Lungen-CA zu erkranken; Beispiel aus Fletcher et al. 1996: 98). Obwohl zur umfassenden Abschätzung eines Sachverhalts also beide Maße vonnöten sind, steht im Zusammenhang mit Fragen zur Wirksamkeit von Interventionen, Fragen also, die für die Medizin zentral sind, die Information über das relative Risiko im Vordergrund (vgl. Kap. 3.3, 3.4).¹⁰⁴

Die Ausführungen über den Risikobegriff der Epidemiologie gelten *ceteris paribus* für die Medizin in dem Maße, wie diese auf epidemiologische Konzepte und Wissensbestände rekurriert. Abgesehen vom Risikobegriff epidemiologischer Provenienz trifft man

sein nur die Bemühungen um die Berechnung der QUALYs (vgl. Mulkay, Ashmore & Pinch 1991; Drummond, O'Brien, Stoddart & Torrance 1997; Schöffski & Greiner 2007).

¹⁰³ Um der Genauigkeit willen sei auf ein mathematisch-technisches Detail verwiesen, das für die Ausführungen an dieser Stelle zwar nicht zentral ist, aber zum Handwerkszeug epidemiologischer Forscher gehört: Bei Fall-Kontroll-Studien ist es vorteilhafter, statt des relativen Risikos das Odds Ratio zu berechnen. Zum Zusammenhang beider Maße siehe Hellmeier et al. 1993: 106.

¹⁰⁴ Wenn einzig das relative Risiko angegeben ist oder an herausgehobener Stelle erscheint, das absolute Risiko hingegen nicht, wird dies mittlerweile als manipulative, zumindest missverständliche Darstellung kritisiert (Gigerenzer et al. 2007; Visschers, Meertens, Passchier & de Vries 2009; Edwards, Elwyn & Mulley 2002; Skolbekken 1998).

im Kontext von Medizin auf eine Begriffsvariante, in der *Risiken* entscheidungs- und handlungsbezogen entstehen, indem Kosten und Nutzen des Einsatzes eines Diagnose- oder Therapieverfahrens gegeneinander abgewogen werden und die Entscheidung damit ambivalent ist (vgl. Sox et al. 1988). Obwohl es Bestrebungen gibt, solche Entscheidungssituationen im Sinne eines *Risk Assessment* zu systematisieren, darf man in dieser Variante von *Risiko* bislang kaum mehr sehen als die Entlehnung des allgemeinen, eine kalkulative Komponente enthaltenden Risikobegriffs (vgl. Kap. 4.1).

Zurechenbarkeit und Zurechnung¹⁰⁵: Der Umweg über Risikofaktoren

Was die *Zurechenbarkeit* betrifft – dasjenige Merkmal also, anhand dessen sich der Risikovo vom Gefahrenbegriff abgrenzen lässt (vgl. Kap. 4.2.2) –, so wird in der Epidemiologie nicht prinzipiell zwischen Gefahren, denen man ausgesetzt ist, und Risiken, die eingegangen werden, unterschieden (Skolbekken 1995: 295; Gabe 1995: 2f.). Beispielsweise werden Alter, Geschlecht oder familiäre Disposition als risiko- und nicht etwa gefahrerhöhende Merkmale bezeichnet. Das gilt gleichermaßen für den Begriff des Risikofaktors; auch für ihn ist die Frage der Zurechenbarkeit nicht konstitutiv.

Die Zurechenbarkeit ist damit jedoch nicht vom Tisch. Denn es gibt die pragmatische, für den (Be-)Handlungsspielraum der Medizin maßgebliche Unterscheidung zwischen beeinflussbaren und nicht beeinflussbaren Risikofaktoren, die sich zu einem guten Teil, wenn auch nicht vollständig, mit der zwischen verhaltensbedingt/nicht verhaltensbedingt überschneidet. Das gilt jedenfalls für Erkrankungen wie die KHK, in deren Krankheitstheorie riskante Verhaltensweisen, also verhaltensbedingte Risikofaktoren, eine so prominente Rolle spielen. Und wenn von Verhaltensweisen die Rede ist, gerät man in die Nähe von Entscheidungen und Handlungen. Unter den genannten Bedingungen konturiert also die Unterscheidung beeinflussbar/nicht beeinflussbar bzw. verhaltensbedingt/nicht verhaltensbedingt namentlich das sekundärpräventive Feld deutlich. Insofern ist Zurechenbarkeit – auch ohne, dass von Gefährdungsfaktoren einerseits und Risikofaktoren andererseits die Rede ist – ein Kriterium, anhand dessen in der Praxis bei einer Erkrankung wie der KHK eine Differenzierung der Risikofaktoren stattfindet. Es bestimmt in der Folge die Ausrichtung im Umgang mit der Erkrankung ebenso, wie es Erwartungen beeinflusst, die Experten gegenüber Patienten hegen (vgl. Einleitung, Kap. 9-11; siehe auch Brun 1994: 307; Balady et al. 2007; DGPR 2007; DGK 2007; Schmidt 2008; Huy et al. 2010; DRV 2010b; Smith et al. 2011; Romppel & Grande 2011; E. Janssen et al. 2012).

Voraussetzung dafür, dass über Zurechenbarkeit überhaupt gesprochen oder verhandelt werden kann, ist ein hinreichender Konsens über den kausalen Konnex zwischen, erstens, einem Verhalten und einem Risiko, und zweitens, Risiko und tatsächlich eingetretenem Schaden, so dass die Möglichkeit der Zurechnung gegeben ist. Der erste Teil der Kausalbeziehung ist bei verhaltensbedingten Risikofaktoren per definitionem unstrittig; aus ihm beziehen präventive Empfehlungen ihre Legitimation. Der zweite Zusammenhang ist probabilistisch und nicht determiniert, denn wie wir gesehen haben, sind Risikofaktoren weder notwendige noch hinreichende Bedingungen für eine Erkrankung. Ein

¹⁰⁵ Im Folgenden wird zwischen Zurechenbarkeit und Zurechnung unterschieden. Erstere bezieht sich auf die Leistungsfähigkeit des Risikofaktorenmodells, letztere auf Praktiken: Wie wird, in Heranziehung des Risikofaktorenkonzepts, ein kausaler Konnex zwischen Risikofaktoren – Risiko – Erkrankung hergestellt? Siehe dazu auch Kap. 11.1.

Risikofaktor „has no fixed nor necessary relationship with future illness, it simply opens up a space of possibility“ (Armstrong 1995: 401).

Gestatten Risikofaktoren also, dass ein Krankheitsereignis ihnen zugerechnet wird, bei Betrachtung im Aggregat zum einen, bei Individuen zum zweiten und bei bereits erkrankten Individuen zum dritten? Wie schon die Fragen selbst, so hängen auch die Antworten auf sie davon ab, welchen Wahrscheinlichkeitsbegriff man mit welchem theoretischen Anspruch zugrunde legt.

(1) Die statistische Betrachtung: Wie gut sich die Prävalenz der KHK aufklären lässt bei Berücksichtigung der „klassischen“ Risikofaktoren, wird kontrovers diskutiert. Es gibt viele Menschen mit diesen Risikofaktoren, die niemals an einer KHK erkranken, und ebenso gibt es viele Menschen ohne solche Risikofaktoren, die dennoch erkranken.¹⁰⁶ Statistisch betrachtet ist es so, dass ein sehr viel größerer Anteil der Erkrankten auf Menschen entfällt, bei denen die genannten Risikofaktoren nur gering oder mäßig ausgeprägt sind; den kleineren Anteil bilden die sogenannten *high-risk individuals*, obwohl das Risiko einer Erkrankung für diese Gruppe ungleich höher ist.¹⁰⁷ Da die „klassischen“ Risikofaktoren das Erkrankungsrisiko zwar erhöhen, ihr Fehlen es aber nicht auf null reduziert, ist die Basis der Zurechenbarkeit wackelig.

(2) Die individuelle Prognose: Von Vertretern des objektiven Wahrscheinlichkeitsbegriffs wird die Möglichkeit der Übertragung statistischer Daten auf Individuen bestritten, damit ist auch die Frage der Zurechenbarkeit erledigt. Anerkennt man jedoch, dass in der epidemiologischen Praxis individuelle Prognosemodelle auf der Basis des Risikofaktorenkonzepts entwickelt worden sind (die *Risk Scores*), dann kommt nur dieselbe Schlussfolgerung wie bei (1) infrage: Die Zurechenbarkeit steht auf schwankendem Boden.

Wenn sich eine individuelle Prognose nun aber auf den subjektiven Wahrscheinlichkeitsbegriff stützt? Theoretisch könnte eine Aussage wie die folgende herauskommen: „Mr. Fit hat einen Cholesterinspiegel von > 300 mg/dl, sein Blutdruck beträgt 180/110 mm Hg, er hat bereits einen Herzinfarkt hinter sich, ist über 50 Jahre alt und raucht eine Schachtel Zigaretten am Tag. Mr. Fit wird in den kommenden fünf Jahren einen Herzinfarkt erleiden – diese Aussage halte ich mit einem Gewissheitsgrad von $p=0,4$ für wahr.“ In diesem

¹⁰⁶ Legt man mit Blick auf die letztgenannte Gruppe (Erkrankte ohne erkennbare Risikofaktoren) das Risikofaktorenmodell *post hoc* als vereinfachtes Ursache-Wirkungs-Schema aus (und nicht als Prognosemodell), dann verführt der oben geschilderte Sachverhalt zu folgender Argumentation: Getreu dem Grundsatz ‚kein Ereignis ohne Ursache‘ wird von der Erkrankung auf das Vorliegen eines oder mehrerer *unbekannter* Risikofaktoren geschlossen; ausweislich der Erkrankung muss doch ein Risiko, zu erkranken, bestanden haben? – Diese Umkehrung vermag wohl weitere Forschungsanstrengung zu beflügeln (vgl. Kap. 3.3.2), das Risikofaktorenkonzept *als Prognosemodell* führt sie allerdings ad absurdum (vgl. auch den folgenden Punkt 3).

¹⁰⁷ Zur Verschiebung von Grenzwerten und Risikokategorien siehe S. 66f., 72, 79f., Kaplan & Ong (2007) sowie Wang & Wang (2004), zur Definition von *high risk* siehe S. 71, 76 u. Tab. 1. Die Unterscheidung von *high* und *low risk* verdeutlicht nochmals die geringe Relevanzverknüpfung von absolutem und relativem Risiko: Die Beobachtung, dass die absolute Prävalenz und Inzidenz in der Low-Risk-Gruppe höher ist, führt in das sogenannte *prevention paradox*, das die unterschiedlichen Orientierungen auf Populationen einerseits (Public Health) und Individuen andererseits (Medizin) offenlegt: Aus der Public-Health-Perspektive sind Strategien effektiver, die auf die Senkung eines nur mäßig erhöhten Risikos großer Bevölkerungsteile setzen mit der Begründung, hier sei das Potential der Vermeidung (Krankheits- und Todesfälle) am größten (Rose 1992). (Deutlich ist auch die Anschlussfähigkeit an Effektivitätsgesichtspunkte der Gesundheitsökonomie.) Demgegenüber bleibt für den Arzt mit seinem Interesse an *high-risk individuals* die Interventionsschwelle vergleichsweise hoch (vgl. Wood et al. 1998; Borgers 1999b; SIGN 2007; Graham et al. 2009).

Fall ist die Zurechenbarkeit Bestandteil des subjektiven Wahrscheinlichkeitsurteils und damit, wie dieses insgesamt, offen für Einwände. Es mag sich um das Urteil eines kundigen Experten handeln, der sich in der epidemiologischen Literatur auskennt, der Mr. Fit kennt. Dennoch bleibt es ein subjektives Urteil. – Es ist offenkundig, dass weder in der Praxis noch der epidemiologischen oder medizinischen Literatur diese Ausdrucksweise Verwendung findet; sie ist sperrig und umständlich und deshalb für Anwendungsfelder epidemiologischer Daten ungeeignet. Überdies dürfte es dem Objektivitätsanspruch der Epidemiologie und der Medizin zuwiderlaufen, Prognosen in diesem Ausmaß als subjektive Urteile zu kennzeichnen. Wir haben also damit zu rechnen, dass die konzeptionelle Differenzierung zwischen Wahrscheinlichkeit verstanden als relative Häufigkeit einerseits und dem Grad des Für-wahr-Haltens einer Aussage andererseits unberücksichtigt bleibt.

(3) Die Umkehrung – Prognosen „rückwärts“ lesen: Ex ante sind Risikoeinschätzungen Aussagen über eine entscheidungsbedingte ungewisse Zukunft. Diese grundsätzliche Situation ist auch bei der Sekundärprävention gegeben, wenn es gilt einzuschätzen, wie wahrscheinlich ein neuerliches Krankheitsereignis ist (siehe (1) und (2)). Abgesehen davon gibt die sekundärpräventive Situation aber auch Anlass, das Risikofaktorenkonzept nicht nur prognostisch anzuwenden, sondern es ex post zur Rekonstruktion von Erklärungen bereits eingetretener Ereignisse heranzuziehen. Diese Umkehrung hat verschiedene Aspekte:

(3.1) Ein Prognosemodell lässt sich dann rückblickend anwenden, wenn es nicht zur umgekehrten Beweisführung herangezogen wird, sondern lediglich der Beantwortung der Frage dient, wie wahrscheinlich der Eintritt z.B. eines Herzinfarktes eigentlich war („Musste X damit rechnen, einen Herzinfarkt zu bekommen?“). Die Zurechenbarkeit des Ereignisses auf Risiken ist analog zu den obigen Ausführungen zu beurteilen.

(3.2) Der zweite Aspekt betrifft die Praxis der *Zurechnung*, und diese geriete mit den Voraussetzungen eines Prognosemodells in Kollision, wenn bei der Ex-post-Betrachtung die Gewissheit über das bereits eingetretene Ereignis auf die Erklärung übertragen und eine probabilistische Ursache-Wirkungsbeziehung nun als eine determinierte interpretiert wird. Mit dieser Volte muss im Kontext der Sekundärprävention gerechnet werden: „Ist unter den auslösenden Faktoren einer der Risikofaktoren exzessiv vertreten, bedarf es in der Regel keines weiteren mehr, um die Entstehung des Gefäßleidens zu erklären“, glaubte etwa ein seinerzeit einflussreicher deutscher Rehabilitationskardiologe (Weidemann 1996: 73). Das Krankheitsereignis wird als nachträglicher „Beweis“ für einen Zusammenhang gesehen, der zuvor, nicht unbegründet zwar, vermutet war. Es ist offenkundig, dass die Zurechnung auf Risiken bei diesem Vorgang ungleich stärker ausfällt. Wie aber nimmt sich der Vorgang aus, wenn konsequent ein subjektiver Wahrscheinlichkeitsbegriff zugrunde gelegt wäre? Subjektive Gewissheitsgrade können (und sollen) in Anbetracht neuer Daten revidiert werden. Und ein eingetretenes Krankheitsereignis ist gegenüber einem prognostizierten gewiss ein neues Datum.

(3.3) Noch stärker hebt der dritte Aspekt auf das Risikofaktorenkonzept in der kardiologischen Rehabilitation bzw. allgemein der Sekundärprävention ab. Das Konzept liefert den Begründungszusammenhang nicht nur für einen wesentlichen Teil des diagnostischen und therapeutischen Programms, sondern auch dafür, dass dieses als weitgehend standardisiertes Programm konzipiert ist und durchgeführt wird. Auf Behandlung aus-

gerichtet, ist man in der kardiologischen Rehabilitation nicht auf in jeder Hinsicht akkurate Erklärungen angewiesen, „halbwegs“-Erklärungen reichen aus, um die Anwendung des Programms zu begründen. Ein Arzt muss, um einem Herzinfarkt-Patienten das Aufgeben des Rauchens aus gutem Grund anempfehlen zu können, sich nicht zuvor die Frage genau beantwortet haben, warum dieser Mensch einen Herzinfarkt bekommen hat; insbesondere ist für seine Initiierung der Behandlung/Empfehlung ein Rasonieren darüber unerheblich, was an dem Ereignis auf das Konto unbekannter Faktoren geht. Man konzentriert sich pragmatisch auf das, was man weiß und worauf Einfluss genommen werden kann. Es ist bereits das standardisierte Behandlungsprogramm, mit dem Zurechnung konstituiert und kommuniziert wird, ungeachtet verbaler Kommunikation zwischen Health Professionals und Patienten, mit der die Zurechnung unterstrichen oder zurückgenommen werden kann.

4.3 Zusammenfassung

Nun ist einiges an Gesichtspunkten, die die Analyse der ethnographischen Daten zum Risikobegriff anleiten können, zusammengekommen. Um zusammenzufassen: Im allgemeinen Sprachgebrauch dominiert eine Verwendung des Risikobegriffs, die die Schadensseite betont und den potentiellen Gewinn vernachlässigt; dieser Sprachgebrauch entspricht der im Versicherungswesen üblichen Risikodefinition. Daneben existiert in unserer Alltagssprache eine kaufmännisch geprägte Begriffsvariante, die mit ihrem kalkulativen Element auf die Ambivalenz von Risikoentscheidungen aufmerksam macht. In fachsprachlichen Verwendungen (z.B. Epidemiologie, Psychologie, Hazard Research) überwiegt dagegen ein ebenfalls negativ konnotierter Risikobegriff. Von soziologischer Seite stammt die Anregung, der Ambivalenz riskanter Entscheidungen gleichwohl Aufmerksamkeit zu widmen, weil sie ein Proprium des Entscheidens unter Ungewissheit sei.

Für die Situation in den Reha-Kliniken liegt es nahe zu vermuten, sowohl auf fachsprachliche (Epidemiologie, Risikofaktorenkonzept) als auch alltagssprachliche Verwendungskontexte zu stoßen. Diese Unterscheidung kann, muss aber nicht mit der zwischen Experten und Laien konvergieren: Auch Experten haben teil am allgemeinen Sprachgebrauch; Patienten werden in der Zeit ihres Aufenthalts geschult, kommen also in Kontakt mit der fachsprachlichen Verwendung des Risikobegriffs (vgl. auch Einleitung).

Die für die Frage der Zurechenbarkeit unerlässliche Unterscheidung zwischen Risiken einerseits und Gefahren andererseits ist nicht für alle Anwendungsfelder des Risikobegriffs konstitutiv; bei negativ konnotierter Begriffsverwendung droht sie zu verschwinden. Für analytische Zwecke ist die Unterscheidung jedoch sehr wertvoll, weil sie die Differenzierung in aktiv/passiv anleitet, die Entstehung von Risiken an Entscheidungen und Handlungen koppelt und damit die Voraussetzung für Zurechenbarkeit schafft. Im medizinisch-epidemiologischen Kontext wird die Unterscheidung zwar nicht explizit, wohl aber implizit getroffen, indem die Rede ist von beeinflussbaren bzw. verhaltensbedingten Risiken.

Zurechenbarkeit ist auf Kausalhypothesen angewiesen. Zurechnungen können ein Konfliktfeld sein, weil Verantwortung konstituiert und zugewiesen (und evtl. zurückgewiesen) wird. Für das erste, theoretische, Feld ist entscheidend, welcher Wahrscheinlichkeitsbegriff herangezogen wird; außerdem steht die Erklärungskraft von Risikofaktoren zur Debatte. Subjektive und objektive Wahrscheinlichkeit führen zu gänzlich bedeutungsver-

schiedenen Risikoaussagen. Die Antwort auf die Frage, inwieweit Wahrscheinlichkeitsaussagen im Einzelfall zur Erklärung und Prognose herangezogen werden können, hängt vom gewählten Wahrscheinlichkeitsbegriff ab. Die Epidemiologie steht unter dem Einfluss des statistischen Wahrscheinlichkeitsbegriffs, die Bedeutung von Risiko ist nahezu synonym mit der Eintrittswahrscheinlichkeit und, da es sich bei Morbidität und Mortalität um widrige Ereignisse handelt, negativ geprägt. Dessen Begrenzung allerdings wird in der Praxis nicht konsequent beachtet, denn die Epidemiologie kennt Begriffe wie z.B. *individual risk*, und sie publiziert ‚Daumenregeln‘ zur Erstellung einer individuellen Prognose.

Die Medizin hat es mit beiden Wahrscheinlichkeitsbegriffen zu tun. Ihre eigenen konzeptionellen Voraussetzungen prädestinieren sie für Wahrscheinlichkeiten verstanden als Gewissheitsgrade, bezogen auf Urteile über Individuen. Durch die Bedeutung allerdings, die epidemiologische Befunde als Orientierungswissen für die Medizin gewonnen haben – ohne Risikofaktorenkonzept keine Prävention und keine (kardiologische) Rehabilitation –, ist die Berufung auf den Risikobegriff der Epidemiologie zum medizinischen Allgemeingut geworden. Wir werden sehen, wie sich der Rekurs auf zwei divergente Konzeptionen in der Praxis ausnimmt. Von Interesse wird auch sein, ob und in welcher Weise Wahrscheinlichkeiten quantifiziert werden; beiden Traditionssträngen ist die Quantifizierung eine Selbstverständlichkeit. Und schließlich ist zu fragen, wie die Beteiligten die Erklärungskraft von Risikofaktoren bei der Rekonstruktion des einzelnen Falls einschätzen.

Reha-Kliniken sind gewiss kein Ort, an dem die Frage der Zurechenbarkeit auf einer theoretischen Ebene problematisiert und erörtert wird. Umso mehr Aufmerksamkeit wird der Zurechnung, der Zuteilung von Verantwortung geschenkt. „Eigenverantwortung“ bei Patienten zu wecken und zu stärken, gehört zum programmatischen Kernbestand (nicht nur) der kardiologischen Rehabilitation. Hierbei ist die Überzeugung zentral, dass einer durch optimistischen Fehlschluss zustande kommenden systematischen Verzerrung in der Informationsverarbeitung vorgebeugt und eine ‚realistische‘ Basis geschaffen werden müsse. Ansonsten sei kein der Erkrankung angepasstes Verhalten zu erwarten. Das zentrale Thema der gesundheitspsychologischen Risikoforschung taucht hier also in der Praxis auf und leitet sie an. Die Forschungsrichtung zeichnet sich, wie kaum eine andere, durch die Entgegensetzung von Experten und Laien aus, indem die Abweichung der Urteile letzterer von den korrekten der Experten zum Forschungsgegenstand erhoben wird. Unausweichlich sind Annahmen über (Ir-)Rationalität im Spiel. Auch damit setzt sich die rehabilitative Praxis auseinander.

5 Arbeitsteilung aus der Perspektive der Professionsforschung

Zu den Bedingungen, unter denen das aus dem Risikofaktorenkonzept abgeleitete Behandlungsprogramm in der kardiologischen Rehabilitation praktiziert wird, gehört seine arbeitsteilige Ausführung zwischen Ärzten und nichtärztlichen Berufsgruppen (vgl. Kap. 1.1, Kap. 2.3). Die Struktur der Arbeitsteilung ist hierarchisch:¹⁰⁸ Die Medizin setzt mit der Auswahl des für die Sekundärprävention maßgeblichen Konzepts die Agenda und delegiert zugleich weite Teile der sich daraus ergebenden Aufgaben an andere Berufsgruppen. In punkto Leitung, Überwachung und Koordination des Rehabilitationsablaufes kommt Ärzten eine Schlüsselstellung zu (Vogel 1998: 118).

Einerseits verweist das Recht zur Vorgabe und Delegation auf die dominante Stellung der Medizin im multidisziplinären Gefüge einer Reha-Klinik.¹⁰⁹ Ferner reflektieren der rechtliche Rahmen und daraus abgeleitete Strukturprinzipien der Organisation die Dominanz der ärztlichen Profession: Bei Reha-Kliniken handelt es sich um *professionelle* Organisationen,¹¹⁰ die „unter ständiger ärztlicher Verantwortung“ stehen, wobei die „Mitwirkung von besonders geschultem Personal“ vorgesehen ist (§ 15 Abs. 2 SGB VI). In wesentlichen Zügen ihres Aufbaus sind sie Krankenhäusern nachgebildet: Leitungsfunktionen auf der oberen und mittleren Ebene werden im allgemeinen von Ärzten wahrgenommen; der Organisationsaufbau folgt der Differenzierung von Stationen und Funktionsbereichen; die Kliniken operieren in einem rechtlichen Rahmen, in dem für das, was Patienten während der Behandlungszeit widerfährt, Ärzte letztlich die Verantwortung tragen (Peter 1992: 20f.).

Andererseits und der offenkundigen, strukturell abgesicherten Vormachtstellung der Medizin zum Trotz ist es eine offene und damit empirisch zu klärende Frage, *in welcher Weise* die arbeitsteilige Situation auf der Mikroebene von der Medizin dominiert wird. Vorgabe und Delegation beispielsweise können recht unterschiedliche Formen annehmen. Eine Vorgabe kann sich etwa auf die Auswahl der Wissensbestände und Bearbeitungstechniken erstrecken, doch ist dies nicht zwingend. Sie kann hinsichtlich Detailliertheit, Verbindlichkeit und Akzeptanz variieren und des Weiteren unterschiedliche Formen der Kontrolle der Durchführung beinhalten. Ähnlich die Vieldeutigkeit von Delegation: Wird sie durch eine Verordnung eingeleitet? Besteht sie in der vollständigen Überlassung eines Arbeitsbereiches? Geht sie einher mit einer Problemdefinition und der Erwartung, dass Ergebnisse im Sinne einer solchen Problemdefinition interpretierbar sind?

¹⁰⁸ Mayntz & Rosewitz (1988) weisen darauf hin, dass funktionale Differenzierung selten rangmäßig neutral verlaufe, sondern mit einer entsprechenden Differenzierung einhergehe, und folgern daraus: „Die simple Vorstellung von funktioneller Differenzierung auf der Ebene von Berufsrollen nach dem Muster horizontaler Arbeitsteilung (Dekomposition) ist damit außerstande, einen realen historischen Entwicklungsprozess wiederzugeben“ (132). Zu ergänzen wäre, dass selbst die *inner*-professionelle funktionale Differenzierung von Statusdifferenzierung begleitet war (und ist).

¹⁰⁹ Das Recht zu Vorgabe und Delegation gilt u.a. als definierendes Merkmal der Dominanz einer Profession über andere Berufsgruppen (z.B. Freidson 1970, 1979; Willis 1983).

¹¹⁰ In Abgrenzung zu bürokratischen Organisationen; professionelle Organisationen zeichnen sich dadurch aus, dass ihre Ziele und Standards von Professionsangehörigen, die zugleich Mitglieder der Organisation sind, wesentlich (mit-)bestimmt werden (Mintzberg 1979: 349; Kieser 1995: 180f.). Zum spezifischen Verhältnis von Profession und Organisation siehe außerdem Klatetzki & Tacke (2005b), Scott (2005), Hasenfeld (1992), Scott & Backman (1991: 23-25) und – früh schon – Perrow (1965: 957ff.), Blau & Scott (1963: 60-74).

Bleibt ein delegierter Aufgabenbereich im Relevanzhorizont der delegierenden Profession, oder verschwindet mit der Delegation die Aufmerksamkeit dafür?

Die – hypothetische – Variationsbreite ist also beträchtlich, und ihr entsprechend dürfte der Gestaltungs-, Handlungs- und Interpretationsspielraum variieren, der nichtärztlichen Berufsgruppen verbleibt, um ihre Aufgaben auszuführen. Was es damit auf sich hat und was dies im Hinblick auf die Praktizierung des Risikofaktorenkonzepts bedeutet – das ist (ein) Bestandteil der empirischen Analyse.

Zuvor ist zu klären, mit welchen theoretischen Begriffen sich die Beziehung der Medizin zu anderen Berufsgruppen beschreiben und analysieren lässt. Das herauszuarbeiten ist Anliegen des vorliegenden Kapitels.

Zwei theoretisch-konzeptuelle Perspektiven kommen prinzipiell in Frage: Die mit Fragen der Teamanalyse und Teamentwicklung im multidisziplinären Kontext befasste Forschungsrichtung sowie Ansätze aus der Professionsforschung – sofern sie Aspekte der Beziehung und Arbeitsteilung zwischen Medizin und anderen Berufsgruppen thematisieren.

Erstere untersucht und definiert Kriterien effektiver Teamarbeit und ihrer Umsetzung unter der Voraussetzung, dass mehrere Berufsgruppen mit ihren jeweiligen Tätigkeiten einen zu koordinierenden Arbeitszusammenhang bilden. Dies geschieht auch und gerade mit Blick auf Dienstleistungen in der Krankenversorgung. Der Ausgangspunkt ist dabei strikt aufgaben- bzw. klientenbezogen, das Pferd wird gewissermaßen von hinten aufgezäumt: Die Komplexität der Aufgabenstellungen erfordere in der Regel zwar die Expertise verschiedener Berufe (funktionale Differenzierung also) – dann aber auch die Integration der Teilleistungen zu einer umfassenden Dienstleistung. Der Grad an Integration stellt das zentrale Qualitätsmerkmal von Kooperation dar (z.B. Badura 1993: 34; 1994: 269ff.; Badura et al. 1995; Feuerstein 1993; Winter 1995; 1997: 164-181; DeLisa, Currie & Martin 1998; King, Nelson, Heye, Turturro & Titus 1998; Gerdes & Weis 2000; Körner, Schüpbach & Bengel 2005; Körner 2006, 2012). Diese Auffassung hat vermehrt Eingang in programmatische Verlautbarungen zur Rehabilitation, jedoch nur bedingt in Qualitätsmanagementmodelle gefunden (VDR 2000, 2003a, 2003b; BAR 2005; DRV 2010d; Jäckel & Gerdes 2002; Winter 1997).

Der Auszeichnung des Integrationsgrades als Qualitätsmerkmal entspricht die Unterscheidung von multidisziplinärem und interdisziplinärem Team, respektive additiver vs. integrierter Leistungserbringung (Winter 1995: 80f.; 1997: 173-181; Körner 2006: 27ff.; King et al. 1998: 271ff.).¹¹¹ Kennzeichen des multidisziplinären Modells sind die ärztliche Leitung und Koordination als ärztliche Aufgabe, die Erstellung von disziplinbezogenen Therapieplänen nach disziplinbezogenen Zielen, eine überwiegend bilaterale Kommuni-

¹¹¹ Einige der genannten Autoren arbeiten mit einer erweiterten Typologie: Winter definiert als dritte Form das „traditionell medizinische“ bzw. „monodisziplinäre Modell“ (1995: 80; 1997: 177); King et al. (1998) unterscheiden vier Typen (medical model, multi-, interdisciplinary- und transdisciplinary team model). Körner beschränkt sich in ihrer Untersuchung, welches Modell in welchem Bereich der medizinischen Rehabilitation überhaupt vorkommt und welches Modell erfolgreicher ist, auf die beiden oben erläuterten Formen des multidisziplinären und interdisziplinären Teams (Körner & Bengel 2004; Körner et al. 2005; Körner 2006). Das sind die auch in der angloamerikanischen Literatur geläufigsten Differenzierungen. Die Unterschiede in den Definitionen sind marginal.

kation (Arzt – Therapeut) sowie der Fortbestand von Hierarchie bei allerdings hoher Autonomie der einzelnen Berufsgruppen. Das interdisziplinäre Modell zeichnet aus, dass Therapieteilziele der einzelnen Berufsgruppen in einer gemeinsamen, konsensuell festgelegten Zielsetzung aufgehen und die Verantwortung für die Zielerreichung kollektiv getragen wird. Die Teammitglieder sind demnach gleichberechtigt, die Kommunikation untereinander multilateral. Der Abstimmungs- und Besprechungsaufwand ist hoch, desgleichen die Anforderungen an Kommunikations- und Kooperationsfähigkeiten der einzelnen Teammitglieder. Der Aufwand rechtfertigt sich durch die Erwartung potentieller synergetischer Effekte bei der Therapieplanung und -umsetzung.

Obwohl dies in der Forschungsrichtung kaum explizit gemacht wird, ist ihre Stoßrichtung gegen die Dominanz der Medizin bzw. von Ärzten unverkennbar – ausweislich der Bevorzugung der inter- vor der multidisziplinären Kooperationsform. Der darin enthaltene egalitäre Impetus und die intendierte Aufwertung nichtärztlicher Berufsgruppen werden vornehmlich mit dem Verweis auf erwartete Qualitätsverbesserungen bei der Erbringung personenbezogener Dienstleistungen begründet. Dieser ausschließliche Sachbezug ist gewiss löblich, taktisch vielleicht sogar klug, und doch bleibt damit der Untersuchungsgegenstand analytisch seltsam unterbestimmt: Bei der prinzipiell positiven Auszeichnung von Kooperation kommt die Berücksichtigung von deren Kosten oftmals zu kurz (vgl. Schweitzer 1998: 24ff.; Finn, Learmonth & Reedy 2010). Berufs- oder professionspolitische Erwägungen werden nicht angestellt, ein Anschluss an die professionssoziologische Diskussion nicht gesucht, im Gegenteil wird diese Forschungstradition komplett ignoriert.¹¹² Wesentliche Erkenntnisse über die Kooperationsvoraussetzungen, die *Ärzte als Professionsangehörige* mitbringen, können deshalb nicht angemessen berücksichtigt werden; gleiches gilt für berufssozialisatorisch erworbene Erwartungen und Fähigkeiten zur Kooperation bei nichtärztlichen Berufsgruppen (z.B. „unlearning not to speak“: Long, Forsyth, Iedema & Carroll 2006: 511; s.a. Finn 2008; Carmel 2006; Morrison & Milliken 2003). Mit der Konzentration auf formale bzw. formalisierbare Teamstrukturen und -prozesse, die v.a. die Arbeiten von Körner und Kollegen kennzeichnet, können weitere koordinationswichtige und die ärztliche Dominanz stets reproduzierende Verhaltensroutinen nicht in den Blick geraten – z.B. informelle, von den Beteiligten jedoch als höchst effektiv eingeschätzte Kommunikationswege; die unterschiedliche¹¹³ Bewertung von (Warte-)Zeit; die unterschiedliche Wertschätzung von Spezialisierung; unausgesprochene, aber dennoch wirkungsmächtige wechselseitige Verhaltenserwartungen; die Verflechtung von Gender- und Berufsrollen; teamexterne Erwartungen hinsichtlich der Eindeutigkeit von Autorität, Verantwortung und Haftung – um nur einiges zu erwähnen.¹¹⁴

Wenig Beachtung findet darüber hinaus der organisationale Kontext, in dem Teams bzw. Teammitglieder (ko-)operieren. Von der Organisationsforschung kann man (u.a.) lernen, dass sich die Ziele von Organisationen bei genauerem Hinsehen nicht gar so leicht bestimmen lassen und damit zu rechnen ist, dass diese untereinander nicht widerspruchsfrei sind (vgl. Flood & Fennell 1995; Scott 1986; D’Aunno 1992; Klatetzki & Tacke 2005a;

¹¹² Das gilt vornehmlich für die deutschsprachige, keineswegs einhellig für die angelsächsische Diskussion (vgl. Winter 1995, 1997; Körner & Bengel 2004; Körner et al. 2005; Körner 2006; Vogel 1998; Opie 2000; Allen & Hughes 2002; Bourgeault & Mulvale 2006; Long et al. 2006; Finn et al. 2010).

¹¹³ „Unterschiedlich“ meint hier und im Folgenden: je nach Berufsgruppe verschieden.

¹¹⁴ Fast alle Beispiele und dazu noch ausgeführt bei Long et al. (2006).

Iseringhausen 2006; Klatetzki 2010). Gleiches gilt – wie könnte es auch anders sein – für Menschen, die in Organisationen arbeiten.

Das Besteck will also nicht so recht zu dem passen, was später seziiert werden soll. – Was hat demgegenüber die Professionsforschung für die Analyse von Arbeitsteilung zu bieten – Arbeitsteilung, sofern sie zwischen Angehörigen verschiedener Berufsgruppen stattfindet, von denen mindestens eine als Profession zu gelten hat?

Warum überhaupt „Profession“? Und warum „andere Berufsgruppen“?¹¹⁴ Die Besonderheit von Professionen liegt in der Eroberung und – zugleich – gesellschaftlichen Übertragung weitgehend exklusiver Zuständigkeitsbereiche und beruflicher organisierter Autonomie. Professionen berufen sich dabei auf universell gültiges Wissen, zumindest eine „wissenschaftlich begründete ‚Handlungslehre‘“ (Stichweh 2000: 33). Sie erbringen sensible, sogenannte zentralwertbezogene Leistungen – der Bezug auf Klienten und deren Probleme, die existentielle Bedeutung annehmen können, ist allgegenwärtig. Daraus ergibt sich – auch das ein typisches Merkmal von Professionen – die grundsätzlich asymmetrische Beziehung zwischen Professionsangehörigen und ihren Klienten (Freidson 1979; Parsons 1975; Larson 1977; Etzioni 1969; Dewe, Ferchhoff & Radke 1992; MacDonald 1995; Stichweh 2000, 2005; di Luzio 2005; Martin & Finn 2011).¹¹⁵

Die genannten Merkmale charakterisieren nun eben Professionen und treffen nicht generell auf Berufe zu: Professionen – und nicht Berufen – ist es gelungen, im Zuge der Ausdifferenzierung jeweiliger Funktionssysteme die Arbeit anderer Berufe als Leitprofession zu kontrollieren.¹¹⁶ Das ist aus professionstheoretischer Sicht der maßgebliche Befund, von dem die Analyse von Arbeitsteilung in einem gegebenen Funktionssystem auszugehen hat. Mag der Status als Leitprofession auch erodieren, weder hat er sich bereits völlig überlebt, noch ist unter diesen Umständen zu erwarten, dass Professionalisierungsbestrebungen anderer Berufsgruppen ein durchschlagender Erfolg beschieden sein kann.¹¹⁷

¹¹⁴ Wenn es mir auf die Betonung des Unterschieds Profession/Beruf bzw. Ärzte/nichtärztliche Berufsgruppen ankommt, bleibe ich bei dieser oder einer ähnlichen Formulierung. Sofern allgemein die mit Patientenarbeit befassten Beschäftigten einer Reha-Klinik gemeint sind, verwende ich aus pragmatischen Gründen die Bezeichnung Health Professionals – ohne damit nahelegen zu wollen, dass es sich bei allen unterschiedslos um Professionsangehörige i.e.S. handelt (s.a. Kap. 1, Anm. 9).

¹¹⁵ Der Professionsforschung hat die Medizin lange als archetypisches Forschungsobjekt gegolten (im Unterschied etwa zum Recht oder der Religion); das ist von Abbott kritisiert worden (1988: 3–9). Mittlerweile aber hat die Medizin diesen Rang eingebüßt (vgl. z.B. die Themenzusammenstellung in den Sammelbänden von Pfadenhauer [2005b] sowie Klatetzki & Tacke [2005b]), wie ja überhaupt viele Autoren den Status der Medizin als Profession aufgrund von Autonomieverlusten (Stichwort: Deprofessionalisierung) erheblich verändert (Numerato, Salvatore & Fattore 2012; Chamberlain 2009; Pfadenhauer 2005a; di Luzio 2004; Harrison & Ahmad 2000; Weiss & Fitzpatrick 1997; Hafferty & Light 1995; Wolinsky 1993; Bollinger & Hohl 1981 und – ursprünglich – Haug 1973) oder gar generell die Epoche, in der Professionen bedeutungsvoll sind, ausklingen sehen (Stichweh 2000, 2005).

¹¹⁶ Auf Abgrenzung zwischen Professionen einerseits und sonstigen Berufen – mögen sie auch den Status einer Profession anstreben oder einige Attribute davon aufweisen – andererseits zielen Begriffe wie *semiprofessions* (Etzioni 1969) oder *paraprofessions* (Freidson 1968, 1979).

¹¹⁷ Zu den Faktoren, die den Status von Professionen schmälern, zählt Stichweh die veränderte Distribution und Zugänglichkeit von Wissen sowie die wachsende Bedeutung, die Organisationen angesichts anhaltender interner Differenzierung bei der Reorganisation von Arbeitsteilung innerhalb eines Funktionssystems zukomme (Stichweh 2005: 41f.). Vogd (2002) sieht in der gewandelten Generierung und Überprüfung ärztlichen bzw. medizinischen Wissens (Stichwort: *evidence based*

Im Folgenden werden drei Theoreme der Professionssoziologie vorgestellt, die jeweils einen spezifischen Blick auf die Beziehungen der Medizin zu anderen Berufsgruppen werfen. Die dabei verwendeten theoretischen Begriffe werden herausgearbeitet und hinsichtlich ihrer analytischen Tauglichkeit und Übertragbarkeit diskutiert. Im Einzelnen sind dies das Dominanzmodell (Freidson 1979 bzw. 1970), das Konkurrenzmodell (Abbott 1988) und das Tauschmodell (Cook, Moris & Kinne 1982).

5.1 Das Dominanzmodell

Von Dominanz der Medizin war bereits die Rede, und damit wurde eine Formulierung aufgegriffen, die sich im Kontext sozialwissenschaftlicher Forschung zum Medizinsystem längst schlagwortartig verdichtet hat (vgl. Elston 1992). Den Begriff *professionelle Dominanz* hat Eliot Freidson vor mehr als 40 Jahren geprägt und damit die Forschung zur Medizin als Profession – auch in arbeitsteiligen Beziehungen mit anderen Berufsgruppen – nachhaltig beeinflusst (Freidson 1970, 1979; vgl. Döhler 1997: 61-65; Bosk 2006; Conrad 2007).¹¹⁸ Dieses kaum zu überschätzenden Einflusses wegen und weil Freidson in seinen späteren Schriften diesbezüglich kaum etwas hinzugefügt oder geändert hat, liegt der folgenden Darstellung die Monographie zur ärztlichen Profession zugrunde – in deutscher Übersetzung (Freidson 1979, engl. 1970).

Als *professionelle Dominanz* bezeichnet Freidson eine hierarchische Form der Arbeitsteilung zwischen medizinischer Profession einerseits und nichtärztlichen, „paramedizinisch“ genannten Berufsgruppen andererseits. Die Dominanz der medizinischen Profession zeige sich u.a. darin, dass die Medizin die Arbeitsteilung *kontrolliere*:

„Wo wir eine Berufsgruppe mit organisierter Autonomie innerhalb eines Systems von Arbeitsteilung finden, da dominiert sie über die anderen. Immun gegen die legitime Regelung oder Bewertung durch andere Berufsgruppen, kann sie selbst legitimerweise die Arbeit der anderen bewerten und anordnen. Aufgrund ihrer Stellung innerhalb der Arbeitsteilung können wir sie als eine *dominante Profession* bezeichnen.“ (Freidson 1979: 304f., Hervorhebung im Original)

Von einer machttheoretischen Perspektive ausgehend, legt Freidson seiner Analyse zwei Annahmen zugrunde: Erstens, ein Autonomiestreben könne allen Berufsgruppen unterstellt werden; dies ist eine axiomatische Annahme, die in leichter Abwandlung auch Freidsons normative Orientierung charakterisiert.

medicine) das Einfallstor ärztlicher Deprofessionalisierung (vgl. Rothman & Blumenthal 2010). Andere Autoren führen die Deprofessionalisierung zurück auf die Ausbreitung von Prinzipien des *managerialism* in Domänen, die zuvor der Selbststeuerung der ärztlichen Profession überlassen waren (Numerato et al. 2012); ein weiterer Faktor sei die politisch gestützte Aufwertung von *patient choice* (z.B. Dent 2006; Coburn 2006; Broom 2006). Hingegen war Freidson, ohne die tiefgreifenden Änderungen im Status von Professionen in Abrede zu stellen und immerhin der Nestor unter den *Professional-Dominance*-Kritikern, am Ende seines Lebens davon überzeugt, dass sich Professionalismus idealtypisch und als „third logic“ neben den Steuerungsmodi der Bürokratie und des Marktes erhalten werde – und auch erhaltenswert sei (Freidson 1970, 2001a, 2001b). – Zur begrenzten Chance auf Professionalisierung beliebiger Berufe hat sich Wilensky bereits 1964 geäußert. Für Einschätzungen jüngerer Datums, insbesondere mit Blick auf den Pflegeberuf, siehe Davies (1982), Hampel (1983), Schaeffer (1990, 1994), Hotze (2001), Kälble (2005), Grewe & Stahl (2005), Gerlach (2005), di Luzio (2008).

¹¹⁸ Conrad (2007) spricht sogar von einer „Revolution“, die Freidson in der Medizinsoziologie ausgelöst habe – im preisenden Duktus eines späten Nachrufs. Kritisches zur Schlüssigkeit der von Freidson entwickelten Konzepte merkt Coburn (1992) an.

„Autonomie ist der Siegespreis, nach dem praktisch alle Berufsgruppen streben; denn sie verkörpert Freiheit von Fremddirigismus – die Freiheit, seine Arbeit so auszuführen, wie man will.“ (Freidson 1979: 304)

Zweitens, funktionale Gesichtspunkte spielten für das Muster von Arbeitsteilung keine Rolle, sie sei allein sozial bestimmt (1979: 42-44, 305; ders. 1994).¹¹⁹ Eine problematische Annahme, die, wie sich zeigen wird, von Freidson selbst nicht konsequent durchgehalten wird.

Das System der Arbeitsteilung umfasse die dominante Profession und diejenigen Berufsgruppen, „die in das von der Profession bestimmte System der Arbeitsteilung hineingeraten oder hineingezogen worden sind“ (ebd.: 43). Ferner gebe es Berufsgruppen, über welche die Medizin keine Kontrolle erlangt habe und die sie deshalb als „irregulär“ bezeichne oder mit dem Vorwurf der Kurpfuscherei belege und damit bekämpfe. Freidson betont, dass der Unterschied zwischen Paramedizinern und „Kurpfuschern“ nicht in deren fachlichen Aufgaben, sondern allein in ihrer Beziehung zur dominanten Profession zu suchen sei (kontrolliert vs. nicht kontrolliert, aber dafür auch ausgeschlossen vom regulierten Ressourcenzugang). Die ärztliche Kontrolle paramedizinischer Berufsgruppen manifestiere sich darin, dass

- (1) deren Fachwissen zum großen Teil aus der Medizin stamme oder von der Medizin ausgewählt werde;
- (2) Paramediziner in zentralen Aufgaben der Diagnostik und Therapie eher assistierende als ersetzende Funktion haben;
- (3) sie aufgrund ärztlichen Ersuchens oder ärztlicher Verordnung tätig werden und ihre Arbeit ärztlicherseits überwacht werde;
- (4) ihr Prestige geringer als das der Ärzte sei.

Freidson beschließt seine Aufzählung mit dem Resümee: „Diese Merkmale besagen also, dass die paramedizinischen Berufe von etablierten Professionen durch ihren relativen Mangel an Autonomie, an Verantwortung, Autorität und Prestige unterschieden werden können“ (ebd.: 43).

Die Merkmale (1) bis (4) operationalisieren demnach das, was Freidson unter ärztlicher Kontrolle der Arbeitsteilung mit paramedizinischen Berufsgruppen versteht. Sie können folglich einer empirischen Abschätzung des Ausmaßes jener Kontrolle zugrunde gelegt werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, eine Exegese und Klärung der einen oder anderen Mehrdeutigkeit bzw. Undeutlichkeit vorzunehmen. Freidson sagt im Übrigen nicht, ob er die Merkmale kumulativ versteht oder ob bereits mit jedem für sich genommen ärztliche Kontrolle über eine andere Berufsgruppe gegeben sei. Abgesehen von Prestige – das man schwerlich als definierendes Merkmal von Kontrolle wird bezeichnen können, sondern eher als deren Folge –, sind nach meinem Verständnis mit den Merkmalen (1) bis (3) jeweils unterschiedliche Facetten von Autonomie benannt: Autonomie im

¹¹⁹ Die Zurückweisung funktionaler Gesichtspunkte lese ich aus Freidsons Behauptung heraus, die meisten der ärztlich ausgeführten Aufgaben würden auch vom nichtärztlichen Personal ausgeführt (Freidson 1979: 43), eine Behauptung, die bei genauerer Betrachtung einer deutlichen Einschränkung bedarf. In den USA trifft dies auf lediglich zwei in den 1960er Jahren entstandene Berufe zu – die „physician assistants“ und „nurse practitioners“ –, die gerade aufgrund der großen Überschneidung ihres Aufgabengebietes mit dem ärztlichen einen Sonderfall darstellen (vgl. Döhler 1997: 128-133). Es heißt bei Freidson an der besagten Stelle wohlgermerkt „ausgeführt werden“ und nicht „ausgeführt werden können“.

Wissensbestand (1), funktionale Autonomie bei gleichzeitiger Interdependenz aufgrund eines paramedizinischen Komplements zur ärztlichen Tätigkeit (2) sowie Autonomie im Zugriff auf Patienten (3).

Das *erste* Kriterium – Fachwissen – ist eindeutig, wenngleich zu unterscheiden ist, ob das Fachwissen einer nichtärztlichen Berufsgruppe aus der Medizin stammt oder ob es von jener im Hinblick auf eine medizinische Problemlösung ausgewählt wird. Unklar sind hingegen das zweite und dritte Merkmal. Freidsons *zweites* Merkmal – die Kontrolle der Medizin zeige sich darin, dass Paramediziner Ärzten eher assistieren, als dass sie sie in ihren Funktionen ersetzen – impliziert folgendes: Wenn eine paramedizinische Berufsgruppe eine ärztliche Aufgabe übernimmt, Ärzte also in einer oder mehreren Funktionen ersetzt, sei dies ein Indikator dafür, dass die Medizin diese Berufsgruppe nicht oder allenfalls partiell kontrolliere. Dagegen ist einzuwenden: Wenn diese Berufsgruppe parallel das gleiche tut, was auch Ärzte tun, dann hat man es mit dem seltenen Fall segmentärer Arbeitsteilung zwischen Berufsgruppen zu tun und nicht mit dem um so viel typischeren der funktionalen Differenzierung. Wenn man unterstellt, dass Freidson mit dem Ersetzen eine Sukzession im Sinn hat – also die Medizin gibt eine Aufgabe ab –, dann muss dies keineswegs gleichbedeutend mit Nichtkontrolle sein. Im Gegenteil kann dieser Vorgang durchaus kontrolliert sein (vgl. Kap. 5.3). Die Gegenüberstellung Assistenz/Ersatz ist also kein geeigneter Indikator für Kontrolle/Nichtkontrolle bzw. Dominanz/Nichtdominanz. Erhellender könnte der Versuch sein, den Grad funktionaler *Independenz* bzw. *Interdependenz* zu bestimmen, in dem eine paramedizinische Tätigkeit zu einer ärztlichen steht. Beispiele für eine funktional independente Tätigkeit wären etwa psychologische Diagnostik und Therapie oder Pflegearbeit in einem Hospiz. Im Unterschied dazu wäre von Interdependenz zu sprechen, wenn die paramedizinische Tätigkeit in der Assistenz zu einer ärztlichen Aufgabe besteht, die ihrerseits ohne die Assistenz nicht durchgeführt werden könnte; der ärztlichen Tätigkeit untergeordnet wäre sie insofern, als die Assistenztätigkeit nur im Kontext der ärztlichen Tätigkeit Sinn ergibt (z.B. Speichel absaugen während zahnärztlicher Behandlung).

Das *dritte* Merkmal – Paramediziner werden aufgrund ärztlichen Ersuchens oder ärztlicher Verordnung tätig und ihre Arbeit werde ärztlicherseits überwacht – entpuppt sich bei genauerer Betrachtung als ganzes Kriterienbündel und besteht eigentlich aus mehreren voneinander unabhängigen Merkmalen: Ersuchen/Verordnen bezieht sich auf die Art und Weise, wie eine nichtärztliche Berufsgruppe in ihrer Tätigkeit durch die Medizin aktiviert wird, Überwachung (der Arbeit oder ihres Ergebnisses) hingegen auf den eigentlichen Arbeitsprozess. Ein ärztliches Ersuchen, eine ärztliche Verordnung bedingen nicht notwendigerweise, dass die paramedizinische Tätigkeit überwacht wird, weder während der Ausführung noch im Ergebnis (ein Arzt verordnet Massage, überwacht sie aber nicht; wenn er sich für deren Ergebnis interessiert, dann allenfalls in dem Sinn, ob sie überhaupt ausgeführt wurde und ob sich mit ihr die Beschwerden lindern ließen; er beurteilt nicht die Fachgerechtigkeit der Ausführung). Es handelt sich also um drei Merkmale, Ersuchen/Verordnen (3a, 3b) zum einen, Überwachen (4) zum anderen. Denn auch die beiden Formen der Delegation – Ersuchen oder Verordnen – sind eine Unterscheidung wert. Unter Ersuchen wäre eher eine kollegiale Form der Delegation zu verstehen, die an ein Konsil erinnert. Ein Arzt ist mit seinem Latein am Ende und delegiert ein Problem, eine Aufgabe (eigentlich natürlich einen Patienten) an einen anderen Fachmenschen, der dann entscheidet, was zu tun ist. Freilich hat die kollegiale Form der Delegation einen Kontrollaspekt insofern, als der Arzt als *Gatekeeper* auftritt, der darüber befindet, ob und wann

ein Experte anderer Provenienz hinzuzuziehen ist. Demgegenüber stellt die Verordnung eine deutlich hierarchischere Form der Delegation dar. Der Entscheidungsvorbehalt darüber, was zu tun ist, ist hier auf Seiten dessen, der aufgrund der Verordnung tätig wird, entweder gar nicht oder nur eingeschränkt vorhanden.

Zusammenfassend und als Basis der empirischen Analyse schlage ich folgende Reformulierung von Freidsons Dominanzmerkmalen vor:

Freidsons Dominanzmerkmale	Reformulierung
1. Fachwissen stammt aus der Medizin oder wird von ihr ausgewählt	1a. Fachwissen stammt aus der Medizin 1b. Fachwissen wird von der Medizin ausgewählt
2. Paramediziner assistieren Ärzten, anstatt sie zu ersetzen	2. man muss den Grad funktionaler Interdependenz bzw. Interdependenz einer paramedizinischen Tätigkeit mit ärztlichen Aufgaben bestimmen
3. Paramediziner werden aufgrund ärztlichen Ersuchens oder ärztlicher Verordnung tätig, ihre Arbeit wird ärztlicherseits überwacht	3a. Paramediziner werden aufgrund ärztlichen Ersuchens tätig 3b. Paramediziner werden aufgrund ärztlicher Verordnung tätig 4. ihre Arbeit wird ärztlicherseits überwacht

Tab. 2 Dominanzmerkmale der Profession nach Freidson und ihre Reformulierung

Die Unterscheidung, die Freidson zwischen den Merkmalen Assistenz und Ersuchen/Verordnen (2 und 3) trifft, ist ironischerweise einem funktionalen Gesichtspunkt geschuldet, einem Gesichtspunkt also, von dem er behauptet, dieser sei für Arbeitsteilung irrelevant: Es hängt von der *Art der Tätigkeit* ab, ob sie „assistierend“ ist oder ob es sich um eine delegierbare Aufgabe in dem Sinne handelt, dass sie zwar auf ärztliche Verordnung hin ausgeführt wird, die Ausführung aber ungleichzeitig zur ärztlichen Aufgabe erfolgen kann. Delegierbare Aufgaben können, müssen aber nicht funktional interdependent mit ärztlichen Tätigkeiten sein.

Paramediziner sind nicht gleich Paramediziner; Freidson fasst hier eine sehr heterogene Gruppe von Berufen zusammen, die sich hinsichtlich der Art und Dauer der Ausbildung sowie ihrer Tätigkeitsfelder (pflegerische, therapeutische vs. medizinisch-technische Assistenzberufe) erheblich unterscheiden (ebd.: 48, 99). Er knüpft an diese Unterscheidung keine weitere für das System der Arbeitsteilung bedeutsame Analyse, führt aber mit dem Begriff der „funktionellen Autonomie“ eine kontinuierliche Variable ein, entlang deren Ausprägung paramedizinische Berufsgruppen differierten, wobei die Ausprägung mit dem Konfliktpotential in der Beziehung der Berufsgruppe zur Profession kovariere. Als funktionelle Autonomie definiert Freidson den Grad,

„bis zu dem die Arbeit unabhängig von der Überwachung durch die Organisation oder den Arzt ausgeführt werden kann, und de[n] Grad, bis zu dem sie betrieben werden kann, indem sie einen eigenen Patientenkreis anzieht, unabhängig von der Überweisung durch Organisationen oder durch andere Berufsgruppen einschließlich der Ärzte.“ (ebd.: 47)

Die Formulierung lässt offen, ob Freidson hier ein aus zwei Teilaspekten zusammengesetztes Kriterium meint oder von zwei voneinander unabhängigen Aspekten spricht, die nicht gemeinsam vorliegen müssen, damit von einem wie auch immer bestimmten Grad funktioneller Autonomie die Rede sein kann.¹²⁰ Da aber offenbar mit funktioneller Autonomie ein Kontinuum gemeint ist und sie durch Addition beider Teilaspekte zunimmt, bevorzuge ich die zweite Lesart. Der Endpunkt kann im Übrigen nach Freidsons Definition nur von den „irregulären“ Berufsgruppen erreicht werden.

Die Weise, in der der Grad der funktionellen Autonomie einer Berufsgruppe ihre Beziehung zur dominanten Profession beeinflusst, ist wie gesagt die des Konflikts: „Im großen und ganzen ist die Möglichkeit eines rechtlichen oder sonstigen Konflikts um so größer, je mehr Autonomie die Berufsgruppe besitzt und je mehr sich ihre Arbeit mit der des Arztes überschneidet“ (ebd.). Auch hier sind wieder zwei voneinander unabhängige Bedingungen genannt; die erste Bedingung kann vorliegen, ohne dass sich die Tätigkeit der Berufsgruppe mit der der Ärzte überschneiden muss. Dass Freidson hier eigentlich von den „Kurfuschern“ spricht, wird in seiner erläuternden Fortsetzung deutlich: „Einen solchen Konflikt haben wir in den Vereinigten Staaten zwischen Chiropraktiker und Arzt (...)“ (ebd.).¹²¹ Zuvor jedoch hat er behauptet, dass „fachliche Aufgaben“ den Unterschied in der Beziehung von Paramedizinern resp. „Irregulären“ zur dominanten Profession nicht erklären könnten. Hier jedoch führt er die *Art der Tätigkeit* an. Ein Widerspruch also, der m.E. daher rührt, dass Freidson funktionale Gesichtspunkte aus seiner Analyse auszuschließen trachtet, aber gleichwohl nicht ohne sie auskommt. Dass sich eine Arbeit mit der des Arztes überschneidet, kann ja nur heißen, dass sie ein funktionales Äquivalent zu der seinen darstellt.

Warum Freidson überhaupt von *funktionaler* Autonomie spricht, bleibt mir ein Rätsel. Die Formulierung des *ersten* Definitionskriteriums (funktionelle Autonomie als der Grad, „bis zu dem die Arbeit unabhängig von der Überwachung durch die Organisation oder den Arzt ausgeführt werden kann“) ist vage genug, so dass man den Grad der Unabhängigkeit der Arbeit einerseits durch die *Art der Arbeit* bestimmt sehen kann – was jedoch kaum Freidsons Absicht sein dürfte –, andererseits durch die Überwachungsbefugnis der Organisation/des Arztes. Das aber wäre eine politische Kategorie, m.a.W. eine Frage von Macht. Im *zweiten* Definitionskriterium (funktionelle Autonomie als der Grad, „bis zu dem sie [die Arbeit] betrieben werden kann, indem sie einen eigenen Patientenkreis anzieht, unabhängig von der Überweisung durch Organisationen oder durch andere Berufsgruppen einschließlich der Ärzte“) ist die Autonomie im Zugriff auf Patienten angesprochen, die Freidson aber wiederum nicht mit einem funktionalen Gesichtspunkt in Verbindung bringt. Warum aber dann die Rede von *funktionaler* Autonomie?

Wenn man diesen Begriff analytisch nutzen möchte, dann ist dies nur entgegen Freidsons Intention möglich, indem funktionelle Autonomie als Variante der reformulierten Kriterien 2, 3a und 3b interpretiert wird, als Gradmesser für Dominanz. Nichts spricht dafür,

¹²⁰ Die Ungenauigkeit ist nicht der Übersetzung geschuldet: „One of the major variables mediating interoccupational relations in the health services seems to be functional autonomy – the degree to which work can be carried on independently of organizational or medical supervision, and the degree to which it can be sustained by attracting its own clientele independently of organizational referral or referral by other occupations, including physicians.“ (Freidson 1970: 53)

¹²¹ Zum Konflikt und dessen Beilegung siehe Caplan (1984) und Wolinsky (1993).

den Kernbegriff der professionellen Dominanz aufzugeben; wohl aber bedürfen, wie ich gezeigt habe, ihre Kriterien einer Präzisierung.

5.2 Das Konkurrenzmodell

In Abgrenzung zum Dominanzmodell Freidsons geht Abbott (1988) in seinem Konkurrenzmodell davon aus, dass „selbst erfolgreiche Prozesse der Marktschließung keinen Endpunkt im Sinne eines dauerhaft gesicherten Professionsterrains darstellen müssen“ und insofern „die privilegierte Position der Ärzteschaft nicht als invarianter Dauerzustand begriffen werden kann“ (Döhler 1997: 66). Mithin stehen Konflikte um die Verschiebung von Domänengrenzen zwischen Profession und solchen Berufen, die es möglicherweise werden wollen, im Mittelpunkt von Abbotts Interesse. Während Freidson zufolge beruflich organisierte Autonomie und Dominanz die definierenden Merkmale einer Profession sind, ist Abbotts zentraler Begriff die *Jurisdiktion* einer Berufsgruppe über ihr Tätigkeitsfeld.

Im Unterschied zu Freidsons Begrifflichkeit koppelt Abbott den Jurisdiktionsbegriff zum einen an die professionelle *Arbeit*. So geht Abbott etwa davon aus, dass der Zuschnitt von Aufgaben und Problemen, mit denen sich eine Profession befasst und der Gegenstand jurisdiktionaler Dispute ist, nicht beliebig in sozialen und/oder kulturellen Aushandlungen rekonstruierbar ist, sondern ggf. durch objektive Eigenschaften einer Aufgabe begrenzt wird (vgl. Freidson 1986). Wie immer man beispielsweise Alkoholismus definiert – als Sünde, als soziales Problem, als Willensschwäche, als psychische oder somatische Erkrankung –, so setze er doch stets individuellen Konsum von Alkohol voraus und wirke unweigerlich auf das zentrale Nervensystem.¹²² Zu objektiven Eigenschaften gehörten neben natürlichen Gegebenheiten ebenso gesellschaftliche Tatbestände wie die Verfügbarkeit bestimmter Technologien oder die organisationale Verfasstheit einer Gesellschaft; systemtheoretisch gesprochen: all das, was zur Umwelt des *system of professions* gehört. Der Gegensatz zwischen objektiven und subjektiven Anteilen professioneller Aufgaben sei demnach „not between the natural and the mental, but rather between the movable and the fixed“ (Abbott 1988: 38f.). Subjektive Anteile des Aufgabenzuschnitts sind also professioneller (Re-)Interpretation und (Re-)Konstruktion eher zugänglich und damit potentiell Bestandteil jurisdiktionaler Dispute und Ansprüche. Ansprüche auf Zuständigkeiten (*jurisdictional claims*) werden analog den professionellen, analytisch differenzierbaren Tätigkeiten des Diagnostizierens, Schlussfolgerns und Behandelns erhoben, durchgesetzt oder verteidigt (ebd.: 33-58).¹²³ Für die Untersuchung der beruflichen Arbeitsteilung in den Kliniken steht damit ein Analyseschema zur Verfügung, bei dem für jede Berufsgruppe gefragt werden kann, ob ihre Tätigkeit die genannten drei Elemente enthält und in welchem Ausmaß sie von der Berufsgruppe selbst jurisdiktional beherrscht werden.

¹²² Abbott vergaß, die Leber zu erwähnen.

¹²³ *Diagnose* und *Behandlung* werden von Abbott nicht in einem medizinisch engen Wortsinn gebraucht, sondern in ihrer allgemeinen Bedeutung: „Diagnosis and treatment are mediating acts: diagnosis takes information into the professional knowledge system and treatment brings instructions back out from it.“ (ebd.: 40)

Zum zweiten ist der Jurisdiktionsbegriff nicht dichotom angelegt wie der der Dominanz. Deshalb ist er nicht allein für die Pole Dominanz/Subordination, sondern auch für intermediäre Zustände sensitiv. Demzufolge benennt Abbott sechs verschiedene Beilegungen jurisdiktionaler Dispute, wobei die Beilegung freilich nicht von Dauer zu sein braucht und sogar recht fragil sein kann. Da ist zunächst die Freidsons Dominanz- bzw. Subordinationsdefinition ähnelnde (1) volle und endgültige, d.h. legal sanktionierte Jurisdiktion einer Profession über ihre Domäne sowie die nach Abbotts Systemvorstellung (2) dazu komplementäre Subordination einer Profession unter eine andere. Paradebeispiele sind ihm die Medizin einerseits und die Pflege andererseits. Für die dominante Profession bringe die Subordination jedoch nicht nur Vorteile, sondern sie schaffe auch Abhängigkeit:

„The direct creation of subordinate groups has great advantages for the professions with full jurisdiction. It enables extension of dominant effort without division of dominant perquisites. It also permits delegation of dangerously routine work. Most importantly, it settles the public and legal relations between incumbent and subordinate from the start. This is of course essential; subordination assumes a complex division of labor, with extensive workplace assimilation creating consequently fuzzy workplace jurisdictions. (...) It [subordination, EB] is an inherently uneasy settlement, partly because subordinates become absolutely necessary to successful practice by superordinates.“ (Abbott 1988: 72)

Wenn die dominante Profession im Erfolg ihrer Arbeit derart abhängig von den Tätigkeiten einer subordinierten Berufsgruppe wird, ist es natürlich fraglich, ob diese tatsächlich subordiniert bleibt, ob sie nicht vielmehr die umgekehrte Abhängigkeit im Sinne einer Erweiterung des eigenen Handlungsspielraums zu nutzen weiß – eine offene Frage.

Als weitere Zustände sind unterschieden:

- (3) die partielle, da lediglich intellektuelle bzw. kognitive Subordination einer Profession unter eine andere bei zugleich bestehender Unabhängigkeit letzterer in der Ausübung ihrer Tätigkeit;
- (4) Arbeitsteilung zwischen zwei Professionen, indem *eine* Domäne in zwei interdependente, dabei jedoch strukturell gleichgewichtige Teile aufgeteilt wird;¹²⁴
- (5) eine Profession übernimmt Beratungsfunktionen für das Tätigkeitsfeld einer anderen;
- (6) Arbeitsteilung findet nicht auf inhaltlicher Ebene statt, sondern ist auf Klienten ausgerichtet¹²⁵ (ebd.: 69-79).

Es wird abschließend zu diskutieren sein, ob einige der genannten Beziehungsmuster charakteristisch für die Situation in den Kliniken sind. Der Diskussion vorgreifend sei gesagt, dass die Variante (6) von vornherein ausgeschlossen werden kann, da in den Kliniken die Exklusivität von Domänen gewiss nicht über eine Klientendifferenzierung stattfindet, sondern inhaltlich bestimmt ist. Wenig wahrscheinlich ist es auch, auf die Variante (4) zu stoßen. Es dürfte unbestritten sein, dass die Medizin die Leitdisziplin der kardiologischen Rehabilitation darstellt (vgl. Kap. 2.3, Kap. 3.4).

¹²⁴ Tatsächlich wird in Abbotts Ausführungen nicht deutlich, worin die funktionale Interdependenz in diesem Fall bestehen soll; das wichtigere Merkmal scheint mir die strukturelle Gleichgewichtigkeit zu sein.

¹²⁵ Eine Arbeitsteilung hinsichtlich der Klientel kann sich möglicherweise in eine inhaltlicher Art entwickeln.

5.3 Das Tauschmodell

Zu weit weniger Prominenz als das Dominanz- und das Konkurrenzmodell ist das Tauschmodell von Cook, Moris und Kinne (1982) gelangt. Obschon also von deutlich geringerem Einfluss auf theoretisch-konzeptuelle Sichtweisen, bietet es den Vorzug klar formulierter analytischer Kategorien. Im Tauschmodell stehen – anders als im Dominanz- und Konkurrenzmodell – nicht von vornherein Konflikt und Konfliktaustragung im Vordergrund. Im Dominanzmodell ist es das Autonomieaxiom, im Konkurrenzmodell die Annahme, jede Berufsgruppe strebe nach größtmöglicher Jurisdiktion über ihr Tätigkeitsfeld, die Konflikte nach Art eines „Nullsummenspiels“ (Döhler 1997: 69) erwarten lassen. Das Tauschmodell verfährt hier offener, indem Beziehungsmuster zwischen Medizin und nichtärztlichen Berufsgruppen unter dem Gesichtspunkt des Tauschs analysiert werden. Tauschfähig sind Ressourcen aller Art, also nicht allein Geld, sondern auch Wissen, Klienten, Information¹²⁶ etc. Grundlegend für diesen Ansatz ist die Annahme, dass Tauschbeziehungen so lange aufrecht erhalten werden, als die Transaktionskosten von den jeweiligen Tauschpartnern geringer veranschlagt werden als der jeweilige Nutzen (Streck 1985). Tauschbeziehungen sind demnach nicht unbedingt gleichbedeutend mit einer horizontalen Arbeitsteilung, sondern u.U. asymmetrisch. Formen hierarchischer Arbeitsteilung können gleichwohl auf Tausch basieren und müssen nicht notwendigerweise konflikthaft sein. Zum Beispiel delegiert die Ärzteschaft eine Aufgabe an eine andere Berufsgruppe und gewinnt dadurch Zeit für Aufgaben, die von der Profession eher deren Kern-tätigkeiten zugerechnet werden. Besagte Berufsgruppe wiederum gewinnt einen Tätigkeits- und Verantwortungsbereich, der für sie nur durch Bindung an die Medizin zu erreichen ist.

Von den diversen strukturellen Arrangements, die Cook et al. diskutieren, sei auf vier näher eingegangen (Cook et al. 1982: 11-15):

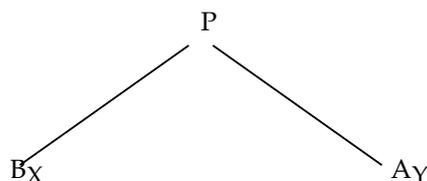
(1) *nested differentiation*:¹²⁷ B_x ————— A_X ————— P

In diesem Fall ist A der *Gatekeeper* sowohl für B's Zugang zu P wie umgekehrt: P kommt nur durch A in den Genuss von B's Leistung. B übernimmt einen Teil von A's Aufgaben (x). A könnte in Abwesenheit von B alle seine Aufgaben durchführen, während im umgekehrten Fall B nur einen Teil von A's Aufgaben ausführen könnte. Mit Hilfe von B kann A seinen Tätigkeitsbereich ausdehnen, B gewinnt einen.

¹²⁶ Luhmann zufolge können Informationen nicht Gegenstand eines Tauschs sein, weil die am Tausch Beteiligten sich durch den „Tausch“ ihrer Information nicht entäußern, sondern diese jeweils geben und zugleich behalten (Baraldi, Corsi & Esposito 1998: 77, 90). Will man hier trotzdem von Tausch sprechen, kann dies im Hinblick auf die *Verfügbarkeit* über Information geschehen: der Tausch eines Monopols gegen eine wechselseitige Teilhabe.

¹²⁷ Legende: B = Angehöriger einer nichtärztlichen Berufsgruppe; A = Arzt; P = Patient; x, X, Y, Z = Leistungen/Aufgaben, wobei die Unterscheidung zwischen Klein- und Großschreibung eines gleichlautenden Index verdeutlicht, dass klein-x eine Teilaufgabe von Groß-X usf. ist (modifiziert nach Cook et al. 1982: 5). Diese und die folgenden Graphiken sind *nicht* als Abfolge von links nach rechts zu lesen; in diesem Fall: A ist nicht als zweiter am Zuge, sondern hat die zentrale Stellung in dieser Struktur inne.

(2) *functional differentiation*:



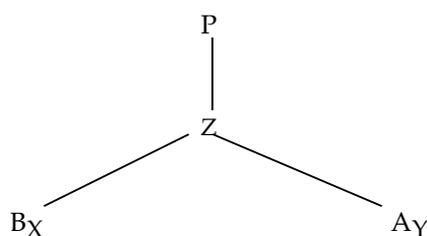
Beide, A und B, führen jeweils unterschiedliche Aufgaben durch. Keiner kann die Aufgabe des anderen übernehmen, keiner kontrolliert den Zugang des anderen zu P.

(3) *sequential exchange*:



Von der vorigen unterscheidet sich diese Situation dadurch, dass A wiederum B's Zugang zu P vermittelt. Anders als in (1) jedoch ist durch die Verschiedenheit der Aufgaben keiner der beiden in der Lage, den anderen Anbieter teilweise oder vollständig zu ersetzen.

(4) *productive exchange*:



In diesem Fall müssen A und B Teilleistungen gemeinsam erbringen, damit eine Aufgabe Z erfüllt werden kann. Fehlen A oder B, kann eine Tauschbeziehung mit einem Patienten nicht zustande kommen. Es ist nicht ein Kontrakt, der A und B zur Kooperation verpflichtet, sondern beide behalten die Kontrolle über ihre jeweiligen Ressourcen und können sich daher auch für eine Nichtbeteiligung entscheiden.

Die vier Strukturtypen lassen sich auf zwei Grundmuster reduzieren: Der erste und dritte Typus repräsentieren hierarchische Arbeitsteilung, der zweite und vierte geben dagegen eine horizontale Struktur der Arbeitsteilung wieder. Cook et al. betonen, dass sich in konkreten Situationen die Typen wandeln können, also ein Beziehungsmuster, das der *Nested Differentiation* entspricht, zu einem sequentiellen Tausch wird, indem B's Aufgabenbereich allmählich aus dem von A verschwindet und A's Abhängigkeit von B damit steigt. Ebenso kann sich eine funktionale Differenzierung zum produktiven Tausch wandeln, sofern A's und B's Beziehung zu P beeinflusst wird von der Beziehung, die zwischen A und B besteht (ebd.: 15-18). Die Autoren lassen allerdings offen, ob ein Strukturtyp hierarchischer Arbeitsteilung auch in einen horizontalen Strukturtyp umgewandelt werden kann.

Setzt man die Strukturtypen des Tauschmodells zu Freidsons Dominanzmodell in Beziehung, dann können bei Freidson allenfalls die Typen 1 und 3 vorkommen, in denen jeweils A den Zugang von B zu P kontrolliert und damit Dominanz von A über B strukturell angelegt ist. Die Arbeitsteilung nach den Mustern der zweiten und vierten Variante ist horizontal, kann also bei Freidson per definitionem nicht vorkommen.

5.4 Implikationen für die Praktizierung des Risikofaktorenkonzepts

Was lässt sich mit der der Professionsforschung entlehnten analytischen Unterscheidung von Dominanz, Konkurrenz und Tausch gewinnen für eine Untersuchung, die auf der Mikroebene einer bzw. zweier Reha-Kliniken angesiedelt ist? Man möchte zunächst meinen: wenig, denn dieser Forschungszweig hat in erster Linie die formativen Prozesse der Professionalisierung zum Thema: Welche Berufsgruppe unternimmt überhaupt Professionalisierungsanstrengungen und hat unter welchen Bedingungen welche (Miss-)Erfolge? Demzufolge ist das Augenmerk hauptsächlich auf die politische Arena mit kollektiven und korporativen Akteuren gerichtet wie etwa Berufsverbänden, korporativen Zusammenschlüssen, Gesetzgeber usf. Einzelne Kliniken stellen dagegen nicht die Ebene dar, auf der professionspolitische Entscheidungen fallen (vgl. Coburn 2006; Bourgeault & Mulvale 2006).

Gleichwohl ist es die einzelne Klinik, in der sich Entwicklungen hinsichtlich (De-)Professionalisierung und Arbeitsteilung anbahnen oder auch blockiert werden können (Long et al. 2006; Morrison & Milliken 2003). Verkürzt wäre es jedenfalls, das Phänomen der medizinischen Dominanz in seiner Persistenz oder Veränderung allein in Strukturen verortet zu sehen, die der Meso- und Makroebene zuzurechnen wären. Im klinischen Alltag und damit auch in jeder einzelnen Einrichtung wird – im Sinne der *negotiated order* von Strauss und Kolleginnen (vgl. Strauss, Fagerhaugh, Suczek & Wiener 1997) – eine Menge verhandelt und ausgehandelt, und es wäre unplausibel, dies nicht auch für Strukturen der Arbeitsteilung anzunehmen.

Was lassen die vorgestellten Theoreme im Hinblick auf die Umsetzung des Risikofaktorenkonzepts in der kardiologischen Rehabilitation jeweils erwarten? Legt man Freidsons Dominanzperspektive zugrunde, so lieferten das Risikofaktorenkonzept und gegebenenfalls ergänzende medizinische Konzepte die alleinige Problem- und Zieldefinition rehabilitativer Arbeit: Die Medizin sagt, worin das Problem besteht und was als Problemlösung anzusehen ist. Die rehabilitative Arbeit wäre unter Hinzuziehung nichtärztlicher Berufsgruppen geteilt nach den Erfordernissen des Risikofaktorenkonzepts respektive der Medizin. Die Tätigkeiten nichtärztlicher Berufsgruppen wären nicht nur generell, sondern auch im Einzelnen durch die Medizin veranlasst, die überdies die Ergebnisse nichtärztlicher Arbeit, wenn nicht sogar deren Ausführung überwachte. Je nach Berufsgruppe und abhängig von Art und Dauer der jeweiligen Ausbildung wären unterschiedliche Grade funktioneller Autonomie bei der Ausübung verschiedener Tätigkeitsbereiche zu erwarten.

Aus Abbotts Konkurrenzmodell ist ein hypothetisches Szenario für die Art und Weise, in der Arbeit geteilt wird, nicht direkt abzuleiten, wohl aber die Aufmerksamkeit für folgende Fragen: In welchem Ausmaß verfügen die einzelnen Berufsgruppen über Jurisdiktion in ihren Aufgabenbereichen? Inwieweit enthalten nichtärztliche Tätigkeiten die Attribute professioneller Arbeit (diagnostizieren, schlussfolgern, therapieren)? Welchen von Abbott beschriebenen Stadien der Beilegung jurisdiktionaler Dispute entsprechen die Beziehungen der Medizin zu nichtärztlichen Berufsgruppen in der kardiologischen Rehabilitation am ehesten?

Auch aus dem Tauschmodell lässt sich kein hypothetisches Szenario ableiten, mit welcher Form der Arbeitsteilung in der kardiologischen Rehabilitation zu rechnen ist. Kombiniert man es mit Freidsons Annahmen, dann müsste vor allem der erste und allenfalls noch der dritte Strukturtyp von Arbeitsteilung zu finden sein, denn in beiden Fällen

käme Ärzten eine zentrale Stellung bei der Veranlassung nichtärztlicher Tätigkeiten zu. Tatsächlich eignet sich das Modell besonders gut, um es der Analyse der Therapiesteuerung zugrunde zu legen und um nichtärztliche Tätigkeitsbereiche in ihrer Eigenständigkeit abschätzen zu können.

Welche Fragen lassen sich aus der Thematisierung von Arbeitsteilung unter Berücksichtigung der vorgestellten Theoreme im Hinblick auf die Umsetzung des Risikofaktorenkonzepts konkret ableiten? Zunächst ist zu fragen, ob die Problem- und Zieldefinition, wie sie in der kardiologischen Rehabilitation praktiziert wird, tatsächlich dem Risikofaktorenkonzept und damit einer medizinischen Agendasetzung entspricht. Zu differenzieren ist hier zwischen der allgemeinen Ausrichtung und dem für den einzelnen Patienten entworfenen Behandlungsablauf. Daran schließen sich unterschiedliche Fragen an, zum einen, ob über die allgemeine Ausrichtung Konsens zwischen den einzelnen Berufsgruppen besteht, und wenn nicht, worin Dissens besteht und wie er sich äußert; zum zweiten ist die Teilung sekundärpräventiver Aufgaben zwischen Medizin und nichtärztlichen Berufsgruppen zu beschreiben: Was wird in welchem Umfang delegiert, mit welchen Vorgaben ist die Delegation versehen, und in welchem Ausmaß wird nichtärztliche Arbeit von Ärzten überwacht? Die Bereiche Therapiesteuerung und -ablauf sind aufschlussreich für die Frage, welche Berufsgruppe in welcher Weise Zugriff auf Patienten hat und in der Lage ist, einen geplanten Behandlungsablauf zu verändern.

Die Analyse bezieht sich zum einen auf eine strukturell-organisatorische und prozessuale Ebene, zum anderen auf eine konzeptuelle Ebene. Die empirische Untersuchung folgt dieser Unterscheidung: In Kapitel 8 stehen strukturell-organisatorische und prozessuale Aspekte der arbeitsteiligen Umsetzung des Risikofaktorenkonzepts im Vordergrund. Kapitel 10 ist der Untersuchung der konzeptuellen Ebene gewidmet und verfolgt insbesondere die Frage, ob von nichtärztlichen Berufsgruppen weitere Konzepte in die rehabilitative Arbeit eingebracht werden, die nicht dem Risikofaktorenkonzept entstammen und möglicherweise auch nicht mit diesem vereinbar sind.

6 Methodisches Vorgehen

In ihrem empirischen Teil stützt sich die vorliegende Arbeit auf Daten, die in jeweils etwa dreimonatigen Feldforschungen in zwei kardiologischen Rehabilitationskliniken im Jahr 1998 erhoben wurden. Die Daten haben also, mit Verlaub, Staub angesetzt. Selbst wenn man ihn wegwischt, stellt sich als erstes und vor aller Methodendiskussion die Frage, ob die Daten für eine wissenschaftliche Auseinandersetzung, die keine historische sein will, noch tauglich sind. Die fortgeschrittene Seitenzahl der Arbeit zeigt an, dass ich diese Frage bejaht habe. Neuerungen und Veränderungen im Reha-Sektor – in leistungsrechtlicher, struktureller und leistungssystematisierender Hinsicht z.B. – hat es seither natürlich viele gegeben, auf einige habe ich bereits hingewiesen; darunter die Verweildauerverkürzung bei stationärer Rehabilitation von vier auf drei Wochen, die Zunahme ambulant durchgeführter Maßnahmen, die Reorganisation auf Kostenträgerebene, die Entwicklung und Implementierung von Leitlinien, der Anschluss an Qualitätssicherungsaktivitäten (Iseringhausen 2006), die Anpassung von Grenzwerten und Therapiestandards an aktuelle Forschungsergebnisse. Veränderungen dürften sich auch auf Patientenebene ergeben haben, vor allem hinsichtlich soziodemographischer Merkmale (Alter, Geschlechterverteilung, kulturelle Heterogenität). – Die mit Blick auf die lange zurückliegende Forschung entscheidende Frage aber lautet, ob diese Änderungen die Fragestellung der Arbeit im Kern berühren: Ist anzunehmen, dass die Institutionalisierung des Risikofaktorenkonzepts in der Rehabilitation, einschließlich seiner arbeitsteiligen multidisziplinären Umsetzung, davon entscheidend beeinflusst worden ist? Dass das Konzept von einem anderen verdrängt worden wäre? Dass multidisziplinäre Arbeitsteilung keine Rolle mehr spielte oder inzwischen gänzlich unproblematisch geworden sei? Dafür gibt es keinerlei Anzeichen (s.a. Kap. 12). Insofern mögen die Daten auch für die heutige Rehabilitationspraxis noch interpretationstauglich sein und erkenntnisfördernd sein.

Die meiste Zeit der Feldforschungen habe ich auf teilnehmende Beobachtung verwendet, an die sich jeweils eine Phase anschloss, in der ich leitfadengestützte Interviews mit Health Professionals und Patienten geführt habe. Die teilnehmende Beobachtung erstreckte sich auf jene Situationen, in denen die Praktizierung des Risikofaktorenkonzepts vermutet werden durfte: Visiten, das der Information und Aufklärung von Patienten verpflichtete Seminarprogramm zur Gesundheitsbildung (vgl. Kap. 2.3), Gesprächsgruppen sowie Übungsgruppen aller Art (Bewegungstherapie, Kochkurse, Nichtrauchertraining z.B.). Zum interviewten Personenkreis gehören – neben Patienten – auf Seiten der Health Professionals Angehörige jener Berufsgruppen, die sekundärpräventive Arbeit entweder veranlassen oder in die Risikofaktorenarbeit mit Patienten eingebunden sind, also Ärzte, Bewegungstherapeuten, Diätassistentinnen, Psychologen und – so wurde es in einer der Kliniken gehandhabt – Sozialarbeiter. Nicht eingeschlossen wurden Pflegekräfte, da ihr Aufgabenbereich in Reha-Kliniken sich nicht auf das Seminarprogramm oder die Übungsgruppen erstreckt (vgl. Hotze 2001).

Die Anwendung qualitativer Methoden, insbesondere einer Methode wie der teilnehmenden Beobachtung, hat ihren festen Platz in der Ethnologie und der Soziologie. In den Gesundheitswissenschaften hingegen, wie auch im *Untersuchungsfeld* medizinischer Versorgung ist sie nach wie vor eher die Ausnahme. Gleichwohl liegt inzwischen eine Reihe empirischer Untersuchungen aus verschiedensten Praxisfeldern medizinischer Versorgung vor (z.B. Wheatley 2006, Sinclair, Lingard & Mohabeer 2009; Allen, Wainwright &

Hutchison 2011; Levack, Dean, Siegert & McPherson 2011; im Überblick: Knecht 2012). Zugleich wird die methodologische Debatte zu Voraussetzungen, Reichweite und blinden Flecken der Ethnographie entnommener Methoden lebhaft geführt (z.B. Hirschauer 2001; Mol 2002; Meyer & Schareika 2011; Scheffer & Meyer 2011). Beteiligten aber, die sich solchen Forschungsmethoden ausgesetzt sehen oder ihrem Einsatz zuzustimmen haben, sind sie unvertraut und durchaus auch erst einmal skeptisch (vgl. Schaeffer & Müller-Mundt 2002; Pope & Mays 1995; Boulton, Fitzpatrick & Swinburn 1996; Black 1994). In der Medizin wie auch der Epidemiologie und in von beiden Wissenschaften beeinflussten Anwendungsbereichen ist eine Wissenskultur vorherrschend, die auf die Generierung von Daten mithilfe quantitativer Methoden vertraut. Solchermaßen erzeugte Daten gelten als „hart“ und objektiv, weil die Methoden zählen, messen und als vergleichsweise robust gelten gegenüber Einflüssen von jenen, die sie anwenden. Im Vergleich dazu muss etwa die teilnehmende Beobachtung, bei der die Person der Forscherin quasi zum Instrument der Forschung wird, als hoffnungslos subjektiv und willkürlich erscheinen. Unter diesen Voraussetzungen ist es geraten, die beiden gewählten Methoden in ihren Grundzügen vorzustellen, ihre Stärken und Schwächen zu diskutieren und das hier gewählte Vorgehen jeweils darzustellen und zu erläutern.

6.1 Auswahl der Kliniken und Zugang zu ihnen

Empirische Daten gelten dann als zuverlässig, wenn sie anhand einer Stichprobe gewonnen wurden, die in theoretisch relevanter Hinsicht möglichst unverzerrt ist. Um dies zu erreichen, wird für Untersuchungen mit quantitativen Methoden häufig eine Zufallsstichprobe gezogen. Diese Strategie empfiehlt sich selten für qualitative Untersuchungen, da deren Stichproben meistens sehr klein und deshalb in hohem Maße anfällig für den zufälligen Stichprobenfehler sind. Stattdessen muss die Auswahl in der Regel absichtsvoll, unter Zugrundelegung von im Hinblick auf die Fragestellung relevanten Kriterien erfolgen (Letzteres gilt freilich auch für quantitative Studien). Repräsentativität wird dabei nicht unbedingt angestrebt, im Gegenteil um der Möglichkeit der Fallkontrastierung willen unter Umständen sogar bewusst verletzt (vgl. Kelle & Kluge 1999: 38ff.).

Für die vorliegende Untersuchung war zunächst die Entscheidung zu treffen, in welchen Kliniken die Forschung durchgeführt werden sollte.¹²⁸ Ausgehend von Vorkenntnissen über den Versorgungsbereich, im Hinblick auf die Fragestellung und unter Berücksichtigung der Forschungsressourcen wurden folgende Kriterien formuliert:

- Die Untersuchung sollte in mehr als einer, aber nicht mehr als zwei Kliniken durchgeführt werden; mehr als eine, um die empirische Basis zu erweitern und besser zwischen kontingenten und stabilen Merkmalen unterscheiden zu können; nicht mehr als zwei, um die zu erwartende Datenmenge noch handhabbar für ein Eine-Frau-Unternehmen zu halten.

¹²⁸ Auf die Frage, was in dieser Arbeit über die Klinikauswahl hinaus eigentlich den *Fall* oder die *Fälle* konstituiert, gehe ich weiter unten ein; hier geht es erst einmal darum, welche Merkmale das Untersuchungssetting aufweisen sollte. Aus der Fragestellung (vgl. Kap. 1.1) dürfte deutlich geworden sein, dass die Kliniken *als Organisation* nur in mancher und eher nachgeordneter Hinsicht die Untersuchungseinheiten darstellen.

- Es sollte sich um Fachkliniken für kardiologische Rehabilitation handeln, die von der DGPR zertifiziert sind (vgl. Kap. 2.2). Kliniken dieser Art weisen durch die Konzentration auf kardiologische Krankheitsbilder einen hohen Spezialisierungsgrad auf und lassen einen hohen Anteil an KHK-Patienten, somit auch einen erheblichen Prozentsatz von Patienten im AHB-Verfahren erwarten. In Kapitel zwei habe ich geschildert, dass die Modellierung dieses Verfahrens sich am Vorbild der KHK-Behandlungsphasen orientiert hat und darauf abzielt, Akut- und Rehabilitationsphase möglichst eng miteinander zu verzahnen. Spezialisierung und AHB bieten Gewähr dafür, dass sich die Kliniken hinsichtlich ihrer Programmatik sehr ähnlich sind. Die Konstellation lässt überdies ein hohes Commitment aller Beteiligten, Patienten eingeschlossen, erwarten, weil für alle Beteiligten offensichtlich ist, dass man es mit Kranken zu tun hat. Diese Überlegungen führten zu der Vermutung, dass die Sekundärprävention in solchen Kliniken etablierter Bestandteil des Rehabilitationsprogramms ist.
- Während sich beide Kliniken hinsichtlich des vorgenannten Kriteriums möglichst wenig unterscheiden sollten, war ein maximaler Unterschied im Hinblick auf die soziale Herkunft der jeweiligen Klientel erwünscht. Der wäre gewährleistet, wenn die eine Klinik überwiegend LVA-, die andere BfA-Patienten behandelte. Diesbezüglich Varianz im Untersuchungsfeld herstellen zu wollen, beruhte auf der Literatur entnommenen Hinweisen, dass das Konzept der „Lebensstiländerung“ LVA-Patienten schwerer nahezubringen sei (Keck & Budde 1996; Scherwitz, Brusis, Kesten, Safian, Hasper et al. 1995). Die Auswahl sollte also sensitiv für die Möglichkeit sein, dass dieselbe Programmatik für unterschiedliche Zielgruppen abgearbeitet wird. – Seit der Zusammenlegung der Arbeiter- mit der Angestelltenrentenversicherung zur regional gegliederten Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2005 ist zwar nicht die sozioökonomische Differenzierung von Klientengruppen obsolet (vgl. Bjarnason-Wehrens et al. 2007a), aber sie lässt sich nun nicht mehr anhand von Klinikgrenzen vollziehen (LVA- und BfA-Kliniken bzw. LVA oder BfA als Hauptbeleger).
- Schließlich auch war ein pragmatischer Gesichtspunkt bei der Auswahl zu berücksichtigen: Für die Forschung stand, außer einem Stipendium zum Lebensunterhalt, kein weiterer Etat zur Verfügung. Deshalb sollte die jeweilige Klinik von meinem Wohnort aus erreichbar sein oder eine Wohnmöglichkeit bieten.

Die zwei Kliniken, in denen die Untersuchung durchgeführt wurde, erfüllen die genannten Kriterien. Doch muss angemerkt werden, dass sich die Suche nach Kliniken, die bereit waren, sich einem Forschungsvorhaben der hier beschriebenen Art zu öffnen, schwierig und langwierig gestaltete. Mehrere Faktoren mögen dazu beigetragen haben: Zur Zeit der Forschungsvorbereitung (2. Halbjahr 1997/Anfang 1998) hatte sich der Reha-Sektor, veranlasst durch Gesetzesänderungen (vgl. Kap. 2.2, Anm. 18), auf empfindliche Ressourcenkürzungen einzustellen, woraufhin etliche Kliniken interne Restrukturierungen vornahmen. Außerdem waren seit Mitte der neunziger Jahre einige wissenschaftliche Untersuchungen publiziert worden, die sich kritisch mit den Ergebnissen insbesondere der stationären kardiologischen Rehabilitation auseinandersetzten (vgl. Badura et al. 1995; Schott 1996; Schott et al. 1996). Insgesamt war eine politische Situation entstanden, in der sich der Reha-Sektor einem wachsenden Legitimationsdruck gegenüber sah und Kliniken deshalb generell wenig geneigt schienen, das Maß an Unruhe zusätzlich durch

eine Forschungsk Kooperation zu steigern. Die Unvertrautheit mit der Art der Forschung (s.o.) mag die Zurückhaltung noch verstärkt haben.

Zu den Regeln guter Praxis qualitativer Forschung gehört es, die Bedingungen anzugeben, unter denen sie stattfindet, denn diese nehmen zweifellos Einfluss auf die Gestaltung der Forschung, wie sie darüber hinaus erste Daten über das Feld liefern. Zu den Bedingungen und ersten Daten zählt der *erste Zugang* zum Feld (vgl. Wolff 2003), den ich an dieser Stelle kurz schildern möchte, denn er gestaltete sich durchaus unterschiedlich. Die Kontaktaufnahme meinerseits erfolgte in beiden Fällen schriftlich mit dem jeweiligen Chefarzt, nahm dann aber einen unterschiedlichen Fortgang. Der Chefarzt von Klinik A signalisierte Unterstützung, verwies mich zur weiteren Absprache jedoch an das sogenannte Gesundheitsbildungsteam, dem auch die nähere Beurteilung meines Anliegens obliegen sollte. Bei der ersten ausführlichen Besprechung mit dem Gesundheitsbildungsteam, in der ich das Vorhaben vor- und zur Diskussion stellte, wurde dessen Zusammensetzung offenbar: zwei SozialarbeiterInnen, eine Psychologin, eine Gesundheitspädagogin, eine Diätassistentin und der Leiter der Bewegungstherapie bildeten das Team, von der Ärzteschaft war niemand vertreten.¹²⁹ Besagtes Team fand sich bereit, den Forschungsaufenthalt zu unterstützen und gab gegenüber dem Chefarzt ein entsprechendes Votum ab, so dass meine Anfrage positiv beschieden wurde. Für den Forschungsverlauf bedeutete dies, dass erstens jene nichtärztlichen Health Professionals die Schlüsselpersonen während der Forschung waren, zweitens die Kontaktnahme zur Ärzteschaft nicht vorbereitet und angebahnt war und deshalb eine entsprechende Anlaufzeit und informelle Wege erforderte; und ich drittens angesichts der Zusammensetzung des Teams mit der Möglichkeit rechnen musste, die Unterstützung meines Vorhabens könne Bestandteil interprofessioneller Klinikinnenpolitik sein.

Anders der Vorgang in Klinik B; auf meine schriftliche Anfrage hin nahm der Ärztliche Direktor nach eigenem Bekunden Kontakt mit dem damaligen Vorsitzenden der DGPR auf, um gemeinsam zu einer Einschätzung zu gelangen, ob das Projekt wissenschaftlich-methodischen Ansprüchen genüge und ob sich die Ergebnisse der Studie negativ auf die Interessen kardiologischer Rehabilitationskliniken im Allgemeinen und dieser Klinik im Besonderen auswirken könnten. Ich wurde, zusammen mit meinem Doktorvater, zu einem Gespräch eingeladen, an dem außer dem Ärztlichen Direktor der Leitende Oberarzt der Rehabilitationsklinik, der Leiter der Psychologischen Abteilung sowie der Verwaltungsdirektor des Klinikkomplexes¹³⁰ teilnahmen. Das Vorhaben wurde vorgestellt und insbesondere die Zuverlässigkeit des methodischen Vorgehens diskutiert. Diesbezügliche Zweifel seitens der Klinikleitung bestanden fort und wurden durch eine vertragliche Vereinbarung beschwichtigt, die die Abstimmung aller über die Dissertation hinausgehenden Veröffentlichungen vorsieht.¹³¹ Aus diesem Gespräch, das mit einer Zusage zur Kooperation endete, ergab sich für den Verlauf der Forschung eine andere Konstellation der Schlüsselfiguren als in Klinik A: Der Leitende Oberarzt und der Leiter der Psychologischen Abteilung waren beide für meine Betreuung zuständig, so dass der Zugang zu ärztlichen

¹²⁹ Zur Zusammensetzung des Teams s.a. Kap. 8.1.4.

¹³⁰ Die Rehabilitationsklinik ist Teil eines Klinikkomplexes, zu dem des Weiteren eine herzchirurgische und eine kardiologische Klinik gehören; weitere Einzelheiten zu den untersuchten Organisationen in Kap. 7.

¹³¹ Man kann diesen Vorgang als Einfeldforderung eines Validierungsschrittes, der *respondent validation*, auffassen.

und nichtärztlichen Arbeitsbereichen unter vergleichbaren Voraussetzungen stattfinden konnte.

6.2 Teilnehmende Beobachtung – Theorie und Praxis¹³²

Da die Untersuchung von *Praktiken* im Zusammenhang mit dem Risikofaktorenkonzept und der Sekundärprävention beabsichtigt war, fiel die erste Wahl zum methodischen Vorgehen auf die teilnehmende Beobachtung. Sie entstammt dem Methodenkanon ethnologischer Feldforschung (Agar 1980), mit der breiten Rezeption von Arbeiten aus der *Chicago School* jedoch hat die teilnehmende Beobachtung über die Ethnologie hinaus längst in anderen Sozialwissenschaften Fuß gefasst (z.B. Wolcott 1980; Fine 1987; Ashworth 1995; Hirschauer & Amann 1997; Hitzler 1999; Hirschauer 2005; Knecht 2012). Auch die Medizinsoziologie kann mit einigen zu Klassikern avancierten Arbeiten aufwarten, für die Daten mittels teilnehmender Beobachtung erhoben wurden, etwa *Boys in White* (Becker 1961) oder Goffmans *Asylums* (1961).

Vergleichbar der Ethnologie, die sich in ihren Anfängen vornehmlich mit illiteraten Gesellschaften befasst hat und der schon deshalb kaum etwas anderes übrig blieb, als teilnehmend zu beobachten, hat sich auch das Interesse der *Chicago School* zunächst auf Gruppen und Milieus gerichtet, die über schriftliche Dokumente und klassische Interviewmethoden kaum zugänglich sind: jugendliche Gangs, Diebe, Prostituierte, Drogenbenutzer beispielsweise. Abgesehen von der methodenpragmatischen Überlegung, dass bestimmte Kulturen, Milieus, Settings oder Praktiken am ehesten durch teilnehmende Beobachtung zu untersuchen sind (die Fragestellung bestimmt die Wahl der Methode), herrschte außerdem lange Zeit die Auffassung, anfängliche Unvertrautheit und Fremdheit dem Untersuchungsfeld gegenüber seien für den Forschungsprozess heuristisch unabdingbar (die Relation des Forschers zum untersuchten Feld bestimmt die Methodenwahl). Sie gewährleisteten, dass der Forscher anfangs eine marginale Beobachterposition und mit ihr eine naive, um nicht zu sagen verstörte Fragehaltung einnehmen könne: Was, zum Teufel, geht hier vor sich? Sie erst versetze ihn in die Lage, sich quasi von der Empirie (ver-)führen zu lassen.¹³³ Obwohl diese empiristische Tabula-rasa-Vorstellung längst als erkenntnistheoretisch naiv verabschiedet ist, wird an der beobachterrelativen Eigenschaft der Fremdheit festgehalten. Im Zuge der Erkenntnis jedoch, dass jene sich auch durch Befremdung einer „falschen Vertraulichkeit mit der eigenen Kultur“ herstellen lässt, ist der Einsatz der teilnehmenden Beobachtung nicht mehr auf die Untersuchung fremder Kulturen oder von Kuriosa der eigenen Kultur beschränkt (Amann & Hirschauer 1997: 8ff.; Scheffer 2002; Scheffer & Meyer 2011; Knecht 2012).

¹³² Teile des Abschnitts 6.2 sind einer früheren Veröffentlichung entnommen (Bergner 2002).

¹³³ Nicht umsonst ist in der Ethnologie die Feldforschung oftmals als „zweite Sozialisation“ charakterisiert und deren Beginn als „Kulturschock“ beschrieben worden (vgl. Fischer 1983: 71, 80f.; Stagl 1980). Entsprechend unvorbereitet, und dies wohl absichtsvoll, wurden Novizen „ins Feld“ geschickt; Kroeber, einer der Nestoren der amerikanischen Cultural Anthropology, habe es bei dem Hinweis belassen, „Well, I suggest you buy a notebook [seinerzeit tatsächlich ein Notizbuch..., EB] and a pencil“ (Agar 1980: 2f.).

6.2.1 Beobachtung und Teilnahme

Teilnehmende Beobachtung heißt, dass die Forscherin an einer sozialen Situation teilnimmt, dabei die anderen Akteure einschließlich sich selbst beobachtet und diese Beobachtungen aufzeichnet. Datum kann dabei alles werden, was die fünf Sinne zu erfassen in der Lage sind. Teilnahme *und* Beobachtung – der Begriff bringt als Kompositum eigentlich Unvereinbares zusammen, jedenfalls, wenn ein klassisch wissenschaftlicher Objektivitätsmaßstab zugrunde gelegt wird: Die detachierte Position eines Beobachters werde durch Teilnehmereigenschaften erodiert und umgekehrt, lautet der Standardeinwand gegen die Methode (Spöhring 1989: 18-26).

Eine strikte Unterscheidung zwischen Teilnahme und Beobachtung lässt sich indes wohl kaum aufrechterhalten: Kann ein Beobachter der sozialen Welt überhaupt etwas sehen und hören, wenn er nicht zugleich über wenigstens minimale Teilnehmereigenschaften verfügt? Und beruht die Redeweise vom reinen Teilnehmer nicht auf der zweifelhaften Annahme, Involviertheit schließe eine reflexive Fremd- und Selbstbeobachtung aus (vgl. Atkinson & Hammersley 1994: 248f.)? Eine ältere, jedoch immer noch herangezogene Klassifizierung (Gold 1958; vgl. Mays & Pope 1996b; Atkinson & Hammersley 1994) deutet mit ihrer vierstufigen Unterscheidung zwischen *Beobachter – Beobachter als Teilnehmer – Teilnehmer als Beobachter* – sowie *Teilnehmer* an, dass die beiden extremen Positionen durch ein Kontinuum miteinander verbunden sind.

Im Unterschied zu anderen Methoden der Datenerhebung (Experiment, Interview) richtet sich die teilnehmende Beobachtung auf „natürliche“ Situationen, deren Entstehung und Ablauf zum einen nicht von Forscherseite initiiert wird. Deshalb wird sie als „nicht-eingreifend“ oder „unobtrusive“ charakterisiert (vgl. Adler & Adler 1994: 378; Spradley 1980: 48f.). Zum zweiten sind komplexe Situationen und Handlungen und nicht Berichte über sie Gegenstand der Beobachtung.¹³⁴ Die unmittelbare Präsenz¹³⁵ der Forscherin, idealerweise über einen langen Zeitraum, ermöglicht es, Wissen aus eigener Anschauung zu gewinnen; das ist das dritte Merkmal dieser Methode, das mit der in unserer (Wissenschafts-)Kultur etablierten Privilegierung des Auges in Bezug auf Wissen und Gewissheit konvergiert (Jay 1992). Alle drei Merkmale begründen, warum der teilnehmenden Beobachtung Authentizität, also Echtheit oder Unverfälschtheit, zugeschrieben wird. So schreibt z.B. Herbert Gans, ein Schüler von Everett Hughes, die teilnehmende Beobachtung sei

„the most scientific [method], because it is the only one that gets close to people. In addition, it allows researchers to observe what people do, while all the other empirical methods are limited to reporting what people say about what they do.“
(Gans 1999: 540)

Ähnlich äußern sich Becker und Geer:

„The most complete form of the sociological datum, after all, is the form in which the participant observer gathers it: An observation of some social event, the events which precede and follow it, and explanations of its meaning by participants and spectator, before, during, and after its occurrence.“ (Becker & Geer 1970: 133)

¹³⁴ Die Unterscheidung ist etwas hemdsärmelig, auch Sprechakte (etwa in Interviews) sind Handlungen.

¹³⁵ Der ethnologische Feldbegriff ist dabei, sich zu verändern und mit ihm die Forschungsbedingung lokaler Kopräsenz (vgl. Knecht 2010; Scheffer & Meyer 2011).

Teilnehmend beobachten zu wollen, beruht zum großen Teil auf der nicht nur für Sozialwissenschaftler irritierenden Feststellung, dass das, was Menschen tun, beträchtlich von dem abweichen kann, was sie über ihr Tun berichten. Goffman bekannte freimütig:

„I don't give hardly any weight to what people say, but I try to triangulate what they're saying with events“ (1989: 131).¹³⁶ Eine der eindrucklichsten Demonstrationen, wie weit angebliches und tatsächliches Verhalten auseinanderklaffen können, ist das LaPiere-Experiment (1934; s.a. Deutscher 1970).¹³⁷ Natürlich ist auch die Abweichung ein untersuchungs- und erklärungsbedürftiges Phänomen. Doch um es zu konstatieren, muss man sich schon an den Ort des Geschehens begeben.

Die Charakterisierungen der Methode als „authentisch“ oder „naturalistisch“ (Fine 1999: 535; Gubrium & Holstein 1997: 19ff.; Mays & Pope 1996b: 20f.) verdeutlichen die starken Wurzeln der teilnehmenden Beobachtung im Empirismus und Positivismus (vgl. Atkinson & Hammersley 1994: 250f.; Meyer & Schareika 2009). Diese Kennzeichnung bezieht sich auf die oben erwähnten Merkmale – „natürliche“, nicht zum Zweck der Forschung elizitierte Situationen und Handlungen statt Berichte werden untersucht, das Wissen über sie aus eigener Anschauung gewonnen –, reflektiert jedoch nicht, wie Teilnahme und Beobachtung auf die Untersuchungssituation einwirken und mehr noch: wie aus der Beobachtung wissenschaftlich verwertbare Daten entstehen.

Reflexionen in dieser Richtung hat die ethnographische Gemeinde erst vergleichsweise spät, dann aber umso intensiver unter dem Stichwort „Ethnographisches Schreiben“ angestellt (vgl. z.B. Clifford & Marcus 1986; Geertz 1990; Sanjek 1991; Fine 1993) und damit die „Krise der Repräsentation“¹³⁸ eingeläutet. Von soziologischer Seite hat sich Hirschauer (2001) mit den methodologischen Implikationen des Beschreibens sozialer Situationen auseinandergesetzt, insbesondere mit dem Vorgang der *Übersetzung* nichtsprachlicher Ereignisse in Beschreibungen. Mit der Naivität einer Aufforderung wie „Write down what you see and hear; you know, like a newspaper reporter“¹³⁹ ist es seitdem vorbei, obwohl die Arbeitsanweisung dieselbe geblieben ist (vgl. Geertz 1987: 25; Wolcott 1990: 27; 1994: 12ff.; Maxwell 1992: 285ff.; Mays & Pope 1996b: 24), freilich erweitert um neue Computer- und Audiotechnologien (Emerson et al. 2011: 34f.). Aus der eingetretenen

¹³⁶ Es handelt sich um das Transkript eines Tonbandmitschnitts eines Vortrags aus dem Jahr 1974, das posthum veröffentlicht wurde. Goffman hat nichts zum Thema Forschungsmethodik o.ä. veröffentlicht.

¹³⁷ Richard LaPiere ist mit einem chinesischen Paar kreuz und quer durch die Vereinigten Staaten gereist und hat beobachtet, wie es in Hotels, Motels, Restaurants etc. behandelt wurde. Nur in einem der 251 besuchten Etablissements wurde dem Paar die Aufnahme verwehrt. Ein halbes Jahr später wurde den Besitzern schriftlich die Frage gestellt, ob sie Chinesen als Gäste in ihrem Hotel etc. akzeptieren würden. Die Hälfte hat geantwortet und davon haben über 90% die Frage verneint.

¹³⁸ Was die Ethnologie betrifft, so drehte sich die Debatte um weit mehr als die wissenschaftstheoretische und -praktische Frage nach der Relation zwischen Ereignis und Abbild. Die „Krise der Repräsentation“ wurde von einer „Krise der Legitimation“ begleitet (vgl. Lincoln & Denzin 1994: 578f.; Atkinson & Hammersley 1994: 252ff.). Das koloniale und postkoloniale Erbe holte die Ethnologie ein, und auf einmal standen Themen wie Macht, Ausbeutung, Aneignung und Autorität auf der Agenda (wer schreibt, schafft Fakten), durchsetzt mit einem kräftigen Schuss Relativismus und dem nagenden Zweifel, ob denn überhaupt über Kulturgrenzen hinweg der eine über den anderen etwas Verlässliches sagen könne.

¹³⁹ Ein Student Robert Parks erinnert sich dieser Aufforderung (van Maanen 1988: 18).

Sensibilisierung für die Unterscheidung von Ereignis und Abbild werden unterschiedliche Konsequenzen gezogen: Neben entschiedener Abkehr vom Genre wissenschaftlicher Texte (z.B. Lincoln & Denzin 1994; vgl. Hammersley 1999) finden sich ebenso überzeugte Bekenntnisse zu einem wissenschaftstheoretisch aufgeklärten „subtle realism“ (Hammersley 1992) oder Plädoyers „for cautious positivism“ (Silverman 1989; Seale & Silverman 1997).

Der „Hawthorne-Effekt“ ist zu gut belegt, um die Gleichsetzung der teilnehmenden Beobachtung mit „noninterventionalism“ unkommentiert gelten zu lassen (vgl. Adler & Adler 1994: 378; Roethlisberger & Dickson 1939; Whyte 1955; Mays & Pope 1996b: 21f.). Zwar trifft zu, dass die beobachteten Situationen – in diesem Fall: Vorträge, Visiten, Diskussions- und Übungsgruppen z.B. – nicht von meiner Seite initiiert worden sind und auch dann stattgefunden hätten, wenn ich nicht dabei gewesen wäre. Ob sie aber ungeachtet meines Beiseins genau so stattgefunden haben wie ohne es, ist fraglich. Zu fragen ist demnach, welche Reaktionen meine Präsenz im Untersuchungsfeld hervorgerufen hat und ob sie methodisch bedeutsam sein könnten. „Kontrollieren“, vergleichbar der statistischen Operation des „Herausrechnens“, lässt sich der Einfluss nicht, ihn zu reflektieren, sofern man seiner gewahr wird, ist jedoch möglich. Wie also hat meine Präsenz Situationen verändert? Die Beantwortung der Frage steht vor der unauflösbaren Schwierigkeit, dass mir selbst der Vergleich zwischen beobachteten und nicht beobachteten Situationen natürlich nicht möglich ist und sich ein solcher allenfalls auf Einschätzungen und Reaktionen der in die Forschung einbezogenen Personen stützen kann.

Zu wissen, dass man beobachtet wird, irritiert und verunsichert die meisten Menschen, auch dann, wenn sie der Beobachtung ausdrücklich zugestimmt haben. Doch längst nicht alle in die Forschung einbezogenen Personen waren über Sinn und Zweck meiner Anwesenheit ausführlich informiert oder hatten Gelegenheit, ihr zuzustimmen, sie abzulehnen oder sich ihr zu entziehen. Die Entscheidungen über das Forschungsprojekt wurden auf Leitungs- bzw. Abteilungsebene getroffen, nachgeordnete Mitarbeiter waren nicht einbezogen und konnten sich im Nachhinein meiner Neugier kaum entziehen, von Patienten ganz zu schweigen. Dass die Beobachtungssituation Irritation hervorgerufen hat, wurde von manchen Health Professionals offen thematisiert, bisweilen habe ich das Thema in entschärfender Absicht angesprochen. Die Thematisierung stellt zugleich eine von mehreren Reaktionen auf die Verunsicherung dar. Weitere Strategien sind die Beschränkung des Kontakts und damit der Information auf die Szenerie der Beobachtung, wie auch gegenläufige Reaktionen, nämlich die Eröffnung der Teilhabe an informellen Situationen wie z.B. Pausen(-gesprächen), die ausführliche Kommentierung und Interpretation der professionellen Handlungen durch die Health Professionals selbst oder Erkundigungen nach Sinn und Zweck der Forschung sowie meinen gewonnenen Eindrücken. Bisweilen wurden, wenn nicht ich selbst dafür sorgen konnte, seitens der Health Professionals Vorkehrungen getroffen, eine Situation so „normal“ wie möglich erscheinen zu lassen. So wurde mir beispielsweise vorgeschlagen, während der Visiten einen Ärztekittel zu tragen, um – so die Begründung – Patienten nicht zu verunsichern.¹⁴⁰ Letztlich laufen alle Reaktionen auf den Versuch hinaus, die Beobachtungssituation zu neutralisieren, sei es

¹⁴⁰ Freilich kannten mich visitierte Patienten oftmals bereits aus anderen Situationen und in anderen „Verkleidungen“, z.B. in Sportkleidung und wie sie Konditions- und Geschicklichkeitsübungen absolvierend.

durch offenes Ansprechen, durch Ignorieren, durch aufmerksame Selektion der Information oder durch den Versuch, mit dem Angebot informellen Kontakts die Forscherin auch ohne eine im Feld etablierte Rolle als dem Kreis der Health Professionals zugehörig zu definieren (vgl. Scheffer 2002: 355ff.). Alle Reaktionen sind vorgekommen, und sie haben für die Forschungssituation jeweils spezifische Vor- und Nachteile. Im Übrigen darf man auf den Effekt der Gewöhnung setzen, der freilich umso nachhaltiger einsetzt, je länger der Aufenthalt im Untersuchungsfeld währt. Nicht zu unterschätzen ist schließlich, dass teilnehmende Beobachtung ein Bezeugen von Interesse für aufmerksamkeitsvernachlässigtes Alltägliches ist und die Beteiligten dies auch als eine Art Reverenz auffassen können.

Während bei manchen Health Professionals die Befürchtung mitgeschwungen haben mag, die Forschung ziele auf eine Kontrolle und Evaluation ihrer Arbeit ab – in Klinik B etwa kursierte im weiteren, allerdings nicht in die Forschung einbezogenen Mitarbeiterkreis das Gerücht, ich sei von der BfA, einem für die Belegung der Klinik seinerzeit maßgeblichen Kostenträger –, schien meine Anwesenheit bei Patienten außer Neugier oder Nichtbeachtung keine weitere Beunruhigung hervorzurufen, obwohl ich auch hier in einem Fall von der unter einigen Patienten kursierenden Vermutung Kenntnis erhielt, ich sei eine Abgesandte der LVA¹⁴¹ und würde möglicherweise prüfen, mit welchem Engagement Patienten an der Rehabilitation teilnehmen. Die im Vergleich zu Health Professionals größere Unbekümmertheit von Patienten mag mehrere Gründe gehabt haben: Ihre Aufmerksamkeit ist zum großen Teil von der Krankheitserfahrung absorbiert, und die Patientenrolle selbst ist bereits eine außergewöhnliche Situation, die von Alltagsregeln abweichende soziale Interaktionen vorsieht. Zudem konnten Patienten rasch feststellen, dass ich, trotz der Teilnahme an Visiten, nicht der Gruppe der Health Professionals angehörte. So nahm ich an weiten Teilen des für Patienten vorgesehenen Programms teil, oftmals unter Hintanstellung offenkundiger Anzeichen des Beobachtens (d.h. wenn gekocht wurde, habe ich mitgekocht, wenn Autogenes Training praktiziert wurde, ebenso, desgleichen beim Sport), und es wurde deutlich, dass ich ihnen gegenüber kein therapeutisches Anliegen hegte. Darüber hinaus konnte ich Zeit für Small Talk und Gespräche erübrigen und erwies mich als bereitwillige ZuhörerIn.

Unter Zugrundelegung der o.a. Gold'schen Klassifizierung von Beobachtungs- und Teilnahmegraden hat meine eigene Position während der Forschung je nach Situation der zweiten und dritten Position entsprochen: Mal hat die Beobachtung die Teilnahme überwogen, mal die Teilnahme die Beobachtung. Welche Position gewählt wurde, hing von meiner Einschätzung ab, wie sich Beobachtung/Teilnahme am besten in die Situation einfügte. „Am besten“ folgte dabei der Maxime, dass das, was ich tat, sich so wenig wie möglich von dem unterscheiden sollte, was andere Teilnehmer in derselben Situation taten. Auch wenn die Vorstellung, man bekomme unbeeinflusste Situationen zu Gesicht, illusionär ist, so folgt daraus doch nicht, die Maxime möglichst geringer Beeinflussung fallen zu lassen. Die Befolgung dieser Maxime hatte Konsequenzen für die Datenaufnahme.

¹⁴¹ Seinerzeit Träger der Klinik A und zugleich Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme für zahlreiche Patienten der Klinik.

6.2.2 Datenaufnahme

Auch bei der Datenaufnahme ist ein Ideal am Werk, dass nämlich das Abbild dem Ereignis möglichst nahekommen solle und damit die Kernanforderung von Validität erfüllt (Fine 1999: 533, 535f.; Maxwell 1992: 283; Mays & Pope 1996a: 15f.; Seale & Silverman 1997). Dieser zweiten Maxime zu genügen ist noch weitaus schwieriger, als eine Situation durch Kopräsenz der Beobachterin möglichst wenig zu beeinflussen, denn die Datenaufnahme ist von Beginn an eine Interpretationsleistung. Bereits die Bezeichnung *Datenaufnahme* ist irreführend, den Vorgang treffender bezeichnet *Datenproduktion*. (vgl. Hirschauer 2001; Emerson, Fretz & Shaw 2011).¹⁴² Schließlich wird nichts, das einfach herumläge, eingesammelt. Schon die Umzäunung von etwas als „Ereignis“ oder „Situation“ ist ein definitorischer Akt (wo liegt der Anfang, wo das Ende?), selbst dann, wenn eine solche Definition mit der, wie sie im Untersuchungsfeld vorgenommen wird, konvergiert: eine Visite ist eine Visite ist eine Visite... Der zweite interpretative Vorgang besteht in der Auswahl von Ereignissen und Situationen zur Beobachtung. Zwar vollzieht jegliche Datenerhebung diesen Schritt in der einen oder anderen Form, doch bei keinem anderen Verfahren impliziert die Entscheidung für Kopräsenz in der einen Situation den uneinholbaren Verzicht auf potentielle Daten einer anderen. Es ist wie im richtigen Leben: Wenn man hier ist, kann man nicht zugleich dort sein.

Am offenkundigsten wird der Vorgang der Datenproduktion am Protokoll. Protokolle, also Texte, bilden den eigentlichen Datenkorpus, und die müssen geschrieben werden. Dabei wird ein raum-zeitlich gebundenes Ereignis in Sprache transponiert (vgl. Hirschauer 2001), und es kann lediglich eine „weiche“ Regel befolgt werden: möglichst beobachtungsnahe, deskriptive Begriffe zu wählen und auf evaluative Begriffe zu verzichten (Emerson et al. 2011). Für Beschreibungen dieser Art ist es im Prinzip einfach, intersubjektive Zustimmung zu erzielen (Maxwell 1992: 286f.; Wolcott 1990: 27; Geertz 1987: 25f.). Deskriptive Validität als Gütekriterium, das von den Dabeigewesenen durch Wiedererkennen verliehen werden kann, ist allerdings nicht ausreichend. Der Text muss gerade auch jenen, die nicht dabei gewesen sind, eine Vorstellung davon vermitteln, was vor sich gegangen ist und Erfahrung quasi nachreichen (vgl. Amann & Hirschauer 1997: 30f.; Geertz 1990: 14ff.; Wolcott 1994: 12ff.).

Mit der Vertextlichung wechselt ein Ereignis nicht nur gewissermaßen seinen Aggregatzustand, sondern es wird zudem extrem kondensiert; ein weiterer interpretativer Schritt in der Datenproduktion. Das menschliche Wahrnehmungsvermögen ist nicht darauf ausgelegt, Wirklichkeit in ihrer Totalität zu erfassen, sondern funktioniert bekanntlich sehr selektiv und interessegeleitet. Im Fall von Forschung wird unterstellt, dass die Selektivität vom Untersuchungsthema bestimmt wird. Dieser Perspektive wird die Aufmerksamkeit und damit die Vertextlichung unterworfen (vgl. Seale & Silverman 1997: 380). Beim Protokollieren selbst bleibt allerdings oft wenig Zeit für reflektiertes Entscheiden, ob dies ein Fall von x ist oder nicht. Das ist eine Stärke und Schwäche zugleich; eine Stärke, weil der Prozess der Operationalisierung damit unabgeschlossen, also offen für Entdeckung bleibt; eine Schwäche, weil gerade am Beginn der Vertextlichung über die Gerichtetheit der Aufmerksamkeit wenig Verlässliches angegeben werden kann.

¹⁴² Grundsätzlich gilt dies auch für quantitative Methoden wie z.B. Fiebermessen. Doch ist hier die Relation zwischen Ereignis und Abbild definitorisch in einem Maße festgezurrt, dass kaum jemand diese Beziehung in Frage stellt, mit Ausnahme von dem Konstruktivismus verpflichteten Wissenschaftssoziologen.

Will man die Selektivität der Aufmerksamkeit unter Zuhilfenahme technischer Mittel mindern (Foto, Film, Tonbandaufnahme z.B.), geht dies nur auf Kosten der o.g. ersten Maxime, dass die Forschungssituation den Gang der Ereignisse möglichst wenig beeinflussen solle. Miteinander in Einklang zu bringen sind beide Maximen nicht. Zudem unterliegen ein Mikrofon oder eine Kamera ihren eigenen Beschränkungen und sind interpretativ auch nicht neutral (vgl. Hirschauer 2002).

Da ich der ersten Maxime Priorität gegenüber der zweiten eingeräumt habe, lautete die Devise für die Datenproduktion: so wenig aufdringlich wie möglich. Auf Tonbandmitschnitte oder gar Videoaufzeichnungen habe ich daher verzichtet und mich stattdessen auf schriftliche Protokollierung gestützt. Aber auch die kann aufdringlich sein und die Frage ist: Welche Situationen gestatten ein Mitschreiben, welche nicht? Als unproblematisch habe ich eine direkte Notierung immer dann eingeschätzt, wenn sich Situationen um die Weitergabe und Diskussion von Informationen drehten. Das war bei Vorträgen und Diskussionsrunden der Fall, ebenso bei Schulungen und dienstlichen Besprechungen, desgleichen bei Visiten. Die Ausarbeitung der Notizen zu einem durchgängigen Text erfolgte möglichst zeitnah zur beobachteten Situation. Auf diese Weise entstanden Beobachtungsprotokolle von oftmals mehreren Seiten Umfang, die den eigentlichen Datenkorpus bilden (vgl. Hirschauer 2001; Emerson et al. 2011). Natürlich übersteigen Situationen in der Regel das Aufnahme- und Notierungsvermögen einer einzelnen Protokollantin, und die Ausarbeitung beruht auf nicht mehr als einer notizengestützten Gedächtnisleistung (vgl. Fine 1993: 277f.). Zugunsten der Begrenztheit des einzelnen Protokolls lässt sich anführen, dass Selektivität in der Datenproduktion im Hinblick auf die Forschungsfrage durchaus und im Verlauf der Forschung zunehmend gewünscht ist. Des Weiteren gilt die Regel, so oft wie möglich gleichartige Situationen zu protokollieren, um den Nachteil der Ungenauigkeit des einzelnen Protokolls durch Wiederholung auszugleichen.

Bei drei Anlässen habe ich hingegen darauf verzichtet, während der Beobachtung Notizen zu machen, weil dies meiner Einschätzung nach die Situationsregeln zu sehr verletzt hätte. Dabei handelte es sich um (1) Gruppengespräche, von Psychologen geleitet, in denen das Krankheitserleben und die Krankheitserfahrung von Patienten im Vordergrund stehen; (2) informelle Gespräche mit Health Professionals und Patienten; (3) Veranstaltungen, in denen mich die Teilhabe an Aktivitäten vom Protokollieren abgehalten hat (Sportgruppen, Entspannungs- und Kochkurse z.B.). Die Datengenerierung beruht in diesen Fällen allein auf einer Gedächtnisleistung. Dass diese möglichst hoch ist, dafür kann man sich Bedingungen schaffen: Es ist gerade die Selektivität der Aufmerksamkeit, die die Gedächtnisleistung steigert. Und zu beherzigen ist, dass ein reines Gedächtnisprotokoll sehr zeitnah zur beobachteten Situation geschrieben werden muss.

Der Datenkorpus der Beobachtungsprotokolle umfasst ca. 300 Seiten (10pt, einzeilig); mein Forschungstagebuch verzeichnet die Teilnahme an 41 Gesundheitsseminaren bzw. Vorträgen zu verschiedenen Themen, 66 Übungsgruppen (z.B. Bewegungstherapie, Entspannungstherapie, Nichtrauchertraining), 26 Visiten, 4 Mitarbeiterbesprechungen, abgerundet durch Klinikführungen und mehrere Dutzend informelle Gespräche mit Health Professionals und Patienten.

6.3 Leitfadengestützte Interviews – Theorie und Praxis

Die Datenproduktion mittels teilnehmender Beobachtung wurde durch leitfadengestützte Interviews am Ende der jeweiligen Forschungsphase ergänzt. Dabei handelt es sich um eine semistrukturierte Interviewmethode, die im Vergleich zum narrativen Interview und trotz ihres breiten Einsatzes in der Forschungspraxis methodologisch lange eher schwach unterfüttert war – was nicht so geblieben ist (vgl. Ullrich 1999: 435f.; Meuser & Nagel 1991; Hopf 2003; Schmidt 2003; Bogner, Littig & Menz 2002; Gläser & Laudel 2009). Ein Gesprächsleitfaden soll sicherstellen, dass alle aus der Perspektive der Forschungsfrage im Voraus als relevant eingeschätzten Themen zur Sprache kommen – das ermöglicht den Vergleich aller mit einem Leitfaden geführten Interviews. Zugleich ist das Verfahren offen gegenüber Themen, Gesichtspunkten und Erläuterungen, die aus der Perspektive der Interviewpartner wichtig zum Verständnis eines Zusammenhangs sind und eingebracht werden. Die Methode zeichnet sich demnach im Vergleich zum narrativen Interview durch eine stärkere, von Forscherseite vorgegebene Fokussierung aus, erweist sich jedoch trotz der Fokussierung als flexibel gegenüber thematischen Initiativen der Gesprächspartner. Die Interviews werden in der Regel aufgezeichnet und transkribiert (vgl. Siering, Staender & Bergner 2002; Gläser & Laudel 2009; Schmidt 2003).

Die Methode wird oftmals angewandt, um speziell Personen zu interviewen, die als Experten für ein bestimmtes Wissens- und Handlungsfeld gelten – zumeist definiert über eine Berufsrolle, ergänzt durch Gestaltungskompetenzen –, und deren Wissen abzubilden (vgl. Meuser & Nagel 1991, 1994, 1997; Müller-Mundt 2002; Bogner et al. 2002; Gläser & Laudel 2009). Ihr Einsatz ist jedoch keineswegs auf diesen Personenkreis beschränkt. Im vorliegenden Fall wurde die Technik im Sinne einer Akteursbefragung eingesetzt und lediglich zwischen Health Professionals und Patienten unterschieden. Diese Unterscheidung ist zwar bedeutsam – die einen agieren dauerhaft im Rahmen einer Berufsrolle im Untersuchungsfeld, die anderen vorübergehend aus Anlass einer Krankheitsperiode –, auch im Hinblick auf die Interviewführung, sie wurde jedoch nicht als Gegenüberstellung von Experten einerseits und Laien andererseits konzeptualisiert.

Mit dem leitfadengestützten Interview lassen sich Daten auf verschiedenen Ebenen generieren: Es können sowohl für das Forschungsfeld typische Abläufe rekonstruiert, Entscheidungs- und Handlungsprämissen geklärt, als auch hypothetische oder konkrete Fälle diskutiert und Einschätzungen oder Deutungen erfragt werden. Die Methode räumt den Interviewten überdies die Chance zur Selbstdarstellung ein. Somit lassen sich Handlungsbedingungen und -strategien, wie sie sich in der Perspektive der Interviewten darstellen, herausarbeiten. Der Vorteil dieser Interviewtechnik liegt in der Flexibilität, mit der sie nach den Erfordernissen des Forschungsprozesses eingesetzt werden kann.

Ihr Nachteil ist der aller Interviewtechniken, und ich habe ihn im Zusammenhang mit der teilnehmenden Beobachtung diskutiert: Interviewdaten, sofern sie nicht im Hinblick auf ihre expressive Funktion analysiert werden, sind stets Berichte *über* etwas. Und wenn dieses „etwas“ ein Handlungsfeld darstellt, wird zum Zeitpunkt des Interviews gerade nicht in ihm agiert. Interviewdaten unterliegen generell dem *recollection bias*: Handlungsabläufe werden nicht korrekt erinnert; eine außergewöhnliche Konstellation wird in der Interviewsituation als bedeutsam und orientierungstiftend herausgestrichen, kommt aber so selten vor, dass ihre alltagspraktische Bedeutung fraglich scheint; eine dezidierte Einstellung wird vorgetragen, die dennoch nicht handlungsleitend ist (vgl. das LaPiere-

Experiment). All dies muss bei der Beurteilung von Interviewdaten in Rechnung gestellt werden.

Umso vorteilhafter ist es, die Interviewmethode mit der teilnehmenden Beobachtung zu kombinieren und die Erträge beider Methoden miteinander zu vergleichen. Das Interview eröffnet unter diesen Umständen die Möglichkeit, die erwähnten Differenzen zwischen Handlung und Handlungsbericht überhaupt erst festzustellen. Umgekehrt lassen sich Interviewdaten zur Relativierung, Bestätigung, Differenzierung oder Widerlegung von Hypothesen und Interpretationen heranziehen, die auf Daten teilnehmender Beobachtung beruhen.

Generell gilt für die Konstruktion von Leitfäden, dass sie auf dem Hintergrund eines möglichst großen Vorwissens über die Interviewthematik bzw. das Handlungsfeld vorgenommen werden sollte (vgl. Meuser & Nagel 1997; Siering et al. 2002; Gläser & Laudel 2009). Entsprechend wurden gegen Ende der Beobachtungsphase Leitfäden für Interviews mit jenen Berufsgruppen entwickelt, die maßgeblich mit der Sekundärprävention bzw. Gesundheitsbildung befasst sind. Dazu zählen, neben Ärzten: Psychologen, Bewegungstherapeuten, Diätassistentinnen und – so wurde es in einer Klinik gehandhabt – Sozialarbeiter. Die Leitfäden sahen einerseits berufsgruppentypische Themen vor, stimmten aber in bestimmten Themenfeldern wie z.B. Gesundheitsbildung/Sekundärprävention, interprofessionelle Kooperation, konzeptioneller Hintergrund überein. Health Professionals auf der Leitungsebene der Kliniken/Abteilungen wurden außerdem zu Klinikkonzepten befragt. Der Leitfaden für die Interviews mit Patienten sah die Themenblöcke Krankengeschichte, Krankheitserklärung, Risikofaktoren und Umgang mit der Erkrankung vor.

Insgesamt konnten 45 Interviews geführt und bis auf 3, in denen Gesprächspartner einem Tonbandmitschnitt nicht zugestimmt hatten, aufgezeichnet werden. Die Dauer der Gespräche variierte je nach Beredsamkeit, Geduld und Zeitbudget der Interviewpartner zwischen 45 Minuten und 2 Stunden. Die Anzahl der Interviews verteilt sich auf die berücksichtigten Personengruppen folgendermaßen:

Gruppe	Patienten	Ärztl. Dienst	Psych. Dienst	Bew.-Therap.	Diätass.	Soz.Arb.
Anzahl	14	12	4	9	3	3
davon Leitungsfunktion		3	2	2		
m/w	12/2	9/3	2/2	6/3	-/3	2/1

Tab. 3 Interviews: Anzahl und Personengruppen

Bei den Health Professionals erfolgte die Auswahl der Gesprächspartner nach den Gesichtspunkten Funktion und vorheriger Kontakt (durch Teilnahme z.B. an Sportgruppen, Visiten). Manche Berufsgruppen sind so geringfügig besetzt, dass eine Auswahl gar nicht zur Disposition stand (Psych. Dienst, Diätassistenz). Aus der Gruppe der Patienten habe ich jene als Interviewpartner rekrutiert, zu denen aufgrund regelmäßiger Teilnahme an Veranstaltungen und Visiten bereits ein Kontakt aufgebaut worden war. Abgesehen vom Kriterium des AHB-Anlasses (KHK mit Akutereignis und/oder Akuttherapie) habe ich

die vorherige Kontaktnahme als besonders wichtige Voraussetzung für die Interviewsituation erachtet, denn in ihr sollte immerhin ein Ereignis existenzieller Bedrohung zur Sprache kommen, ein potentiell sensibles Thema also. Innerhalb dieser Gruppe konnte eine große Varianz mit Blick auf Kriterien wie Alter, Risikofaktorenstatus, aber auch Verhaltensoptionen erreicht werden.

Für Health Professionals einerseits und Patienten andererseits wurden jeweils unterschiedliche Strategien der Gesprächsführung gewählt aufgrund des unterschiedlichen Akteurstatus beider Gruppen. Health Professionals sind qua Beruf mehr oder weniger dauerhafte Akteure im Untersuchungsfeld, und ihr Beruf impliziert eine professionelle Beschäftigung mit der Erkrankung, von der die wenigsten persönlich selbst betroffen sein dürften (bei keinem der Interviewten kam eine eigene KHK-Erkrankung zur Sprache). Ziel der Interviews mit Health Professionals war es, professionelles Wissen, Überzeugungen, Handlungsprämissen und -maximen zur Sprache zu bringen. Sie dienten ferner dazu, Kenntnisse, Erfahrungen und Hypothesen aus der Phase der teilnehmenden Beobachtung zu überprüfen und umgekehrt – soweit möglich – Widersprüche zwischen erzählten und Beobachtungsdaten aufzuklären. Insofern hatten Interviews mit Health Professionals streckenweise einen diskursiven Charakter (vgl. Ullrich 1999: 437ff.; Siering et al. 2002).

Patienten hingegen sind passagere Akteure *im Untersuchungsfeld*, ungeachtet der Chronizität ihrer Erkrankung. Selbstredend konstituiert nicht ihr Beruf, sondern ihre Erkrankung die Teilnahme, und nicht selten befinden Patienten sich in einer Krankheitsphase, deren Dramatik gerade erst im Abklingen begriffen ist. Eine entsprechende Vulnerabilität der Gesprächspartner habe ich demnach bei den Interviews in Rechnung gestellt, gerade auch dann, wenn diese nicht offen gezeigt wurde. Bei der Gesprächsführung bin ich dem Grundsatz gefolgt, die Selbstpräsentation der Interviewpartner nicht in Frage zu stellen. Das schloss ein, auf die Konfrontation mit Ungereimtheiten oder Widersprüchen weitgehend zu verzichten, Begründungen zwar erläutern zu lassen, aber nicht in Frage zu stellen und „heikle“ Themen wie beispielsweise den Umgang mit Angst, die Inanspruchnahme der Psychologen für Einzelgespräche usf. nicht von mir aus zur Sprache zu bringen.

Allerdings ist mir im Zuge der endgültigen Konzipierung der Studie klar geworden, dass ich die Interviews mit Patienten in einer anderen Stoßrichtung geführt habe, als sie für die Arbeit letztlich entscheidend wurde (s.a. Kap. 12, Stichwort Methodisches Vorgehen). Deshalb finden die Patienteninterviews in der vorliegenden Darstellung kaum Berücksichtigung. Die Perspektive von Patienten hoffe ich dennoch, an vielen Stellen eingebracht zu haben, dann gestützt auf die Auswertung der Beobachtungsdaten.

6.4 Datenaufbereitung und Auswertung

Die Datengenerierung der teilnehmenden Beobachtung war in einem Punkt ungewöhnlich. Üblicherweise erfolgen Erhebung und Auswertung nicht als konsekutive Phasen, sondern Beobachtungsphasen sind von Beginn an unterbrochen von ersten Analyseschritten (vgl. Wolcott 1994; Silverman 1993; Bloor 1978; Strauss 1994; Emerson et al. 2011) – ein Tribut an die der Anwendung teilnehmender Beobachtung oftmals zugrundeliegende induktive Methodologie; des Weiteren trägt die iterative Kopplung von Beobachtung und Analyse zur Schärfung und Fokussierung der Beobachtung bei. Von die-

sem Vorgehen bin ich insofern abgewichen, als die Beobachtungsphasen in beiden Kliniken kaum von analytischem Rückzug unterbrochen waren und erste Analyseschritte sich darauf beschränkten, bei der Ausarbeitung von Beobachtungsprotokollen Kommentare, Fragen und tentative Hypothesen anzufügen. Die Abweichung vom empfohlenen Vorgehen gründete auf der Entscheidung, im ohnehin knapp bemessenen und nicht verlängerbaren Zeitraum der Feldphase in den Kliniken maximal präsent zu sein, um der Beobachtung willen, aber auch der Teilnahme wegen. Der für die Forschung notwendige Beziehungsaufbau und -erhalt bedürfe – so meine Überlegung – der möglichst kontinuierlichen Präsenz.

Die Datenaufbereitung und -auswertung begann demnach nach Abschluss beider Feldphasen. Qualitative Forschung hat sich oft den Vorwurf eingehandelt, Darstellung und Schlussfolgerungen basierten auf unkontrollierten, vorgängige Hypothesen einseitig stützenden Extrakten des Datenmaterials, und sie sei von bestenfalls anekdotischer Qualität, weil eine systematische Prüfung und Erörterung von Daten, die einem präferierten Deutungsschema widersprechen, nicht erkennbar sei (Seale & Silverman 1997: 380f.). Um dieser Gefahr zu entgehen, habe ich – zunächst für die *Beobachtungsprotokolle* – ein vierschrittiges Kodierschema entwickelt, dessen Abfolge von einem zunehmenden Abstraktionsgrad gekennzeichnet ist. Überschneidungen bei der Zuordnung von Daten zu Codes sind nicht nur zugelassen, sondern erwünscht und notwendig, um die interpretative Wandlung von Daten nachvollziehbar und damit überprüfbar zu halten.

Der erste Schritt der Kodierung bestand aus der Zusammenstellung von Situationen gleicher Art, wobei Situationsdefinitionen, die den Klinikalltag strukturieren, übernommen wurden (z.B. Gesundheitsseminare verschiedenen Typs, Visiten etc.). Der Sortiervorgang mag analytisch oberflächlich anmuten, hat aber den Vorteil, feldtypische Einheiten noch nicht auseinanderzureißen. Eine erste Verdichtung des Datenmaterials erfolgte, indem auf Basis der Zusammenstellungen Beschreibungen angefertigt wurden, die von der einzelnen Beobachtungssequenz abstrahieren.

Im zweiten Schritt wurden die Beobachtungsprotokolle mit deskriptiven Stichworten kodiert wie z.B. Arbeitsbereiche der Berufsgruppen, Bestandteile des Behandlungsprogramms, Behandlungsablauf, Therapiesteuerung, mit deren Hilfe sich grundlegende Organisationsprinzipien und typische Abläufe rekonstruieren lassen.

Der dritte Schritt wiederholt den zweiten, diesmal jedoch mit analytisch orientierten Codes, die aus den einzelnen Aspekten der Fragestellung abgeleitet wurden, also z.B. Arbeitsteilung, Rückgriff auf das Risikofaktorenkonzept, Thematisierung von Risikofaktoren, Bearbeitung von Risikofaktoren, Krankheitserklärungen usf.

Im vierten Schritt schließlich wurden Stichworte und Themen aufgegriffen, die nicht oder nicht in dieser Weise von den theoretischen Perspektiven der Studie antizipiert worden sind, ihrerseits aber mit einer gewissen Persistenz auftauchen. Dazu zählt beispielsweise eine Argumentationsfigur, die sich um den Veränderungswillen von Patienten dreht; auch die Unterschiede, die Health Professionals und Patienten zwischen Frontstage und Backstage machen, sind hier aufgehoben. Es handelt sich um mehr als eine „Restkategorie“; treffender wäre die Bezeichnung „Entdeckungskategorie“. In der Analyse wird versucht, die Codes des vierten Schrittes an die des dritten anzuschließen.

Die *Interviews* wurden, wie erwähnt, vollständig in Standardorthographie transkribiert, d.h. auf die Notation von Wort- oder Lautdehnungen, Lautauslassungen oder phoneti-

sche Umschrift wurde verzichtet (Kowal & O'Connell 2003; zu den Regeln s. S. XII). Anschließend wurden die Transkripte den Gesprächspartnern zugesandt (vgl. Silverman 1993: 149; Flick 2002: 396). Reaktionen darauf gab es nur vereinzelt, und sie drehten sich dann um die als unangenehm, vielleicht auch als entlarvend eingestufte Feststellung, wie sehr sich gesprochene und erst im Nachhinein verschriftlichte Sprache von Schriftsprache unterscheidet. In der Regel ließ sich die Beunruhigung mit den Hinweisen dämpfen, dass das Transkript keinesfalls ein Beleg für mangelnde Sprachkompetenz sei, sondern lediglich den Unterschied zwischen gesprochener und Schriftsprache ungewohnt deutlich vor Augen führe; außerdem stellte eine stark geglättete Transkription eine Form der Bearbeitung und Manipulation dar, die methodisch bedenklich wäre. Auf Korrektur zum Schriftsprachenniveau wurde lediglich in einem Fall gedrungen. Weitere Schritte der *respondent validation* im fortgeschrittenen Prozess der Datenanalyse habe ich nicht unternommen. Obwohl ein für die Datenanalyse potentiell fruchtbares Vorgehen, ist der eigentliche Validierungswert mit Skepsis zu betrachten, denn es gibt keinen Grund anzunehmen, außer im Hinblick auf die Korrektur sachlicher Fehler, dass Teilnehmern ein privilegierter Status als Kommentatoren ihrer Handlungen zukommt (vgl. Bloor 1978; Silverman 1993: 159f.; Bryman 1988: 78f.; Fielding & Fielding 1986: 43; Hirschauer 2001: 434f.).

Das Interviewmaterial erfuhr eine erste Verdichtung, indem thematisch geordnete und mit Kommentaren versehene Zusammenfassungen erstellt wurden. Es folgte der thematische Vergleich innerhalb einer Interviewgruppe und zwischen den einzelnen Gruppen. Um die Daten der teilnehmenden Beobachtung und der Interviews systematisch miteinander in Beziehung zu setzen, wurden die o.g. Kodierschritte 2-4 für die Transkripte wiederholt. Mit Blick auf einige Kernpunkte der Fragestellung wurden außerdem Suchvorgänge im gesamten Textmaterial für bestimmte Wörter und Wortkonstellationen vorgenommen (z.B. Risik*, risk*, Gefahr*, gefähr*, Ursach*), um eine maximale Abschöpfung sicherzustellen. Für Kodierung und Suchvorgänge habe ich auf die Textanalysesoftware Winmax zurückgegriffen (Kuckartz 1997).

Für Feldforschungen ist es selbstverständlich, verschiedene Methoden und damit Perspektiven bei der Datengenerierung anzuwenden und also auch bei der Auswertung zu berücksichtigen. Als Triangulation im Sinne einer wechselseitigen Validierung der (vgl. Flick 2003: 309ff.; Denzin 1970) ist die Verknüpfung der beiden für diese Studie generierten Datenarten indes nicht zu verstehen. Mit Triangulation – der Begriff stammt aus der Landvermessung – ist in der sozialwissenschaftlichen Methodenlehre die Betrachtung eines Gegenstandes von wenigstens zwei Punkten (Methoden) aus gemeint (Flick 2003: 309). Auf diese Weise, so argumentierte Denzin seinerzeit, lasse sich die Beschränktheit der einzelnen Methode überwinden und, indem die Daten quasi gegeneinander ausgespielt werden, die Validität von Feldforschungsergebnissen erhöhen. Während das erste Ziel, durch Methodenvielfalt ein komplexeres Bild zu erzeugen, unstrittig ist, ist der Sinn der zweiten Absicht mit dem Argument in Zweifel gezogen worden, zwei verschiedene Methoden nähmen gerade nicht denselben Punkt ins Visier (Fielding & Fielding 1986: 33f.; Silverman 1993: 156ff.; Wolff 1999) – womit freilich die ganze Triangulationsmetapher hinfällig ist.

6.5 Eine vergleichende Fallstudie?

Dass die Feldforschung in zwei Kliniken stattfand, mag zu der Annahme verleiten, es handele sich um eine vergleichende Fallstudie ebendieser beiden Kliniken. Legte man

sich darauf fest, hätte man es mit lediglich zwei Analyseeinheiten zu tun und wäre gezwungen, jedes Datum einer dieser beiden Einheiten zuzuordnen und im Hinblick auf Eigenschaften der Klinik als ganzer zu analysieren und zu interpretieren. Oder man wäre gezwungen, all das, was sich nicht auf die jeweilige Klinik als „Fall“ beziehen lässt, außer Acht zu lassen. Zwar ist die Empirie für die Fragestellung meiner Untersuchung im klinischen Setting angesiedelt – ein Bedingungsfaktor von tatsächlich einiger Tragweite –, jedoch läuft der Untersuchungsansatz nicht auf eine vergleichende Organisationsanalyse hinaus. Gewiss, die Kliniken unterscheiden sich in mancher Hinsicht, und hier möglicherweise sogar gravierend; dies wird in der Darstellung (hoffentlich) deutlich werden. Im Kern jedoch besteht meine Datensammlung aus einer Vielzahl von Beobachtungen verschiedenartigster Fälle: Seminarstunden, Vorträge, Sportstunden, Kochveranstaltungen, Ergometertraining, Visiten, Teamgespräche, Interviews mit Ärzten, Patienten, Psychologen u.v.m. Insofern ist es angemessen, Untersuchung *von*, sondern *in* zwei Kliniken zu sprechen.

7 Beschreibung der untersuchten Kliniken

Beide Kliniken sind in typischen Kurorten angesiedelt, Gemeinden also, die durch das Vorhandensein ortsgebundener Heilmittel und die Öffnung des Kur- und Bäderwesens für bürgerliche Schichten, später auch für zahlreiche Tuberkulosekranke (Steudel 1967; Marezki 1989; Seeliger 1988), eine spezifische Infrastruktur ausgebildet haben und Standorte für eine Vielzahl von Kur- und Rehabilitationseinrichtungen sind. In landschaftlich reizvollen Gegenden gelegen, liegen beide Orte abseits von unmittelbaren großstädtischen Einzugsbereichen. Die Klinikgebäude ähneln sich in ihrer Grundstruktur: Von einer parkähnlichen Freifläche umgeben, gruppieren sich um einen hoch aufragenden Stations- bzw. Bettentrakt weitläufig Aufenthaltsräume für Patienten, Therapie- und Funktionsabteilungen, Räumlichkeiten für Sport und Gesundheitstraining, Mitarbeiterbüros und – etwas abseits vom therapeutischen Tagesgeschäft – die Räume der Verwaltung.

7.1 Ausrichtung der Kliniken

Klinik A war seinerzeit eine LVA-eigene Klinik, mithin die LVA auch Hauptbeleger, während Träger von Klinik B eine GmbH ist und Hauptbeleger die BfA war. Darüber hinaus waren mit einer Reihe von Krankenkassen Belegungsverträge geschlossen. Von ähnlicher Größe (Klinik A 200, Klinik B 187 Betten), schlugen beide Kliniken frühzeitig – Klinik B Mitte der 1970er, Klinik A zu Beginn der 1980er Jahre – auf Betreiben der jeweiligen ärztlichen Leitung und mit Unterstützung der Träger die Entwicklung zu Fachkliniken für kardiologische Rehabilitation ein. Begünstigt wurde dies durch die 1975 in Kraft getretenen und 1978 auf den Versichertenkreis der Rentner ausgedehnten Regelungen zur Anschlussheilbehandlung, die im Falle schwerwiegender akuter Krankheitsereignisse eine engere Verzahnung von Akut- und rehabilitativer Versorgung ermöglichen. Gerade die KHK mit ihrer verlaufftypischen Mischung aus akutem Krankheitsereignis und Chronizität erscheint als der Prototyp für Indikationen zum AHB-Verfahren (vgl. Kap. 2). Tatsächlich war der Anteil von AHB-Rehabilitanden zum Zeitpunkt der Untersuchung in beiden Kliniken hoch bis sehr hoch: In Klinik B lag er bei über 95%, in Klinik A immerhin bei rund 80%. Damit konzentrierten sich beide Einrichtungen auf eine Klientel, die – akutmedizinisch betrachtet und im Vergleich zu Patienten im allgemeinen Heilverfahren – kränker ist. Der Chronizität der Erkrankung trugen die Einrichtungen über die stationäre Rehabilitation hinaus Rechnung durch die Einrichtung und Betreuung ambulanter Herzsportgruppen. Klinik B erprobt mittlerweile Systeme zur Tele-Reha, mit denen eine längerfristige ambulante Begleitung von Patienten möglich wird.

Mit der Ausrichtung auf eine Hauptindikationsgruppe sowie durch das AHB-Verfahren steigern Rehabilitationskliniken ihre *Anschlussfähigkeit* an zuweisende Einrichtungen und sichern sich damit Ressourcen. Anschlussfähigkeit einmal im Sinne von Patiententransfers – zuweisende Einrichtungen, insbesondere Herzchirurgien, suchen sich als Kooperationspartner bevorzugt solche Reha-Kliniken, die eine kompetente, d.h. allfällige postoperative Komplikationen meisternde Nachsorge anzubieten haben. Anschlussfähigkeit aber auch in dem Sinne, dass eine Rehabilitationseinrichtung so der Gefahr entgeht, die Verbindung zur fachärztlichen *medical community* zu verlieren; ein Gesichtspunkt, der für die (ärztliche) Personalgewinnung und -bindung von Bedeutung ist und wiederum Anschlussfähigkeit im erstgenannten Sinne beeinflusst. So konnten in Klinik B zwei der sechs

Jahre dauernden Internistenausbildung sowie die vollständige, zwei- bis zweieinhalbjährige Zusatzausbildung zum Kardiologen absolviert werden. Gleiches galt bis zum Leitungswechsel für Klinik A.¹⁴³ Zur Konvergenz organisationaler und professioneller Interessen gesellt sich nicht zuletzt das medizinische Argument hinzu, ein möglichst früher Rehabilitationsbeginn erhöhe in der Regel die Effektivität der Maßnahme.

Beide Einrichtungen sind aber mit Blick auf die Anschlussfähigkeit noch einen – Klinik B sogar einen erheblichen – Schritt weitergegangen, indem frühzeitig damit begonnen wurde, invasive diagnostische und therapeutische Verfahren wie z.B. die Linksherzkatheteruntersuchung und die – seinerzeit noch so bezeichnete – PTCA in das Leistungsspektrum der jeweiligen Klinik zu integrieren.

7.1.1 Klinik B

In Klinik B mündete die eingeschlagene Entwicklung schließlich in einem kompletten Herzzentrum, das neben der Rehabilitations- auch eine (akut-)kardiologische Abteilung und seit Anfang der neunziger Jahre eine herzchirurgische Klinik beherbergt. Seit 1990 sind die Betten der Akutkardiologie, später auch die der herzchirurgischen Klinik, in den Krankenhausbedarfsplan des betreffenden Bundeslandes aufgenommen. Mit seinerzeit zwei Linksherzkathetermessplätzen und einem Labor für elektrophysiologische Untersuchungen ausgestattet, wurden 1997 in der akutkardiologischen Abteilung 3.800 Koronarangiographien und 1.200 PTCAs durchgeführt. Neben diesen auch damals schon zu Standardverfahren nivellierten Eingriffen hatte die Akutkardiologie des Zentrums spezielle Verfahren in der Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen anzubieten. Eine Voraussetzung für das umfangreiche akutkardiologische Angebot war und ist, auch die intensivmedizinische Betreuung von Patienten gewährleisten zu können. Mit einer Intensivstation, die „höchstem Standard in der Therapieüberwachung“ entspreche, wie ein leitender Arzt versicherte, war diese Voraussetzung bereits Ende der 1990er Jahre erfüllt. Neben intensivmedizinischer Betreuung bot eine Überwachungsstation die Möglichkeit zu komplettem Herz-Kreislauf-Monitoring.

Die Herzchirurgie als jüngster Bestandteil des Klinikkomplexes hat sich binnen weniger Jahre zu einem der führenden Operationszentren in Deutschland entwickelt. In drei Operationssälen wurden 1997 rund 2.500 Operationen durchgeführt. Der Anteil operierter Patienten in der Rehabilitationsabteilung, in der damals jährlich rund 2.000 Patienten versorgt wurden, schwankte zwischen 70% und 80%, davon ist ein großer Teil in der Chirurgie des Zentrums operiert (und möglicherweise zuvor in der kardiologischen Abteilung diagnostiziert) worden. Lakonisch gesagt, produzierte also die Herzchirurgie einen Großteil der Patienten der hauseigenen Rehabilitation. Bei der Organisationsstruktur, die ein dichtes Schnittstellenmanagement ermöglicht, ist es geblieben. Vorteilhaft ist es für alle Beteiligten, nicht zuletzt Patienten. Die Wege, die Ärzte, Patienten und Informationen nehmen müssen, sind kurz. Die Chirurgie weiß, dass sie die operierten Patienten in eine kooperationsvertraute Rehabilitation weiterleitet. Für die Rehabilitation verringert sich

¹⁴³ Weiterbildungsermächtigungen sind in erster Linie an einen Chefarzt gebunden, hängen aber auch vom Aufgabenzuschnitt einer Klinik ab. Weiterbildungsordnungen sind 2005 und 2012 reformiert worden. Zur Facharztausbildung „Innere Medizin und Kardiologie“ gehören seither 36 Monate Basisweiterbildung Innere Medizin sowie 36 Monate Kardiologie. In Klinik B sind derzeit drei Ärzte zur 36-monatigen Weiterbildung im Fachgebiet Innere Medizin und Kardiologie ermächtigt; zwei davon haben leitende Positionen im Klinikbereich Kardiologie, einer in der Rehabilitation.

die Abhängigkeit von sonstigen zuweisenden Einrichtungen, einmal im Hinblick auf Patientenströme selbst, aber auch mit Blick auf die Zugänglichkeit von Information und Kontextwissen. Interne Vernetzung und die Konzentration auf die Therapie operierter Patienten ermöglichen relativ standardisierte Abläufe, wie der damalige Ärztliche Direktor seinerzeit schildert:

„Also sagen wir mal, sie [Aufgabenstellung in der Rehabilitation] ist vielleicht leichter geworden. Denn diese Patienten, die operiert sind, sind relativ anspruchslos. Sie müssen ja nicht mehr großartig untersucht werden, haben sehr überschaubare Probleme – Ergüsse, Wundheilungsstörungen – und können ziemlich nach einem klar vorgegebenen Zeitraster wieder mobilisiert und rehabilitiert werden. Ganz anders ist das, wenn es ein Patientengut ist, das uns von außen zugewiesen wird mit einem allgemeinen Zustand nach Herzinfarkt oder Zustand nach Myokarditis. Das sind Patienten, da liegt meistens noch keine wesentliche Information sonst vor, außer dieser Diagnose aus dem Akutkrankenhaus. Die müssen dann erst noch kathetert werden, die müssen optimal medikamentös eingestellt werden, da muss man nach bestimmten Risikofaktoren forschen. Die kann man auch nicht schon in einem bestimmten Zeitraster in die Rehabilitation einschleusen, weil man vielleicht noch Voruntersuchungen braucht, um überhaupt zu wissen, ob die Patienten belastbar sind. Also, das Patientengut stellt deutlich höhere Anforderungen als die operierten Patienten.“

Auf meine Nachfrage präzisiert er: „Von der krankengymnastischen und pflegerischen Seite ist das eine andere Situation. Ich spreche jetzt von der ärztlichen Warte. Außerdem sind es hochmotivierte Patienten, die leicht, relativ leicht zu führen sind.“ (BCA/101-119)

Zum Zeitpunkt der Forschung stellte der kontinuierliche Zustrom rehabilitationsbedürftiger Patienten für viele Rehabilitationskliniken ein gravierendes Problem dar, ausgelöst durch eine 1997 verfügte Gesetzesänderung, die eine Verkürzung der AHB-Dauer von vier auf drei Wochen und eine erhöhte Zuzahlung von Patienten implizierte. Sie führte allgemein zu einem drastischen Rückgang der Antragstellung und somit auch der Belegung vieler Reha-Kliniken (vgl. Kap. 2). Durch die Einbindung in ein Herzzentrum mit den geschilderten Effekten blieb Klinik B von dieser Entwicklung *für die Belegung* weitgehend verschont. Zwar sah sich die Klinik durch die Verkürzung zu einer Reorganisation und Straffung von Abläufen und zu erhöhten Anforderungen an die Arbeitsintensität der Mitarbeiter gezwungen, immerhin aber war sie offenbar in der Lage, den allein schon der Verkürzung inhärenten Belegungsrückgang durch eine entsprechende Steigerung des Durchgangs von Patienten auszugleichen (BCA/198-206), so dass „diese sogenannten Kurkrisen, die es ja schon mal Anfang der achtziger Jahre gab und auch jetzt gibt, uns nie in irgendeiner Weise betroffen haben“ (BCA/30-31).

Die leitenden Ärzte in Klinik B räumten ein, die Expansionsgeschichte der Einrichtung von einer Reha-Klinik zu einem Herzzentrum berge die Gefahr, dass die Rehabilitationsabteilung gegenüber der sehr viel ressourcenmächtigeren Akutkardiologie und Herzchirurgie ins Hintertreffen geraten könnte, denn finanzielle und professionelle Gratifikationsstrukturen sind generell auf akutmedizinische Aufgaben ausgerichtet. Der Ärztliche Direktor bestätigte, „dass diese Gefahr bestehen könnte, wenn man den Interessen der [ärztlichen] Mitarbeiter freien Lauf lassen würde. Das aber lasse ich ja eben gerade nicht zu“ (BCA/52-54). Seine eigene professionelle Neigung sei keineswegs durch eine generelle Bevorzugung der akutkardiologischen Tätigkeit, sondern durch ein Doppelinteresse gekennzeichnet, er habe „eigentlich auch dieses Gebiet [Rehabilitation] nicht aufgegeben,

sondern im Gegenteil eigentlich immer versucht, es gleichwertig neben der Akutkardiologie zu betreiben“ (BCA/38-40). Auch der leitende Oberarzt der Rehabilitation betont, der Ärztliche Direktor habe

„die ganze Zeit seiner beruflichen Entwicklung über, auch bei der Einrichtung verschiedener akutmedizinischer Sektoren in der Klinik, immer parallel dazu engagiert die Rehabilitationsmedizin weiterentwickelt, nicht nur im Hause selbst, sondern auch durch persönliche Teilnahme an Expertenzirkeln, Reha-Kommissionen, Beratergremien. Er hat sich selbst auch, trotz zunehmender Aufgaben in der akutmedizinischen Versorgung, weiterhin persönlich im Rehabilitationsbereich engagiert.“ (BOA/217-223)

Das „Nicht-Zulassen“, von dem der Ärztliche Direktor spricht, deutet auf die mit dieser Position einhergehende Gestaltungsmacht hin, die er zur Schaffung von Strukturen und Abläufen einsetzen konnte, mit denen die Rehabilitation quasi subventioniert worden ist. Die Personalunion als Chefarzt sowohl der Rehabilitations- wie der Kardiologischen Klinik hat dies möglich gemacht: Aufgabenbereiche derjenigen Oberärzte, deren Tätigkeitsschwerpunkte in der Akutkardiologie lagen, erstreckten sich auch auf die Rehabilitationsabteilung. Ärzte in Aus- und Weiterbildung durchliefen während ihrer Vertragszeit verschiedene Bereiche beider Kliniken, begannen sie aber ausnahmslos – gleichgültig, ob es sich um AiPler, angehende Internisten oder Kardiologen handelte – mit einem mehrmonatigen Dienst auf einer der Rehabilitationsstationen. Umgekehrt nahm der leitende Oberarzt der Rehabilitation zugleich Leitungsaufgaben in einem Teilbereich der Funktionsdiagnostik wahr und war darüber hinaus im Katheterlabor tätig, vor allem im Vertretungsfall. Dieser Aufgabenzuschnitt resultierte nicht allein aus arbeitsorganisatorischen Erfordernissen, sondern auch aus der Erwägung, der Akzeptanz des hauptsächlich rehabilitativ arbeitenden Oberarztes innerhalb der Kollegenschaft wie auch unter Patienten förderlich zu sein. Dazu der leitende Oberarzt:

„Aber ich darf noch dazu sagen, dass bei den konzeptionellen Überlegungen einer solchen Organisationsstruktur (...) schon die Tatsache in einem solchen integrierten Zentrum von Bedeutung ist, dass auch die Glaubwürdigkeit des Rehabilitationsmediziners und damit seine fachliche Autorität in einem solchen Hause davon abhängt, dass er nun nicht nur einen kleinen Bereich kompetent überschauen kann, sondern durch diese Kombination auch der Vertretungsmodelle, auch in invasiver Diagnostik, den Patienten beraten kann über integrierte Behandlungskonzepte und auch in der Kollegenschaft das Interesse nachgeordneter Mitarbeiter vielleicht mit etwas mehr Nachdruck fördern kann, als wenn er nun der Rehabilitationsmediziner ausschließlich im kleinen Kämmerchen ist und von dem Restbetrieb der Klinik kaum etwas mitbekommt.“ (BOA/237-248)

In der Klinik werde auf diese Weise ein Betreuungskonzept verwirklicht – Patienten sowohl in der akuten als auch der chronischen Situation angemessen versorgen zu können –, das für die kardiologische Versorgung im Allgemeinen bislang eher ein Desiderat geblieben sei: Weder hätten Akutkardiologen ein ausreichendes Verständnis für die Rehabilitationsmedizin entwickelt noch sei die Skepsis mancher Rehabilitationsmediziner gegenüber akutkardiologischen Therapien einem integrierten Behandlungsansatz zuträglich (BOA/255-266).

Dass es überhaupt spezieller Vorkehrungen bedarf, um der einen Fachrichtung im Konzert mit den anderen Beachtung und Geltung zu verschaffen, ist Ausweis der strukturell schwächeren Position der Rehabilitationsmedizin gegenüber akutmedizinisch tätigen Disziplinen. Die seinerzeit etablierten „Stützmaßnahmen“ hatten in der referierten Form

über die Amtszeit des zitierten Ärztlichen Direktors hinaus keinen Bestand; wiewohl ausweislich aktueller Klinikselbstdarstellungen andere an ihre Stelle getreten sein mögen.

7.1.2 Klinik A

Die Forschung in Klinik A fiel genau in eine Phase der umfassenden strukturellen Reorganisation der Einrichtung, die mit einem Wechsel in der ärztlichen Leitung einherging, ohne dass zu dem Zeitpunkt die Intention des Trägers, einer LVA, hinsichtlich der Sicherung des Fortbestands der Einrichtung für die Mitarbeiter klar erkennbar gewesen wäre. So waren zwar weitreichende Schritte zur Umstrukturierung eingeleitet worden, daneben gab es jedoch auch Signale, die von Mitarbeitern als Hinweise auf eine bevorstehende Schließung der Klinik interpretiert wurden. In gewisser Weise war die Klinik eine Zeitlang führungslos, zumindest führungsarm, und die Dinge befanden sich im Fluss. Rückblickend ist die Klinik aus dieser Krise mit einem gänzlich veränderten Leistungsprofil hervorgegangen. Die Beschreibung von Klinik A in diesem Kapitel reflektiert einen *Ausschnitt der Umbruchphase*, in der zwar neue Strukturen alte abzulösen begannen, aber eben auch unklar war, wohin genau die Reise gehen und ob die Klinik dabei erhalten bleiben würde.¹⁴⁴ Der Bericht kann weder den Beginn dieses Prozesses noch den weiteren Fortgang und Abschluss wiedergeben und ebenso wenig aufschlüsseln, was im Einzelnen Motive und Absichten des Trägers gewesen sind, diese Entwicklung einzuleiten. Ein zweifellos interessanter und spannender Vorgang, den zu dokumentieren es allerdings einer thematisch anderen und zeitlich sehr viel ausgedehnteren Untersuchung bedurft hätte.

Die Entwicklung von Klinik A hatte in einer Hinsicht zunächst einen ähnlichen Verlauf genommen wie die von Klinik B. Auch hier setzte man frühzeitig auf die Profilierung zu einer Fachklinik für kardiologische Rehabilitation, indem man sich vornehmlich auf die Rekrutierung von AHB-Patienten konzentrierte, ein wichtiges Aufgabenfeld in kardiologischer Diagnostik sah und eine möglichst enge Verschränkung mit akutmedizinischen Aufgaben zu erreichen suchte. Dies geschah zum einen mit dem Konzept der Frührehabilitation – eine Offerte insbesondere an Operationszentren, deren Patienten bereits ab dem fünften postoperativen Tag zu übernehmen; zum zweiten wurde in dieser Klinik ebenfalls ein Herzkatheterlabor installiert, so dass das ärztliche Betätigungsfeld die Durchführung invasiver Diagnostik und Therapie einschloss und die Klinik bzw. deren Chefarzt in der Lage war, ärztliches Personal mit genau diesem Interessenschwerpunkt anzuziehen. Mitarbeiter der Klinik charakterisierten die Einrichtung rückblickend als „Miniherzzentrum“ und hoben damit den Stellenwert hervor, den akutkardiologische Tätigkeiten im Aufgabenspektrum der Klinik einnahmen. Jenem Chefarzt, der – mit Unterstützung des Trägers – diese Entwicklung vorangetrieben hatte, wurde denn auch nachgesagt, er verstehe sich eher als Akutkardiologe denn als Rehabilitationsmediziner, und die Klinik sei unter seiner langjährigen Leitung „durch den rein somatischen Ansatz geprägt“ worden (APD/139f.). Im Hinblick auf rehabilitative Belange hat er sich insbesondere für einen hohen Standard in der Diagnostik und die Straffung des zeitlichen Gesamtablaufs eingesetzt.

¹⁴⁴ Diese Einschätzung bezieht sich allein auf Vorgänge *hinter* den Kulissen; davor – also in der Betreuung von und Arbeit mit Patienten – waren weder Unruhe noch Unsicherheit zu bemerken: ein Ausweis großen Engagements und eines hohen Maßes an Professionalität und Routine im Mitarbeiterkreis.

Mit einer LVA als Träger bestand für Klinik A im Unterschied zu Klinik B nicht die Option, dem akutkardiologischen Tätigkeitsfeld durch organisationale Differenzierung Rechnung zu tragen. Zudem mag das professionelle Interesse des Chefarztes nicht breit genug gewesen sein, um zugleich die Belange der Rehabilitation in vollem Umfang zu fördern. Die geschilderte Entwicklung fand demnach unter dem Dach einer Reha-Klinik statt und hat möglicherweise zu einer Deklassierung im engeren Sinne rehabilitativer Aufgaben geführt.

Ein deutlicher Rückgang in der Belegung und eine abnehmende Nutzung des Herzkatheterlabors für Patienten der Klinik¹⁴⁵ bewogen den Träger schließlich zu einigen Grundsatzentscheidungen, die das Profil der Klinik verändern sollten: Zum einen wurde die Anzahl der Betten von knapp 240 auf 200 verringert, zum zweiten die Schließung des Herzkatheterlabors verfügt und zum dritten beschlossen, die Klinik für eine zweite internistische Indikationsgruppe zu öffnen, für die fortan 90 der verbliebenen Betten zur Verfügung stehen sollten. Die Kardiologie wurde also erheblich in ihrer Bedeutung zurückgestuft, quantitativ und – vom Standpunkt kardiologischer Kerntätigkeit betrachtet – auch qualitativ. Die Richtungsänderung mochte der langjährige Chefarzt nicht mittragen, und so verließ er die Klinik, wie kurz zuvor bereits ein beträchtlicher Teil der ärztlichen Mitarbeiter. Unschwer ist die Gegenläufigkeit der Strategien organisationalen Bestandserhalts in den Kliniken A und B auszumachen: Im Fall von B bestand sie in *Intensivierung* durch Besetzung des nahezu gesamten kardiologischen und kardiochirurgischen Tätigkeitsspektrums, im Fall von A wurde schließlich mit der Hinzufügung einer zweiten Indikationsgruppe der Weg der *Diversifizierung* eingeschlagen.

Als die Forschung in Klinik A begann, stand der Weggang des Chefarztes unmittelbar bevor. Danach wurde die Leitung kommissarisch an den Chefarzt einer anderen, ebenfalls auf kardiologische Rehabilitation spezialisierten LVA-Klinik übergeben, der allerdings aufgrund dieser Doppelfunktion nur zeitweise in der Klinik präsent sein konnte. Ihmeilte im Mitarbeiterkreis der Ruf voraus, ein „echter“ Rehabilitationsmediziner ohne Ambitionen auf kardiologische Kerntätigkeiten zu sein, eine von Angehörigen nichtärztlicher Berufsgruppen zunächst wohlgemeinte und mit positiven Erwartungen verknüpfte Etikettierung, während sich Ärzte in diesem Punkt abwartend äußerten. So leitete der neue Chefarzt denn auch alsbald eine Entwicklung ein, die man – den Einzelheiten vorgreifend (s. Kap. 8) – als Entmedikalisierung bezeichnen könnte und die zudem die Einführung von Rehabilitationskonzepten wie etwa der teilstationären Rehabilitation, der stufenweisen Wiedereingliederung bei der Rückkehr zur Arbeit und der sogenannten intensivierten Nachsorge (INA) anbahnte. Während Letzteres den Erwartungen insbesondere von Angehörigen nichtärztlicher Berufsgruppen entgegenkam, stießen manche der Maßnahmen zur Entmedikalisierung auf Skepsis: Nicht allein Ärzte äußerten schon bald die Befürchtung, der für die Zuweisung von Patienten als wichtig erachtete *medizinische* Ruf der Klinik, der zuvor exzellent gewesen sei, könnte darunter zu sehr leiden und infolgedessen die Belegung weiter sinken. Den Belegungsgrad wieder zu heben, war dem neuen Chefarzt jedoch durchaus ein Anliegen. So wurde z.B. in kurzer Zeit ein neuer Belegungsvertrag mit einer großen Krankenkasse geschlossen. Eine andere Maßnahme zielte

¹⁴⁵ Beide Entwicklungen waren keine Besonderheit von Klinik A. Die 1997 eingetretenen Gesetzesänderungen (vgl. Kap. 2) dürften den Belegungsrückgang hervorgerufen haben, und die Blütezeit der Herzkatheterlabore in Reha-Kliniken begann sich auch andernorts dem Ende zuzuneigen (vgl. Kap. 3.1.3).

offenbar auf den Aufbau längerfristiger Patientenbindungen. In einem von Mitarbeitern alsbald als „Bratwurstlerlass“¹⁴⁶ titulierten Rundschreiben soll der Chefarzt dazu aufgefordert haben, Patienten als mündig zu begreifen und bei der Kontrolle verhaltensabhängiger Risikofaktoren weniger direktiv zu verfahren. So weit zu den im Zeitraum der Forschung eingeleiteten Änderungen, sofern sie die Kardiologie betrafen.¹⁴⁷

7.2 Ausstattung der Kliniken¹⁴⁸

7.2.1 Räumlichkeiten und Ausstattung

Was vermittelte sich dem Besucher für ein Eindruck, wenn er die Kliniken zum ersten Mal betrat? In Klinik A kam man in eine große geflieste Halle, die mit einer Reihe von Sitzgruppen möbliert war und die dennoch einen verlassenen Eindruck machte, weil dort selten jemand saß und sie für alltägliche Klinikwege keinen Knotenpunkt darstellte. Allenfalls Ankömmlinge ließen sich für kurze Zeit hier nieder, bis sie samt ihrem Gepäck zu ihren Zimmern begleitet wurden. Lediglich eine Ecke hatten Patienten sich zum gelegentlichen Treffpunkt auserkoren, wenn z.B. ein gemeinsamer Ausgang verabredet war. Die Eingangshalle gewährte ansonsten noch keinen Einblick in das Kliniktreiben; einen Durchgang bildete sie nur für diejenigen, die vom Verwaltungs- in den Kliniktrakt und umgekehrt gelangen wollten. Das (Nicht-)Geschehen im Blick hatte ein Pfortner, der in einer verglasten Loge saß. Der Eingangsbereich von Klinik B war im Vergleich dazu klein und wurde von einem Informationstresen dominiert. Es herrschte reger Betrieb, denn gleich dahinter verliefen bereits wichtige „Verkehrswege“: zur großen Cafeteria, zum Speisesaal und zu den Aufzügen, mit denen man auf die Stationen gelangte.

Patienten beider Kliniken waren in Einzelzimmern mit Bad/WC untergebracht, einige Doppelzimmer standen zur Verfügung, falls Patienten von Angehörigen begleitet werden. In ihrer freien Zeit konnten Patienten außerdem in Klinik A die erwähnte Eingangshalle und ein am Durchgang zum Speisesaal, zur Sporthalle und zum Aufenthaltsraum der Bewegungstherapeuten gelegenen Bereich nutzen, der mit Sitzecken und einem Trinkwasserbrunnen ausgestattet war und an dessen Ende sich ein Kiosk befand. Bei schönem Wetter gelangte man von hier aus auf eine Terrasse. Etwas versteckt im Kellergeschoss gab es zudem einen Raucherraum, vor dessen Betreten allerdings ein Schild an der Tür warnte. Rauchende Patienten gingen diesem Bedürfnis jedoch zumeist draußen auf den Parkplätzen oder etwas abseits vom Klinikgelände nach.

Klinik B stellte ihren Patienten mehr Raum für die Freizeitgestaltung zur Verfügung, und dieser lag zentral. Um die große Cafeteria, die mit Sofas und Sesseln möbliert war, gruppierten sich weitere Aufenthaltsräume, ein Fernsehzimmer und ein Andachtsraum. Eine

¹⁴⁶ Zu dieser Bezeichnung kam es wohl, weil zeitgleich zum Rundschreiben erstmals ein Grillabend für Patienten veranstaltet wurde, bei dem die Speisenauswahl nicht den Spezialistinnen für Ernährung, sondern der Kioskpächterin oblag.

¹⁴⁷ Weitere Änderungen bezogen sich auf den Aufbau des neuen Leistungssegments für die zweite Indikationsgruppe. – In späteren Jahren ist der kardiologische Bereich übrigens gänzlich zugunsten eines neuen Indikationsbereichs aufgegeben worden.

¹⁴⁸ Es wird nur das berücksichtigt, was im Zusammenhang mit sekundärpräventiver Arbeit steht. Insbesondere in der technischen Ausstattung der Kliniken (Therapieplanung, Kommunikation, Überwachung, Therapiegeräte) dürfte sich zwischenzeitlich vieles verändert haben.

große Terrasse belebte sich bei schönem Wetter rasch. Raucher unter den Patienten mussten die Klinik und das Gelände verlassen; sie versammelten sich meistens in einer kleinen Seitenstraße, die von den Beschäftigten wissend „Marlboro-Allee“ genannt wurde.

Die freie Zeit von Patienten war allerdings – von Wochenenden abgesehen – knapp bemessen. Die meiste Zeit war verplant, in Klinik B per EDV, in Klinik A seinerzeit noch ohne ein solches System: für Therapien, Sport, Untersuchungen, Gesundheitstraining, Beratungen, Visiten und Mahlzeiten. In Ausstattung und Räumlichkeiten, die diesen Zwecken vorbehalten waren, unterschieden sich beide Kliniken – die medizinisch-technische Ausstattung ausgenommen – nur geringfügig: Das Bewegungstraining fand in großen Sporthallen statt, es gab jeweils einen Raum für das Fahrradergometertraining und eine kleine Schwimmhalle. Das Fahrradergometertraining verlief grundsätzlich überwacht, d.h. die Sporttherapeuten konnten währenddessen Patientendaten zu Herzfrequenz und Blutdruck abrufen und EKG-Kurven beobachten. In Klinik A griffen die Therapeuten dafür auf einen Sammelmonitor zurück, in Klinik B erlaubte die Ausstattung die Beobachtung jedes Patienten während des gesamten Trainings.

Für Vorträge und Seminare standen Räume zur Verfügung, die den Einsatz von damals gebräuchlichen Medien (Video, Film, Overhead) gestatteten. Kleinere Gesprächs- und Entspannungsgruppen trafen sich in Räumen, die mit bequemen Liegesesseln bestückt waren. Einzeltherapien und Beratungen fanden in den Büros der jeweiligen Mitarbeiter statt. Die Diätassistentin konnte praktische Unterweisungen in Lehrküchen vornehmen, die zudem Platz zum Verzehr der Kochexperimente boten.

7.2.2 Personal

Die Personalsituation in Klinik A war zur Zeit der Forschung angespannt. Hier hatten Belegungsrückgang, Leitungswechsel und die Reduzierung der Anzahl kardiologischer Betten insbesondere den Ärztlichen Dienst erodiert.¹⁴⁹ Wie erwähnt, konnte der neue Chefarzt nur zeitweise anwesend sein. Von den vormals sechs Oberärzten war nur einer geblieben, ein seit etlichen Jahren in der Klinik arbeitender Internist. Zwei der Assistenzärzte, die ihre kardiologische Zusatzausbildung nahezu abgeschlossen hatten, übernahmen daraufhin, neben ihrer Stationsarztstätigkeit, auch Oberarztfunktionen (z.B. Rufbereitschaft an Wochenenden). Des Weiteren wurden die Patienten von vier Assistenzärzten medizinisch betreut, drei von ihnen Internisten, einer in der internistischen Weiterbildung. Bis auf einen, dessen Haupttätigkeit im Funktionsbereich lag, betreute jeder der Assistenzärzte eine Station mit jeweils zwischen 25-35 Patienten.

In der Abteilung für Bewegungstherapie arbeiteten elf Sport- und Gymnastiklehrer sowie Physiotherapeuten, einige davon in Teilzeit, die ungeachtet ihrer ursprünglichen Ausbildung für alle Aufgaben der Abteilung eingesetzt wurden (Gruppengymnastik, Fahrradergometertraining, Krankengymnastik bzw. Frühmobilisation). Die Diätassistentin war vormals mit zwei Vollzeitstellen besetzt gewesen und arbeitete nun mit einer Vollzeit- und einer stundenweisen Kraft (12 Std./Woche). Die Psychologische Abteilung war mit lediglich einer klinischen Psychologin besetzt. Die im Stellenplan vorgesehene zweite Stelle hatte zuvor eine Gesundheitspädagogin innegehabt. Für die zum Zeitpunkt der

¹⁴⁹ Zugleich war damit begonnen worden, einen neuen Personalstamm inklusive eines leitenden Arztes für die zweite Indikationsgruppe aufzubauen, jedoch verlief die Rekrutierung zunächst schleppend.

Forschung vakante Position sollte nun ein Psychologe mit klinischer Qualifikation gewonnen werden. Neben der Abteilung für Bewegungstherapie war es der Sozialdienst, dessen Personalsituation unbeeinflusst von den Veränderungen geblieben war. Hier arbeiteten nach wie vor zwei Sozialarbeiter auf vollen Stellen.

In Klinik B betreute der leitende Oberarzt der Rehabilitation zwei der insgesamt fünf Reha-Stationen, drei weitere Oberärzte, deren Haupttätigkeiten ansonsten in der kardiologischen Klinik lagen, führten jeweils eine Station. Der eigentliche Stationsdienst wurde, ausgenommen auf einer Station, von jeweils zwei Assistenzärzten versehen, die sich in unterschiedlichen Phasen ihrer Aus- und Weiterbildung befanden. So wurden Paare aus einem erfahrenen und einem weniger erfahrenen Arzt gebildet. Zwei weitere Assistenzärzte waren im Funktionsbereich tätig.¹⁵⁰ Von den leitenden Ärzten abgesehen, war der Einsatz der Assistenten von Rotation bestimmt. Sie alle befanden sich in der einen oder anderen Form der Aus- und Weiterbildung und wurden währenddessen in verschiedenen Bereichen sowohl der Reha- wie auch der kardiologischen Klinik eingesetzt. Diese „Wanderung“ begann mit einem drei- bis sechsmonatigen Stationsdienst auf einer der Reha-Stationen.

Bewegungs- und Physiotherapie waren in Klinik B, anders als in Klinik A, getrennte Abteilungen. Das Bewegungstraining (Gruppengymnastik, Fahrradergometertraining) wurde allein von Sporttherapeuten angeleitet. Die Abteilung war mit fünf vollen Stellen ausgestattet, die sich auf vier Voll- und zwei Halbzeitmitarbeiter verteilten. Die Diätassistenz war mit zwei Vollzeitkräften besetzt. In der Psychologischen Abteilung arbeiteten drei klinische Psychologen (einer in Vollzeit, zwei jeweils 25 Std./Woche), eine Kunstpädagogin auf halber Stelle sowie – ebenfalls mit halber Stundenzahl – eine Assistentin, die mit organisatorischen Aufgaben betraut war. Der Abteilung zugehörig waren des Weiteren zwei Sozialarbeiter, die sich eine ganze Stelle teilten.

Vom Sozialdienst einmal abgesehen, der in Klinik A doppelt so stark besetzt war, musste Klinik A grosso modo mit einer deutlich dünneren Personaldecke auskommen, wenngleich sich während der Forschung abzeichnete, dass Neueinstellungen v.a. im Ärztlichen Dienst und in der Psychologischen Abteilung bevorstanden.

Eine Gegenüberstellung der Personalausstattungen mit Empfehlungen und Anforderungen verschiedener Gremien, wie sie in der folgenden Tabelle vorgenommen wird, gestaltet sich in einigen Punkten schwierig: Klinik A befand sich, wie erwähnt, in einer Übergangsphase, in der u.a. die Bettenkapazität nur etwa gut zur Hälfte ausgeschöpft war. In Klinik B macht die flexible Organisation des Ärztlichen Dienstes es schwierig, den genauen Stellenschlüssel für die Rehabilitation abzuschätzen. Zudem unterscheiden die Empfehlungen im Ärztlichen Dienst nicht zwischen den verschiedenen Hierarchieebenen und auch nicht, wie es in Klinik B der Fall ist, zwischen Sport- und Physiotherapeuten. Die Empfehlungen stammen aus der Reha-Kommission des VDR (1992), der Arbeitsgruppe „Interdisziplinäres Team“ der DGPR (1993; zit. n. Grande & Badura 2001); die Anforderungen an die Strukturqualität hat die DRV formuliert (DRV 2010f).

¹⁵⁰ Damit ist der Teil des Ärztlichen Dienstes aufgezählt, der sichtbar in der Rehabilitation eingesetzt war. Weitere Ober- und Assistenzärzte arbeiteten schwerpunktmäßig in der kardiologischen Klinik.

Berufsgruppe	Reha-Komm.	DGPR	DRV	Klinik A	Klinik B
Ärztlicher Dienst	7,7	5,0	6,0	3,5	7,0*
Sport- u. Physiotherapie	6,7	3,0	5,0	4,0*	2,7**
Diätassistenz	1,5	1,6	1,25	0,6	1,1
Psychologie	1,5	2,5	1,25	0,5	1,2***
Sozialarbeit	1,0	k.A.	1,0	1,0	0,5

* Schätzung

** nur Sporttherapie

*** nur Psychotherapeuten

Tab. 4 Personalschlüssel in Reha-Kliniken je 100 Betten/Patienten: Empfehlungen, Anforderungen und Ist-Zustand

8 Programmstruktur und Organisationsformen sekundärpräventiver Arbeit

Die Kliniken halten¹⁵¹ als anerkannte AHB-Einrichtungen ein bestimmtes Programm vor, das auf die Behandlung von KHK-Patienten ausgerichtet ist. Es besteht aus diagnostischen Prozeduren und verschiedensten, im weitesten Sinne therapeutischen sowie Bildungs- bzw. Informationsangeboten. Kostenträger, insbesondere Rentenversicherer, haben etwa seit Mitte der 1990er Jahre damit begonnen, Module für Veranstaltungen aus dem Bereich der Gesundheitsbildung zu entwickeln und die Durchführung einiger Veranstaltungen bzw. das Zur-Sprache-Bringen bestimmter Themen den Kliniken verbindlich abzufordern (vgl. Kap. 2.3). Gleichwohl hatten Kliniken zum Zeitpunkt der Forschung einen erheblichen Gestaltungsspielraum im Hinblick auf Umfang, Konzeption, thematische Differenzierung und Organisation des Behandlungsprogramms. Im Folgenden werden die Bestandteile des Therapieprogramms in einem Überblick dargestellt (8.1) und grundlegende Organisationsprinzipien erläutert. Dazu zählen Kriterien der Therapiesteuerung und die Frage, wie jene vonstattengeht (8.2). Des Weiteren werden einige Bedingungen, unter denen sekundärpräventive Arbeit stattfindet und die organisatorische Grundsatzentscheidungen reflektieren, vorgestellt (8.3). Der gesamte Überblick steht unter einer klinikvergleichenden Perspektive.¹⁵² Abschließend wird ein erstes Fazit zu den Fragen gezogen, welchen Einfluss das Risikofaktorenkonzept auf die Struktur des Therapieprogramms nimmt und wie die Arbeit zwischen Ärztlichem Dienst und nicht-ärztlichen Berufsgruppen geteilt ist (8.4).

8.1 Bestandteile des Therapieprogramms

Kardiologischen Reha-Kliniken stellt sich, gemäß ihrem Auftrag (vgl. Kap. 1.1, 2.1), eine ganze Reihe von Aufgaben, deren Vielfalt sich in den vorgehaltenen Therapieprogrammen beider Kliniken widerspiegelt. Die Differenzierung des therapeutischen Programms nach Aufgabenbereichen gibt einen ersten Überblick. Manches fällt in die exklusive Zuständigkeit einer Berufsgruppe; vieles wird in Gruppen von sehr variabler Größe angeboten:

- Der Hilfe bei der *Überwindung unmittelbarer körperlicher Krankheits- bzw. Interventionsfolgen* dienen Physiotherapie sowie Bäder, Packungen, Inhalationen und Massagen (die sogenannten Anwendungen). Ausnahmslos handelt es sich dabei um Einzelbehandlungen. Folgezustände der Operation (Sternotomie, Venektomie, Intubation etc.) sollen gelindert, Bewegungseinschränkungen im Schulter-Nacken-Bereich abgebaut und der Kreislauf angeregt werden. Physiotherapeutisch betreut werden außerdem Patienten, die aufgrund von chronischen oder akuten Bewegungsstörungen nicht am Standardprogramm der Bewegungstherapie teilnehmen können.

¹⁵¹ Die Darstellung ist – anders als die Organisationsbeschreibung in Kap. 7 – überwiegend im Präsens gehalten. Damit diese Zeitform nicht als Behauptung missverstanden wird, das Beschriebene sei unveränderlich, erinnern gelegentliche Einstreuungen von Vergangenheitsformen an das Alter der Daten und die Historizität des Dargestellten. Das Präsens als überwiegende Tempusform übermittelt gleichwohl die Annahme, dass soziale Praktiken eine gewisse Stabilität aufweisen.

¹⁵² Nicht immer folgt die Darstellung in der Reihenfolge Klinik A, Klinik B; wenn es mir – textdramaturgisch sozusagen – sinnvoll erscheint, nehme ich mir die Freiheit, die Reihenfolge umzudrehen.

Der therapeutische Nutzen für die genannten Zwecke steht außer Frage, mit Blick auf die Sekundärprävention allerdings sind vor allem die sogenannten Anwendungen ohne besondere Relevanz, da sie nicht auf die KHK als zugrundeliegender Erkrankung zielen. Deshalb werde ich die Betrachtung dieses Bestandteils des Therapieprogramms nicht weiter vertiefen.¹⁵³

- Der zeitlich wohl umfangreichste Programmpunkt zielt auf die *(Wieder-)Erlangung körperlicher Leistungsfähigkeit, von Beweglichkeit und Koordination*, der in Gruppen absolviert wird; für ihre Betreuung sind exklusiv die Bewegungstherapeuten (Sporttherapeuten in Klinik B, Sport- und Physiotherapeuten in Klinik A) zuständig.
- *Wissensvermittlung und Auseinandersetzung mit verhaltensabhängigen Faktoren der Erkrankung mit dem Ziel, Bereitschaft zur Lebensstiländerung zu wecken*, stehen im Vordergrund einer Reihe von Vorträgen und Gruppengesprächen. Je nach thematischer Einschlägigkeit tragen verschiedene Berufsgruppen zu diesem Programmsegment bei.
- Um das *Erlernen von Analyse und Techniken zur Veränderung einzelner Verhaltensweisen* geht es in verschiedenen Übungs- bzw. Schulungsgruppen, bisweilen wird dieses Ziel auch in Einzelberatungen verfolgt. Zuständig hierfür sind ebenfalls – je nach Expertise – verschiedene Berufsgruppen.
- Die *Erarbeitung individueller Medikationsstrategien zur Risikofaktorenkontrolle* ist zweifellos eine exklusiv ärztliche Aufgabe. Obwohl ein wichtiger Bestandteil des Therapieprogramms, nimmt sie im Unterschied zu den übrigen Programmpunkten wenig explizite Gestalt an und ist insofern ethnographisch vergleichsweise schwierig zu erfassen.
- Die *Realisierung diätetischer Regeln bei der klinikinternen Ernährungspraxis* obliegt der Diätassistenz – in Zusammenarbeit mit dem Koch.
- *Hilfestellung bei der Krankheitsverarbeitung* bieten einige, stets von Psychologen geleitete Gesprächs- und Übungsgruppen; auch das Angebot psychologischer Einzelgespräche dient u.a. im weiteren Sinn diesem Zweck.
- *Hilfestellung bei der Klärung und Regelung beruflicher und sozialrechtlicher Konsequenzen der Erkrankung* bietet der Sozialdienst, stets in Einzelberatungen. Wiewohl in beiden Kliniken von durchaus nicht marginaler Stellung, wird der Sozialdienst mit diesem Angebot in der weiteren Darstellung aus dem bereits oben für die Anwendungen genannten Grund kaum mehr berücksichtigt.¹⁵⁴

Einen detaillierten Überblick gibt die nachfolgende Darstellung, nun gegliedert nach den Beiträgen der einzelnen Berufsgruppen und unter Berücksichtigung von Unterschieden in der Ausgestaltung des Programms zwischen Klinik A und B.

¹⁵³ Lediglich eine Anmerkung: Wiewohl die Anwendungen fester Bestandteil des therapeutischen Programms sind, stehen sie doch bei den übrigen Health Professionals in zwiespältigem Ansehen. Unter ihnen ist die Befürchtung verbreitet, Patienten könnten diesem Therapieteil zu viel Bedeutung beimessen und die für ihn angemessene passiv-rezeptive Haltung – schließlich ist kaum mehr an Mitwirkung erforderlich, als pünktlich zu den Terminen zu erscheinen und sich den wärmenden, entspannenden Behandlungen anzuvertrauen – auf andere Therapieteile übertragen, wo eine gegenteilige Haltung erwartet wird (s.a. S. 195f. sowie Kap. 11.1).

¹⁵⁴ In Klinik A sind Sozialarbeiter jedoch mit der Leitung von Gruppengesprächen und -informationen im Rahmen des Gesundheitstrainings betraut. Dieser Beitrag wird im Verlauf der Darstellung berücksichtigt.

8.1.1 Angebote der Bewegungstherapeuten

Den Kern der Bewegungstherapie, die in beiden Kliniken als eigenständige Abteilung organisiert ist (vgl. Kap. 7), bilden die Gruppengymnastik (GG) und das Fahrradergometertraining (FET). Bei beiden Therapiemodulen wird nach Leistungsstufen differenziert, gemessen in Watt. Daraus ergibt sich für die Gruppengymnastik eine Unterteilung in sogenannte Trainings- (Stufe I > 75 W, Stufe II bis 75 W), Übungs- (bis 50 W) und Hockergruppen (< 25 W); für das Ergometertraining sind entsprechende Belastungsgrenzen definiert. Diese Differenzierung beruht auf einem klinikübergreifenden Standard, der seinerzeit breit konsentiert und in verschiedenen Richt- und Leitlinien niedergelegt war.¹⁵⁵

In Abhängigkeit von der Leistungsstufe absolvieren Patienten diese Trainingseinheiten mehrmals wöchentlich bis täglich in einem Umfang von jeweils 30 Minuten (Klinik B) bzw. 45 Minuten (Klinik A). Ergänzend wird mehrmals wöchentlich Schwimmen und Terrain-training (= Spaziergang, Klinik B) sowie Joggen und Fahrradfahren im Gelände (Klinik A) angeboten. Alle diese Angebote können unter das generelle Ziel der Wiedererlangung und Stärkung körperlicher Leistungsfähigkeit, des Konditionsaufbaus subsumiert werden. Sie sind sowohl kurativ – in dem Sinne, dass Folgen des vorangegangenen Krankheitsereignisses gemildert bzw. behoben werden sollen – als auch sekundärpräventiv, indem Risikofaktoren der KHK, die durch körperliches Training beeinflussbar sind (Bluthochdruck, Lipide, Diabetes mellitus, Übergewicht), positiv verändert werden.¹⁵⁶

Die Zielsetzung im Einzelnen nimmt jedoch nur mittelbar auf Risikofaktoren Bezug: Das Primat des FET liegt auf dem Konditionsaufbau, mithilfe des körperlichen Trainings soll sich die Herztätigkeit ökonomisieren. Es ermöglicht die individuelle Belastungssteuerung, aber auch ein individuelles Monitoring von Herz-Kreislauffunktionen unter ebendieser Belastung, eine Wirkungsprüfung gegebener Medikation (Antihypertensiva, Antiarrhythmika) eingeschlossen. Zugleich werden unter diesen Bedingungen die Belastungsgrenze und der geeignete Trainingspuls mit Blick auf zukünftige körperliche Aktivitäten und sportliche Betätigung ermittelt. Insofern handelt es sich um ein Training mit diagnostischem und prognostischem Anteil. In der GG hingegen geht es um die Vermittlung einer breiteren Leibese Erfahrung: Beweglichkeit und Koordination werden trainiert und generell die Körperwahrnehmung geschult. Während das FET individualisiert ist, wird in der GG Wert auf Partner- und Gruppenübungen gelegt. Neben dem Trainingszweck betonen Bewegungstherapeuten die motivationale Absicht, die mit der Gruppengymnastik verfolgt wird: Positive Körpererfahrung einschließlich positiver Gruppenerfahrung sollen Patienten dazu bewegen, mit sportlichen Aktivitäten im Alltag fortzufahren, nach Möglichkeit in einer Ambulanten Herzsportgruppe.

Über die Gestaltung und Durchführung des Sport- und Bewegungsprogramms hinaus sind die jeweiligen Leiter der Abteilungen für Bewegungstherapie beider Kliniken in das

¹⁵⁵ So in den „Richtlinien zur Methodik der Bewegungstherapie in stationärer Rehabilitation von Herzpatienten“ der DGPR (o.J.). Das Prinzip – Dosierung der Anforderung nach aktueller körperlicher Leistungsfähigkeit, Trainingsgedanke – hat auch in neueren Leitlinien Bestand (DGPR 2007; DRV 2010d). Möglicherweise haben sich mit den Methoden zur Bestimmung und Überwachung der aktuellen individuellen Leistungsfähigkeit auch die Möglichkeiten zur Leistungsstratifizierung im Training verfeinert.

¹⁵⁶ Ende der 1990er Jahre war dynamisches Krafttraining noch nicht Bestandteil der Bewegungstherapie. Hierzu hat sich die sportphysiologische Ansicht mittlerweile geändert (vgl. Bjarnason-Wehrens, Mayer-Berger, Meister, Baum, Hambrecht & Gielen 2004; DGPR 2007; DRV 2010d).

Vortragsprogramm involviert. Sie stellen den Patienten zum einen die bewegungstherapeutischen Angebote vor, die sie während des Klinikaufenthaltes erwarten. Zum zweiten informieren sie über diverse Möglichkeiten, sportliche Betätigung in den Alltag zu integrieren, und über die Regeln, die es dabei für KHK-Patienten zu beherzigen gilt.

Der folgende Überblick stellt die Maßnahmen von Bewegungstherapeuten im Klinikvergleich dar:

Maßnahme	Frequenz ¹⁵⁷ & Dauer	
	Klinik A	Klinik B
Körperliches Training		
▪ Gruppengymnastik		
▪ Trainingsgruppe (TG)	6 x /W. à 45 Min	5 x /W. à 30 Min
▪ Übungsgruppe (ÜG)	dto.	4 x / W. à 30 Min
▪ Hockerguppe (HG)	dto.	3 x / W. à 30 Min
▪ Ergometertraining	6 x/W. à 30 Min	5 x /W. à 30 Min
▪ Schwimmen	2 x/W. à 30 Min	3-4 x /W. à 30 Min.
▪ Terraintraining/ Spaziergang	n.V.	1 x /W. à 60 Min. (ÜG) 2 x /W. à 30 Min. (HG)
▪ Joggen	n.V.	
▪ Radfahren	n.V.	
Vorträge		
▪ Einführung in die Bewegungstherapie		1 x 45 Min.
▪ Sport und Bewegung im Alltag/	1 x 45 Min. (TG/ÜG) 1 x 45 Min. (HG)	1 x 45 Min. (TG/ÜG) 1 x 45 Min. (HG)
▪ Gesunder Lebensstil im Alltag/Bewegung	1 x 60 Min.	

Tab. 5 Angebote (Frequenz u. Dauer) der Bewegungstherapie im Klinikvergleich

8.1.2 Angebote der Diätassistenz

Wissensvermittlung, Schulung und Sorge dafür zu tragen, dass diätetische Regeln ernährungspraktisch umgesetzt werden – das sind, zusammengefasst, die therapeutischen Leistungen der Diätassistenz. In beiden Kliniken wird für bestimmte Patientengruppen – Lebenspartnerinnen oder -partner sind ebenfalls willkommen – eine Lehrküche abgehalten, die von den Diätassistentinnen organisiert und durchgeführt wird. Patienten bereiten unter Anleitung ein mehrgängiges Menü nach den Maßgaben cholesterin-, fett-, zucker- und salzreicher Ernährung zu und verzehren es anschließend gemeinsam. Höher als den Schulungsaspekt schätzen die Ernährungsspezialistinnen den Demonstrationseffekt ein: Für die Umsetzung der Ernährungsprinzipien bedürfe es keiner Zauberei, und schmecken tue es auch. Für eine grundlegende Schulung dürfte eine ein- (Klinik A) bzw. zweimalige (Klinik B) Teilnahme indes kaum ausreichen, zumal die Klientel überwiegend aus im Kochen unerfahrenen, bisweilen auch unwilligen Männern besteht. Wer Interesse

¹⁵⁷ Die Angaben zur Frequenz beziehen sich auf den Behandlungsplan, geben also Auskunft darüber, wie oft die Teilnahme eines Patienten an einem bestimmten Angebot in der Regel vorgesehen ist.

bekundet, mehr zu erfahren, dem wird allerdings bereitwillig Auskunft gegeben. Der Widerstreit von Praktiken geschlechtlicher häuslicher Arbeitsteilung mit dem allgemeinen Rehabilitationsziel, Patienten zur Übernahme von Verantwortung anzuregen, macht sich im gesamten Ernährungsbereich bemerkbar, nirgends aber so deutlich wie in der Lehrküche.

Daneben beraten Diätassistentinnen einzelne Patienten über eine dem jeweiligen Risikoprofil angemessene Ernährung. Risikofaktoren wie Diabetes oder Übergewicht bilden den Beratungsanlass, stehen also im Vordergrund; bei Bedarf allerdings wird die Beratung ausgedehnt auf eine Ernährungspraxis, die einem komplexen Risikoprofil angemessen wäre. Im Gespräch eruiert die Diätassistentinnen bisherige Ess- und Ernährungsgewohnheiten und schlagen im Einzelnen Alternativen vor. Theoretisches und praktisches Ernährungswissen wird außerdem in einer Reihe von Vorträgen vermittelt, die zumeist auf dem thematischen Hintergrund einzelner Risikofaktoren konzipiert sind. Darüber hinaus werden in Klinik B Übergewichtige noch eingehender von den Diätassistentinnen betreut, indem ihnen die speziellen Kostregeln und die Büfettorganisation in der Klinik erklärt werden.

Des Weiteren nehmen Diätassistentinnen eine Aufsichts- und Beratungsfunktion wahr bei jenen Mahlzeiten, die als Büfett organisiert sind (Frühstück, Abendbrot). Patienten können bei diesen Gelegenheiten ihre Mahlzeit selbst zusammenstellen, und diese Wahl ist auch didaktisch gewollt; sie *sollen* nach Möglichkeit ihre Wahl im Rahmen der ihnen verordneten Kost treffen. Ob dies geschieht, darauf haben die Diätassistentinnen ein Auge, wie sie auch in ihrer Wahl unsicheren Patienten Auskunft geben.

Maßnahme	Frequenz & Dauer	
	Klinik A	Klinik B
Vorträge zur Ernährung		
▪ allgemein	1 x 75 Min.	1 x 45 Min.
▪ bei Übergewicht	1 x 75 Min.	1 x 45 Min.
▪ bei Bluthochdruck		1 x 45 Min.
▪ bei Hypercholesterinämie	1 x 75 Min.	1 x 45 Min.
▪ bei Diabetes mellitus	1 x 75 Min. 1 x 45 Min.	1 x 45 Min.
Einzelberatungen bei		
▪ Übergewicht	n.V.	1 x 30 Min.
▪ Diabetes mellitus	n.V.	1 x 30 Min.
▪ Hypercholesterinämie	n.V.	1 x 30 Min.
▪ Harnstoffwechselstörungen	n.V.	1 x 30 Min.
Lehrküche	1 x 3,5 Std.	2 x ca. 90 Min.
Training für Übergewichtige		2 x 30 Min.
Büfettaufsicht	täglich	täglich

Tab. 6 Angebote (Frequenz u. Dauer) der Diätassistenz im Klinikvergleich

8.1.3 Angebote des Psychologischen Dienstes

Das psychologische Angebot in Klinik A ist schmal im Vergleich zu dem, was Klinik B anzubieten hat; Grund hierfür ist die – zumindest vorübergehend – unzureichende Stellenbesetzung in Klinik A (s. Kap. 7). Gleichwohl sind die wesentlichen Themen, auf die sich psychologische Angebote richten, in beiden Kliniken vertreten. Es sind dies: Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung, Umgang mit Stressbelastungen, Entspannungsverfahren und Unterstützung bei der Entwöhnung von Suchtverhalten. Diese Aufzählung ist nicht trennscharf und kann es auch nicht sein; so sind Entspannungsverfahren als Möglichkeit intendiert, mit Stressbelastungen umzugehen, indem psychophysische Stressreaktionen positiv beeinflusst werden. Das Thema Stress ist – freilich unter gegenteiligen Vorzeichen – auch bei der Bearbeitung von Suchtverhalten präsent, namentlich dem Rauchen. Die unmittelbare Krankheitserfahrung wird von vielen Patienten als starker Stressor empfunden, der Gefühle wie Hilflosigkeit, Bedrohung, Angst, Trauer oder Wut auszulösen vermag, die zu akzeptieren nach psychologischer Auffassung Voraussetzung einer gelingenden Krankheitsverarbeitung ist. Dazu sollen Verbalisierung, ferner die Anregung und Anleitung zur Selbstaufmerksamkeit beitragen, die Bestandteil von Entspannungstrainings sind.

Gelingende Krankheitsverarbeitung ist aber nicht allein Selbstzweck, sondern funktional auch für die Bemühungen anderer Berufsgruppen – so die Argumentation von psychologischer Seite. Denn von einigen der genannten Gefühlsreaktionen, v.a. der Depression, ist bekannt, dass sie die Bereitschaft zur Lebensstiländerung beeinträchtigen, womit die Bemühungen aller Health Professionals ins Leere liefen.¹⁵⁸ Wenn wir also die Angebote des Psychologischen Dienstes insgesamt betrachten, so fällt die Verschränkung sowohl der thematischen Zugänge als auch der Zwecke auf (das Beispiel Entspannungstraining). Zwar gibt es Therapiemodule, die sich eindeutig auf einzelne Risikofaktoren beziehen, für den größeren Teil gilt dies jedoch nicht mit der gleichen Eindeutigkeit.

Die Angebote im Einzelnen: Patienten beider Kliniken haben die Möglichkeit, Entspannungsverfahren in mehreren Sitzungen zu erlernen; Autogenes Training (AT) ist die Methode der Wahl in Klinik B, in Klinik A ist es die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson (PME). In Klinik B wird außerdem operierten Patienten die Teilnahme an einer mehrere Termine umfassenden Entspannungsgruppe angeboten, wobei die Bezeichnung seitens der Klinik bewusst etwas irreführend gewählt wurde.¹⁵⁹ Zwar sind Entspannungsübungen Teil der Sitzungen, im Vordergrund aber stehen themenzentrierte Gruppengespräche, die sich um die Erfahrungen der Patienten mit der Operation, der Erkrankung und dem Therapieprogramm in der Klinik sowie Möglichkeiten und Widrigkeiten der Lebensstiländerung drehen. Themen dieser Art greift auch die Psychologin in Klinik A im Rahmen des Entspannungstrainings auf.

¹⁵⁸ Hingegen spielt Angst als Gefühlsreaktion auf ein bedrohliches Krankheitsereignis eine motivationsstärkende Rolle, wenn es um die Bereitschaft zur Lebensstiländerung geht. Das freilich ist den Psychologen bewusst, doch liegt es ihnen fern, auf Furchtappelle zwecks Motivationsstärkung zurückzugreifen. Diese Zurückhaltung wird nicht von allen Berufsgruppen geübt.

¹⁵⁹ *Entspannungsgruppe* klinge unverdächtiger als *Gesprächsgruppe*; „unverdächtig“ in dem Sinne, dass antizipiert wird, unter den Patienten hegen viele einen Vorbehalt gegenüber der Psychologie und Psychologen im Allgemeinen und den entsprechenden Therapieangeboten der Klinik im Besonderen. Mit der Bezeichnung ist beabsichtigt, die Zugangs- bzw. Einverständnisschwelle niedriger zu legen.

Entspannungsübungen sind überdies Bestandteil der in Klinik B angebotenen Gesprächsgruppe zum Thema Stress, wenngleich sie auch hier nicht im Vordergrund stehen. Mehr Raum nehmen die angeleitete Identifizierung und Analyse persönlich bedeutsamer Stressoren und habitualisierter Reaktionen auf sie ein.

An Noch-Raucher und Raucher in der Entwöhnungsphase richten sich in beiden Kliniken Trainingsprogramme, die neben Aufklärung und Information ebenfalls anleiten zur Analyse des eigenen Suchtverhaltens und Rückfallgefährdungen vorbeugen wollen; mehrmalige Sitzungen sind vorgesehen (Nichtrauchertraining, NRT). Die von den Psychologen eingesetzten Methoden entstammen dem Repertoire der Verhaltenstherapie. Ähnliches gilt für eine in Klinik B angebotene Gesprächsgruppe für Übergewichtige. Auch hier werden Patienten dazu aufgefordert, über ihr Verhalten in punkto Essen zu reflektieren und es unter dem Aspekt der Sucht zu betrachten. Zudem wird ihnen nahegelegt, sich eigene Ziele – z.B. das Erreichen eines persönlich definierten *Wohlfühlgewichts* – zu setzen.¹⁶⁰

Die Personalausstattung des Psychologischen Dienstes in Klinik B¹⁶¹ lässt es zu, dass die erwähnten Gruppenangebote, für die jeweils mehrere Sitzungen vorgesehen sind und deren Teilnehmerzahlen zwischen vier und maximal fünfzehn schwanken, in der Regel als geschlossene Gruppen durchgeführt werden; ein Umstand, der von den Psychologen als wichtige Voraussetzung für ihre Arbeit angesehen wird. Mit der einzügigen Besetzung in Klinik A ist eine derartige Regelung nicht möglich, die Psychologin dort arbeitet also mit Gruppen in oft wechselnder Zusammensetzung.

Gespräche mit einzelnen Patienten bilden einen weiteren Teil des psychologischen Beitrags zum Therapieprogramm. Diese können ganz verschiedenen Charakters sein und von Kriseninterventionen über Beratungen (ggf. mit Lebenspartner) bis zu psychotherapeutischen Sitzungen reichen, je nach Bedarf.

Außerdem sind Psychologen mit Vorträgen in das Therapieprogramm eingebunden. Die Vorträge in Klinik B sind als thematische Einführungen konzipiert, in denen der Psychologische Dienst sich mit seinen Angeboten und Aufgaben präsentiert, über verschiedene Entspannungstechniken informiert oder in das Thema Stress einführt. Sie verstehen sich zugleich als Einladungen an Patienten, diese mögen eventuell vorhandene Berührungsängste gegenüber dem Psychologischen Dienst überwinden und dessen weiterführende Angebote in Anspruch nehmen. Demgegenüber haben die beiden Vorträge der Psychologin in Klinik A einen deutlichen Seminarcharakter. Auch sie widmet einen davon dem Thema Stress, legt aber vernehmlich den Schwerpunkt auf Wissensvermittlung, bevor eine Anknüpfung an Alltagserfahrungen der Teilnehmer angebahnt wird. Der zweite Vortrag thematisiert allgemein Umsetzungsaspekte des während der Rehabilitation propagierten Lebensstils; welcher Bereich im Mittelpunkt steht, ist abhängig vom Referenten.¹⁶² Die Psychologin widmet die Veranstaltung dem Thema Ernährung. Sie schlägt

¹⁶⁰ Zu diesem Begriff und seinem professionell unterschiedlichen Gebrauch s. Kap. 10.1.2.

¹⁶¹ Nicht von Psychologen, sondern von einer Kunsttherapeutin wird eine Kunsttherapie angeleitet: Sie soll Patienten helfen, krankheitsbedingte Unruhezustände, eine starke Krankheitsverhaftung oder depressive Stimmungen zu überwinden.

¹⁶² Die Psychologin und der Leiter der Bewegungstherapie wechseln sich in der Leitung der Veranstaltung wöchentlich ab.

den Teilnehmern ein Ernährungsmodell zur Übernahme vor, das sie einerseits für alltagstauglich hält – es besteht aus wenigen und einfachen Regeln – und andererseits für risikofaktorenangepasst.¹⁶³

Maßnahme	Frequenz & Dauer	
	Klinik A	Klinik B
Vorträge		
▪ Einführung Psychologie		1 x 45 Min.
▪ Stress	1 x 45 Min.	1 x 45 Min.
▪ Entspannungsverfahren		1 x 45 Min.
▪ Gesunder Lebensstil im Alltag/Ernährung	1 x 60 Min.	
Gruppen Stress/Entspannung		
▪ Entspannung für operierte Patienten		4-6 x 50 Min.
▪ Autogenes Training		7-9 x 50 Min.
▪ Progressive Muskelentspannung	4 x 60 Min.	
▪ Gesprächsgruppe Stress		3-6 x 50 Min.
Nichtrauchertraining	2 x 90 Min.	4 x 50 Min.
Gesprächsgruppe Übergewicht		4 x 45 Min.
Kunsttherapie		6 x 90 Min.
Psychol. Einzelberatung (mit/ohne Angehörige, psychotherap. Sitzung, Krisenintervention)	nach Bedarf	nach Bedarf

Tab. 7: Angebote (Frequenz u. Dauer) des Psychologischen Dienstes im Klinikvergleich

8.1.4 Einbindung des Ärztlichen Dienstes und anderer Berufsgruppen

Eine wesentliche Aufgabe des Ärztlichen Dienstes im Rahmen des Behandlungsprogramms, nämlich Therapiesteuerung zu Beginn und im Verlauf der AHB, wird in einem nachfolgenden Abschnitt dieses Kapitels umrissen (8.2) und in Kap. 9.1 vertieft dargestellt. Hier sollen ärztliche Beiträge zum Vortrags- und Schulungsprogramm im Vordergrund stehen.

In Klinik B leiten Ärzte eine Reihe von Vorträgen, Seminaren und Diskussionsgruppen, sowohl Chefarzt als auch Ober- und Stationsärzte sind eingebunden. Der ärztliche Beitrag besteht zum einen in dezidiert medizinischer Information und Aufklärung. Über Diagnostik, Akut- und medikamentöse Langzeittherapien wird ebenso informiert wie über die Krankheitsentstehung und die Bedeutung von Risikofaktoren. Einzelne Risikofaktoren werden in einzelnen Veranstaltungen vertieft behandelt, zum Bluthochdruck und Diabetes mellitus existieren zudem mehrteilige Schulungsprogramme, in denen Patienten

¹⁶³ Es handelt sich um einen Entwurf von Ernährungswissenschaftlern und Psychologen der Universität Göttingen. Die Empfehlungen sind im Einzelnen nicht kongruent mit jenen der Diätassistentinnen.

neben theoretischem Wissen Techniken und Praktiken der Selbstmessung und des Selbstmanagements erlernen können. Die praktische Unterweisung (Handhabung von Blutdruckmessgeräten usf.) ist allerdings an Pflegekräfte delegiert. Zum zweiten obliegt Ärzten die Leitung von Veranstaltungen, die im Kern einen appellierenden Charakter haben, indem allgemein die Bedeutung von Lebensstiländerungen für den weiteren Krankheitsverlauf betont wird.

Auf eine ähnlich umfängliche Beteiligung des Ärztlichen Dienstes wird in Klinik A verzichtet; dort beschränkt sie sich vielmehr auf eine wöchentlich stattfindende, von Oberärzten abgehaltene Veranstaltung, die regelmäßig von einem wechselnden Filmbeitrag eingeleitet wird und sich dann in einer Mischung aus ärztlichem Vortrag und Frage-Antwort-Sequenzen fortsetzt. Darüber hinaus sind Appelle an die Übernahme von Verantwortung durch Patienten für ihr Leben im Allgemeinen und den Verlauf ihrer Erkrankung im Besonderen fester Bestandteil dieser Veranstaltung. An weiteren Veranstaltungen für KHK-Patienten ist der Ärztliche Dienst nicht beteiligt.

Es liegt auf der Hand, dass die in einer einzelnen Veranstaltung¹⁶⁴ vermittelten Botschaften – seien sie nun informierend, aufklärend oder appellierend – nicht die gleiche Detailliertheit aufweisen können wie das umfangreichere Programm in Klinik B. Dieses Verhältnis wird teilweise dadurch kompensiert, dass manches von dem, was man in Klinik B dem ärztlichen Aufgabenbereich zurechnet, in Klinik A von Vertretern nichtärztlicher Berufsgruppen aufgegriffen wird. So schließen beispielsweise die Instruktionen der Diätassistentin in Klinik A ausführliche Erläuterungen zur physiologischen Wirkungsweise bestimmter Risikofaktoren ein, während in Klinik B die Darstellung theoretischen Begründungswissens zum ärztlichen Aufgabenbereich gehört. Des Weiteren obliegen Angehörigen nichtärztlicher Berufsgruppen in Klinik A vermehrt Veranstaltungen, in denen Umsetzungsaspekte von Lebensstiländerungen thematisiert werden. Das gilt z.B. für die im Zusammenhang mit dem Psychologischen Dienst erwähnte Veranstaltung *Gesunder Lebensstil im Alltag*, die von Psychologin und Bewegungstherapeut im Wechsel durchgeführt wird. Auch ist an dieser Stelle der Sozialdienst zu nennen, der mit zwei Veranstaltungen in das Seminarprogramm eingebunden ist. Jeweils einer seiner Mitarbeiter führt Patienten in das Gesamtprogramm ein, indem Sinn und Zweck der einzelnen Veranstaltungen erläutert und Patienten zur regen Teilnahme aufgefordert werden. Zum zweiten diskutieren sie mit Patienten über die Bedeutung von und den rechten Umgang mit alltäglichen Genussmitteln.

¹⁶⁴ Da Personen und Filme wöchentlich wechseln, besteht für Patienten ein gewisser Anreiz, den Termin mehrmals wahrzunehmen.

Maßnahme	Frequenz & Dauer			
	Klinik A		Klinik B	
	Ärztl. D.	andere BG**	Ärztl. D.	andere BG
Vorträge				
▪ Herzinfarkt: Ursachen, Anzeichen u. Therapie	1 x 60 Min.*		1 x 45 Min.	
▪ Diagnostik & Therapie der KHK	1 x 60 Min.*		1 x 45 Min.	
▪ Medikamentöse Langzeittherapie	1 x 60 Min.*		1 x 45 Min.	
▪ Leben nach dem HI/der OP	1 x 60 Min.*			
▪ Fettstoffwechsel			1 x 45 Min.	
▪ Fehlernährung			1 x 45 Min.	zus. m.
▪ Grundgedanken zur Reha			1 x 45 Min.	DA**
▪ Umgang mit Genussmitteln/ Alltagsdrogen		1 x 45 Min. (SozD**)	1 x 45 Min.	
▪ Abschlussdiskussion			1 x 45 Min.	
Schulungen				
▪ Hypertonie		2 x 60 Min. (PD**)	1 x 45 Min.	2 x 45 Min. (PD)
▪ Diabetes		1 x 60 Min. (MTA) 1 x 45 Min. (DA)	1 x 45 Min.	3 x 45 Min. (PD)

* Diese Vorträge finden abwechselnd einmal pro Woche statt, die einzelnen Themen wiederholen sich also alle vier Wochen.

** BG = Berufsgruppen, DA = Diätassistent, SozD = Sozialdienst, PD = Pflegedienst

Tab. 8 Angebote (Frequenz u. Dauer) des Ärztlichen Dienstes und anderer Berufsgruppen im Klinikvergleich

8.1.5 Zusammenfassung

Der Überblick über das Therapieprogramm zeigt bereits, dass es in großen Teilen, wenn auch keineswegs ausschließlich, auf die Bearbeitung von Risikofaktoren ausgerichtet ist. Zahlreiche Veranstaltungen weisen bereits im Titel einen direkten Bezug zu spezifischen Risikofaktoren auf, bei anderen ist der Bezug durch die Thematisierung verschiedener Aspekte des Lebensstils, also patientenseitigen Verhaltens, gegeben. Das ist der maßgebliche Ansatz für sekundärpräventive Arbeit: „Risikofaktoren bearbeiten“ heißt in erster Linie, Patienten die Möglichkeiten der Einflussnahme qua Verhalten vor Augen zu führen und nahezulegen. Diese Aufgabe obliegt weitgehend Angehörigen nichtärztlicher Berufsgruppen, insbesondere jene Programmbestandteile, die auf Übung, Training und Wissensvermittlung abzielen, fallen in deren Arbeitsbereich. In dieser Hinsicht ist die insgesamt geringe Beteiligung des Ärztlichen Dienstes in Klinik A im Vergleich zu jener in

Klinik B augenfällig. Zusammen mit dem Umstand, dass Klinik B das umfangreichere und differenziertere Therapieprogramm vorhält,¹⁶⁵ mag dies den vorläufigen Schluss erlauben, dass die sekundärpräventive Arbeit in Klinik B in höherem Maße als ein Ansatz der *gesamten* Klinik institutionalisiert ist, als dies in Klinik A der Fall ist.

8.2 Welches Programm für welchen Patienten? – Prinzipien der Therapiesteuerung

Aufgabe der Therapiesteuerung ist es, eine optimale Zuordnung zu treffen zwischen dem Therapie- und Diagnostikbedarf bei Patienten einerseits und dem Leistungsangebot der Klinik andererseits. Bereits das vorgehaltene Therapieprogramm (vgl. 8.1) ist ein Spiegel der quasi organisierten Erwartung, was in dieser Hinsicht anfallen könnte. Des Weiteren geben jene expliziten und impliziten Regeln, die der Zuweisung von Patienten zu einzelnen Programmbestandteilen zugrunde liegen, darüber Auskunft. Diese Regeln werden im Folgenden dargestellt. Ergebnis der Zuweisung ist ein Therapieplan für jeden Patienten, der im Zuge der AHB-Maßnahme aktuellen Entwicklungen angepasst werden kann. Sowohl hinsichtlich des *Procedere* als auch der Detailliertheit und Verbindlichkeit der Therapiepläne unterscheiden sich Klinik A und B voneinander.

Die Anwendung der Zuweisungsregeln ist in erster Linie ärztliche Aufgabe und geschieht größtenteils im Zuge der Aufnahme. Ärzte sind die einzige der hier untersuchten Berufsgruppen, die mit jedem einzelnen Patienten zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme direkt Kontakt hat und zu diesem Zeitpunkt über schriftliche (Krankenakte und/oder AHB-Anmeldung) und – im Zuge der Aufnahmeuntersuchung erhobene – weitere diagnostische Informationen verfügt. Zwar stehen auch nichtärztlichen Berufsgruppen Möglichkeiten zur Patientenrekrutierung zur Verfügung, und es steigt ihre Einflussnahme auf die Therapiesteuerung im Verlauf der AHB. Zu Beginn jedoch steht das Gewicht der ärztlichen Steuerungsfunktion außer Frage. Zunächst jedoch zu den Einzelheiten und dem unterschiedlichen Vorgehen der Kliniken.

8.2.1 Klinik B

Klinik B hatte die Standardisierung von Zuweisungsregeln und ihrer Anwendung sehr weit vorangetrieben: Ausweis *inhaltlicher* Standardisierung war eine Reihe eindeutiger, auch schriftlich fixierter Indikationsregeln, die Stationsärzte bei der Therapiesteuerung anwendeten. Dabei wurde der diagnostischen Kompetenz und Entscheidungsfähigkeit von Stationsärzten zugebilligt, von vorgesehenen Therapiepfaden abweichen zu können. Die schriftliche Fixierung wird nicht zuletzt der vergleichsweise hohen personellen Fluktuation in der Stationsarztstätigkeit geschuldet gewesen sein (Rotation während der Ausbildung, s. Kap. 7). Denn ein Verordnungsleitfaden macht Entscheidungen unabhängiger davon, wer zurzeit gerade mit der Entscheidungsaufgabe betraut ist, und begünstigt somit deren Gleichsinnigkeit – die sich ansonsten durch Routine einstellen mag.

Abgesehen von der Zuordnung zu Leistungsstufen der Bewegungstherapie auf Basis der Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeit und ihres Entwicklungspotentials lauteten die wichtigsten Regeln im Einzelnen:

¹⁶⁵ Die bessere Personalausstattung (vgl. Kap. 7) ist *ein* Grund dafür, andere dafür bedeutsame Faktoren der Klinikpolitik werden im weiteren Verlauf angesprochen.

- Alle Patienten werden dem Gesundheitstraining zugewiesen, dessen Basisprogramm aus 13 Veranstaltungen besteht, konzipiert als Vorträge und Diskussionsrunden, die teils auf das BfA-Programm *Gesundheit selber machen* zurückgehen, teils klinikeigene Entwicklungen sind. Thematisch im Vordergrund stehen Informationen über
 - die KHK und (akut-)medizinische Therapieoptionen,
 - die sekundärpräventive Bedeutung einzelner Elemente des Lebensstils (Bewegung, Ernährung, Stress, Rauchen),
 - den Sinn der Rehabilitation, der als Beginn der Übernahme von Verantwortung für den weiteren Krankheitsverlauf durch Patienten kommuniziert wird.
 - Außerdem stellen die einzelnen Abteilungen ihr spezifisches Angebot vor und zeigen Optionen der Einflussnahme auf das Wohlbefinden im Allgemeinen und das Fortschreiten der Erkrankung im Besonderen auf.
- Auf die Feststellung *Übergewicht > 20% des Broca-Indexes* sollen die Verordnung kalorienreduzierter Kost¹⁶⁶ sowie die Teilnahme an der Lehrküche, an Einzel- und Gruppenberatungen durch die Diätassistentin, am Vortrag *Diät bei Übergewicht* und eine Hautfaltenmessung folgen. Ggf. kommt noch die Teilnahme an einer psychologisch geleiteten Gesprächsgruppe zum Thema *Übergewicht* hinzu.
- Liegt das *Übergewicht < 20% des Broca-Indexes*, werden lediglich kalorienreduzierte Kost und die Teilnahme am o.g. Vortrag verordnet.
- Stellt der *Bluthochdruck* einen manifesten Risikofaktor dar, wird neben diagnostischem Monitoring ggf. salzarme Kost sowie die Teilnahme am mehrteiligen Seminar zur Blutdruckselbstmessung verordnet.
- Auf den Risikofaktor *Diabetes mellitus* folgen die Verordnung BE-abgestimmter¹⁶⁷ Kost und die Teilnahme am mehrteiligen Schulungsseminar, an der Lehrküche und der Einzelberatung durch die Diätassistentin.
- Auf einer Selbstauskunft oder einem Vermerk in der Krankenakte beruht die Klassifizierung von Patienten als *Raucher* bzw. *Ex-Raucher* in der Entwöhnungsphase.¹⁶⁸ Diesen Patienten wird die Teilnahme am Nichtrauchertraining verordnet.
- Bei schwerer *Hyperlipidämie* werden Patienten – zusätzlich zur Medikamentierung – zur Ernährungsberatung und -schulung (Lehrküche) an die Diätassistentin verwiesen.

¹⁶⁶ Stationsärztliche Entscheidungen darüber, wie weit die Kalorienreduktion im Einzelfall gehen sollte, werden von der allgemeinen, in Ärzteschaft und Diätassistentin geteilten Überzeugung gesteuert, dass eine Gewichtsreduktion langsam, aber stetig realisiert werden sollte. Diese und der hohe Anteil operierter Patienten lassen eine Verordnung von weniger als 1200 kcal die Ausnahme sein. Patienten werden außerdem ausdrücklich aufgefordert, im „Hungerfall“ lieber eine Höherverordnung zu verlangen als sich auf eigene Faust zusätzlich zu verpflegen.

¹⁶⁷ BE = Broteinheiten; bis 2010 gebräuchliches Maß zur Bestimmung desjenigen Kohlenhydratgehaltes von Lebensmitteln und Speisen, der für die Blutzuckeraufnahme relevant ist.

¹⁶⁸ Sollte sich im weiteren Verlauf herausstellen, dass sich ein Patient fälschlich als Nichtraucher bezeichnet hat – dem typischen Geruch entkommt kein Raucher, oder er wird beim Rauchen gesehen –, kommt es zu einer Nachverordnung.

- Auf den *Zustand nach Bypass-OP* folgt eine Sammelverordnung von Bädern und Massagen. Außerdem ist die Entspannungstherapie der Psychologen als sogenannte Standardverordnung für operierte Patienten vorgesehen.¹⁶⁹

Entscheidungen über die im eigentlichen Sinne ärztliche Therapie von Risikofaktoren, nämlich die Medikation namentlich des Bluthochdrucks und der Hypercholesterinämie, regelt der zitierte Verordnungsleitfaden nicht. Sie sind auch nicht relevant für den Therapieplan. Auf diesen Bereich ärztlicher Tätigkeit wird in Kapitel 9.1 eingegangen.

Die Klinik hatte über den Verordnungsleitfaden hinaus eine Reihe *organisatorischer* Routinen entwickelt, mit denen stets wiederkehrende Elemente der Therapiesteuerung zusammengefasst werden. Eine EDV-gestützte Terminplanung erleichterte dieses Vorgehen. So musste ein Stationsarzt längst nicht alle Maßnahmen eines Therapieplans einzeln verordnen, sondern bestimmte Grundverordnungen lösten Sammelverordnungen oder – wie sie im Klinikjargon genannt wurden – Aktionsbündel aus. Z.B. umfasste die Eingruppierung in eine Trainingsgruppe folgende Elemente: täglich Gruppengymnastik, täglich Ergometertraining, Schwimmen dreimal wöchentlich wahlweise ab sofort oder ab dem 15. Reha-Tag, 1 Seminar zur Bewegungstherapie. Insgesamt wurden also vier verschiedene Therapiebestandteile verordnet, aus denen sich mindestens 10 und höchstens 14 Termine pro Woche ergaben. Ähnliches erfolgte auf die oben erläuterten Feststellungen *Z.n. ACVB-Operation, Übergewicht > 20% Broca-Index, Hypertonie oder Diabetes mellitus* hin.

Die EDV-gestützte Terminplanung bedeutet für Patienten, dass sie nach Abschluss des Verordnungsvorgangs einen Wochenplan ausgehändigt bekommen, der das für sie vorgesehene tägliche Programm detailliert ausweist. – Zwei wesentliche Voraussetzungen für die Einrichtung solchermaßen standardisierter Abläufe sind die Konzentration auf wenige Indikationen (vgl. Kap. 7) und ein breiter Konsens über Behandlungskonzepte (vgl. Kap. 3.4).

Der Verordnungsleitfaden zieht auch Grenzen ärztlicher Zuständigkeit bzw. offenbart den Einfluss der psychosozialen Professionen auf Verordnungsregeln und -gepflogenheiten: So können Ärzte zwar im Prinzip alle psychologischen Angebote verordnen, doch behalten sich die Psychologen die Entscheidung über konkrete Maßnahmen vor – ob etwa Patienten und Angehörige gemeinsam beraten, therapeutische Sitzungen anberaumt werden oder ob eine Krisenintervention angezeigt ist. Gleiches gilt hinsichtlich weiterführender psychologischer Diagnostik. Was überdies in diesem Zusammenhang „Verordnung“ heißt, bedarf der Erläuterung. In besagtem Leitfaden wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Verordnungen fast aller Leistungen aus dem psychologischen Bereich der expliziten Absprache mit Patienten bedürfen – wobei „Absprache“ nicht immer gleichbedeutend mit „Zustimmung“ ist. Der Patienten zugestandene Entscheidungsraum variiert je nach Charakter des Angebots. Bei zwei sogenannten „Standardverordnungen“ – dem Entspannungstraining für Operierte, der Gesprächsgruppe für Übergewichtige – ist er geringer als beispielsweise beim Autogenen Training. Eine regelrechte „Pflichtverordnung“, bei der definitionsgemäß keine Zustimmung von Patientenseite

¹⁶⁹ Mir ist erst spät aufgefallen, dass die Kapazität des Angebots nicht für alle operierten Patienten ausreichend sein kann. Also muss es Selektionsregeln geben, die meines Wissens nicht schriftlich niedergelegt waren. Welche impliziten Regeln angewandt wurden – auf diese Frage habe ich keine befriedigende Antwort mehr gefunden.

vorliegen muss, für die aber wiederum eine explizite Absprache eingefordert wird, ist die Zuweisung zum Nichtrauchertraining.¹⁷⁰

Parallel zur ärztlichen Verordnung kann die Psychologische Abteilung auch selbständig Patienten rekrutieren bzw. diese zur Selbstzuweisung auffordern. Das geschieht zum einen durch mündliche Ansprache in entsprechenden Einführungsveranstaltungen; vor allem aber durch schriftliche Information über sämtliche Angebote des Sozial- und Psychologischen Dienstes und einen dreiseitigen „Fragebogen zur Lebenssituation“, der eingangs der AHB ausgegeben wird. Auf diesem Wege können Patienten Teilnahmewünsche äußern. Der Fragebogen dient darüber hinaus den Psychologen als Screening: Das Ergebnis eines Blocks mit 36 Fragen zur Stressbelastung und Zuständen wie Ängstlichkeit und Niedergeschlagenheit kann eine gezielte Einladung zu psychologischen Maßnahmen, ggf. zu weiterer Diagnostik, nach sich ziehen, sofern der Betreffende nicht bereits von der Möglichkeit der Selbstzuweisung zu psychologischen Angeboten Gebrauch gemacht hat. Hier gibt es also eine Form der Therapiesteuerung, der diagnostische Informationen (Screening) zugrunde liegen, die unabhängig von der ärztlichen Aufnahmeprozedur erhoben werden. Ärztliche Verordnungen lassen sich auf diese Weise ergänzen oder unterstreichen. Eine exklusive Zuständigkeit der Psychologen für die Therapiesteuerung hinsichtlich des von ihnen verantworteten Programmbereichs stellt sie indes nicht dar.

Verordnungsregeln, wie sie Klinik B etabliert hatte, haben den Charakter von *standard operating procedures*, Vorgehensweisen also, die zum einen die Identifizierung entscheidungsrelevanter Kriterien sicherstellen (nach dem Muster „dies ist ein x“) und diese zum zweiten mit präformierten Indikationsentscheidungen verknüpfen („wenn x vorliegt, dann soll y folgen“). Sie erlauben den routinierten Vollzug von Urteilen und ihnen zugeordneten Konsequenzen und ermöglichen der Klinik die Etablierung standardisierter und rationalisierter Abläufe. Stationsärzten bieten sie Entlastung *von Routine durch Routine*, in zeitlicher und kognitiver Hinsicht, indem diese nicht jedes Mal das Rad neu zu erfinden brauchen, sondern ihr professionelles Urteilsvermögen auf jene Situationen konzentrieren können, die sich einer derart weitreichenden Präformierung durch Standardisierung entziehen. Darüber hinaus etablieren explizite Verordnungsregeln dieser Art Grenzen der Zuständigkeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen, denn der überwiegende Teil der Regeln beinhaltet eine ärztlich veranlasste Delegation von Aufgaben an nichtärztliche Berufsgruppen.

8.2.2 Klinik A

In Klinik A arbeitete man ohne vergleichbar explizite und explizierte Zuweisungsregeln und zum Zeitpunkt der Feldforschung auch noch ohne EDV-Unterstützung in der Therapieplanung. Zudem herrschten in Klinik A teilweise andere Auffassungen hinsichtlich der Teilnahmeverbindlichkeiten bzw. Verordenbarkeit bestimmter Bestandteile des Therapieprogramms (s. Kap. 8.3). Körperlicher Zustand und körperliche Leistungsfähigkeit – das waren auch in Klinik A diejenigen Kriterien, auf die sich die Zuweisungen zu den Anwendungen und zur Bewegungstherapie stützten. Risikofaktoren wurden im Aufnahmegespräch erfragt und anschließend diagnostisch verifiziert, im Verdachtsfall auch der des

¹⁷⁰ Siehe dazu auch den gesonderten Abschnitt über Teilnahmeregelungen in Kap. 8.3.

Rauchens.¹⁷¹ Doch obwohl die ärztliche Aufmerksamkeit auf Risikofaktoren gerichtet ist und im weiteren Verlauf auch bleibt, folgten auf die Diagnosen nicht mit demselben Automatismus Verordnungen aus dem Gesundheitsbildungs- und Schulungsbereich, wie es in Klinik B der Fall war.¹⁷² Patienten waren in hohem Maße aufgefordert, sich ihr Vortrags- und Schulungsprogramm selbst zusammenzustellen. Das ist der wohl markanteste Unterschied zu Klinik B.

Ein fertiger Terminplan, wie in Klinik B, wird Patienten nicht ausgehändigt, sondern sie bekommen Therapiebücher in die Hand, in denen regelmäßig wiederkehrende Termine (z.B. der Bewegungstherapie) eingetragen sind und in denen sich Patienten die Teilnahme an Veranstaltungen des Gesundheitstrainings attestieren lassen können. Bei der Auswahl aus dem Angebot soll die erste Seite des Therapiebuches helfen. Auf ihr sind eine Reihe von – „klassischen“ – Risikofaktoren aufgelistet, von denen Stationsärzte je nach Risikofaktorenkonstellation einen oder mehrere ankreuzen und dies mit der Maßgabe verbinden, Patienten sollten sich bei der Auswahl von Veranstaltungen hiervon leiten lassen. Ein Therapieplan nimmt demnach erst eine über Bewegungstherapie und Anwendungen hinausgehende Gestalt an, wenn Patienten aufgrund dieser ‚Ankreuzung‘ selbst aktiv werden. Eine genauere Erläuterung des Programmangebots findet erst in einer gesonderten einführenden Veranstaltung statt, die von einem Vertreter der nichtärztlichen Berufsgruppen durchgeführt wird.

Daneben bleibt es Stations- und Oberärzten unbenommen, aktivierend auf Patienten einzuwirken, indem sie ihnen nahelegen, bestimmte Informations-, Schulungs- und Beratungsleistungen in Anspruch zu nehmen oder ihnen eine entsprechende Anmeldung anbieten. Es kommt außerdem vor, dass Ärzte sich nicht auf die Initiative von Patienten verlassen und Anmeldungen, bspw. zu Schulungen sowie Beratungen, kurzerhand selbst vornehmen, ohne Patienten darüber zu informieren. Wie im Einzelnen vorgegangen wird, variiert von Arzt zu Arzt, von Patient zu Patient und von Angebot zu Angebot. Unverkennbar sind also neben medizinischen Kriterien weitere Selektionsregeln im Spiel.

Zu diesen erklärt ein Stationsarzt, sein Zuweisungsverhalten werde davon bestimmt, was er an *Interesse und Bereitschaft auf Patientenseite* wahrnehme:

„Wir machen ja Vorträge, bieten denen das an, ‚Gehen Sie hin, erkundigen Sie sich‘, oder so, aber dann muss vom Patienten auch allein der Antrieb kommen und sagen, ‚Okay, dann und dann ist der Vortrag, da will ich hin, und ich habe gehört bei der Begrüßung, ich habe die Möglichkeit zur Einzeldiätberatung, ich möchte das nutzen‘, dass ich dann Leute, die das nicht so unbedingt vordergründig brauchen, dass ich die dann bewusst vor das Loch schiebe, das mache ich nicht. Wenn jemand katastrophale Werte hat, dann spreche ich ihn darauf an und sage, ‚Wir haben die Möglichkeit, Sie in eine Einzeldiätberatung zu schicken. Wie sieht es aus? Haben Sie Interesse? Sind Sie offen für so was, dass man mal guckt, was ist in Ihrem tagtäglichen Leben auf dem Speiseplan, was muss davon weg, was sollte davon weg, wie könnte man es austauschen, was kann man ergänzen?‘, wenn der

¹⁷¹ Wenn ein Arzt die Selbstauskunft eines Patienten, Nichtraucher zu sein, nicht für glaubhaft hält, kann er die Bestimmung des entsprechenden Parameters (COHb-Wert) bei der Blutanalyse veranlassen. Auf diese Möglichkeit wird in Klinik B verzichtet; nicht allein auf ärztlicher, sondern v.a. auch auf psychologischer Seite sähe man darin eine Verletzung der therapeutischen Beziehung.

¹⁷² Eine Ausnahme hiervon ist die regelhafte Überweisung berufstätiger Patienten, bei denen die Rückkehr an den Arbeitsplatz krankheitsbedingt Fragen aufwirft oder sich eine Berentung abzeichnet, zur Beratung durch den Sozialdienst.

sich dafür interessiert, mache ich das. Interessiert er sich nicht dafür“
(AAD2/489-502)

Die ärztliche Wahrnehmung von Interesse und Bereitschaft spielt eine ebenso gewichtige Rolle, wenn es um die Zuweisung zum NRT geht. Eine Stationsärztin schildert, dass sie jenen die Teilnahme vorschläge, die äußern, sich das Rauchen abgewöhnen zu wollen und nach Hilfe fragen. D.h. sie „schicke“ längst nicht jeden Raucher dorthin, weil sie davon ausgehe, dass Rauchen eine Sucht sei – das wisse sie nun aus eigener Erfahrung (sie raucht selbst) –, die man nur loswerde, wenn es „im Kopf“ klar sei, dass man das wolle. Wenn diese Voraussetzung nicht gegeben sei, nütze auch der Entwöhnungskurs nicht (A12/492ff.). Mit anderen Worten, der ärztlichen Zuweisung muss bereits eine patienten-seitige Entschlussbildung vorausgehen, zumindest aber ein aktives Hilfesuchen. – Die Psychologin, als Durchführende des NRT, äußert ihrerseits korrespondierend, kein Interesse an Teilnehmern zu haben, die nicht auf eigenen Wunsch kommen (A8/745f.). Sie würde demnach einen Automatismus in der Verordnung ablehnen, wie er in Klinik B auf Grundlage der Selbstauskunft von Patienten herrscht.

Andere Ärzte (durchaus nicht alle Nichtraucher) aber scheinen das Thema Rauchen insbesondere im Vorfeld einer Zuweisung mit mehr Nachdruck zu verfolgen, indem sie sich im Verdachtsfall nicht auf die Selbstauskunft eines Patienten verlassen, sondern bei einer der allfälligen Blutabnahmen auch den COHb-Wert bestimmen lassen. Bei positivem Befund folgt auch dann keine automatische Zuweisung, doch soll – so die ärztliche Absicht – die Konfrontation mit dem dann gesicherten ärztlichen Wissen die Einsicht in die Notwendigkeit sowohl der Entwöhnung selbst wie auch der Inanspruchnahme der Hilfestellung bewirken.

„Bei der Raucherentwöhnung, da muss ich erst mal ein Verständnis dafür schaffen, dass der Patient nicht mehr rauchen sollte, (...) zumindest muss ich den sensibilisieren für das Problem, und erst dann macht es Sinn, das auch weiterzusteuern. Und wenn ich merke, ich meine, es gibt ja auch Leute, die sagen, ‚Ich rauche nicht mehr‘, und dann machen Sie eine einfache Blutbestimmung, und dann stellen Sie fest, der hat nach wie vor einen COHb-Wert wie ein starker Raucher, also haut er Ihnen die Taschen voll, dann kann ich das noch mal versuchen anzustoßen, und wenn er dann aber immer noch sagt, ‚Nein, ich rauche nicht‘, dann ist es vergebene Liebesmüh. Bis zur Selbstaufgabe mach ich es nicht (lacht).“ (AAD2/113-123)

Eine andere Stationsärztin gibt an, sich in ihrem Ordnungshandeln darüber hinaus von der *Einschätzung der Umsetzungschancen* speziell bei der Änderung von Ernährungsgewohnheiten leiten zu lassen. Einen alleinstehenden Mann, der zu erkennen gebe, dass er mit Kochen nicht viel am Hut habe, werde sie kaum zur Diätberatung anmelden, sondern beispielsweise im Fall erhöhter Cholesterinwerte es bei der medikamentösen Therapie belassen. Wenig Sinn habe es auch, bei entsprechender häuslicher Arbeitsteilung einen Mann alleine zur Diätberatung zu schicken. Zumindest müsse erkennbar sein, dass die Frau bereit sei, sich in der Nahrungszubereitung auf die Erkrankung ihres Mannes einzustellen (A12/131ff.).¹⁷³

¹⁷³ Die Diätassistentin sieht das anders: Sie findet – geschlechtliche Arbeitsteilung hin oder her – als grundlegenden Schritt wichtig, „... dass die Patienten und besonders die Männer es als *ihre* Problem ansehen, die Ernährung umzustellen, und nicht als Problem ihrer Ehefrauen, die Ernährung für den Mann umzustellen. Das ist nämlich häufig auch so: Dann kommen hier die Schuldzuweisungen, ‚Du machst aber nicht, du tust aber nicht, und ich soll das doch‘, und dann denke ich, ist es erst mal sinnvoller, nur den Patienten darauf aufmerksam zu machen, wo er es noch besser machen

Umsetzungschancen unterliegen freilich vielerlei Einflüssen. Eine weitere Ärztin gibt an, dass sie dazu auch die *Einschätzung kognitiver Fähigkeiten* zähle. Die Erläuterung bezieht sich abermals auf den Bereich der Ernährung: Von wem sie glaube, dass er oder sie nicht in der Lage sei, die Ernährung angesichts eines neu entdeckten Diabetes mellitus zu Hause an BEs auszurichten, bei dem spare sie sich auch die Mühe, den Diabetes „hier in der Klinik mithilfe von BEs einzustellen“ (A11/520ff). Aus demselben Grund habe sie eine Patientin zunächst nicht zu Schulung und Vorträgen für Diabetiker angemeldet, sondern dies erst auf den expliziten Wunsch der Patientin hin getan (A11/178-191; 520ff.).

Dieselbe Ärztin hatte andererseits in der Vergangenheit eine spezielle Maßnahme ergriffen, die der Intention nach auf die Erhöhung von Umsetzungschancen – abermals auf Ernährungsregeln bezogen – gerichtet war. Sie hatte nämlich ein für Patienten bestimmtes Informationsblatt mit praktischen Hinweisen zur cholesterinarmen Ernährung verfasst und setzte dies auch ein. Inwieweit speziell diese Aktivität ihre Zuweisungsentscheidungen für die therapeutischen Maßnahmen der Diätassistenz beeinflusste, ist nicht sicher. Immerhin aber war der Diätassistentin die geringe Zuweisungsfrequenz jener Ärztin und ihre für die Arbeit der Diätassistentin nachteilige Patientenselektion aufgefallen:

DA: „Ich weiß aber nur, dass Dr. Y nur die Patienten schickt, mit denen sie nicht klar kommt, oder wo sie meint, dass ich mehr erreichen könnte, die schwierigen Fälle.“

I: „Die anderen hält sie fest?“

DA: „Habe ich das Gefühl. Weil von ihren Stationen kommen immer extrem wenig Beratungsanmeldungen. Und dann oft Patienten, die sehr uneinsichtig sind und fast schon unberatbar sind.“ (ADA2/793-798)

Die betreffende Ärztin scheint also der Ansicht zu sein, dass sie die Ernährungsberatung der Diätassistenz ggf. ersetzen, zumindest jedoch ergänzen kann. Sicher ist hingegen, dass das von ihr konzipierte Infoblatt nicht klinikweit Verwendung fand, sondern – wenn man so will – Bestandteil ihres persönlichen Therapiekanons blieb.

Was die Zuweisungsregeln zu den über das NRT hinausgehenden Angeboten des Psychologischen Dienstes betrifft, so gibt es hier – ähnlich wie in Klinik B – einen starken, allerdings informellen Konsens dahingehend, die Zuweisung von patientenseitiger Einwilligung abhängig zu machen; ein Konsens, der von manchem Arzt bisweilen auch gebrochen wird. Arztabhängig ist auch, ob es zwischen Arzt und Psychologin zu einem Bündnis kommt mit dem Ziel, einen Patienten in seiner psychologische Hilfestellung zunächst ablehnenden Haltung umzustimmen.

Ebenfalls informell und arztabhängig sind die Kriterien, die Ärzte überhaupt erst veranlassen, ein Zuweisungsangebot zu unterbreiten: Niedergeschlagenheit, Trauer, Aggressivität, aber auch ein Leistungsverhalten, das nach ärztlicher Einschätzung dem Krankheitszustand nicht angemessen ist, zählen dazu. Des Weiteren kommen Patienten in Frage, die, wie eine Ärztin ausführt,

könnte, was er ändern könnte, ohne dass es großartig ist, und dann vielleicht im zweiten Schritt die Frauen noch mal dazuzunehmen“ (ADA2/65-72).

Im Prinzip aber ist sie mit der ärztlichen Vorauswahl einverstanden: Nicht jeder sei für eine Beratung geeignet. Und anderenfalls könne sie die Arbeit gar nicht schaffen (ADA1/32-36). Neben der Einschätzung der Beratbarkeit beeinflussen also knappe Personalressourcen die Regeln der Zuweisung.

nicht mehr arbeiten können, aber dies noch gerne wollen, denen man allmählich deutlich machen müsse, dass sich ihre Lebensperspektive gründlich ändern müsse. Das sei manchmal sehr hart und eine „undankbare Aufgabe“. Solchen Patienten empfehle sie gern, die Psychologin aufzusuchen (A12/288-291).¹⁷⁴

Die ärztliche Erwartung, die hier zum Ausdruck kommt, ist die, dass es der Psychologin vielleicht besser gelingen könnte, Patienten die volle biographische Tragweite einer medizinischen Entscheidung zu vermitteln – und sie die Ärztin damit von einer Aufgabe entlastet, die jene als „undankbar“ empfindet. Das Entlastungsmotiv, dem diese Ärztin eigenem Bekunden nach bei der Zuweisung von Patienten zur Psychologin zuweilen folgt, steht ferner dann im Vordergrund, wenn sie es mit Patienten zu tun habe, die „irgendwie nicht richtig ticken“ und mit denen sie „einfach nicht umgehen“ könne. So unpräzise sich dieses Selektionskriterium für andere auch ausnehmen mag – der betreffenden Ärztin erlaubt es gerade in seiner Subjektivität die zweifelsfreie Identifizierung von Zuweisungskandidaten. Ob allerdings das ärztliche Ziel, sich im Umgang mit als schwierig empfundenen Patienten Entlastung zu verschaffen, stets mit einem patientenseitigen Bedarf an psychologischer Unterstützung korrespondiert, ist eine andere – und unbeantwortet bleibende – Frage.

Die beschriebenen Praktiken ärztlicher Zuweisung in Klinik A lassen folgenden Schluss zu: Zum Entscheidungsraum von Stationsärzten gehört es, medizinische Zuweisungskriterien durch soziale und Verhaltenskriterien zu relativieren. Dabei ist nicht allein die Deutung nichtmedizinischer Kriterien in das Ermessen des einzelnen Arztes gestellt, sondern Ärzten ist darüber hinaus die Möglichkeit eingeräumt, Zuweisungsentscheidungen an persönliche Motive zu binden, die eher weniger als mehr reflektiert werden – das Motiv der Entlastungssuche bei einer als „undankbar“ empfundenen Aufgabe etwa oder das Geltungsmotiv, wenn die Diätberatung selbst übernommen wird. Auf diese Weise können sich persönliche Stile an Zuweisungspraktiken herausbilden, deren Eigenwilligkeit der einzelnen Ärztin, dem einzelnen Arzt nicht unbedingt bewusst sein muss. Was die Klinik ihren Patienten an Schulung, Beratung etc. angedeihen lässt, dürfte demnach nicht zuletzt davon abhängig sein, auf welcher Station ein Patient aufgenommen wird. Es steht außerdem zu vermuten, dass ein solches Zuweisungssystem bestimmte Patientengruppen (eben solche, die Zuweisern als unmotiviert, schwierig, kognitiv eingeschränkt erscheinen) dazu prädestiniert, Therapieleistungen nicht ihrem „objektiven“ Bedarf nach zu erhalten. Da es sich um *implizite* Regeln handelt, sind diese einer Überprüfung nur schwer zugänglich und begünstigen somit die Intransparenz von Zuweisungspraktiken. Die stationsärztliche Kreation und Interpretation relativierender Zuweisungsregeln wird durch zwei Umstände ermöglicht: Erstens, das Fehlen expliziter und explizierter Zuweisungsregeln, wie sie sich etwa in einem verschriftlichten Leitfaden niederschlagen würden. Zweitens begünstigt der langfristige Verbleib einzelner Ärzte in der Stationsarztstät-

¹⁷⁴ Diese und andere eingerückte, einzeilige Textabschnitte sind Bestandteil der Beobachtungsprotokolle, die während der Feldforschungen erstellt wurden. Sie werden also als Daten präsentiert (vgl. Kap. 6). Im Unterschied zu Passagen aus Interviews wird jedoch hierbei auf die Kennzeichnung als Zitat verzichtet, um unterschiedliche Grade der Authentizität der Daten kenntlich zu machen. Anführungsstriche werden allerdings dann verwendet, wenn einzelne Ausdrücke oder Redewendungen als O-Ton protokolliert worden sind (wie im obigen Beispiel die Beschreibung als „undankbare Aufgabe“).

tigkeit die Ausbildung individueller Zuweisungspraktiken. Zu konstatieren ist außerdem, dass die Relativierung objektiver Zuweisungskriterien durch „weiche“, der subjektiven ärztlichen Einschätzung unterliegende Kriterien sich auf jene Therapiebestandteile beschränkt, die auf langfristige Verhaltensänderungen zielen, beispielsweise aber die Bewegungstherapie davon ausgenommen bleibt.

Parallel zur ärztlichen Therapiesteuerung ist in Klinik A die Selbstzuweisung von Patienten zu Angeboten der Wissensvermittlung, Beratung etc. ein etablierter Modus, wie oben bereits kurz erwähnt. Dieses durchaus von einem pädagogischen Impetus – der Einübung in die Praktizierung von *Eigenverantwortung* (s.a Kap. 11.1) – getragene Unterfangen wird im Wesentlichen durch zwei jeweils wöchentlich stattfindende Veranstaltungen eingeleitet: die *Patientenbegrüßung* und die *Einführung in das Gesundheitsseminar*. In der etwa halbstündigen *Patientenbegrüßung* stellen Angehörige nichtärztlicher Berufsgruppen ihre Arbeitsbereiche vor. Die Veranstaltung diene dazu, „den Patienten zu verdeutlichen, dass Reha nicht nur aus Medizin besteht, sondern auch andere Berufsgruppen darin eine Rolle spielen und etwas anzubieten haben, was in Verbindung mit der Erkrankung steht“, wie im Mitarbeiterkreis das Ansinnen der Veranstaltung beschrieben und auch Patienten gegenüber dargestellt wird. Die Patienten werden nicht im Unklaren darüber gelassen, dass ihre rege Beteiligung am *gesamten* Angebot der Klinik nicht nur erwünscht sei, sondern erwartet werde. Das Angebot im Einzelnen wird bei dieser Gelegenheit allerdings nicht erläutert. Das ist einer weiteren Veranstaltung vorbehalten, der *Einführung in das Gesundheitsseminar*. Beiden Veranstaltungen wird man kaum den Charakter einer Therapiesteuerung – gezielt oder nicht – zusprechen können, sondern sie sind ein Verfahren, mit dem Patienten, wie ich es oben bereits genannt habe, zur Selbstselektion bzw. -zuweisung aufgefordert werden. Auf diese Weise lassen sich ärztliche Verordnungen ergänzen oder unterstreichen. Fraglich aber bleibt, ob jene Veranstaltungen ausreichend sind, um *alle* Patienten kognitiv und emotional in die Lage zu versetzen, informierte Entscheidungen über ihr Therapieprogramm treffen zu können.

8.3 Bedingungen sekundärpräventiver Arbeit

Wie bereits in den Abschnitten über die Therapiedichte und die Therapiesteuerung deutlich wurde, wird der Gestaltungsspielraum für sekundärpräventive Arbeit von den Kliniken in unterschiedlicher Weise genutzt. Das gilt ebenso für weitere Bedingungen, unter denen sekundärpräventive Arbeit stattfindet, von denen ich für die folgende Darstellung Teilnahme- und zeitliche Regelungen ausgewählt habe. Es geht um von der Klinik *als Organisation* geschaffene Bedingungen – nicht um das Engagement einzelner Mitarbeiter –, die sekundärpräventive Arbeit in ihrer Durchführung erleichtern oder erschweren können. Diese Rahmenbedingungen sind Setzungen von Menschen mit Gestaltungskompetenz, namentlich also Klinikleitungen, und als solche reflektieren sie Organisationspolitik gewordene Überzeugungen im Hinblick auf den Stellenwert, der der Sekundärprävention beigemessen wird.

8.3.1 Teilnahmeregelungen: Verschiedene Verbindlichkeitsgrade

Klinik B

In der Verbindlichkeit der Zuweisung und der damit einhergehenden Erwartung an die Teilnahme von Patienten an den betreffenden Veranstaltungen verfahren die Kliniken

unterschiedlich. Klinik B arbeitet generell mit einem höheren Verpflichtungsgrad als Klinik A. Dies wurde bei der Darstellung der Zuweisungsregeln deutlich. Das heißt nicht, dass Patienten in Klinik B die Wahrnehmung einzelner Termine nicht suspendieren könnten, doch sollten sie einen ‚guten‘ Grund dafür angeben können, anderenfalls haben sie mit Nachfragen und verstärktem Insistieren zu rechnen. Die Teilnahme wird kontrolliert, indem Patienten aufgefordert sind, sie sich am Ende jeder Veranstaltung in ihrem Therapieplan testieren lassen. Diese Maßnahme dient indes nicht allein der Disziplinierung, sondern der Therapieplan wird abschließend Bestandteil der Patientenakte wie auch der Leistungsdokumentation der Klinik gegenüber Kostenträgern.

Begründet wird die Verpflichtung zur Teilnahme, wie sie für den überwiegenden Teil der Veranstaltungen besteht, zum einen unter Hinweis auf entsprechende Erwartungen insbesondere der Rentenversicherungsträger.¹⁷⁵ Maßgeblicher für die Ausgestaltung der Praxis dürfte allerdings die auf Leitungsebene der Klinik wie auch in einem großen Teil der Mitarbeiterschaft vertretene Auffassung sein, die vom leitenden Oberarzt sinngemäß so formuliert wird:

Wenn jemand eine Rehabilitation in Anspruch nehme, sollten ihm damit auch bestimmte „Notwendigkeiten“ zugemutet werden. Ihr Argument für eine verpflichtende Teilnahme sei, dass sie Patienten dazu bringen wollten, sich mit bestimmten Themen auseinanderzusetzen, sich wenigstens zu informieren. Wenn sich dann ein Patient entscheide, nichts zu tun, also sein Ess-, Bewegungs- oder Rauchverhalten nicht zu ändern, dann sei es eine „informierte Entscheidung“, die er als Arzt auch respektiere; schließlich sei es die Entscheidung eines erwachsenen Menschen. Stelle man jedoch die Teilnahme frei, dann laufe man Gefahr, dass Patienten aus Abwehr, Angst oder Uninformiertheit eine vorschnelle Entscheidung trafen (B1/970-980; s.a. Kap. 11.1.1).

Befürchtet werde zudem, eine freie Therapiewahl führte dazu, dass Patienten in erster Linie „Wohlfühlangebote“ (Bäder, Massagen) wählten, nicht jedoch solche, die aus ärztlicher Sicht angeraten seien und Patienten unter Umständen eine Auseinandersetzung mit eigenen „wunden Punkten“ abverlangten. An die Teilnahmeverpflichtung knüpfte sich die Hoffnung, dass selbst bei anfänglichem Widerstand Neugier und Motivation noch zu wecken seien. Angesichts der Kürze der Zeit könne man im Zweifelsfall nicht auf ein allmähliches Wachsen von Teilnahmebereitschaft vertrauen (B6/546-560).

In der Auffassung sind verschiedene Argumente miteinander verschränkt. Zunächst wird das Prinzip von *Leistung und Gegenleistung* angeführt: Patienten nehmen mit der AHB Ressourcen in Anspruch, namentlich die Expertise und das Engagement der Health Professionals, für die im Gegenzug die Teilnahme am Programm eingefordert wird. Zur Patientenrolle gehören laut Parsons nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten, und dies wäre die Ausgestaltung der Mitwirkungspflicht. Mehr Gewicht in den Ausführungen aber hat die Darstellung der Teilnahmeregelung als *Vorkehrung gegen einen Bias in der Selbstselektion*: Ansonsten kämen diejenigen, „die es nicht nötig haben, und die, die es nötig haben, bleiben weg“ (B1/961f.). Der Selektionsbias käme demnach nicht in erster Linie durch Orientierungsschwierigkeiten angesichts der Programmviefalt zustande, sondern

¹⁷⁵ In Klinik A wurde anders verfahren (siehe dazu die Schilderung für Klinik A). Dass die Teilnahme am Gesundheitstraining in die patientenbezogene Leistungsdokumentation gegenüber Kostenträgern einbezogen wird, scheint seinerzeit eine Neuerung gewesen zu sein, die nicht von allen Kostenträgern gleichzeitig und in der gleichen Weise eingeführt worden ist.

durch ein Meidungsverhalten gegenüber jenen Therapiebestandteilen, die von Health Professionals und Patienten, so wird es antizipiert, nicht als „Wohlfühlangebote“ klassifiziert werden. Health Professionals vertrauen also nicht darauf, dass Patienten von selbst das auswählen, was aus ärztlicher Sicht sinnvoll wäre. Die Teilnahmeverpflichtung dient somit der *Sicherstellung in der Verabreichung von Information* und wohl auch Konfrontation (die „wunden Punkte“), die wiederum als Voraussetzung dafür gilt, eine „informierte Entscheidung“ treffen zu können. Während bis zu diesem Punkt die üblichen Rechte Erwachsener mit den angegebenen Argumenten eingeschränkt werden, setzen sie hier – davon ist ausdrücklich die Rede – wieder ein.

In Klinik B war die dargestellte Verfahrensweise zum Zeitpunkt der Forschung bereits seit einigen Jahren etabliert und unter Health Professionals kein aktuelles Diskussionsthema. Seinerzeit jedoch wurden darüber, wie verschiedentlich berichtet wurde, rege Diskussionen geführt. Demnach hat es vornehmlich von psychologischer Seite Vorbehalte gegen eine Teilnahmeverpflichtung gegeben mit der Begründung, diese widerspreche einer Grundregel psychotherapeutischer Arbeit. Es gab die Befürchtung, Patienten, die gegen ihren Willen an einer Gruppe teilnehmen, könnten einen so großen Widerstand an den Tag legen, dass die Gruppenarbeit ernsthaft beeinträchtigt wäre. Die ärztliche Leitung hat sich schließlich durchgesetzt mit dem Argument – bezogen auf das NRT –, Rauchen sei ein so bedeutsamer Risikofaktor, der nicht einfach unbehandelt bleiben könne, sondern um den man sich, wie um andere Risikofaktoren ähnlicher Tragweite auch, kümmern müsse. Im Zuweisungskriterium (Selbstauskunft), im Verzicht auf eine Verifizierung der Auskunft durch Laborkontrolle wie auch im Zuweisungsprozedere (die parallelen Rekrutierungswege, die geforderte Absprache) ist demgegenüber das psychologische Anliegen erkennbar, den Widerstand gegen eine Verordnung möglichst gering zu halten. Die Diskussion über Teilnahmeverpflichtungen ist, wie gesagt, längst abgeschlossen, und die Psychologen scheinen die einzige Berufsgruppe mit Vorbehalten gewesen zu sein. Sie haben sich, wie sie sagen, mit der Verfahrensweise arrangiert. Zur Vorbereitung auf jedwede neue Gruppe gehört, dass sich die Psychologen einen Überblick über die Zusammensetzung in der Teilnehmerschaft verschaffen: Wie ist das Verhältnis von „Selbstmeldern“ zu jenen Patienten, denen eine Teilnahme verordnet wurde? Diese Information diene als „Barometer“ für eine „Grundstimmung“, mit der sie als Therapeuten zu rechnen hätten. Gleichwohl seien das NRT und die Gesprächsgruppe für Übergewichtige die „ungeliebten Kinder“ der Abteilung: Verordnungen durch Ärzte kämen hier besonders häufig vor, entsprechend hoch sei das Widerstandspotential. Immerhin nehme man den Leuten etwas Orales weg, was sich niemand so einfach gefallen lasse (B2/749ff; B2/1079ff).

Insgesamt reflektiert die Teilnahmeverpflichtung, zusammen mit dem Umfang des Programms zur Gesundheitsbildung und der ärztlichen Beteiligung daran, die Überzeugung der Klinikleitung vom prinzipiellen Nutzen der Sekundärprävention, auch und gerade mit Blick auf die Verhaltensmodifikation. Mag der langfristige Erfolg auch fraglich sein – da er maßgeblich von der *Eigenverantwortung* abhängt –, so ist dennoch die Klinikpolitik von dem Leitgedanken geprägt, Patienten möglichst viele Perspektiven zur Verhaltens- oder Lebensstiländerung zu eröffnen und hierbei durchaus direktiv zu verfahren. Die Regelung unterstreicht einerseits die ärztliche Anordnungsmacht und -funktion, erlegt dem ärztlichen Dienst andererseits aber auch die Verantwortung auf für die Initiierung sekundärpräventiver Schritte.

Klinik A

In Klinik A herrscht demgegenüber ein geringerer Verbindlichkeitsgrad für all jene Veranstaltungen, die unter die Rubrik *Gesundheitsbildung/Verhaltensschulung* fallen. Wir hatten im Abschnitt über die Therapiesteuerung gesehen, dass von Patienten teilweise erwartet wird, sich diese Sparte des Behandlungsprogramms eigeninitiativ zusammenzustellen, quasi als Vorwegnahme jener Voraussetzung, die als eine zentrale Erfolgsvariable langfristiger Sekundärprävention gilt: sich selbst zu kümmern und Verantwortung zu übernehmen. „Es ist doch der Patient, der etwas will“, heißt es dazu. Gegen eine weitgehende Verordnungsregelung, wie sie in Klinik B Praxis ist, wird gewissermaßen die potentielle Macht innerer Teilnahmslosigkeit ins Feld geführt, gegen die eine Verordnung nichts ausrichten könne. Die Reichweite ärztlicher Einflussnahme ende mit Information und Aufklärung und habe am ehesten Erfolg bei der Erläuterung im engen Sinne medizinischer Maßnahmen, wie ein Oberarzt erklärt:

- I: „Einem Patienten fällt es leichter, den Vorschlag abzulehnen, am Entspannungstraining oder am Nichtrauchertraining teilzunehmen. Es fällt ihm schwerer, offen eine angesetzte Medikation zurückzuweisen. Umgekehrt fällt es auch Ärzten leichter, die erste Zurückweisung hinzunehmen als die zweite. Warum ist das so?“
- A: „Bei der Medikation gehen wir davon aus, dass der Patient am ehesten die Notwendigkeit oder Nichtnotwendigkeit fehleinschätzt. Bei der Frage, Nichtrauchertraining ja oder nein, da spielt einfach die Motivation eine Rolle. Und wir können da nicht jemandem etwas aufbürden, was er einfach nicht will. Dagegen bei der Medikation kann man häufig durch Überzeugungsarbeit sehr viel erreichen: Dass aus den und den Gründen die und die Medikation dringend erforderlich ist und eine andere weggelassen werden kann.“
(AAD3/281-293)

Am Beispiel des Nichtrauchertrainings wird deutlich, dass das Zuweisungsgebaren nicht darauf abzielt, die Motivation zur Teilnahme bzw. zur Entschlussfassung, das Rauchen aufzugeben, zu beeinflussen. Das kommt auch in der folgenden Passage zum Ausdruck:

- I: „Wie handhaben Sie es bei Ihren Patienten: Wem schlagen Sie vor, zur Ernährungsberatung zu gehen, wem schlagen Sie vor, zum Nichtrauchertraining zu gehen? Wählen Sie aus unter den Rauchern und unter ...?“
- A: „Denen wird es allen empfohlen, d.h. ich frag sie halt, ob sie nicht zum Raucherentwöhnungsprogramm gehen wollen. Einige gehen hin, einige gehen nicht hin, einige überlegen sich das und gehen dann selbst bei der Psychologin vorbei, melden sich selbst an, das gibt es ja auch mal. In der Regel entscheiden ... haben sich das schon alle überlegt und haben schon entschieden, sie wollen oder sie wollen nicht.“
- I: „Also, die meisten nehmen es nicht in Anspruch, ist Ihre Erfahrung?“
- A: „Na, von den Rauchern 50 Prozent vielleicht. Es gibt ja auch Raucher, die sagen, sie rauchen nicht mehr. Und da fällt es natürlich flach. Ich versuche natürlich, alle Leute da hinzubekommen, auch wenn sie sagen, sie rauchen nicht mehr, weil das zu 25 bis 30 Prozent eine glatte Lüge ist. Ich bin halt nur der Kurdokter, den darf man auch anlügen. – Das ist so. – Irgendwann verplappern sie sich bei den Visiten: vom Nichtraucher sind sie dann auf 20 Zigaretten und von 20 auf 15 gekommen. Das ist halt so das Brot [? Niveau?] hier.“
(AAD1/709-726)

Von einer wahrhaftig freigestellten Teilnahme kann gleichwohl nicht die Rede sein, denn die generelle Erwartung an die Initiative von Patienten wird teilweise durchaus direktiv kommuniziert, wenn auch nicht unisono. Das oben zitierte Motto, es sei doch der Patient, der etwas wolle, charakterisiert demnach die Situation nicht ganz zutreffend; es müsste eigentlich lauten: Es ist doch der Patient, der etwas wollen *sollte* (s.a. Kap. 11.1.2). Aus dem Kreis jener, die für das Gesundheitsbildungsprogramm weitgehend verantwortlich zeichnen, wird die Haltung folgendermaßen beschrieben:

- I: „Das Vortrags- und Seminarprogramm hat ja eigentlich ausdrücklich Angebotscharakter. Oder ist das schon eine falsche Umschreibung?“
- A: „Ja, finde ich schon.“
- I: „Dann korrigieren Sie mal.“
- A: „Angebotscharakter würde ja bedeuten, dass es eine Ware ist, die ich anbiete, die man aber nicht kaufen muss. Natürlich geht der verpflichtende Charakter für mich nicht so weit, dass ich jetzt sagen würde, ‚Das ist Pflicht, da müssen Sie jetzt hingehen‘, und das wird jetzt so kontrolliert, dass der Patient gar keine Entscheidungsfreiheit mehr hat. Das sicherlich nicht. Aber es ist nicht ein Angebot, das ich als Patient überhaupt nicht annehmen brauche, sondern der Patient muss schon verstehen, dass das Gesundheitsseminar genauso gut zum Reha-Verfahren gehört wie Anwendungen in der Sport- und Physiotherapie, wie eine Visite dazugehört, wie das Ergometertraining dazugehört, wie andere Dinge dazugehören. Das ist nicht etwas, wo ich sagen würde, das eine – Visiten – ist Pflicht und der Rest ist Angebot. Das ist mehr als ein Angebot. Es ist ein Angebot, das ich ernst nehmen muss, das ich nicht in Gänze wahrnehmen muss, aber wo ich schon als Patient die Verpflichtung habe, die für mich relevanten Dinge mir anzuhören. Ob er das immer tut, sei mal ganz dahingestellt. Aber von Seiten der Klinik wird das als etwas doch Verpflichtendes betrachtet. Man muss es nicht so formulieren, aber es ist schon so.“
(ASD2/406-424)

Diese Erwartung wird gestützt durch die auch in Klinik A übliche Praxis der Teilnahmetestierung für jede einzelne Veranstaltung. Bisweilen interessieren sich Stationsärzte oder der Oberarzt während der Visiten für die entsprechenden Eintragungen in den Therapiebüchern. Doch ist dies eine sporadische Kontrolle, die ebenso wie die Reaktion auf fehlende Einträge zum individuellen Repertoire ärztlicher Verhaltensstrategien zu zählen ist. Die Testierung selbst hat jedoch eine nicht zu unterschätzende disziplinierende Wirkung, wie genau in dem Moment offenkundig wurde, als sie im Zuge der Umorganisation von Klinikabläufen eine Zeitlang ausgesetzt war (was sich nach der eigentlichen Forschungsphase ereignete): Daraufhin sanken die Teilnehmerraten am Gesundheitsbildungsprogramm so stark, dass darin eine ernsthafte Bestandsgefährdung gesehen wurde.

Bis zu jener Phase der Umorganisation war die Testierung nicht Bestandteil der Leistungsdokumentation der Klinik gegenüber Kostenträgern, sondern diente lediglich einer Patienten abschließend zustehenden Zertifizierung. Für Patienten war nicht ersichtlich, dass diese Information keinen Eingang in ihre Akte fand und Nichtteilnahme keine Konsequenzen bei der Kostenübernahme durch Rentenversicherungsträger oder Krankenkassen haben konnte. Als im Frühsommer 1998 Forderungen der LVA nach einem umfassenderen Entlassungsbericht umzusetzen waren, der u.a. Angaben zur Teilnahme am Gesundheitstraining enthalten sollte, stand diese Information nicht mehr zur Verfügung (s.o.), was dazu führte, dass einige Ärzte Angaben nach Gutdünken machten, andere gar

nichts eintragen. – Zu welchem Ergebnis die Umorganisation schließlich geführt hat, wurde nicht mehr recherchiert. Zielvorstellungen hierzu, wie sie von im Gesundheitsbildungsprogramm engagierten Mitarbeitern geäußert wurden, gleichen sehr stark dem, was für Klinik B beschrieben wurde: Mit einer EDV-gestützten Terminplanung (deren Einführung angekündigt war) werde es möglich sein, individuelle Therapiepläne zu erstellen, in denen auch Vorträge und Seminare „wie eine Verordnung“ erscheinen. Patienten müssten dann nicht mehr wie bisher sich ihr Programm selbst zusammenstellen. Voraussetzung sei allerdings, dass Ärzte ihre Steuerungsfunktion stärker und verbindlicher wahrnehmen und ihre Auswahl Patienten gegenüber plausibel machen. Verordnungen, die ohne Rücksprache mit Patienten zustande kommen, seien nicht erwünscht. Zudem sollte es zukünftig eingangs der Reha einen Patientenfragebogen geben, auf dem Teilnahmewünsche kundgetan werden könnten.

Wie immer sich Zuweisungs- und Teilnahmeregelungen in der Zukunft auch entwickelt haben mögen, so ist doch nicht übersehbar, dass die Klinikpolitik in punkto Gesundheitstraining bis dato eine andere gewesen war als in Klinik B. An die Diversität ärztlichen Zuweisungsverhaltens sei erinnert, die sich ja nur dann entwickeln kann, wenn es an entsprechenden Vorgaben fehlt. Für eine allein an Risikofaktoren orientierte Zuweisung, die gegebenenfalls Unfreiwilligkeit in Kauf nähme, habe es an der entsprechenden Unterstützung durch die ärztliche Leitung gefehlt, heißt es:

- I: „Können Sie es sich denn vorstellen, dass es auch zu Ihrer Rolle gehören würde, Leute ins Nichtrauchertraining oder ins Entspannungstraining oder sonstwohin zu pushen? So wie Sie sie zum Fahrradergometertraining anmelden?“
- A: „Natürlich ja, ist kein Problem. Nur diese Veranstaltungen sind ja alle mehr oder weniger auf Freiwilligenbasis.“
- I: „Ja, eben.“
- A: „Also, bei Sport, da habe ich ja immer noch die Möglichkeit dann irgendwie zu drohen, das wird ja auch ... wenn ich jemandem drohe, muss ich ja auch Rückendeckung haben von meinem Vorgesetzten, von der Klinikleitung. Das habe ich beim Sport bislang gehabt. Ich weiß nicht, wie es jetzt zurzeit aktuell ist. Mit Herrn [neuer Chefarzt] hat man ja selten was zu tun. Bei den psychologischen Geschichten war es letzten Endes so, dass man da keine Rückendeckung hatte. Das heißt, wenn jemand [nicht] zum Nichtrauchertraining wollte, zum Raucherentwöhnungsprogramm, dann hieß es letztendlich von der höheren Warte aus, „Ja, das ist deren Entscheidung, wenn die nicht aufhören wollen, dann zwingen wir die nicht dazu.“ Die stören die Gruppe, wenn die dann rumsitzen und rummaulen und nicht motiviert sind. Und das wird letztlich auch die Psychologin so sehen, dass sie also mit diesen Leuten wenig anfangen kann, die da zwangsweise sitzen. Nach dem Motto: ‚Der Doktor hat gesagt, ich muss da hin, sonst muss ich [unverständlich].‘ Als Zwangsmaßnahme dann daran teilnehmen. Warum diese Rehabilitation hier so gemacht wird, das liegt einfach an dem Konzept, das der [frühere Chefarzt] hier mehr oder weniger vertreten hat. Da hat sich ja nicht sehr viel geändert mit dem neuen Chefarzt, aber eigentlich ist ein übliches Konzept: mit dem Sport als Primärfaktor, was im Vordergrund steht.“ (AAD1/683-707)

Wie es nun tatsächlich um Direktiven und Konzepte der ärztlichen Leitung bestellt gewesen ist, und wie sich demgegenüber der Handlungsspielraum des einzelnen Arztes ausgenommen hat, ließ sich rückblickend nicht mehr eindeutig klären.¹⁷⁶ Und das wiederum mag für sich genommen auch ein Befund sein. Immerhin aber äußerte sich der (scheidende) Ärztliche Direktor mir gegenüber mit großer Skepsis über die Zielsetzung der Sekundärprävention während der Rehabilitationsmaßnahme: Was könne man in drei Wochen schon erreichen? Vor allem aber schien er die Tauglichkeit des Risikofaktorenkonzepts als Richtschnur für die Sekundärprävention in Zweifel zu ziehen, mit Ausnahme der Bedeutung des Rauchens. Immerhin habe eine Nachbeobachtung von 4000 Patienten der Klinik ergeben, dass diejenigen mit einem schlechteren Risikofaktorenprofil kaum kränker gewesen seien als die anderen. Hilfe es also wirklich, die Risikofaktoren zu beeinflussen? (A2/46-68)

Fest steht immerhin, dass in punkto Gesundheitsbildung der Chefarzt von Klinik A nicht in gleicher Weise ein Überzeugungstäter genannt werden kann wie jener aus Klinik B. Fest steht auch, dass die von der ärztlichen Leitung ausgehende Klinikpolitik in diesem Punkt keinen besonderen Gestaltungswillen erkennen ließ und die Ausgestaltung den einzelnen und hier überwiegend nichtärztlichen Mitarbeitern überlassen war. Das bezeugen die geringe Einbindung des Ärztlichen Dienstes in das Gesundheitsbildungsprogramm, die Variabilität ärztlicher Zuweisungskriterien und schließlich der geringere Verbindlichkeitsgrad in der Teilnahme.

8.3.2 Zeitliche Regelungen: Verteilung der Programmbestandteile im Tagesverlauf

Welche Programmbestandteile haben im Überschneidungsfall Vorrang vor anderen? Wie sind sie jeweils im Tagesablauf platziert? – Antworten auf diese Fragen sind nicht allein Ausweis organisatorischer Notwendigkeiten, sondern geben darüber hinaus Auskunft über Prioritätensetzungen einer Organisation. Zeitgerüste für die Behandlungsprogramme in Kliniken sind – von Arbeitszeiten einmal abgesehen – vornehmlich durch Mahlzeiten und Visiten strukturiert. Um diese – exklusiven – Zeitblöcke ist alles Weitere herumgruppiert. So wird es in beiden Kliniken gehandhabt, und dennoch gibt es auch hier bedeutsame Unterschiede.

Klinik A

In Klinik A galt bis zur Änderung durch den neuen Chefarzt folgende Regelung: Für jede Station waren wöchentlich eine Oberarzt- und zwei Stationsarzt-Visiten von ca. zwei- bis dreistündiger Dauer an verschiedenen Vormittagen vorgesehen. Von Patienten wurde erwartet, dass sie während dieses Zeitraums in ihren Zimmern warteten, bis sie an der Reihe waren; der Zeitraum war für die Vergabe anderer Termine blockiert. Es ergab sich also viel ‚tote Zeit‘ für Patienten. Wartezeit und die auf den einzelnen Patienten entfallende Visitenzeit standen, so das einhellige Urteil *nichtärztlicher* Mitarbeiter, in einem

¹⁷⁶ Die gegenteilig lautende Schilderung einer Stationsärztin: Dem früheren Chefarzt sei es einzig und allein ums Rauchen gegangen. Da habe er von den Ärzten verlangt, große Strenge an den Tag zu legen, auch Patienten „anzupanken“, wenn sie sie beim Rauchen sähen. Cholesterin sei auch noch halbwegs wichtig gewesen. Aber alles andere kaum noch. Man habe zwar nach Diabetes fragen müssen, aber großer Nachdruck habe nicht darauf gelegen, diesen Risikofaktor zu bearbeiten. Sie habe sich geweigert, Patienten „anzupanken“, einmal, weil sie selbst rauche, und dann, weil sie nicht die Erziehungsberechtigte von Patienten sei. Sie gehe davon aus, dass die Einsicht und Bereitschaft, etwas verändern zu wollen, von selbst kommen müsse (A11/555-564).

Missverhältnis. Ansonsten waren die Vormittage für die täglichen Bewegungstherapien (Ergometertraining und Gruppengymnastik), Anwendungen und im Bedarfsfall diagnostische Prozeduren reserviert. Ausweichtermine für das Bewegungstraining waren in den späten Mittagsstunden vorgesehen. Die Visitenregelung hatte auch zur Folge, dass Patienten an den Trainingseinheiten der Bewegungstherapie weniger regelmäßig teilnehmen konnten, als dies der Programmatik nach eigentlich vorgesehen und professionelles Anliegen der Bewegungstherapeuten ist:

„...dass eben die regelmäßige Teilnahme an den Gruppen auch wichtig ist, damit die Patienten auch sehen, dass es dann besser wird mit der Zeit. Wenn man regelmäßig Sport treibt und das drei Wochen macht, dass es nach drei Wochen einem besser geht, dass man sich wohler fühlt oder dass man das auch spürt. Und das kann man nicht spüren, wenn man nicht da war, weil man Visite hatte, dann hatte man Langzeit-EKG, am dritten Tag macht man mal wieder Sport, dann am vierten Tag hat man ein Blutdruckmessgerät, und dann kann man mal wieder kommen. Also, wenn man zweimal in der Woche Gymnastik macht und die ganze Kur über nur fünf- oder sechsmal, dann bringt das nicht so viel, da hat man diesen Effekt dann nicht, was man den Patienten dann gerne mit auf den Weg geben möchte. – Als Motivation!“ (ABT4/355-365)

Die zeitliche Ordnung habe dazu geführt, dass „Patienten von dem Sinn und Zweck ihres Hierseins ferngehalten worden sind“. Gefragt, worin der Zweck des Hierseins bestehe, folgt die Ausführung:

„Von ihrer Rehabilitationsmaßnahme [ferngelassen], d.h. von ihren Anwendungen, von ihren Vorträgen, teilweise auch von ihren Untersuchungen, die auch um die Visite herum gruppiert werden mussten, so dass es eigentlich für alle Bereiche unheimlich schwierig war, noch eigenen Freiraum zu finden, um all die Dinge, die wir persönlich für wichtig halten, dass der Patient sie erfährt, dass wir solche Dinge kaum noch so platzieren konnten, dass der Patient nicht sagt, ‚Ach, ist das ein Stress, das halte ich alles gar nicht mehr aus. Wenn ich das alles mache, dann ... ich schaff das alles nicht.‘“ (ABTL/234-242)

Es ist offenkundig, dass das Zeitgerüst die Nachrangigkeit nichtärztlicher Therapiebestandteile unterstrich und deshalb Angehörige dieser Berufsgruppen ihre professionellen Anliegen im Organisationsrahmen nicht angemessen gewürdigt sahen. Das gilt nicht allein für die Bewegungstherapeuten, sondern auch für alle weiteren Programmangebote, denn sämtliche Veranstaltungen des Gesundheitstrainings waren in den Mittags- und Nachmittagsstunden platziert, mit Ausnahme des wöchentlichen Arztvortrags, der abends stattfand. Dementsprechend hatten die Referenten oft ein Publikum vor sich, mit dessen Aufnahmefähigkeit es nicht zum Besten bestellt war, wie die Diätassistentin schildert:

„Wir waren ja sonst direkt nach dem Mittagessen, und das war eine ganz schreckliche Uhrzeit. Als Vortragender gewöhnt man sich daran, aber als Patient, denke ich, ist man schon arg gebeutelt: eventuell halb zwölf zum Sport, dann Mittagessen, um viertel vor eins dann zum Vortrag, das ist schon hart.“ (ADA2/649-652)

Der neue Chefarzt führte allerdings alsbald eine Verschiebung zeitlicher und damit auch inhaltlicher Prioritäten herbei. Die Änderung bestand im Wesentlichen in der Freigabe der Visitenzeiten und der Reduzierung der Häufigkeit von Visiten. Stationsärzte sollten fortan nur noch einmal statt wie bisher zweimal in der Woche ihre Station visitieren. Freigabe bedeutet, dass nun parallel zu Visitenzeiten beliebig andere Veranstaltungen anberaumt werden konnten und es Patienten überlassen blieb, sich für das eine oder andere

zu entscheiden. Träfen Stationsärzte Patienten nicht in ihren Zimmern an, sollten sie die Visite nach deren Rückkehr nachholen. Weder zu diesem noch einem früheren Zeitpunkt wurde anscheinend die Möglichkeit erwogen, durch eine Verschiebung von Arbeitszeiten eine Entzerrung von Terminen in den Kernzeiten herbeizuführen: Der Therapietag endete für Patienten fast immer um 15.30.

Vor dem zuvor geschilderten Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass besagte Neuerung im nichtärztlichen Mitarbeiterkreis ausdrücklich begrüßt wurde: „Das war mal ein richtiges Highlight“, seufzt ein Bewegungstherapeut, und die Diätassistentin muss sich „wundern, wie viel mehr gefragt wird in diesen Vormittagsstunden“. Darüber hinaus wurde die Maßnahme als professionspolitische Aufwertung aufgefasst: Es sei nicht schlimm, wenn zur Abwechslung mal die Ärzte ins Schleudern [mit ihrem Zeitbudget] gerieten, hieß es (A12/465f.).

Und in der Tat, ärztlicher Auskunft nach kamen sie ins Schleudern und konnten sich ganz und gar nicht mit der neuen Regelung anfreunden. Die Tatsache, dass Patienten nicht mehr zuverlässig anwesend sind, störe den Visitenablauf erheblich und mache die eigene Arbeit fehleranfälliger, wie eine Stationsärztin schildert:

Es komme vor, dass um halb elf vier, fünf Männer auf einmal auf den Flur treten mit der Ankündigung, sie hätten jetzt einen Ergometer-Termin, und der Erwartung, dass sie augenblicklich und am besten in einer Minute visitiert würden. So sei ein konzentriertes, gewissenhaftes Arbeiten nicht möglich. Sie weigere sich auch, hinter den fehlenden Patienten „wie ein Karnickel hinterherzuspringen“, das sei eine Bedingung, die der erforderlichen Konzentration sehr abträglich sei. Man übersehe dabei zu leicht etwas Wichtiges; es unterliefen also leichter Fehler, deren nachträgliche Korrektur ebenfalls Zeit koste (A12/102-111).

Man wird der ärztlichen Unzufriedenheit mit der Neuerung die seinerzeit als sehr belastend empfundenen Arbeitsbedingungen zugutehalten müssen. Von der anhaltenden Unsicherheit über den Fortbestand der Klinik einmal abgesehen, die allerdings alle beschäftigte, war die Personaldecke auch im Ärztlichen Dienst sehr dünn. Stationsärzte hatten wöchentlich jeweils zwei sogenannte Dienste (also Nachtdienste) abzuleisten und im normalen Tagdienst auf ihren Stationen bis zu 30 Patienten zu betreuen. Bei den Visiten – egal, ob sie mit oder ohne Oberarzt stattfanden – war es Usus und Anspruch zugleich, alle Patienten gewissermaßen ‚in einem Rutsch‘ zu visitieren; ein *Procedere*, das Visiten bis zu drei Stunden dauern ließ, den ärztlichen Beteiligten ein hohes Maß an Konzentration und Ausdauer abverlangte und sie Abweichungen im Ablauf – siehe oben – als Irritation, Störung und Zumutung empfinden ließ.

Das kann allerdings nicht die einzige Quelle des ärztlichen Unmuts über die Neuerung gewesen sein. Denn zugleich stieß die Reduzierung der *Visitenfrequenz* auf Ablehnung: Eine (Stationsarzt-)Visite wöchentlich sei nicht ausreichend, auch für Patienten nicht, die doch darüber informiert werden wollten, was sie haben und wie es weitergehen könne, wie eine andere Stationsärztin postuliert (A13/188-190). Die Änderung wird demnach als Rückstufung der Bedeutung ärztlicher Arbeit interpretiert worden sein, quasi als Kehrseite dessen, dass nichtärztliche Mitarbeiter darin eine Aufwertung ihrer Arbeitsgebiete sahen.

Insofern wird an der zeitlichen Ordnung und ihrer Änderung ein in Klinik A herrschender Grundkonflikt zwischen Ärztlichem Dienst und nichtärztlichen Berufsgruppen sichtbar, der sich freilich nicht auf diesen Punkt beschränkt und durch die Neuregelung auch noch

nicht behoben wurde. Denn diese bestand lediglich in einer – sicherlich fälligen – Aufwertung nichtärztlicher Tätigkeitsbereiche bei gleichzeitiger Abwertung des ärztlichen, ohne zugleich den Einstieg in eine ebenfalls fällige berufsgruppenübergreifende Diskussion darüber zu finden, wie sich die professionellen Teilbeiträge optimal zusammenfügen lassen – inhaltlich und eben auch zeitlich. Auffällig an den oben zitierten Äußerungen ist ja, dass die jeweiligen professionellen Positionen unter *konkurrierender* Bezugnahme auf ein bestenfalls imaginiertes Patienteninteresse ausgeführt wurden.

Klinik B

Für einen ähnlichen Konflikt um zeitliche Vorrechte, sei er nun offen oder latent, gab es in Klinik B kaum Anzeichen – was freilich nicht bedeuten muss, dass ein solcher nicht existiert –, obwohl es auch hier eine exklusive Visitenzeit gab, in der keine anderen Therapien und Termine anberaumt werden konnten. Die Exklusivität galt allerdings auch umgekehrt: Visiten fanden nicht in Zeiten statt, die für Therapien, Schulungen und Vorträge reserviert waren.

Insgesamt hat sich Klinik B ein weiter gestrecktes Zeitschema verpasst, von 7.00 bis 19.30, abzüglich der Zeiten für Mahlzeiten und Mittagsruhe. Der zweistündige Mittagsblock – von 12.00 bis 14.00 – ist therapiefreie Zeit, in der zwischen 13.00 und 14.00, während der Mittagspause von Patienten, täglich die Visiten anberaumt sind. Nichtärztliche Mitarbeiter haben unter diesen Umständen entsprechend lange Arbeitstage, eine Bedingung, die vereinzelt moniert und dann interessanterweise nicht mit der Mittagsruhe von Patienten, sondern der ärztlichen Visitenzeit in Verbindung gebracht wurde.

Anders als in Klinik A, in der die Organisation der Visiten ja – so oder so – für Unmut sorgte, hat deren Ablauf in Klinik B nichts von einer *tour de force* an sich – weder mit noch ohne Beteiligung des Oberarztes –, obwohl Stationsärzte den dafür täglich vorgesehenen einstündigen Zeitrahmen für viel zu knapp bemessen halten, um alle Patienten ihrer Station zu visitieren: „Als reine Visitenzeit ist das zu kurz für 30 Patienten. Ist ja klar, da hätte ich für jeden nur zwei Minuten. Und so lange brauche ich schon, bis ich mal die Akte aufgeschlagen habe“ (BAD4/104-106). Deshalb ist es üblich, täglich nur einen Teil der Patienten aufzusuchen; so halten es im Übrigen auch die Oberärzte. Stationsärzte behelfen sich außerdem, indem sie informell die Visitenzeiten ausdehnen oder Patienten ermuntern, von selbst auch außerhalb der Visitenzeiten den Stationsarzt aufzusuchen. Eine weitere Möglichkeit zum Patientengespräch bietet sich während allfälliger Ultraschalluntersuchungen, die Stationsärzte in der Regel selbst an den Patienten ihrer Station durchführen. Mögen Ärzte also die Visitenregelung als Herausforderung an ihre Flexibilität und ihr Organisationsgeschick und im Einzelfall als misslich betrachten, so wird dennoch daraus weder die Forderung nach einer zeitlichen Ausdehnung auf Kosten von Therapiezeiten noch einer Präsenzpflcht von Patienten abgeleitet. Im Gegenteil, jemanden während der Visite nicht anzutreffen, wird als Zeichen relativen Wohlbefindens interpretiert.

Mit dem Zeitraster ist also prinzipiell Vorsorge getroffen, dass sich Visiten- und Therapiezeiten nicht überschneiden und therapeutische Angebote nicht zugunsten von Visiten ausfallen, oder umgekehrt. Bei insgesamt hoher Therapiedichte lassen sich Überschneidungen aber wohl nicht gänzlich vermeiden, und in diesen Fällen greift eine Prioritätensetzung, die auf folgender Rangreihe basiert: Diagnostische Termine rangieren vor Veranstaltungen des Gesundheitstrainings, namentlich Vorträgen; diese wiederum vor der

Lehrküche, dann folgen Termine der Psychologen, Bewegungstherapie, Anwendungen und schließlich Krankengymnastik. Die Reihenfolge spiegelt teils inhaltliche Prioritätensetzungen, teils die Berücksichtigung organisatorischer Gegebenheiten wider. Dass beispielsweise das Gesundheitstraining bereits an zweiter Position platziert ist, darf man getrost als Bekenntnis zur Sekundärprävention auffassen, denn Schwierigkeiten in der Terminplanung sind in diesem Segment am wenigsten zu erwarten.

Insgesamt scheinen die zeitlichen Regelungen in Klinik B weder Anlass zu geben noch Feld zu sein für Konflikte zwischen Berufsgruppen über die relative Wertigkeit der jeweiligen Beiträge zum Gesamtprogramm. Anders als es in Klinik A lange Zeit praktiziert worden ist, gibt es in dieser Hinsicht keine generelle Auszeichnung ärztlicher Tätigkeit vor anderen, außer bei diagnostischen Terminen.

8.4 Fazit I

Lässt sich nun mit Fug und Recht behaupten, dass das Risikofaktorenkonzept das wesentliche Strukturierungsmerkmal des Therapieprogramms darstellt? Mit gewissen Einschränkungen wird man der Aussage zustimmen müssen. Einschränkungen ergeben sich aufgrund des komplexen Aufgabenkanons von Reha-Kliniken: Weder die Nachsorge für akutmedizinische Eingriffe noch die etwas weiter gefasste Hilfestellung bei der Überwindung unmittelbarer Krankheitsfolgen lassen sich dem Risikofaktorenkonzept subsumieren; ebenso wenig die Sozialberatung. Manche der Programmbestandteile dienen mehr als einem Zweck, so etwa das umfangreiche körperliche Training oder manche der psychologischen Angebote, weisen aber darunter eben auch einen Bezug zu Risikofaktoren auf. Ausschließlich auf die Beeinflussung diverser Risikofaktoren ist der gesamte Ernährungsbereich ausgerichtet, einschließlich der verschiedenen Kostformen. Thematisch entweder an einzelnen Risikofaktoren oder allgemein auf Notwendigkeit und Möglichkeiten risikofaktorenbezogener Lebensstiländerung orientiert ist das Gros der Vorträge.

Es ist evident, dass die Zuweisung von Patienten zu einem Programm, das wesentlich auf die Bearbeitung von Risikofaktoren ausgelegt ist, nach korrespondierenden Kriterien erfolgen muss. Ansonsten passen Programm und Klientel nicht zusammen, und die Organisation hätte ein ernsthaftes Problem. Abgesehen von diesem logischen Argument konnte gezeigt werden, in welchem Ausmaß die jeweiligen Ausprägungen von Risikofaktoren grundlegende Steuerungskriterien sind, in Klinik B für eine Reihe von Veranstaltungen sogar die ausschließlichen. In Klinik A dagegen wird die Steuerungsfunktion von Risikofaktoren relativiert durch Optionen der Selbstselektion von Patienten und der stationsärztlichen Attribution bestimmter Eigenschaften an Patienten (kognitive Fähigkeiten, Bereitschaft, Chancen der Umsetzung), die einen grundsätzlich angelegten Automatismus der Zuweisung außer Kraft setzen können. Für das körperliche Training hingegen bestimmen allein die körperliche Belastbarkeit und der sonstige körperliche Zustand die Zuweisung, trotz der mittelbaren Beziehung zwischen Training und Risikofaktoren. Die medizinischen Zuweisungsregeln enthalten eine Richtungsvorgabe für die Arbeit der nichtärztlichen Berufsgruppen, namentlich die Thematisierung bzw. Bearbeitung von Risikofaktoren. Nichtärztliche Berufsgruppen kommen somit unter der Ägide eines medizinisch-epidemiologischen Konzepts zum Einsatz. In welchem Maße dieses Konzept tatsächlich deren Arbeit bestimmt, ist eine empirische Frage, die in Kapitel 10 geklärt wird. Voraussetzung dafür, dass Zuweisungsvorgänge qua Standardisierung rationalisiert werden, sind die Entwicklung organisatorischer Routinen zum einen und die Definition

eindeutiger Entscheidungsregeln zum zweiten. Indem Risikofaktoren und körperliche Belastbarkeit zu basalen Steuerungskriterien erhoben werden, ist die zweite Bedingung erfüllt, die Erfüllung der ersten wird durch EDV-Ausstattung erleichtert. Die Kliniken nutzen die Option der Standardisierung, wie wir gesehen haben, in unterschiedlichem Maße, wodurch in der Folge der Ärzten verbleibende Entscheidungsspielraum bei der Therapiesteuerung variiert: In Klinik B wenden Stationsärzte vornehmlich medizinisch definierte und durch die ärztliche Leitung in kollegialer Abstimmung präformierte Indikationsregeln an, während es Stationsärzten in Klinik A in stärkerem Maße offensteht, medizinische Indikationskriterien durch diverse individuell definierte und informell gehandhabte Kriterien zu relativieren. Ärztliche Entscheidungsautonomie trägt somit im Fall von Klinik B eher kollektive und im Fall von Klinik A eher individuelle Züge. Dieser strukturell bedeutsame Unterschied schlägt sich in Delegationspraktiken nieder, die wiederum das Verhältnis der Berufsgruppen zueinander beeinflussen.

Trotz der Varianten, die im Hinblick auf die Rekrutierung von Patienten für die einzelnen Therapiebestandteile praktiziert werden (Selbstrekrutierung, Gruppen- und Einzelansprache, Fragebogen), gilt die Feststellung, dass die Therapiesteuerung im Wesentlichen ärztliche Aufgabe ist. Ärzte sind die einzige Berufsgruppe – von den Psychologen in Klinik B abgesehen –, die eingangs der Reha-Maßnahme diagnostische Informationen erhält bzw. solche erhebt (erheben lässt) und damit über eine Basis verfügt, die überhaupt erst Steuerung ermöglicht. Somit gewinnen nichtärztliche Berufsgruppen Zugang zu Klienten größtenteils durch ärztliche Zuweisung und kaum durch die Anwendung eigener diagnostischer Kompetenz.

Die eingangs referierten Bestandteile der Therapieprogramme offenbaren, dass die Ausführung sekundärpräventiver Arbeit in großen Teilen – vornehmlich, soweit Training, Schulung, Informationsvermittlung, Gespräch betroffen sind – Angehörigen nichtärztlicher Berufsgruppen obliegt. Ein dem Vernehmen nach zentrales medizinisches Anliegen ist also delegiert, und erst durch diese Delegation können die Aufgabenbereiche nichtärztlicher Berufsgruppen entstehen. Obwohl dieses Grundmuster in beiden Kliniken gilt, konnte gezeigt werden, dass es nicht unerheblich zwischen Klinik A und B variiert. Insgesamt ist das Gewicht, das der Arbeit nichtärztlicher Berufsgruppen beigemessen wird, in Klinik B größer. Anhaltspunkte dafür sind, erstens, der größere Umfang, in dem nichtärztliche Berufsgruppen sekundärpräventive Arbeit leisten; zweitens, Delegationsregeln, die willkürlichen Zuweisungsentscheidungen einzelner Ärzte vorbeugen; drittens, die Etablierung weiterer organisatorischer Regeln, die weitgehend verhindern, dass Ärzte und nichtärztliche Berufsgruppen in zeitliche Konkurrenz zueinander treten. Die Arbeit nichtärztlicher Berufsgruppen ist also in Klinik B grosso modo institutionell besser abgesichert. Nicht ohne Ironie ist allerdings die Feststellung, dass die unterschiedlichen Grade von (Multi-)Professionalität, die sich in beiden Kliniken ausmachen lassen, ihren Ausgangspunkt in individuellen ärztlichen Entscheidungen – der ärztlichen Leitung – haben.

9 Das Risikofaktorenkonzept in der ärztlichen Arbeit

Im vorangegangenen Kapitel wurden die Programmstruktur und einige Organisationsformen sekundärpräventiver Arbeit, insbesondere Prinzipien der Therapiesteuerung, in klinikvergleichender Perspektive dargestellt; die leitende Frage war, in welchem Ausmaß das Risikofaktorenkonzept als wesentliches Strukturierungsmerkmal des Therapieprogramms gelten kann. In diesem und dem folgenden zehnten Kapitel nun wird der Blick auf die sekundärpräventive Arbeit der einzelnen Berufsgruppen – hier zunächst der Ärzte – unter Hinzuziehung ethnographischer Daten vertieft. Die Perspektive bleibt nur dann klinikvergleichend, wenn im Sinne der Fragestellung bedeutsame Unterschiede festzustellen sind.

Der erste Abschnitt (9.1) ist der ärztlichen Steuerungsarbeit gewidmet unter der Frage, worauf die ärztliche Aufmerksamkeit gerichtet ist und welche Rolle Risikofaktoren dabei spielen. Auf der professionellen Umsetzung eines auf Organisationsebene festgelegten Programms liegt der Fokus. Steuerungsarbeit umfasst jene ärztlichen Tätigkeiten, die sich auf individuelle Patienten beziehen: Untersuchungen anordnen oder durchführen, Patientenakten lesen und fortschreiben, Gespräche führen mit Patienten, mit Kollegen und anderen Therapeuten über Patienten, Verordnungen und weitere Therapie-, Diagnostik- oder Delegationsentscheidungen usw.

Im zweiten Teil (9.2) geht es um die kognitive bzw. reflexive Seite: Welchen Reim machen sich Ärzte eigentlich auf das Risikofaktorenkonzept? Was bedeutet es für sie, mit einem Konzept so eindeutig statistischer Provenienz zu arbeiten? Ergeben sich daraus irgendwelche (Interpretations-)Hürden für die ärztliche Arbeit? Für wie schlüssig und belastbar halten sie es hinsichtlich Krankheitserklärung und Handlungsorientierung? Werden zusätzliche Überlegungen angestellt, um Erklärungslücken zu schließen, und wenn ja, welche?

Kapitel 9.3 untersucht, wie Ärzte auf das Risikofaktorenkonzept zurückgreifen, wenn sie zu und mit Patienten sprechen. Auch dieser Bereich ärztlicher Tätigkeit ließe sich im weiteren Sinne der Steuerungsarbeit zurechnen; doch werden Aufklärung, Wissensvermittlung und Verhaltensbeeinflussung hier vorzugsweise als Bestandteile der Kommunikation von Experten mit Laien bzw. Ärzten mit Patienten aufgefasst (Gulich 1999; Brünner 2005; Koerfer, Albus, Obliers, Thomas & Köhle 2008). Verhaltensbeeinflussung (auch) durch Wissensvermittlung – das ist das geläufige Motto für Sekundärprävention chronischer Erkrankungen, zumal dann, wenn der Verhaltensbezug von Risikofaktoren so stark in den Vordergrund gerückt wird wie bei der KHK (vgl. Kap. 3.4.3).

Zur Wissensgenerierung im Risikofaktorenkonzept gehören der fortgesetzte Vergleich (Gruppe A vs. Gruppe B, t1 vs. t2, Intervention X vs. Intervention Y usw.) und die Quantifizierung der Vergleichsergebnisse als absolute oder relative Häufigkeiten oder als relative Risiken. Zur Wahrscheinlichkeitstheorie wiederum gehört die Idee, dass sich Gewissheit bzw. Unsicherheit graduell bestimmen, das heißt quantifizieren lässt. Vor diesem Hintergrund ist zu fragen, wie Ärzte das Risikofaktorenkonzept Patienten gegenüber eigentlich darstellen? Spielt dabei eine Rolle, dass das Konzept im Kern quantifizierte Ergebnisse liefert? Und dass es die Ebenen der Statistik und des Individuums nicht überbrücken kann? Wie werden Gewissheit oder Ungewissheit formuliert?

Das Kapitel schließt mit einem analytischen Fazit zur Bedeutung, die das Risikofaktorenkonzept in der ärztlichen Arbeit hat: für die Behandlungssteuerung von Patienten, als

epidemiologisch generiertes Konzept im klinischen Kontext, als Handlungswissen, das Patienten zu vermitteln ist.

9.1 Ärztliche Steuerungsarbeit: Welche Rolle spielen Risikofaktoren?

Das auf der Ebene der Organisation festgelegte therapeutische Programm ist durch das Risikofaktorenkonzept in hohem Maße geprägt, wie wir gesehen hatten. Dass sich dies in der konkreten ärztlichen Arbeit umstandslos fortsetzt, mag eine starke Annahme sein, die sich allerdings dadurch relativiert, dass Ärzte als Angehörige einer Profession fallbezogen arbeiten und entscheiden (Stichweh 2000; di Luzio 2005), Abweichungen zwischen individuellem professionellen Urteil und Organisationsprogrammatik also resultieren können und ggf. müssen. Wie Ärzte das aus dem Risikofaktorenkonzept abgeleitete Behandlungsprogramm ins Werk setzen, ist mithin eine empirische Frage. Zu ihrer Untersuchung wird der Auftakt ärztlicher Steuerungsarbeit – die Aufnahmeuntersuchung – herangezogen; sodann der Umgang mit „paradoxen“ Fällen. Damit sind Patienten gemeint, deren Krankengeschichte Risikofaktoren nur in geringer Ausprägung oder ohne Verhaltensbezug aufweist, und die somit wesentliche Initiativpunkte für die „Einspeisung“ ins Klinikprogramm vermissen lassen. Wie verfahren Ärzte dann? Neben der Aufnahme und dem Umgang mit dem Ungewöhnlichen werden als Drittes die Prozessabschnitte Verlaufsbeobachtung und Behandlungssteuerung in den Blick genommen, und zwar anhand von Visiten sowie der Frage, ob und wie die aus dem Risikofaktorenkonzept abgeleiteten Grenzwerte Behandlungsentscheidungen bestimmen.

9.1.1 Die Aufnahmeuntersuchung

Die eingangs eines Klinikaufenthalts stattfindende ärztliche Untersuchung ist der Auftakt zum *people processing* – so der Begriff aus organisationstheoretisch inspirierten Untersuchungen solcher Dienstleistungsorganisationen, deren Aufgabe es ist, „to process, sustain or change people who come under its jurisdiction“ (Hasenfeld 1992: 4f.; vgl. Hasenfeld 1972; Prottas 1979; Klapper 2003). Von der Patientenaufnahme in einem Akutkrankenhaus, gar einer Notaufnahme, unterscheidet sich die ärztliche Aufnahmeuntersuchung von Patienten zu Beginn der AHB erheblich. Die Krankengeschichte ist – gerade auch in ihrer institutionellen Bearbeitung – bereits weit fortgeschritten, ein großer Teil der Diagnostik, der interventive Teil der Behandlung sind ausgeführt, die unmittelbar lebensbedrohlichen Phasen der Erkrankung (vorerst) abgeklungen. Selbsteinweisungen sind nicht vorgesehen, ferner sichern Beantragung und Anmeldeverfahren die vorausgegangene Krankengeschichte, so dass sich Fragen der Angemessenheit nicht stellen. Ärzte in Reha-Kliniken sehen sich bei der Aufnahmeprozedur auch nicht mit Rationierungs-, Bettenmanagement- oder Berechtigungsentscheidungen konfrontiert, die ansonsten im stationären Sektor in der jüngeren Vergangenheit verstärkt neben medizinische Steuerungsentscheidungen getreten sind (Klapper 2003; Jean 2004). Das „Patientengut“ ist eben nicht nur in medizinischer Hinsicht „hochselegiert“, sondern in den institutionellen Voraussetzungen seines Klientenstatus' zu diesem Zeitpunkt in der Regel völlig ungefährdet.

Obwohl also der mit der Aufnahmeuntersuchung einsetzende diagnostische Prozess auf eine institutionell und medizinisch voraussetzungsreiche Vorgeschichte aufsetzt, weist dieser Auftakt zur AHB doch drei der vier Attribute auf, die Klapper (im Anschluss an Hasenfeld 1972) als Aktivitäten der Aufnahme ins Krankenhaus analysiert hat, nämlich

explorieren, entscheiden und weiterleiten (Klapper 2003).¹⁷⁷ Im Einzelnen besteht die Aufnahme eines Patienten aus der Kenntnisnahme bereits vorliegender schriftlicher Informationen (Krankenakte oder AHB-Anmeldung), dem Aufnahmegespräch selbst einschließlich einer körperlichen Untersuchung, der Veranlassung weiterer diagnostischer Schritte (u.a. Blutabnahme und -untersuchung, Blutdruckmessung, Gewichtskontrolle, Belastungs-EKG) sowie der Auswahl eines großen Teils der therapeutischen Module. Am Beispiel einer Aufnahme werden diese Aspekte weiter unten analysiert. Dabei wird ein vierter Aspekt zutage treten – die Instruktion an Patienten, was sie im Hinblick auf die AHB und den weiteren Krankheitsverlauf tun, worauf sie achten sollen –, der als therapeutisch intendierte Intervention für ein Aufnahmeinterview unerwartet sein mag, in diesem Setting allerdings häufig vorkommt. Grundsätzlich stellt die Aufnahme als Arzt-Patient-Interaktion eine Form des „institutional talk“ dar, der sich v.a. dadurch auszeichnet, dass bestimmte Regeln der Alltagskommunikation hier nicht gelten. Vielmehr ist er charakterisiert durch z.B. ungleich verteilte Rede- und Fragerechte, die Aussetzung des „turn by turn talk“ und die mit den Rollen „Arzt“ bzw. „Patient“ verknüpften Erwartungen an Verhalten und Wissensverteilung (die eigenen und die des Gegenübers) – um nur einige Eigenschaften zu nennen (vgl. Koerfer et al. 2008; Spranz-Fogasy 2005; Brünner 2005; Gülich 1999; Rehbein 1993; ten Have 1991; Quasthoff 1990).

Stationsärzte treffen auf schriftliche Vorinformationen von sehr unterschiedlicher Qualität. Oftmals – in Klinik A regelmäßig, in Klinik B bei sogenannten externen Patienten – ist die Informationsbasis schmal und beruht auf Angaben, die in der AHB-Anmeldung enthalten sind, nämlich Kurzdiagnose, Interventionsdatum, ggf. Begleiterkrankungen und bisherige Medikation. In diesen Fällen müssen wesentliche Informationen im Aufnahmegespräch erhoben und durch weitere Diagnostik abgesichert werden. Stationsärzte überprüfen, ob der akutmedizinische Behandlungsteil tatsächlich abgeschlossen und der diagnostische Bedarf in dieser Hinsicht abgegolten ist. Ist er es nicht – für wenige Patienten treffe das zu –, stehe zunächst weitere Diagnostik, einschließlich ggf. einer Koronarangiographie, im Vordergrund, von deren Ergebnis das weitere Vorgehen abhängt (BAD5/84ff., BCA/101ff.).

Vergleichsweise ausführlich sind Stationsärzte in Klinik B über interne Patienten informiert, Patienten also, die zuvor in der zum Klinikkomplex gehörenden kardiologischen oder herzchirurgischen Abteilung behandelt worden sind. Diese Klientel sei „komplett untersucht“, von ihr wisse man mit dem Verlegungstag bereits genau, „was der Patient eigentlich hatte, was gemacht worden ist“. Und über operationsbedingte Störungen sei „mit wenigen Untersuchungen ein ganz klares Bild“ zu bekommen (BCA/132-136). Wie klar das Bild bei günstiger Informationslage bereits vor dem Aufnahmegespräch ist, zeigt folgende Begebenheit, bei der ein Stationsarzt nach dem Aktenstudium seinen Informationsstand der Forscherin gegenüber zusammenfasst:

Es handele sich um eine Frau, Jg. 1927, Rentnerin, mit einer 3-Gefäß-Erkrankung. Sie sei 13 Tage zuvor operiert worden, allerdings nur inkomplett revaskularisiert (2 statt 3 Bypässe) und ohne Verwendung der Brustwandarterie, was eigentlich das

¹⁷⁷ Das erste Attribut – die Legitimität eines Klientenanliegens, die medizinische Dringlichkeit einzuschätzen und ggf. eine medizinische Fachrichtung als zuständig für die Erstversorgung auszuwählen – erübrigt sich aus den o.g. Gründen zu Beginn der AHB. Diese erste Einschätzung ist oftmals nicht ärztliche, sondern pflegerische Aufgabe, wenngleich anfällig für professionelle Friktionen (ebd.: 118ff.).

von den Chirurgen bevorzugte Verfahren sei. Bei beiden Punkten werde er bei den Chirurgen nachhaken, denn die Gründe seien in der Akte nicht genannt, prognostisch aber für die Patientin von Bedeutung. Ihre Pumpfunktion sei gut, postoperativ habe es keine Probleme gegeben. An Risikofaktoren bestehe eine „Adipositas per magna“, ein insulinpflichtiger Diabetes, eine Hyperlipidämie, eine arterielle Hypertonie; also, fasst er zusammen, ein „inkomplettes, wahrscheinlich sogar komplettes metabolisches Syndrom“. Der postoperative Echo-Befund habe normale Werte, eine gute Pumpfunktion, kaum einen Erguss ergeben. An Medikamenten bekomme sie einen CSE-Hemmer, ein Medikament zur Senkung des Harnsäurespiegels und Insulin. Dass sie ein harnsäuresenkendes Mittel bekomme, sei ein Hinweis auf ein wohl doch komplettes metabolisches Syndrom. Ihr Blutdruck sei regelrecht, allerdings unter Medikation. Sie habe vorübergehend Herzrhythmusstörungen gehabt, sei aber medikamentös rhythmisiert worden. Bei einer Körpergröße von 158 cm wiege sie fast 102 kg. Er rechnet den Body Mass Index aus: 40,7. Aus all dem ziehe er den Schluss – vorbehaltlich des Aufnahmegesprächs –, dass bei der Patientin während der AHB das körperliche Training im Vordergrund stehen sollte. Er werde sie voraussichtlich einer Übungsgruppe mit FET zuweisen. Langfristig stehe eine erhebliche Gewichtsreduktion im Vordergrund (B8/12-34).

Der Stationsarzt ist mit der Akteninformation demnach in der Lage, die Problemkonstellation zu identifizieren (das inkomplette oder gar komplette metabolische Syndrom) und – wie er betont: unter Vorbehalt – schlussfolgernd das therapeutische Ziel zu formulieren: das körperliche Training und langfristig die erhebliche Gewichtsreduktion. Seine Skizze ist auf drei Themen konzentriert: die morphologischen Komponenten der Erkrankung und Intervention, die Funktion des Herzmuskels nach der OP sowie die Risikofaktoren nebst den wichtigsten Strategien zu ihrer Korrektur.

Ungeachtet der rasch gewonnenen Einschätzung nimmt sich der Stationsarzt für die anschließende Anamnese einschließlich der körperlichen Untersuchung mehr als eine halbe Stunde Zeit. Es gilt, einerseits nichts Wesentliches zu übersehen, andererseits die bereits weit gediehenen Hypothesen so weit wie möglich zu verifizieren. Wesentlich heißt in diesem Zusammenhang, Klarheit bzw. Anhaltspunkte zu gewinnen über

- die der Operation vorausgegangene Kranken- und Therapiegeschichte, einschließlich des Diabetes; hier interessieren ihn insbesondere Praktiken und Kenntnisstand der Patientin im Umgang mit ihrem Diabetes,
- die subjektive Einschätzung des Operationsergebnisses,
- unmittelbare Operationsfolgen (z.B. Wundheilungsstörungen, Erguss, Beinschwellung),
- Begleiterkrankungen, in diesem Fall eine Erkrankung der Schilddrüse sowie Gicht,
- die Entwicklung der Adipositas,
- den Kenntnisstand der Patientin hinsichtlich weiterer, in der Akte vermerkter Risikofaktoren und der diesbezüglichen Medikation,
- eine familiäre Häufung der KHK,
- und schließlich die allgemeinen Lebensumstände der Patientin.

Das Fragengerüst des Arztes ist also thematisch durchaus breit ausgelegt, zugleich werden bereits die Risikofaktoren fokussiert. Fragen stellt fast ausschließlich der Arzt, der damit vom ärztlichen „Gewohnheitsrecht“ im Arzt-Patienten-Gespräch Gebrauch macht (Rehbein 1993: 313). Der Form nach sind sie keine Einladungen zu freier Verbalisierung,

sondern geben der Patientin vielmehr einen Antwortraum vor (West (1984) spricht in diesem Zusammenhang von „multiple-choice-questions“). – Die Antworten geben dem Arzt keinen Anlass, seine Hypothesen zu ändern.

Der Arzt überprüft mit seinen Fragen des Weiteren, ob er den avisierten Behandlungsplan ergänzen oder abändern muss: Welche Anwendungen sind den unmittelbaren OP-Folgen angemessen? Von welcher Belastungsintensität darf das Bewegungstraining sein? Welche Risikofaktoren liegen vor und müssen genauer überprüft werden? Welche Kostform ist daher angezeigt? Welche Bestandteile des Gesundheitstrainings passen zum Profil der Risikofaktoren? Gibt es Anzeichen für eine außergewöhnliche soziale oder psychische Belastung?¹⁷⁸ – Die Fragen zielen sämtlich auf die Initiierung einzelner Programm-Module. Mit ihrer Klärung wird großenteils zugleich die Delegation der konkreten Intervention angebahnt: die Belastungsintensität als Arbeitsgrenze für die Bewegungstherapie, die Kostform als Rahmen für die Diätassistenz, die einzelnen Risikofaktoren als Kriterien für die Module des Gesundheitstrainings, und schließlich die ärztliche Einschätzung zur psychosozialen Belastung als Anlass oder Beschleunigung für die Hinzuziehung von Sozial- oder Psychologischem Dienst.

Die mündliche Einschätzung, um die ich den Stationsarzt nach Beendigung von Aufnahmegespräch und -untersuchung bitte, spiegelt wider, dass der Arzt tatsächlich auf all diese Fragen eine Antwort gefunden hat:

Den Kenntnisstand der Patientin zu ihrem Diabetes könne er noch nicht zuverlässig einschätzen. Was ihr Übergewicht angehe, so sei er sicher, dass eine langjährige falsche Ernährung und mangelnde Bewegung dazu geführt hätten und nicht die Schilddrüse, die nur sehr selten der Auslöser sei [die Patientin hatte diesen Zusammenhang hergestellt; EB]. Er werde versuchen, ihr das Ziel zu verdeutlichen: dass „ein Pfund“ Gewichtsabnahme pro Woche als langfristiges Projekt sehr viel sei. Das werde schwierig genug für sie sein, denn bei der hohen Dosis Insulin, die sie nehme, komme es häufig zu dem sogenannten „Masteffekt“. Hinsichtlich der Beweglichkeit der Patientin vermute er, dass sie mehr Einschränkungen aufgrund ihres Übergewichts habe, als dass diese kardial bedingt seien. Er werde sie deshalb, abgesehen vom Fahrradergometertraining, einer Übungsgruppe [mittlere Leistungsstufe, max. 50 Watt; EB] zuweisen. Was das Gesundheitstraining betreffe, so seien bei der Zuweisung die Risikofaktoren leitend, hier also Übergewicht, Diabetes und Hypertonie. Bei den Anwendungen stehe die Lymphdrainage der geschwollenen Beine wegen im Vordergrund. Bei der Kostverordnung werde er die für operierte Patienten seiner Meinung nach unterste Grenze wählen, nämlich 10 BE (B8/217-233; 261-272).

Über wesentliche Bestandteile des Behandlungsprogramms ist der Arzt sich also im Klaren, die Teilziele eingeschlossen. Die Anamnese der Patientin deutet der Arzt in dieser Zusammenfassung in der Perspektive von Risikofaktoren, Lebensstil sowie antizipierten Schwierigkeiten, die die Patientin bei der Umsetzung von Empfehlungen zu Ernährung und Bewegung haben werde.

Das Aufnahmegespräch dient indes nicht allein der ärztlichen Informationsgewinnung, Informationsüberprüfung und Therapiefestlegung. Ein Teil dessen, was Ärzte an Information gewinnen und daraus schlussfolgern, geben sie in Form einer ersten Instruktion,

¹⁷⁸ Medikationsentscheidungen werden zu diesem Zeitpunkt in der Regel nicht getroffen.

der Festlegung von Prioritäten und daraus abgeleiteten Therapiezielen sogleich an Patienten zurück – sofern ihnen das Bild hinreichend klar erscheint, wie es im obigen Beispiel der Fall war. Folgendes hatte der Arzt der Patientin mitzuteilen:

Er gibt ihr einen Ausblick auf das anstehende Programm: In ihrem Fall seien die medizinischen Untersuchungen beinahe unwichtig. Es stünden an: eine Ultraschalluntersuchung, ein Belastungs-EKG und ein Langzeit-EKG. Das sei wichtig zur Kontrolle der Herzrhythmusstörungen und um festzustellen, was man von den gegenwärtigen Medikamenten noch weglassen könne. Auch eine Untersuchung der Durchblutung ihrer Beine werde noch gemacht. Morgen werde ihr Blut abgenommen, um ihr Cholesterin und den Erbfaktor Lp(a) zu bestimmen. Auch ihre Zuckerwerte würden dann bestimmt, v.a. der Langzeitzuckerwert Hb(c). Wie ihre Werte bislang waren?

P.: Ihr Hausarzt sei zufrieden damit gewesen.

A.: Ob sie vor der OP bestimmte Dinge nicht mehr habe tun könne, weil die Belastung zu groß war?

P.: Nein, sie habe alles gemacht: Haushalt, Treppen steigen, einen Pflegefall versorgt.

A.: Ob sie auch Fahrrad gefahren sei?

P.: Nein, das sei nicht so ihr Fall.

Der Stationsarzt resümiert: Die medizinischen Untersuchungen seien für sie nachrangig. Wichtig für sie sei, dass sie ihre Belastbarkeit wieder erlange. Dazu sei das Fahrradergometertraining da. Das sei ein regelmäßiges körperliches Training, das überwacht werde, damit es ihr nicht schade. Auch Gymnastik gehöre dazu. Wenn es sich als nicht so günstig für sie erweise, könne man über Alternativen nachdenken. Wichtig sei, dass sie körperlich wieder belastbar werde. Das sei auch für ihr Herz sehr wichtig und für die Bypässe, die dann langfristig besser funktionierten. Der zweite Programmpunkt seien die physikalischen Anwendungen und Bäder. Das fänden die Patienten z.T. sehr angenehm. Sie werde Kamillebäder bekommen und die Jobstmassagen. Ob sie eine Atemtherapie brauche, werde man noch sehen. Der dritte Punkt seien Vorträge zur Gesundheitsbildung. Dort lerne sie vieles über ihre Herzerkrankung und über ihre Risikofaktoren, nämlich den Zucker, ihr Übergewicht und die Blutfette. Für ihre Zukunft sei wesentlich, dass sie ihr Übergewicht langfristig reduziere (B8/150-180).

Die Sequenz beginnt mit Ankündigungen medizinischer diagnostischer Schritte, die fast sämtlich zum Standardprogramm der Klinik gehören, teils begleitet von kurzen Erläuterungen ihres Zwecks. Die Ultraschalluntersuchung dient der weiteren Ergusskontrolle; mit dem Belastungs-EKG wird die Leistungsgrenze des Herzmuskels ermittelt, das Ergebnis – die Wattzahl – ist eine wichtige Orientierungsgröße bei der Therapiesteuerung für die Bewegungstherapie und allgemein der Klinikkommunikation (s. Kap. 10.2). Die Bestimmung der Lipidwerte ist Bestandteil der Risikofaktorenkontrolle, die des Blutzuckers ebenfalls. Insgesamt stuft der Stationsarzt die Diagnostik der Patientin gegenüber als „beinahe unwichtig“ ein, eine Einschätzung, die er durch Wiederholung unterstreicht. Mag sein, dass diese Äußerungen seine Einschätzung des potentiellen Erkenntnisgewinns widerspiegeln – die Grundzüge der medizinischen Problematik waren ihm ja bereits nach dem Aktenstudium bekannt, und aus der Anamnese haben sich aus seiner Sicht keine gravierenden Fragen oder neue Hypothesen ergeben. Darüber hinaus mag die Bewertung der Diagnostik als nachrangig bereits Teil der Prioritätensetzung und Zielformulierung sein, die der Stationsarzt unmittelbar darauf mehrfach und deutlich vornimmt: Vorrangig für die Patientin sei die Wiedererlangung körperlicher Belastbarkeit, wobei er dieses Ziel nur teilweise explizit mit der Herzerkrankung und der Funktion der

Bypässe begründet, implizit geht es um die Wiederaufnahme und den Erhalt der bisherigen selbständigen Lebensführung. Die Prioritätensetzung geht über eine Meinungsäußerung weit hinaus, es ist eine Weisung, ein Expertenurteil, getragen von Anamnese, Untersuchung und Aktenstudium sowie der ärztlichen Autorität. Die herausgestellte Bedeutsamkeit der Wiedererlangung körperlicher Belastbarkeit transportiert zugleich die Erwartung, die Patientin möge der Weisung folgen und sie sich zu eigen machen. Der Stationsarzt knüpft daran die Ankündigung und Erläuterung des Programms der Bewegungstherapie, wobei er eventuelle Bedenken vorwegnehmend zu entkräften sucht und Verhandlungsspielraum bei der Mittelwahl andeutet. Dessen ungeachtet ist die Botschaft an die Patientin deutlich: Ihre Mitwirkung bei der körperlichen Aufbauarbeit wird erforderlich sein. In gewissem Kontrast dazu steht die kurze Ankündigung der vorgesehenen physikalischen Anwendungen, die der Stationsarzt mit der Wiedergabe von Patientenspektiven charakterisiert, nämlich als „angenehm“, eine Charakterisierung, die für jene Anwendungen durchaus geläufig ist, jedoch hier nicht und auch sonst nicht mit Blick auf die Bewegungstherapie oder das Gesundheitstraining herangezogen wird (vgl. Anm. 153 in Kap. 8). Auch Letzteres ist Bestandteil der ärztlichen Ankündigung. Für das Gesundheitstraining streicht der Stationsarzt den Aspekt des Lernens heraus und gibt an, worauf es sich dem Inhalt nach beziehen werde: auf ihre Herzerkrankung im Allgemeinen und ihre persönlichen Risikofaktoren, die er auch benennt, im Besonderen. Daran schließt sich die Verkündung eines zweiten – langfristigen und wesentlichen – Ziels an: die Reduzierung des Übergewichts. Die Patientin hat also nun gehört, was nach ärztlicher Einschätzung für sie das Wichtigste sein sollte – in der Klinik und darüber hinaus –, und sie weiß, dass ärztlicherseits ihre Mitarbeit zur Erreichung der benannten Ziele erwartet wird. Das Thema der Lebensstiländerung ist damit aufgerufen, und der Arzt hat mitgeteilt, auf welche Risikofaktoren sich die ärztliche Aufmerksamkeit richten werde und die der Patientin tunlichst richten sollte.

In welcher Tonlage Ankündigung und Instruktion vorgebracht werden, wie drängend, wie ermahmend – das ist eine Frage des persönlichen Stils eines Arztes; dass zur Exploration, Entscheidung und Weiterleitung die Instruktion als viertes Element regelhaft (und nicht nur zufällig) hinzutritt, sei durch ein weiteres Beispiel untermauert:

Ein Mann, 65 Jahre, seit drei Jahren berentet, ehemaliger Kraftfahrer, ist nach einem Herzinfarkt zur weiteren Behandlung in die akutkardiologische Abteilung von Klinik B verlegt worden und hat hier eine PTCA und einen Stent erhalten. Die Aufnahme bezieht sich nun auf den Beginn der AHB. Der Stationsärztin sind die Risikofaktoren bereits bekannt (Übergewicht, Hypercholesterinämie, Bluthochdruck, Raucher); die Sozialanamnese und den Verlauf der akuten Krankheitsphase hat sie bereits erhoben. Jetzt ist sie dabei, mehrere Symptome abzufragen, die der Patient alle verneint: Schmerzen, Schwindel, Luftnot, Herzstolpern oder -rasen. Nur die Frage nach Husten oder Auswurf bejaht er, den habe er manchmal.

Ä.: Das werde sich bessern, je länger er nicht mehr rauche. Das Rauchen dürfe absolut nicht mehr sein! Er sollte deshalb auch am Nichtrauchertraining teilnehmen.

P.: Er habe gar kein Verlangen mehr zu rauchen.

Ä.: Sie beharrt: Am Nichtrauchertraining solle er zur Sicherheit teilnehmen. Er solle außerdem seinen Blutdruck regelmäßig messen. Sie werde ihn wegen seines Übergewichts für die 1200 Kalorien-Kost einteilen. (...) Er solle nicht zwischendurch naschen. Wenn er mit der verordneten Kalorienzahl nicht auskomme, solle er Bescheid sagen. Sie werde dann die Kalorienzahl erhöhen. Er werde auch noch eine Beratung bei der Diätassistentin bekommen.

Nachdem die Ärztin geklärt hat, wer zu Hause kocht („die Frau“), weist sie auf die Möglichkeit einer gemeinsamen Beratung hin, auch am Wochenende. Sie (die Frau) könne dort Rezepte bekommen, wie sie in Zukunft kochen sollte.

Die Ärztin setzt die Symptombefragung fort; als orthopädische Beschwerden zur Sprache kommen, hakt sie ein.

Ä.: Wenn er an Gewicht verliere, sei das auch sehr günstig für seine Gelenke. Es werde „hart“ werden. Nicht so sehr in der Klinik, hier sei alles recht leicht. Aber zu Hause werde es schwer werden, das umzusetzen, was er hier lerne. Die Umsetzung zu Hause sei aber am wichtigsten. In seinem Fall: viel Bewegung und Abnehmen (B7/462-531).

Auch bei dieser Aufnahme-prozedur tritt der Aspekt der Instruktion klar hervor. Insgesamt gibt die Ärztin dem Patienten sechs Verhaltensanweisungen (nicht rauchen bzw. am NRT teilnehmen; nicht naschen; Ernährungsberatung gemeinsam mit der Ehefrau in Anspruch nehmen; Kochgewohnheiten ändern; Gewicht verlieren; sich viel bewegen) und kontrastiert die Umsetzungsbedingungen in der Klinik („alles recht leicht“) mit denen im Alltag („schwer werden“, „am wichtigsten“). Den Ernst ihrer Botschaft unterstreicht sie mit der Prophezeiung, es werde „hart“ werden.

Um die strukturellen Elemente eines Aufnahmegesprächs zusammenzufassen: Die ärztliche Aufmerksamkeit richtet sich zunehmend am Risikofaktorenkonzept aus, nachdem abgeklärt worden ist, dass der maßgeblich durch Risikofaktorenstatus, körperlichen Zustand und körperliche Leistungsfähigkeit gesteuerten Zuweisung zu therapeutischen und diagnostischen Programmbestandteilen nichts entgegensteht. Risikofaktoren als Steuerungselement gewinnen in dem Maße an Gewicht für die Therapieausrichtung, wie der körperliche und/oder psychische Zustand eines Patienten keine unmittelbare Intervention erzwingt. Die Steuerungsfunktion stationsärztlicher Tätigkeit steht also außer Frage. Tatsächlich ist ein Großteil des Behandlungsplans mit Abschluss der Aufnahme-prozedur festgelegt, wengleich hinsichtlich des Ausmaßes des Plans und seiner Verbindlichkeit Unterschiede zwischen beiden Kliniken bestehen (vgl. 8.2). Die Delegation von Aufgaben an nichtärztliche Berufsgruppen wird nach Maßgabe des individuellen Risikofaktorenprofils in Gang gesetzt. Wo die Entscheidungsgrundlage noch nicht gegeben ist bzw. Hypothesen der Verifizierung bedürfen, werden entsprechende diagnostische Schritte angeordnet. Indes dient das Aufnahmegespräch nicht allein der ärztlichen Informationsbeschaffung bzw. -verifizierung und Delegationsanbahnung, sondern darüber hinaus nutzen Ärzte es, um therapeutische Ziele für Patienten festzulegen und zu priorisieren, sie zur aktiven Mitarbeit an der Behandlung aufzufordern und – über die AHB hinausgreifend – das Thema der Lebensstiländerung zu intonieren. Zu den drei Elementen Exploration, Entscheidung und Weiterleitung tritt als viertes also die Instruktion.

9.1.2 „Paradoxe“ Fälle

In den zuvor analysierten Beispielen hat die Befundlage den Ärzten eine breite (Be-)Handlungsfläche geboten, dem (Be-)Handlungsprimat der Medizin konnte ohne Umstände Folge geleistet werden. Mitunter aber haben es Ärzte mit Patienten zu tun, die keine der klassischen Risikofaktoren aufweisen. Damit entfallen zwar beileibe nicht alle, aber doch nicht unbeträchtliche Teile genau der Kriterien, anhand derer über die Zusammenstellung des Behandlungsprogramms entschieden wird. Wie wird bei solch einer Konstellation, die gewissermaßen einer zentralen Arbeitshypothese kardiologischer

Reha-Kliniken widerspricht, mit der Therapiesteuerung verfahren?¹⁷⁹ Folgendes berichtet ein Stationsarzt im Anschluss an die Aufnahme eines Patienten ohne offenkundige Risikofaktoren:

Er habe gerade einen Patienten aufgenommen, der nach Lage der Akte und Auskunft des Patienten keine Risikofaktoren hat, bloß sein Bruder habe ebenfalls bereits eine Bypass-OP. In so einem Fall gelte es zuerst, die Risikofaktoren-Angaben zu überprüfen. Wenn tatsächlich nichts vorliege, müsse man die familiäre Disposition prüfen: der Wert von Lp(a) gebe hier Auskunft. Wenn der erhöht sei, habe das allerdings geringe therapeutische Konsequenzen, d.h. man könne so jemandem wenig an Therapie oder Sekundärprävention anbieten. Etwas anders liege der Fall, wenn der LDL-Wert grenzwertig, also um 120 liege.¹⁸⁰ Dann werde man ihm außer Bewegung und Diät (das in jedem Fall) auch noch eine „Behandlung“ (d.h. Medikation) anbieten. Sei der LDL-Wert normgerecht, belasse man es bei Diät und Bewegung, wie es ja auch in den DGK-Richtlinien vorgeschlagen sei. Ich frage, ob er dem Patienten ohne Risikofaktoren auch das Gesundheitstraining verordnen werde. Ja, das sei vorgesehen, entgegnet der Arzt, u.a. weil der Patient sehr interessiert sei an seiner Erkrankung. Eine cholesterinarme Ernährung werde sowieso empfohlen. Oft würden durch die Untersuchungen doch noch Risikofaktoren entdeckt (B8/309-325).

Der Stationsarzt beschreibt die einzelnen Etappen des Prüf- und Suchvorgangs, bei dem Hypothesen ihrem abnehmenden Wahrscheinlichkeitsgrad nach untersucht werden: Lässt sich nicht doch noch ein Risikofaktor und damit ein roter Faden für die Therapie finden? Die Suche wird also intensiviert in der Hoffnung, mit einem Risikofaktor einen wohlbegründeten Ansatzpunkt für therapeutisches Handeln zu finden. Darauf ist die ärztliche Erwartung eingestellt: Oft entdecke man schließlich doch noch Risikofaktoren, „fast alle“ hätten „ihr Päckchen“. Findet sich dennoch keiner, wird die Vererbungshypothese geprüft, allerdings liefert sie – bei positivem Befund – keinen direkten Ansatzpunkt für eine (medikamentöse) Behandlung. Gleichwohl bliebe ein solcher Befund nicht ohne therapeutische Konsequenzen: Man würde ausweichen auf die Manipulation des LDL-Wertes, also (cholesterinarme) Diät und Bewegung „in jedem Fall“, und ggf. die medikamentöse Senkung eines grenzwertigen LDL-Wertes. Ebenso wenig wird auf die Informations- und Aufklärungsarbeit des Gesundheitstrainings verzichtet. Demnach werden wesentliche Bestandteile des Therapieprogramms auch dann verordnet, wenn die „Korrektur“ beeinflussbarer Risikofaktoren gar nicht das Interventionsziel sein kann; therapeutischer Nihilismus also ist nicht die Haltung der Wahl.

Ist das, was sich hier als therapeutische Strategie abzeichnet, als Gabe von Pseudo-Placebos¹⁸¹ zu bezeichnen? Weil der eigentlich kritische Faktor Lp(a) bislang nicht zu behandeln ist, verlegt man sich auf die „Behandlung“ des in der geschilderten Konstellation nicht maßgeblichen LDL-Wertes. Die Wahl eines Pseudo-Placebos (anstelle eines Placebos) falle oftmals auf eine Therapie, „die zwar im konkreten Falle unwirksam ist (...), in

¹⁷⁹ Die empirische Basis für diesen Abschnitt beschränkt sich auf Klinik B.

¹⁸⁰ Zur Entwicklung der Grenzwerte für LDL (mg/dl) s. Kap. 3.4.1, dort Tab. 1.

¹⁸¹ Als Pseudo- oder unreine Placebos werden pharmakodynamisch aktive Substanzen bezeichnet, die jedoch keine spezifische Wirkung entfalten, weil sie entweder zu niedrig dosiert oder nach medizinischem Wissensstand nicht für eine in Rede stehende Erkrankung geeignet sind (Wiesing 2004: 86; Bundesärztekammer 2010: 11).

irgendeiner Weise jedoch mit deren Pathophysiologie verbunden oder zumindest bei ähnlichen Erkrankungen wirksam ist“ (Wiesing 2004: 86).

Beweggrund für ein solches Ordnungsverhalten könnte sein, den „Weg des geringsten Widerstandes“ zu wählen: Behandlungserwartungen auf Patientenseite werden nicht enttäuscht; die ärztliche Neigung, solchen Erwartungen zu entsprechen, wird ebenfalls bedient; das Risiko einer dem weiteren Krankheitsverlauf möglicherweise abträglichen Aufklärung wird umgangen (Wiesing 2004: 89f.; Koch 1999). Aber auch spezifischere Risikoabwägungen tragen zum Motiv bei, kein Risiko eingehen zu wollen: Wenn schon Vererbung und damit Vulnerabilität im Spiel ist, dann solle wenigstens Letztere sich nicht durch zusätzliche Risikofaktoren erhöhen; eine Sicherheitsstrategie also, die auf die Schaffung günstiger Begleitumstände gerichtet ist. Sie zu verfolgen, dürfte Ärzten umso leichter fallen, als ihnen die Verordnung „Diät und Bewegung“ als auf keinen Fall schädlich gilt – das erschließt sich aus der Selbstverständlichkeit, mit der diese Verordnung in Aussicht gestellt wird. So besehen handelt es sich aus ärztlicher Sicht also um eine risikolose Verordnung.

Zwei Aspekte bleiben dabei allerdings unberücksichtigt: Erstens schließt die verschleierte Placebogabe auf ärztlicher Seite die Präferenz eines (erhofften) Nutzens vor dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten ein. Das mag eine in der therapeutischen Praxis häufige und eben nicht problematisierte Präferenz sein;¹⁸² in medizinethischer Hinsicht allerdings ist die Diskussion darüber, an welchem Prinzip sich ärztliches Handeln im Konfliktfall orientieren soll, ob an der Autonomie(wahrung) eines Patienten oder am Nutzen einer ärztlichen Intervention für ihn, keineswegs abgeschlossen (Beauchamp & Childress 1994; Bundesärztekammer 2010: 75-80). Zweitens ist die Verordnung „Diät und Bewegung“ bei näherer Betrachtung nicht ganz so risikolos, wie es zunächst den Anschein hat. „Diät und Bewegung“ sind Lebensstiländerungen, die von Patienten in ihren Alltag integriert werden sollen und deren Umsetzung Ressourcen bindet. Freilich können Anstrengungen dieser Art unspezifisch wirken, das Wohlbefinden erhöhen und Bestandteil der Krankheitsbewältigung werden. Doch sie können sich auch als in jeder Hinsicht vergeblich erweisen. Außerdem liegt das Risiko des Scheiterns *des Umsetzungsbemühens* allein auf Patientenseite.

Um kurz zu resümieren: Die geschilderte Abfolge des Prüfens und Schlussfolgerns bewegt sich im Referenzrahmen des Risikofaktorenkonzepts auch dann, wenn keiner der klassischen (und behandelbaren) Risikofaktoren vorliegt. Obwohl also das Risikofaktorenkonzept als Erklärungsmodell in diesem Fall aus ärztlicher Sicht unbefriedigend ist, wird es als *(Be-)Handlungsmodell* weitestgehend herangezogen.

Ein Schritt aus dem Konzept heraus stellt hingegen die Erwägung der Chlamydientheorie dar, die eine entzündliche Genese des Herzinfarktes postuliert und demnach eine antibiotische Therapie nahelegt;¹⁸³ nicht lebensstilassoziierte Risikofaktoren, sondern An-

¹⁸² Siehe dazu die Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer zum Placebo in der Medizin mit vielen Literaturhinweisen (Bundesärztekammer 2010: 75-84).

¹⁸³ Genauer gesagt handelt es sich um die Bakterienart *Chlamydia pneumoniae*, die Atemwegsinfektionen hervorrufen kann. Nachdem vermehrt Chlamydien-Antikörper im Serum von Koronarkranken gefunden worden waren (Saikku, Leinonen, Mattila, Ekman, Nieminen et al. 1988), ist diese Assoziation in einer Reihe von Studien untersucht worden (Rugulies 2001). *Helicobacter pylori*

steckung, Entzündung, Antibiotikum bilden nun auf einmal einen gänzlich anderen Referenzrahmen der Erkrankung. Theorie und therapeutische Schlussfolgerung gelten zum Zeitpunkt der Feldforschung empirisch als noch wenig abgesichert und gehören deshalb nicht zum Repertoire der Hypothesen, die in der klinischen Praxis wie selbstverständlich geprüft werden. In beiden Kliniken waren skeptische und defensive Bemerkungen zur Chlamydientheorie von ärztlicher Seite zu hören. In Klinik A verzichtete man gänzlich darauf, sie in Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen. In Klinik B war die Skepsis kaum geringer, jedoch zog man aus der bis dato verfügbaren Studienlage eine andere Konsequenz: Wenn „sonst nichts“ zu finden sei – also keiner der üblichen Risikofaktoren – und nicht einmal der Risikofaktor „Alter“ in Betracht komme – was selten vorkomme, denn „fast alle“ hätten „ihr Päckchen“ –, dann werde bei jüngeren Patienten eine Chlamydien-Serologie durchgeführt, wie ein Stationsarzt erklärt:

Bei positivem Befund diskutiere er das Ergebnis und die Behandlungsoption mit dem Patienten. Der Stationsarzt betont, in solch einem Fall *müsse* eine Diskussion geführt werden, weil die Wissensbasis noch recht schmal sei. Die Probandenzahl der entsprechenden Studien sei klein und daher Vorsicht geboten. Andererseits zeigten die vorliegenden Ergebnisse, dass Patienten von einer antibiotischen Therapie von 14 Tagen deutlich profitierten. Er lege einem Patienten die Lage dar, und die Entscheidung treffe dann der Patient, denn er als Arzt könne hier keine eindeutige Empfehlung geben. Das sei in anderen Fällen mit breiterer Datenlage anders. Er könne ihnen sagen, dass die antibiotische Therapie geringe Nebenwirkungen habe und sie eine Chance darstelle, geheilt zu werden (B8/327-338).

Dass eine Diskussion erforderlich sei, der Entscheidungsvorbehalt auf Patientenseite liege, der Arzt dies eigens hervorhebt und mit der schwachen Evidenz der Theorie verknüpft, lässt den Schluss zu, dass die sonst geübte Praxis die der ärztlichen Weisung ist. Die Hierarchie der Hypothesen und ärztlichen Handlungskonzepte tritt aus der Schilderung klar hervor: Bei „paradoxen“ Fällen bemüht man sich zunächst um „Normalisierung“, indem die Suche nach Risikofaktoren verstärkt wird. Erst negative Befunde veranlassen, dass an „paradoxen“ Fällen „paradoxe“ Hypothesen geprüft werden. Die Rationale dieses pragmatischen Vorgehens der klinischen Praxis, Hypothesen *nacheinander* zu prüfen, bis ein Be-Handlungsansatz gefunden ist, unterscheidet sich grundlegend von der der epidemiologischen und klinischen Forschung, nämlich Hypothesen *gegeneinander* antreten zu lassen.

und Cytomegalieviren werden gleichfalls mit erhöhten Infektionsraten von KHK-Patienten in Verbindung gebracht (Danesh, Collins & Peto 1997). Die Fragestellung hat sich rasch ausdifferenziert: Neben prospektiven Studien, auch Meta-Analysen, die den prädiktiven Wert der Infektion für das Auftreten einer KHK untersuchten (z.B. Danesh, Whincup, Lewington, Walker, Lennon et al. 2002; Coles, Knuiman, Plant, Riley, Smith & Divitini 2003), sind alsbald Interventionsstudien zur Wirksamkeit antibiotischer Therapien durchgeführt worden (z.B. Anderson, Muhlestein, Carquist, Allen, Trehan et al. 1999; Stone, Mendall, Kaski, Edger, Risley et al. 2002; Song, Brassard & Brophy 2008); des weiteren Untersuchungen zur Rolle von Infektionen in verschiedenen Stadien und Manifestationen der KHK (z.B. Sheehan, Kearney, Sullivan, Mongan, Kelly & Perry 2005; Westerhout, Gnarp, Chang, FitzPatrick, Barnathan et al. 2007). Die Forschung in dieser Richtung ist unterdessen – nach grosso modo wenig einschlägigen Resultaten – zwar nicht gänzlich fallengelassen worden, scheint aber doch deutlich nachgelassen zu haben.

9.1.3 Verlaufsbeobachtung und Behandlungssteuerung

Risikofaktoren sind – das konnte gezeigt werden – ein wesentliches Steuerungsmerkmal für das Therapieprogramm zu Beginn der AHB und außerdem elementarer Kommunikationsinhalt im ärztlichen Aufnahmeinterview. An diese Befunde schließt die Frage an, ob Risikofaktoren ihre herausragende Bedeutung im weiteren Verlauf behalten. Untersucht wird diese Frage, erstens, an der thematischen Präsenz von Risikofaktoren in Visiten. Visiten sind, wenn auch nicht exklusive, so doch zentrale Basis der ärztlichen Verlaufsbeobachtung. Sind Risikofaktoren deren beherrschendes Thema? Ist es so, wie eine Stationsärztin im folgenden Zitat ausführt?

„Das ist etwas [Risikofaktorenbeeinflussung durch Patientenverhalten], was wir eigentlich tagtäglich bei den Visiten immer wieder, mal bei dem einen, mal wieder bei dem anderen, immer wieder erklären und immer wieder versuchen, darauf aufmerksam zu machen, und eben den Patienten dann dadurch zu gewinnen.“
(BAD1/129-132)

Der zweite zu untersuchende Aspekt ist die Rolle der Risikofaktoren für die weitere Behandlungssteuerung. Ihre Funktion als Zuweisungskriterien für die diversen Therapiemodule eingangs der AHB wurde herausgearbeitet. Nun fragt sich außerdem, wie Risikofaktoren und ihre Korrektur Teil der ärztlichen Behandlungssteuerung werden: Wie behandeln Ärzte Risikofaktoren? Doch wenden wir uns zunächst mit den Visiten der ärztlichen Verlaufsbeobachtung und ihren Themen zu.

Themen der Verlaufsbeobachtung

Visite ist nicht gleich Visite: So ist z.B. die sogenannte *Kurvenvisite*, die zwischen Ober- und Stationsarzt stattfindet, von den eigentlichen Visitingesprächen, die Ärzte mit Patienten führen, zu unterscheiden. Kurvenvisiten sind Bestandteil oberärztlicher Visiten und Teil des ärztlichen Informationsmanagements. Sie gehen den Visitingesprächen unmittelbar voraus, finden also vor der Zimmertür des als nächstes zu visitierenden Patienten statt und dauern kaum länger als ein bis zwei Minuten. Dabei werfen Oberärzte einen kurzen Blick in die Patientenakte und auf das Protokoll des FET (Klinik A) bzw. auf die sogenannte Kommunikationskarte (Klinik B), auf der u.a. Diagnose(n), Risikofaktoren, Ergebnisse aus der Bewegungstherapie und dem Belastungs-EKG sowie der Trainingspuls verzeichnet sind, Verlaufsdaten also. Aufgabe der Stationsärzte hierbei ist es, die kurze Kenntnisnahme schriftlicher Daten mit mündlicher Information anzureichern. Auch dies geschieht in knappster Form, wobei der Fokus der mündlichen Berichte in beiden Kliniken jeweils etwas unterschiedlich ausfällt: Stationsärzte in Klinik B beschränken sich auf Informationen über neu aufgenommene Patienten und ansonsten neu aufgetretene, zumeist medizinische Probleme. In Klinik A liefern Stationsärzte hingegen kurze Fallreferate ab. Auch diese müssen freilich knapp gehalten sein: Neben medizinischen Eckdaten (z.B. Katheterbefunde, OP-Ergebnisse, Ejektionsfraktion, Befunde zu Risikofaktoren, Begleiterkrankungen) wird der Oberarzt ggf. auf Besonderheiten im (Krankheits-)Verhalten (z.B. „Wehleidigkeit“, Panikattacken, Alkoholkonsum in der Klinik), offene sozialmedizinische Fragen (Berufs- oder Erwerbsfähigkeit, Einschätzungen zur Arbeitswilligkeit) oder auch die Einschaltung des Sozial- oder Psychologischen Dienstes aufmerksam gemacht. Letzteres sind Informationen, die Oberärzte in Klinik B auf anderen Wegen bekommen, durch den Therapieplan von Patienten etwa, v.a. aber durch Teilnahme an den Sitzungen der Stationsteams, die sich seinerzeit in Klinik A noch nicht formiert hatten.

Der Risikofaktorenstatus von Patienten, kaum aber deren diesbezügliches Verhalten, ist routinierter Bestandteil des ärztlichen Informationsmanagements, darin ein Aspekt unter anderen, nicht dessen hervorstechendes Merkmal. Neue Befunde werden zur Kenntnis genommen, besondere Aufmerksamkeit erfahren aber nur außergewöhnliche oder sich entgegen der Therapieabsicht entwickelnde Konstellationen (z.B. schwere Hypercholesterinämien, Gewichtszunahme, unveränderte oder gestiegene Cholesterinwerte oder die *Abwesenheit* üblicher Risikofaktoren). Herausgehoben ist demgegenüber die Aufmerksamkeit für die klinische Seite des Krankheitsverlaufs, das Spektrum der OP-Folgen etwa und die Befunde der Funktions- und Leistungsdiagnostik.

Die fokussierende mündliche Informationsweitergabe bietet Stationsärzten die Möglichkeit zur Einflussnahme: Was sie in den Vordergrund rücken, greifen Oberärzte mit größerer Wahrscheinlichkeit auf und thematisieren es während des Visitengesprächs.

Betrachten wir nun die eigentlichen Visitengespräche, zuerst die von Oberärzten, dann die von Stationsärzten geführten.¹⁸⁴ Sind Risikofaktoren dort das beherrschende Thema? Einige Elemente wiederholen sich in den *Visitenkontakten der Oberärzte* regelmäßig. Dazu gehört die Eingangsfrage nach dem Befinden des jeweiligen Patienten; in Klinik B werden Patienten außerdem in der Regel auskultiert und häufig gefragt, ob sie mit dem Therapieplan zurechtkommen. Für die eigentlichen Visitengespräche ist eine erstaunliche thematische Breite zu konstatieren; rund je zwanzig verschiedene Themenbereiche lassen sich in den Visitenprotokollen identifizieren. Gleichwohl sind Häufungen in den thematischen Initiativen der Oberärzte¹⁸⁵ unverkennbar: Risikofaktoren, namentlich das auf sie bezogene Verhalten, gefolgt von Mitteilungen über entsprechende Befunde oder Medikationsfragen, sind das am häufigsten von Oberärzten angesprochene Thema. Dass die Risikofaktorenthematik den ersten Rang bei oberärztlichen Gesprächsinitiativen einnimmt, bedeutet nicht, dass Oberärzte in jedem Visitengespräch auf sie zu sprechen kämen; etwa bei jedem vierten bis sechsten Patientenkontakt ist das der Fall. Es geht dabei nicht in erster Linie um die Mitteilung von Befunden oder Erläuterungen zur Medikation. Aufklärungs- oder Informationsarbeit wird hier kaum geleistet. Vielmehr steht eine Art Memento zur Verhaltensabhängigkeit von Risikofaktoren im Vordergrund: Es werden Ziele vorgegeben, bekräftigt oder priorisiert, Ermahnungen oder Ermunterungen gegeben; Direktiven also, mal mehr in den Charakter einer Empfehlung gekleidet, mal mehr als Auftrag, Mahnung oder Zielvorgabe formuliert.

Der Thematisierung von Risikofaktoren folgen mit abnehmender Häufigkeit in Klinik A die Themenfelder Beruf/Arbeitsfähigkeit, körperliche Leistungsfähigkeit bzw. Änderung der Wattzahl beim FET, Nachsorge/Kontrolle sowie Teilnahme an einer Ambulanten Herzsportgruppe; in Klinik B schließen sich die Themen Diagnostik sowie Nachsorge/Kon-

¹⁸⁴ Bei Visiten von Chefärzten war ich nicht zugegen.

¹⁸⁵ Auf etwa fünf oberärztliche thematische Initiativen kommt es einmal vor, dass ein Patient die Initiative ergreift. Auf diesen Befund sei nur am Rande verwiesen; er reiht sich ein in die vielen zur ungleich verteilten Beanspruchung des Rederechts in Arzt-Patient-Gesprächen. Diese Ungleichverteilung ist ein typisches, wenn auch nicht das einzige Merkmal, das Visiten als Form institutionalisierter Kommunikation ausweist (vgl. Deppermann & Spranz-Fogasy 2011; Tezcan-Güntekin 2010; Vogd 2010; Koerfer et al. 2008; Stollberg 2008a, 2008b; Spranz-Fogasy 2005; Brüner 2005; Gülich 1999; Rehbein 1993; ten Have 1991; Quasthoff 1990).

trolle an. Häufiger als in Klinik A kommen in B Begleiterkrankungen, allgemeines und psychisches Befinden, gelegentlich auch Lebensumstände und Patiententheorien über die Erkrankung zur Sprache.

Die unterschiedliche Rangfolge der Themen in beiden Kliniken könnte zumindest teilweise einigen strukturellen Verschiedenheiten geschuldet sein, so (1) der stärkeren Integration der Akutmedizin in Klinik B, (2) dem höheren Anteil operierter Patienten dort, (3) der konsequenteren Überlassung von Aufgaben an nichtärztliche Berufsgruppen (vgl. Kap. 8 und 10) und schließlich (4) der Entlastung der Visiten in Klinik B durch regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen der Stationsteams – ähnliche Kollegialzusammenkünfte waren in Klinik A seinerzeit erst im Entstehen begriffen.

Eine gewisse Chronologie der Themensetzung ergibt sich freilich aus dem typischen Ablauf eines Klinikaufenthaltes: Aus Anfangsbefunden werden therapeutische Schritte abgeleitet, deren Wirkung abzuwarten ist; Befunde zur Funktions- und Leistungsdiagnostik werden im weiteren Verlauf erhoben; Fragen zu Beruf und Arbeitsfähigkeit tauchen erst in jenem Zusammenhang auf usf.

Stationsärzte *visitieren* ihre Patienten häufiger als Oberärzte, und sie absolvieren ihre Visiten in aller Regel ohne Begleitung durch eine Pflegekraft. In Klinik A sind Risikofaktoren – wie bei den Oberarzt-Visiten – eindeutig das von Stationsärzten am häufigsten angeschnittene Thema. Neben Hinweisen auf die Beeinflussbarkeit durch Verhalten haben allerdings *Mitteilungen* von Befunden oder Erläuterungen zur Medikation einen sehr viel höheren Stellenwert als während der oberärztlichen Visiten. Daneben teilen Stationsärzte regelmäßig Ergebnisse weiterer diagnostischer Prozeduren mit (z.B. Belastungs-EKG, Langzeit-EKG, Ultraschall) und bewerten diese. Die darüber hinaus von ärztlicher Seite angesprochenen Themen sind zumeist eng auf den somatischen Zustand von Patienten fokussiert. Messdaten und ihre Interpretation bestimmen also vornehmlich die Kommunikation; die Funktionalisierung ärztlicher Autorität im Dienste von Verhaltensänderungen steht nicht in dem Maße im Vordergrund, wie dies bei Oberarzt-Visiten der Fall ist.

Eingedenk des weiter oben angeführten Zitats einer Stationsärztin aus Klinik B, die Risikofaktorenthematik werde während der Visiten stets aufgegriffen, auch und gerade in ihrer Verhaltensdimension, ist der gegenteilige Befund für Klinik B nicht ohne Überraschung: Selten bringen Stationsärzte hier die Sprache auf Risikofaktoren, am ehesten noch auf Befunde und die betreffende Medikation, kaum jedoch auf risikofaktorenbezogenes *Verhalten*. Bei insgesamt auch hier breiter Streuung der Themen sind es die unmittelbaren Krankheits- bzw. Interventionsfolgen (z.B. Wundheilungsstörungen, Brust- und Schulterschmerzen, Wasser in Lunge oder Beinen), die im Vordergrund ärztlicher Aufmerksamkeit stehen. Die Priorität des klinischen Verlaufs zeigt sich außerdem in der Thematisierung anstehender Herz- und Leistungsdiagnostik oder der Mitteilung entsprechender Befunde. Die beobachtete Themenverteilung und -gewichtung steht – was die Bedeutung von ‚Risikofaktorgesprächen‘ anbelangt – im Gegensatz zur Selbstbeschreibung ärztlicher Tätigkeiten, um die Stationsärzte in den Interviews gebeten wurden.

Wie lässt sich dieser Gegensatz plausibilisieren? Es ist nicht auszuschließen, dass der beobachtete Sachverhalt einem Selektionsbias geschuldet ist und insofern lediglich individuelle ärztliche Stile widerspiegelt und nicht den Einfluss unterschiedlicher Akzente in der Klinikorganisation und -philosophie auf die Gestaltung von Visiten. Nicht unplausibel erscheint jedoch auch die Annahme, dass Stationsärzte in Klinik B, die sich allesamt in

dem einen oder anderen Stadium ihrer akutmedizinischen Aus- bzw. Weiterbildung befinden, bei einem insgesamt hohen Anteil operierter Patienten insbesondere dem klinischen Verlauf ihrer Klientel Aufmerksamkeit zollen, zumal sie einige der gängigen Untersuchungen und Behandlungen selbst durchführen. Für die geringe Präsenz von ‚Risikofaktorgesprächen‘ bzw. von Ermahnungen, Forderungen, Hinweisen etc., die wiederkehrende Elemente von Oberarzt-Visiten sind, könnte außerdem die Gewissheit eine Rolle spielen, dass alle Patienten am umfangreichen Programm des Gesundheitstrainings teilnehmen und dort bereits mit grundlegenden Informationen zu Risikofaktoren und deren Beeinflussbarkeit durch Verhalten versorgt werden. Als weitere Interpretation der ärztlichen Fehl- bzw. Überschätzung des Umfangs der individuellen Aufklärungs- und Beeinflussungsarbeit ist schließlich auch die ubiquitäre kognitive Präsenz des Risikofaktorenkonzepts im Behandlungsansatz in Betracht zu ziehen: Gerade die Geläufigkeit des professionellen Umgangs damit mag dazu verleiten, die Häufigkeit der Thematisierung im einzelnen Patientengespräch zu überschätzen.

Behandlungssteuerung durch Grenzwerte

Das Risikofaktorenkonzept stellt für kontinuierliche Variablen Operationalisierungen in Form von Grenz- und Zielwerten bereit, die zugleich Interventionsschwellen sind, denn sie geben an, welcher Wertebereich als unbedenklich, optimal oder eben riskant, gefährdend gilt (s. Kap. 3.4.1). Für Cholesterin und Blutdruck z.B. – zwei der prominentesten Risikofaktoren – existieren breit konsentrierte Zielwerte – *Cholesterin*: Gesamtcholesterin < 200 mg/dl, LDL < 100 mg/dl; *Blutdruck*: = 140/90 mm Hg –, die in beiden Kliniken die auch gegenüber Patienten seinerzeit kommunizierte Richtschnur darstellen.¹⁸⁶ Beide Faktoren gehören zu denjenigen Risikofaktoren, die im direkten therapeutischen Zugriff von Ärzten liegen, weil sie sich medikamentös regulieren lassen. Zugleich stellen Verhaltensmaßnahmen eine, wenn auch minder effektive Option dar. Welche Bedeutung messen Ärzte besagten Grenz- und Zielwerten in ihren Therapieentscheidungen vor diesem Hintergrund bei? Bilden solche Grenzwerte eine verbindliche Richtschnur ärztlichen Handelns? Was veranlasst sie ggf. zur Abweichung? – Diese Fragen werden im Folgenden untersucht; zugleich stellt sich die Frage, auf welche Option Ärzte im Einzelfall setzen: Medikation, Verhaltensmaßnahmen oder beides? Ein Arzt bezeichnete als ärztliche Aufgabe, „diese Risikofaktoren mehr oder weniger mit Medikamenten in den Griff zu bekommen“ (AAD1/530f.). Welche Umstände bestimmen, ob „mehr oder weniger“ medikamentiert wird?

Cholesterin:

Die Cholesterinwerte jedes Patienten werden in der Regel zu Beginn und gegen Ende der AHB erhoben, wobei die erste Messung Anhaltspunkte dafür liefern soll, ob über das Standardprogramm¹⁸⁷ hinaus medikamentös interveniert werden muss, während die zweite Messung der Überprüfung der Intervention dient und sich auf sie Empfehlungen

¹⁸⁶ Der fachgesellschaftliche Konsens über die zu erreichenden Blutdruckwerte wie auch diese selbst sind stabil geblieben. Bei den Lipidparametern ist mehr Bewegung und Differenz zu verzeichnen (s. Kap. 3.4.1, v.a. Tab. 1). Verringert hat sich mittlerweile der Spielraum, innerhalb dessen es ärztlichem Ermessen anheimgestellt ist, ob zur Cholesterinsenkung zusätzlich zu Verhaltensmaßnahmen auch Medikamente eingesetzt werden (vgl. insbesondere Mathes & Thiery 2005: Tab. 3 und DGK 2007: 26).

¹⁸⁷ Das besteht aus der in den Kliniken üblichen cholesterinarmen Kost und dem Bewegungstraining.

zur längerfristigen Therapie stützen. Allerdings ließen sich aus den Messresultaten nicht unbedingt eindeutige Handlungsanweisungen ziehen, vielmehr bedürften sie der Interpretation, wie einige Ärzte erläutern: Drei Faktoren beeinflussten die Messung, nämlich postoperativ falsch-niedrige Cholesterinwerte, eine ggf. bestehende Vormedikation und unterschiedlich sensitive Parameter der Cholesterin-Messung. Während der Wert des Gesamtcholesterins bereits bei einmaliger Übertretung der Kostform nach oben schnellen könne, ohne dass der höhere Wert dann prognostisch relevant wäre, reagiere der LDL-Wert erst um Wochen verzögert auf eine veränderte Cholesterinaufnahme (A8/94ff.; BAD1/229ff.; BAD3/234ff.; BAD4/185ff.).

Das also ist die nicht eben eindeutige Ausgangslage, in die sich ärztliche Strategien zur Cholesterinsenkung einfädeln müssen. Als „warten und gucken, wie machen sich die fettarme Kost, Gewichtsabnahme und Bewegung“ beschreibt eine Stationsärztin ihr Vorgehen bei grenzwertigem LDL-Cholesterin. Bleiben die Werte im Laufe der AHB gleich, empfehle sie eine weitere Kontrolle beim Hausarzt; steigen sie trotz Klinikprogramm an, „dann setz ich einen Fettwertsenker an“, verbunden mit der Aufforderung, die weitere Entwicklung hausärztlich beobachten zu lassen (BAD1/229-249). Weniger abwartend verhält sich ein anderer Arzt und gibt an, „leicht erhöhte Cholesterinwerte“ während der AHB „optimal einzustellen“, also zu medikamentieren, unter ausdrücklichem Bezug auf die fachgesellschaftlich empfohlenen Zielwerte. Er begründet sein Vorgehen mit Blick auf eine „relativ lockere“ Sichtweise, die unter niedergelassenen Ärzten vorherrsche, der er mit einer begonnenen Therapie vorzubeugen hoffe (AAD2/282-306). Ähnlich verfährt eine Kollegin von ihm, die einem Patienten mit einem LDL-C von 109 erklärt, der Wert sei noch zu hoch und müsse mittels Kost und Medikament gesenkt werden; „auch er“ solle das [wie sie, EB] „sehr streng sehen“ (A8/372-375). Diese diversen Strategien sind vom ärztlichen Ermessensspielraum gedeckt, das geben weitere Ärzte an (BAD3/234-257; BAD4/185-217), es sei eine „Mentalitätsfrage“, wie ein Stationsarzt formuliert. Auch ein Oberarzt der Klinik B streicht heraus, dass Ärzte – bei grundsätzlicher Geltung der fachgesellschaftlichen Empfehlungen – doch nach Einschätzung und „persönlichem Stil“ verfahren könnten: Der eine betone den Beitrag, den Patienten leisten sollen, stärker, der andere sei eher bereit, die Sekundärprävention durch eine medikamentöse Verordnung zu flankieren (B8/280ff.). Die ärztlichen Angaben, in welcher Höhe das LDL-Cholesterin ihnen denn als grenzwertig gelte und also den Anlass für die eine oder andere Interventionsstrategie liefere, liegen zwischen 110 und 140.

Ungeachtet der Gabe von Medikamenten sind Patienten keineswegs aus der Forderung nach ‚Eigenleistung‘ entlassen: Beide Optionen zur Cholesterinsenkung werden Patienten nicht als Alternativen, sondern die Medikation wird als *zusätzliche* Maßnahme offeriert, die von Verhaltensanstrengungen flankiert sein sollte, denn letztere stellten immerhin einen „nebenwirkungsfreien Therapiebaustein“ dar (BAD3/151ff.). Kommt ein Patient auf die Idee, die von ihm erwartete ‚Eigenleistung‘ unter Hinweis auf die vermeintlich einfache Medikationsoption *offen* zurückzuweisen, so handelt er sich (nicht nur) von ärztlicher Seite einen Korrekturversuch dieser Einstellung ein.

Freilich ist die ärztliche Haltung in der Frage, welcher Mix von Verhaltensmaßnahmen und Medikation im Einzelfall angezeigt ist, durchaus zwiespältig: Obwohl einerseits der Grundsatz gilt, so wenig Medikamente wie möglich einzusetzen, gibt es andererseits Bewunderung für die therapeutische Wirkung „moderner Statine“, und bei schweren Hypercholesterinämien gelten sie ohnehin als Mittel der Wahl. Hinzu kommt auf ärztlicher

Seite der Grundverdacht einer oft allenfalls mäßigen Patientencompliance in puncto Verhaltensmaßnahmen. Und schließlich gibt es auch Ärzte, die der Überzeugung sind, Patienten bevorzugten generell die Medikationsstrategie (A7/817f.), obwohl sich natürlich auch dann die Frage der Compliance stellt (A8/23-29).

Neben dem „persönlichen Stil“ ist also die ärztliche Einschätzung der Compliancefähigkeit und -willigkeit ein maßgebliches Kriterium bei der Bestimmung des therapeutischen Vorgehens. Ärzte basieren diese Einschätzungen seltener auf direkte Fragen bzw. Gespräche, sondern ziehen ihre Schlüsse häufig aus Patientenbemerkungen, Hinweisen und Beobachtungen, die sie für zuverlässiger halten.¹⁸⁸ Von einer Form verdeckter Beweisführung berichtet eine Ärztin aus Klinik A: Bei Patienten mit Vormedikation werde diese beibehalten, um beobachten zu können, wie sich die Cholesterinwerte unter Klinikbedingungen entwickelten. Sinken diese, werde das Ergebnis als Ausweis des Wirkungspotentials auch und gerade der Verhaltensmaßnahmen Patienten gegenüber herausgestrichen; vor allem aber lege es den Schluss nahe, dass der- oder diejenige sich zuvor nicht cholesterinarm ernährt habe (A8/94ff.). – Diese Schlussfolgerung ist freilich nicht zwingend.

Dass Patienten ihrerseits Tests durchführen, und zwar ebenso eigenmächtig und verborgen, wie es die Ärztin schilderte, gehört eher nicht zur ärztlichen Erwartung. Das folgende Beispiel (aus Klinik A) illustriert, wie eine vermeintlich einfache Kommunikations- und Entscheidungssituation gänzlich scheitern kann:

Ein Patient, Herr O., hatte zu Beginn der Gruppengymnastik dem Sporttherapeuten einen Zettel mit seinen Cholesterin-Werten gezeigt, stolz, weil sie gemessen an den Zielwerten hervorragend sind und weil Herr O., wie er berichtet, seine „Fettpillen“ ohne Wissen des Stationsarztes vor etwa einer Woche abgesetzt hatte. Das sei wohl die Wirkung der Diät und der Bewegung, resümiert er zufrieden. Erst hinterher habe er dem Arzt gesagt, dass er das Medikament weggelassen hat (A7/699-704).

Diese Information aber scheint bei dem betreffenden Arzt nicht angekommen zu sein, entweder hatte Herr O. ihm doch nicht von seinem Selbstexperiment erzählt oder der Arzt hat die Information nicht richtig aufgenommen. Jedenfalls berichtet der Arzt mir einige Tage später über Herrn O., der kurz vor der Entlassung steht: Er sei Raucher, habe Übergewicht und seine Cholesterinwerte, die für Gesunde im Normbereich lägen, seien für Herrn O. zu hoch gewesen. Hier seien ihm Diät und Lipidsenker verordnet worden, und die Cholesterinwerte sanken. Der Stationsarzt schlussfolgert, Herr O. habe sich zu Hause nicht an die Diät gehalten (sonst wären sie bei seiner Ankunft entsprechend niedrig gewesen), und er werde das sicher nach der Entlassung wieder nicht tun. Als ich ihm daraufhin von dem Selbstversuch Herrn O.s berichte, dass dieser sehr stolz auf die allein mithilfe von Diät und Bewegung gesunkenen Werte gewesen sei und seiner Auskunft nach ihn, den Stationsarzt, davon in Kenntnis gesetzt habe, antwortet er, davon wisse er nichts (A8/45-56).

¹⁸⁸ Dass auf Patientenauskünfte nur bedingt Verlass sei, ist eine unter Ärzten weithin geteilte Einschätzung, die jedoch kaum je selbstreflexiv auf das ärztliche Kommunikationsverhalten gegenüber Patienten gewendet wird, das ebenfalls zu einem Gutteil strategisch bestimmt ist.

Diese Begebenheit ist natürlich in mehr als einer Hinsicht sehr interessant.¹⁸⁹ Unter dem Blickwinkel „Cholesterintherapie“ zeigt sie, dass (1) der Patient die medizinischen Zielwerte akzeptiert und sein eigenes Vorgehen an ihnen ausrichtet; (2) er für die Wahl seiner therapeutischen Präferenz Information und Möglichkeiten heranzieht, die in der Klinik bereitgestellt werden (Ernährung und Bewegung);¹⁹⁰ (3) es nicht zur Bildung eines Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und Patient gekommen ist und (4) der Arzt sich aufgrund seiner generalisierten Erwartung hinsichtlich der Noncompliance bei den Verhaltensmaßnahmen für die Medikationsstrategie entscheidet, diese aber nicht wirken kann, weil Herr O. sich für eine medikationsfreie Strategie entschieden hat.

Resümieren wir an dieser Stelle: Interventionsanlass bietet das Überschreiten des Grenzwertes (hier: LDL-C) den Ärzten in jedem Fall, doch ob dies ausschließlich mit Verhaltensmaßnahmen oder zusätzlich medikamentös geschieht, ist innerhalb eines bestimmten Wertebereichs ärztlichem Ermessen anheimgestellt, das seinerseits mit dem „persönlichen Stil“ bzw. der „Mentalität“ – des Arztes, wohlgemerkt, nicht des Patienten – in Verbindung gebracht wird. Darüber hinaus gilt, dass die ärztliche Bereitschaft zur Medikation umso größer ist, je geringer die Fähigkeit eines Patienten eingeschätzt wird, sich einschlägige Verhaltensmaßnahmen zu eigen zu machen. Die Art und Weise, wie solche Einschätzungen zustande kommen, ist anfällig für Missverständnisse und voreilige Schlussfolgerungen. Ob sie korrekt sind, hängt nicht zuletzt von der Kommunikationsbereitschaft und -fähigkeit des einzelnen Arztes und des Patienten ab. Überhaupt ist ja die Abwesenheit eines eigentlich naheliegenden Vorgehens in den ärztlichen Schilderungen bemerkenswert: Dass Patienten nach ihren Präferenzen gefragt werden und danach, was sie sich an Adhärenz in Bezug auf welche Maßnahme zutrauen.

Grenzwerte stellen allerdings keinen Selbstzweck im therapeutischen Bemühen dar, sondern sind Operationalisierungen des Bestrebens nach Risikoreduktion – des Risikos, ‚vorzeitig‘ zu versterben. Ein 50-Jähriger „muss erst mal 75 werden“, während der 80-Jährige in seinem „Lebensabend“ angekommen ist. Obwohl es keine explizite Altersgrenze gibt, nimmt die Geltung grenzwertdefinierter Therapieziele ab, je älter ein Patient ist. Dieses Prinzip, das nicht allein für die Cholesterinsenkung gilt, bringt die folgende Erläuterung ärztlichen Vorgehens auf den Punkt:

„Wenn ich einen jungen Patienten vor mir habe, beispielsweise Ende 30 oder noch jünger, der nur einen Risikofaktor hat und sei der auch nur grenzwertig, beispielsweise das LDL-Cholesterin liegt bei ihm bei 120. Dem würde ich sehr zureden, dass er diesen einen Risikofaktor sehr im Auge behält und versucht, den zu senken. Wenn ich diesen gleichen Grenzwert hätte bei einem 55-jährigen Patienten, wäre ich großzügiger. (...) Und wenn er 75 ist, würde ich sagen, er soll sich seine Butter schmecken lassen, wenn er bisher nur – in Anführungszeichen – einen Infarkt und vielleicht eine Eingefäß-Erkrankung hat.“ (AAD3/142-149)

¹⁸⁹ Darunter die missglückte Kommunikation zwischen Herrn O. und seinem Stationsarzt; dass Herr O. mit Stolz zunächst *dem Sporttherapeuten* von seinem Therapieerfolg berichtet; dass die Feldforscherin der Versuchung erlegen ist, das negative Bild von Herrn O., das sich beim Stationsarzt festgesetzt hat, zurechtzurücken – ohne Erfolg.

¹⁹⁰ Zusätzlich hat sich Herr O., der sich bei anderer Gelegenheit – mir gegenüber, nicht aber während der Visite – als grundsätzlich skeptisch gegenüber Pharmaka beschreibt („Wenn das mit der Diät geht, muss ich doch nicht so ein blödes Ding nehmen. (...) Kann mir ja nicht egal sein, weil Tabletten machen ja auch krank.“), auf eigene Faust Informationen beschafft, darunter das Buch „Bittere Pillen“.

Blutdruck:

Entweder ist ein Bluthochdruck eines Patienten bereits anamnestisch bekannt, oder die zu Beginn der AHB anstehenden, mehrmaligen Blutdruckmessungen ergeben den Hinweis, dass ein solcher vorliegen könnte. Der Verifizierung des Verdachts dient die Durchführung einer 24-Stunden-Blutdruckmessung, die – nach begonnener Therapie – wiederholt wird, um Aufschluss über den Therapieeffekt zu bekommen. In Klinik A wird der Blutdruck außerdem während des FET routinemäßig gemessen. Ähnlich wie beim Cholesterin allerdings können die Messergebnisse operierter Patienten schwanken und die Einschätzung des Therapiebedarfs erschweren.

Anders jedoch als bei der Cholesterinsenkung kommt bei der Behandlung des Bluthochdrucks die Erwägung, auf eine Medikation zunächst völlig zu verzichten, um abzuwarten, wie sich Verhaltensmaßnahmen auswirken, nicht in Betracht. Zur Begründung wird angeführt: Vom Bluthochdruck gehe eine nicht nur latente, sondern akute Gefährdung aus, weshalb eine Therapie mit rasch einsetzender Wirkung anzusetzen sei (BAD1/271-279). Zudem habe oftmals über Jahre und Jahrzehnte eine „Fixierung des Blutdrucks“ stattgefunden, die sich nur durch sozusagen schwereres Geschütz wieder lösen lasse (BAD3/185-192; BAD4/273-316). Also beginnen Stationsärzte alsbald, die betreffenden Patienten medikamentös „einzustellen“. Diesen Prozess darf man sich gut und gerne als Tüftelei vorstellen, nicht nur, weil zur Blutdrucksenkung Medikamente verschiedener Substanzklassen einzeln und in Kombination mit ihren jeweiligen absoluten und relativen Kontraindikationen zur Verfügung stehen, sondern auch, weil mit individuell sehr unterschiedlichen Reaktionen auf die Medikation zu rechnen ist. Wenn Patienten „depressiv-adyne werden, impotent werden oder andere Beschwerden dabei haben“, müsse man beispielsweise auf den Einsatz von Betablockern verzichten (BAD3/275f.). Hier helfe nur auszuprobieren.

Patientenmerkmale sind es denn auch, aus denen eine Relativierung des Zielwertes erwachsen kann. Menschliche Organismen, so wird erklärt, adaptierten sich an einen jahrelang bestehenden Bluthochdruck und tolerierten allenfalls eine allmähliche Absenkung (BAD1/323-337). Ältere Patienten gefährde man u.U. sogar, wolle man partout die gängigen Zielwerte erreichen:

„Sagen wir es mal so: Ein Patient, der 72 Jahre alt ist, gibt es ja hier, und der hat jetzt schon seit 15 Jahren einen Blutdruck, der war immer zwischen 180 und 110, den kann man nicht mehr auf Blutdruckwerte von 140 zu 80 einstellen, weil, dann kippt der um. D.h., das Gefäßsystem ist an so einen hohen Blutdruck adaptiert, vielleicht sind die Halsschlaggefäße auch noch so ein bisschen sklerotisch. Und wenn Sie den dann auf diese Richtwerte einstellen, dann wird ihm schwindelig, und Sie produzieren eventuell auch einen Schlaganfall. D.h., bei solchen Patienten sollte man den Blutdruck vielleicht senken, aber eben nur bis zu der Grenze, die der Patient selber toleriert. Es bringt nichts mehr, wenn der Blutdruck optimal eingestellt ist, der Patient sich aber nicht mehr bewegt, weil er einfach nicht mehr aus dem Bett hochkommt. (...) Wenn der Patient sich bei einem Blutdruck von 140 zu 80 eben nicht mehr wohlfühlt, dann geht das eben nicht.“ (BAD4/273-283, 425f.)

Die Medikation ist also ärztliche Abwägungssache: Abgewogen werden muss zwischen dem Ziel, den Blutdruck bis zum Grenzwert zu senken, und der unmittelbaren Sicherheit und dem Wohlbefinden von Patienten – beides Variablen individueller physiologischer Reaktionen auf die Intervention. Anders als bei der Cholesterintherapie steht hier nicht die ärztliche Einschätzung von Compliancefähigkeit bzw. -willigkeit im Vordergrund;

und auch das Lebensalter eines Patienten findet auf andere Weise Berücksichtigung: nicht als Faktor in der Abwägung zwischen dem potentiellen Gewinn an Lebenszeit und der Schwere des therapeutischen Geschützes, sondern als Faktor, der eine Intervention in eine unmittelbare Gefährdung umschlagen lassen kann.

Dass die hier von ärztlicher Seite bekundete Bereitschaft zur Zurückhaltung in der Blutdrucksenkung tatsächlich Einfluss auf ärztliche Therapieentscheidungen gewinnt, ist an zwei Voraussetzungen gebunden: (1) Betroffene Patienten müssen ein entsprechendes Unwohlsein artikulieren, *und zwar den sie betreuenden Ärzten gegenüber*. Das mag banal anmuten, jedoch: In den Visitenprotokollen sind solche Szenen interessanterweise nicht verzeichnet. Zwar ist der Blut(hoch)druck gelegentlich und dann zumeist von ärztlicher Seite eingeführtes Thema – etwa als Rückmeldung über einen „jetzt gut eingestellten Blutdruck“, als Ankündigung einer 24-Stunden-Messung oder als Bekanntgabe einer Veränderung in der Medikation beispielsweise –, doch bin ich keinmal direkt Zeugin einer Situation gewesen, in der Patienten eine Klage über die lästigen Auswirkungen eines zu niedrigen Blutdrucks oder gar eine Verhandlung über die Änderung der Medikation initiiert hätten.¹⁹¹ Zwar kommt die Auswirkung von Medikamenten auf das gewohnte Aktivitätsniveau mitunter zur Sprache, dann jedoch in anderen Kontexten als dem der Visiten: in psychologisch geleiteten Gesprächsgruppen etwa oder in Bemerkungen gegenüber Sporttherapeuten.

Die Auswirkungen medikamentöser Blutdrucksenkung sind also durchaus ein Thema – für beide Seiten: Für Patienten ist es die unmittelbar erfahrbare Beeinträchtigung, Ärzte hingegen fürchten Eigenmächtigkeit von Patienten im Umgang mit ihrem Medikationsregime. Weit mehr noch als bei der Cholesterintherapie sehen sich Ärzte vor das Problem *stillschweigender* Noncompliance gestellt. Deshalb widmet sich ein Oberarzt diesem Thema ausführlich während eines Hypertonie-Seminars:

Der Oberarzt erläutert: Ein Vierteljahr nach der OP schwanke der Blutdruck sehr und pendele sich erst allmählich wieder ein. Das liege nicht zuletzt daran, dass fast alle Herzmedikamente als Begleitwirkung den Blutdruck senkten. Ein niedriger Blutdruck sei medizinisch durchaus erwünscht, weil das eine Entlastung des Herzmuskels bedeute, der dann nicht gegen einen hohen Blutdruck anpumpen müsse. Von den Patienten werde eine deutliche Blutdrucksenkung immer als unangenehm empfunden, weil man den hohen Blutdruck nicht spüre und sich der Körper so daran angepasst habe, dass mit dem hohen Blutdruck Wohlbefinden verbunden sei. Bei einer deutlichen Senkung fühlten sich die Betroffenen schlapp, unwohl, benommen usf., was dazu führe, dass die verordneten Medikamente häufig wieder abgesetzt würden. Der Patient fühle sich sofort wieder besser und damit scheine sich seine Entscheidung als die richtige zu bestätigen. Das liege daran, dass der Organismus an den zuvor hohen Blutdruck angepasst gewesen sei. Patienten trafen diese Entscheidung häufig eigenmächtig, ohne Rücksprache mit ihrem Arzt zu halten. Im gemeinsamen Gespräch könne sicher ein Weg gefunden werden, um das Unwohlsein so gering wie möglich zu halten und dennoch den Bluthochdruck nicht unbehandelt zu lassen (B3/371-389).

¹⁹¹ Was natürlich mehrere Ursachen haben kann, über die sich bloß spekulieren lässt: (1) Das Problem tritt selten auf, und ich habe eine solche Begebenheit schlichtweg verpasst. (2) Das Problem mag häufiger auftreten, wird aber auf eine Weise von Patienten kommuniziert, die ich nicht verstanden habe; (3) es wird nur angesprochen, wenn Patient und Arzt unter vier Augen sind; (4) Patienten nehmen die Beeinträchtigungen hin; (5) Patienten beseitigen ihre Beeinträchtigungen, indem sie stillschweigend die Dosis ihrer Medikation senken oder diese ganz absetzen.

In seinem Beitrag wechselt der Oberarzt zwischen medizinischer und Patientenperspektive. Er erläutert kurz den physiologischen Vorteil eines niedrigen Blutdrucks und wirbt somit um Verständnis für das ärztliche Interesse an der Medikation. Eingehender und durchaus empathisch schildert er das zu erwartende Unwohlsein und die naheliegende Konsequenz, die Patienten oftmals daraus zögen, nämlich die Medikation eigenmächtig und ohne Wissen des Arztes abzusetzen. Die unmittelbare Verbesserung des Befindens sei jedoch kein zuverlässiger Indikator für die Angemessenheit einer solchen Entscheidung und somit ein Trugschluss.

Exemplarisch führt der Oberarzt zwei Entscheidungskalküle gegeneinander, deren Entgegensetzung sich nicht auflösen lässt, denn der Nutzen des einen sind die Kosten des anderen, und umgekehrt. Bleibt die Aufforderung an Patienten, sich der Suche nach einem Kompromiss nicht zu verschließen.

Kurz darauf äußert ein Teilnehmer des Seminars allerdings grundsätzliche Zweifel an der ärztlichen Verhandlungsbereitschaft, mehr noch, er schließt aus seiner Erfahrung auf einen Automatismus im ärztlichen Verordnungshandeln, gepaart mit Desinteresse für die negativen Folgen der Medikation für das Befinden.¹⁹² Er stellt die Notwendigkeit der Medikation in seinem Fall in Frage:

Der Patient schildert, trotz eines niedrigen Blutdrucks bekomme er Betablocker, fühle sich aber sehr unwohl dabei. Es wäre doch besser, wenn die Ärzte nicht so automatisch Betablocker verordneten, sondern sich mehr für die Nebenwirkungen, die die Betablocker bei den Patienten verursachen, interessieren würden.

Der Oberarzt gibt ihm recht: So sollte es eigentlich sein. Dann jedoch fährt er fort zu erklären, warum der Blutdruck insbesondere bei bedrohlichen Zuständen (z.B. eingerissene Aorta) extrem gesenkt werden sollte: um den Herzmuskel so weit wie möglich zu entlasten. Ein niedriger Blutdruck sei eine Schonung für das gesamte Kreislauf-System. Auch Herzrhythmusstörungen, aus denen das gefürchtete Vorhofflimmern entstehen könne, die postoperativ am häufigsten auftretende Komplikation, ließen sich mit einer Blutdrucksenkung gut eindämmen. Der niedrige Blutdruck sollte für einige Zeit trotz der subjektiv unangenehmen Begleiterscheinungen toleriert werden.

Der Patient wendet ein, bei ihm habe der niedrige Blutdruck dazu geführt, dass ihm schwarz vor Augen geworden und er umgekippt sei.

Das, meint der Oberarzt, seien Begleiterscheinungen, die sicherlich nicht mehr zu tolerieren seien (B3/395-412).

Der Oberarzt bestätigt die Forderung des Patienten nach hinreichendem ärztlichem Interesse an den Nebenwirkungen verordneter Medikation als Norm, unterlässt es aber zu eruieren, was dazu geführt hat, dass der Patient diese Norm verletzt sieht. Vielmehr nimmt er die Einlassung zum Anlass, nochmals – und diesmal ausführlicher – die medizinische Absicht der Medikation zu erläutern, die in der Abwehr doch beträchtlicher Gefahren bestehe. Das Ergebnis der impliziten Abwägung lautet, dass der Nutzen der Medikation höher zu bewerten sei als die subjektiv unangenehmen, nur vorübergehenden Begleiterscheinungen. Doch der Patient lässt nicht locker und führt an, was die Medikation bei ihm an Begleiterscheinungen hervorgerufen hat. Er verleiht damit der Kosten- und Nutzen-Abwägung Gewicht: Ob man dies als Patient ertragen müsse, sei doch wohl fraglich. Und der Oberarzt pflichtet ihm schließlich bei.

¹⁹² Worauf der Patient seine Verallgemeinerung stützt, bleibt ungeklärt; desgleichen, ob und ggf. wie der Patient sein Anliegen während einer Visite vorgebracht und vertreten hat.

Die Einlassung des Patienten über seine Erfahrung mit dem ärztlichen Therapieregime dokumentiert die zweite Voraussetzung: (2) Ob Ärzte bereit sind, beim medizinischen Ziel der Blutdrucksenkung Abstriche hinzunehmen, hängt maßgeblich auch von ihrer Interpretation der Beschwerden ab, die Patienten äußern. Die Passage verdeutlicht darüber hinaus, dass und warum das ärztliche Ziel der Blutdrucksenkung nicht so ohne weiteres fallengelassen wird. Die Begleiterscheinungen müssen schon erheblich sein, bevor auf ärztlicher Seite die Bereitschaft entsteht, über Abstriche in der Medikation zu verhandeln, und auch dann kann die Angelegenheit kontrovers bleiben. Bis zu welcher Höhe aus ärztlicher Sicht Nebenwirkungen auflaufen müssen, bevor ärztliches und Patientenurteil übereinstimmen, wird hier nicht generell geklärt; ärztliche Meinungen, wo ein solcher Schwellenwert der Erträglichkeit läge, dürften ohnehin sehr geteilt und von vielen, nicht allein medizinischen Faktoren mitbestimmt sein. Immerhin erzielt der Patient in dieser Szene, wenn auch erst in nachgereicher Form durch den Oberarzt, die ärztliche Zustimmung zu seiner Einschätzung, dass in seinem Fall die Schwelle des Zumutbaren überschritten war. – Einige Tage später berichtet derselbe Patient während einer psychologischen Gruppenveranstaltung: Er habe nun endlich erreicht, dass einige seiner blutdrucksenkenden Medikamente abgesetzt wurden. Das sei schwer gewesen, „so als kämpfe man gegen die ganze Klinik“.

Bislang konnte am Beispiel zweier Risikofaktoren gezeigt werden, dass und auf welche Weise deren Behandlung ärztliche Aufmerksamkeit bindet. Das Ziel der Anstrengungen ist deutlich: Einschlägige Grenzwerte sollen nach Möglichkeit erreicht werden, wobei sich die therapeutischen Ziele wie auch der Mix therapeutischer Optionen im Einzelnen danach richten, was für einen Patienten ein Arzt glaubt, vor sich zu haben. Dabei werden nicht allein ‚harte‘ Kriterien wie z.B. die Konstellation von Risikofaktoren ins Kalkül gezogen – auch das Alter zählt dazu –, sondern Einschätzungen zu kognitiven und motivationalen Eigenschaften von Patienten haben ebensolches Gewicht, die freilich oft rasch zustande kommen (müssen) und kaum ausführlicher überprüft werden (können). Es ist eine kleine Minderheit von Patienten, die eigene und womöglich vom ärztlichen Vorschlag abweichende Präferenzen zum therapeutischen Vorgehen Stations- oder Oberärzten gegenüber äußert – was nicht heißen muss, dass die Mehrzahl keine solchen Präferenzen hegte. *Wenn* Patienten hierzu einen dezidiert eigenen Standpunkt entwickeln, so vermitteln die wenigen hier dargestellten Begebenheiten einen Eindruck davon, dass eine Verständigung zwischen Arzt und Patient über die ‚richtige‘ Vorgehensweise nicht immer leicht zu erzielen ist oder auch gänzlich scheitern kann. Auf ärztlicher Seite dürfte ein Grund dafür sein, dass Grenzwerte – der bekundeten Neigung zur flexiblen Handhabung zum Trotz – eben doch eine starke Orientierungsfunktion ausüben, zu der sich generalisierte Befürchtungen über die Noncompliance von Patienten gesellen. Möglicherweise ist es gerade diese Mischung, die die ärztliche Orientierung an Grenz- und Zielwerten stärkt. Aber auch Patienten tragen ihr Teil dazu bei, dass der Boden für allfällige Missverständnisse bereitet ist, indem sie ebenfalls oftmals nur den geringeren Teil ihrer Annahmen, Befürchtungen und Überzeugungen kundtun.

9.2 Statistik und Einzelfall: Ärztliche Interpretationen eines statistischen Konzepts

Als statistisches Konzept ist das Risikofaktorenkonzept sehr elastisch: Dass Menschen mit Risikofaktoren ein höheres Erkrankungsrisiko haben als Menschen ohne Risikofaktoren; dass Menschen ohne Risikofaktoren erkranken; dass (die meisten) Menschen mit Risikofaktoren nicht erkranken – all diese Phänomene stehen nicht im Widerspruch zum Risikofaktorenkonzept, sondern unterscheiden sich nur in der Wahrscheinlichkeit ihres Eintretens. Im ärztlichen Alltag einer Reha-Klinik freilich sind nicht alle Vorkommnisse gleichermaßen von Bedeutung, sondern Ärzte haben es von vornherein mit der selektierten Gruppe von Erkrankten zu tun, haben jene nun Risikofaktoren oder nicht; auf sie bezieht sich die tägliche Beobachtung. Programmatische und Klinikroutinen unterstellen die Kausalität von Risikofaktoren für die Erkrankung und leisten einer Gleichförmigkeit im Ablauf von Diagnostik und Therapie Vorschub. Diese dürfte funktional auch für den Vollzug ärztlicher Tätigkeit sein. Zudem sind Typisierungen von Patienten („X ist ein Fall von Y“), u.U. auch Stigmatisierungen, Bestandteil des klinischen Alltags und ärztlicher Tätigkeit. Gleichwohl gehört zum Kern ärztlicher Professionalität, dass sich die Tätigkeit stets auf den einzelnen Fall bezieht (vgl. Begenau, Schubert & Vogd 2005, 2010). Das betont auch ein Arzt im Interview:

„Wir behandeln Einzelindividuen und keine Gruppen. (...) Wir sind Ärzte (lacht) und ... keine Epidemiologen, die sich auf die Gesamtheit stützen.“ (AAD1/156ff.)

Aber – so ist zu dieser Äußerung anzumerken – die Medizin ist von epidemiologischen Wissensbeständen stark durchwirkt (s. Kap. 3), und es liegt nahe anzunehmen, dass sich dies in der medizinischen Praxis niederschlägt – wie schon ansatzweise in den Abschnitten 8.2 und 9.1 gezeigt wurde. Wie also interpretieren nun Ärzte das Konzept für ihre Arbeit? Wird die Unterscheidung zwischen Individuum und großer Zahl, medizinischem und epidemiologischem Wissen in der Reflexion über das Risikofaktorenkonzept tatsächlich getroffen? In welcher Form wird sie getroffen, und was folgt daraus? – Für die Beantwortung der Fragen ist es hilfreich, zwischen den Ebenen ärztlicher Reflexion (9.2) und Interaktion mit Patienten (9.3) zu differenzieren.¹⁹³

Die interviewten Ärzte zweifeln nicht daran, dass die prominentesten Risikofaktoren (vgl. Kap. 3.3.1) das Erkrankungsrisiko signifikant erhöhen und darüber hinaus für Krankheitsentstehung und -fortgang eine entscheidende Rolle spielen, auch jener Arzt nicht, der die oben zitierte Unterscheidung zwischen Ärzten und Epidemiologen akzentuiert:

„Ich denke schon, dass im Bereich der Herz-Kreislaufkrankungen das auch stimmig ist [die von der Epidemiologie „herausgefilterten Ursachen“, die der Interviewpartner zuvor erwähnt hatte]. Das hat sich ja im Laufe der letzten 40, 50 Jahre gezeigt, dass das ja so richtig ist, dass die Risikofaktoren, so wie sie da stehen, akzeptiert sind, muss man sagen.“ (AAD1/236ff.)

Das mit epidemiologischen Methoden generierte Wissen ist also maßgeblich für die Medizin, das Risikofaktorenkonzept sei „das Wesentliche, was belegt ist, und insofern das,

¹⁹³ Man kann für diese Unterscheidung die Bühnenmetapher von Goffman heranziehen, generell jedenfalls darauf verweisen, dass Aufgaben und Ziele ärztlicher Arbeit in der Kommunikation mit Patienten andere sind, als wenn sie in einer Interviewsituation in eine Diskussion über die Wissensgrundlagen ihrer Tätigkeit verwickelt werden. Aber natürlich ist auch eine Interviewsituation eine Bühne, mit zwei Beteiligten, die wechselweise spielen und Publikum sind.

was man angehen sollte“. Selbst, wenn es „nicht alles“ (s.u.) erklärt, so liefert es doch einen tragfähigen Handlungsansatz:

„Ich meine, diese ganzen Risikofaktoren, die wir heute kennen, die erklären ja noch nicht alles. Aber wir wissen, dass jemand, der welche hat und je mehr er hat, desto gefährdeter ist er. Das wissen wir. Und da muss man, denke ich mal, im Interesse von uns allen ja letztendlich, ich meine, was man verhüten kann, soll man verhüten.“ (AAD2/365ff.)

Wie dieser zitierte Arzt, so charakterisiert fast jeder der interviewten Ärzte den Wissenskorpus des Risikofaktorenkonzepts als nicht abgeschlossen („die wir heute kennen“, „erklären noch nicht alles“), vielmehr befinde er sich „im Fluss“, wie medizinisches Wissen generell. Es wird mit Korrekturen, mehr aber noch mit Ergänzungen und Differenzierungen des gegenwärtigen Wissensstandes gerechnet. Ärztliche Erwartungen richten sich hierbei auf einen Erkenntniszuwachs vor allem hinsichtlich genetischer Faktoren bei der Krankheitsentstehung zum einen und psychophysiologischer Wirkmechanismen zum zweiten. Vereinzelt wird die Frage aufgeworfen, was sich eigentlich hinter den „reinen nackten Risikofaktoren“ abspiele. Die Kennzeichnung des Risikofaktorenwissens als *fluide* ist ihrerseits – wie noch zu zeigen ist – auch veränderlich.

In den Interviews mit Ärzten habe ich die Ebenen Statistik und Einzelfall oftmals aufgerufen, indem ich nach der Erklärungskraft von Risikofaktoren in einem hypothetischen Fall gefragt habe, wie z.B. in dem folgenden Ausschnitt:

- I: „Angenommen, ein Herzinfarkt-Patient ist übergewichtig und hat einen Gesamtcholesterinwert von 260. Ist in Ihren Augen damit hinreichend erklärt, warum so jemand einen Herzinfarkt bekommen hat?“
- A: „Ich sag mal so: Man kann das dann nachvollziehen und sagen, na ja, jemand, der übergewichtig ist, hohes Cholesterin hat, hat ein erhöhtes kardiovaskuläres Risikoprofil, das kann man sagen. Gut, das ist nun jetzt hinreichend belegt. Aber warum er mit der Konstellation und, was weiß ich, 80 von 100 seiner Leidensgenossen nicht, das kann man natürlich nicht sagen. Das ist natürlich ein Stück weit immer auch ein individuelles Schicksal. Es gibt ja auch genügend Leute, die haben *nicht einen* kardiovaskulären Risikofaktor, sind normgewichtig und alles und kriegen trotzdem ihren Herzinfarkt, einfach weil sie eine gewisse familiäre Disposition haben.“ (BAD6/556-566)

Dieser Arzt fächert differenziert auf, was es über das Risikofaktorenkonzept aus ärztlicher Sicht zu sagen gibt: Der Hinweis auf die statistische Fundierung des Konzepts ist deutlich, Risikofaktoren machen das Auftreten der KHK wahrscheinlicher, aber sie determinieren es nicht: Immerhin bleiben „80 von 100 seiner Leidensgenossen“ von (dieser) Krankheit unbehelligt (und werden deshalb eigentlich auch keine „Leidensgenossen“). Und umgekehrt gebe es sogar „genügend Leute, die haben *nicht einen* kardiovaskulären Risikofaktor“ – und erkrankten dennoch. In der *Retrospektive* plausibilisieren Risikofaktoren einen Krankheitseintritt („kann man dann nachvollziehen“, „hinreichend belegt“), aber die Frage der Auswahl („Warum X und nicht Y?“) kann mithilfe des Risikofaktorenkonzepts nicht beantwortet werden. Diese Erklärungslücke schließt der Arzt mit dem Hinweis auf das „individuelle Schicksal“, ein Erklärungsansatz, der nicht dem Risikofaktorenkonzept entstammt. Für das Kollektiv der Erkrankten *ohne* Risikofaktoren bemüht der Arzt mit der „gewisse[n] familiäre[n] Disposition“ eine Art Hilfhypothese und of-

fenbart so, dass das Phänomen „krank, aber ohne bekannte Risikofaktoren“ nicht gänzlich ohne Erklärung bleiben sollte. Es bleibt undeutlich, ob der Arzt diesen Phänomenbereich als widersprüchlich zum Risikofaktorenkonzept interpretiert oder nicht.

Anders in diesem Punkt ein interviewter Oberarzt: Seiner Auffassung nach bleibt das Risikofaktorenkonzept bei Erkrankten ohne Risikofaktoren eine Erklärung schuldig, nicht nur ihm als Arzt, sondern auch den betroffenen Patienten:

„Es [das Risikofaktorenkonzept] erklärt manches, aber durchaus nicht alles. Mit Recht stellen mir Patienten Gegenfragen, wieso manche von ihnen keinerlei Risikofaktoren haben und dennoch zu ihrem Infarkt gekommen sind oder dennoch eine Bypass-Operation erforderlich war. (...) Das Risikofaktorenkonzept erklärt statistisch gesehen einiges, beispielsweise eben eine Kumulierung der Risikofaktoren, dass dann statistisch gesehen die KHK häufiger auftritt, aber im Einzelfall lässt es uns häufig im Stich.“ (AAD3/92ff.)

Die Unterscheidung zwischen Statistik und Einzelfall wird hier explizit getroffen: Auf der Ebene der großen Zahl überzeuge das Risikofaktorenkonzept – mit der Anzahl der Risikofaktoren steige das Erkrankungsrisiko –, helfe aber nicht, den einzelnen Erkrankungsfall dann zu plausibilisieren, *wenn keine Risikofaktoren vorliegen*. Der *einzelne Fall* ist hier die *Abweichung von der Regel*: Für diese Konstellation liege kein Erklärungsmodell vor, vom Risikofaktorenkonzept werde sie nicht erfasst, so der Oberarzt. Er ist nicht der einzige, der in diesem Zusammenhang die Formulierung gebraucht, dass entsprechende Fragen nach einer Krankheitserklärung von Patienten *ohne* Risikofaktoren „mit Recht“ gestellt werden. In der Umkehrung bedeutet dies: Patienten *mit* Risikofaktoren fragten zu Unrecht nach einer solchen, sie würden demnach auf das Erklärungsangebot des Risikofaktorenkonzepts verwiesen.

Wenn sich ein einzelner Fall augenscheinlich nicht unter das Risikofaktorenkonzept subsumieren lässt, wird auch dann gelegentlich auf die Erklärungsebene *Schicksal* ausgewichen, ein Begriff, der semantisch auf Individualität, nicht auf die große Zahl verweist:

„Wenn jemand fragt, ‚Wieso hat mein Nachbar das nicht, und ich habe es? Ich habe mich doch auch regelmäßig bewegt, ich habe doch was getan. Ich habe immer auf meine Ernährung geachtet. (...)‘ – Also die Frage ist berechtigt, aber da kann ich nur immer sagen, es trifft leider auch immer welche, die nicht rauchen und überhaupt keine Risikofaktoren haben. Schicksalhafter Verlauf, die Ursache letztendlich müssen wir im Moment noch im Dunkeln lassen.“ (BAD1/461-467)¹⁹⁴

Dem gegenüber stehen starke Äußerungen mit Bezug zum Klinikalltag, in denen jeder *einzelne* Patient *mit* Risikofaktoren als Bestätigung des Risikofaktorenkonzepts interpretiert wird. So äußert z.B. eine Stationsärztin:

„Ich finde, das Risikoprofil trifft eigentlich auf fast alle Patienten zu, die ich bisher betreut habe. Ich glaube, die Patienten, wo man kein Risikoprofil eruieren kann, kann man an einer Hand abzählen. Und dann kommt trotzdem noch das Risikoprofil Geschlecht und Alter [hinzu]. (...) Also, die *meisten* Patienten, ich sage mal,

¹⁹⁴ *Schicksal* ist nicht allein mit der Frage der Auswahl („Warum X und nicht Y?“) und der Ermangelung einer Erklärung verknüpft, sondern auch – das wird an dieser Äußerung besonders deutlich – mit der Entlastung von Zurechnung. Diese Thematik wird in Kapitel 11 vertieft.

99 oder 98,6 – ich glaube 98,6 ist diese 100 Prozent-Annäherung – sind Risiko-Patienten.“ (BAD7/319-331)¹⁹⁵

Eine Differenzierung zwischen statistischer und Einzelfall-Betrachtung klingt hier nicht an. Eine weitere Stationsärztin gibt eine ganz ähnliche Beobachtung wieder: „Bei 90-95 Prozent hat man ganz klassische Risikofaktoren“, „mindestens einen“, wie sie hinzufügt. Dieselbe Ärztin formuliert ihre Überzeugung:

„Die anderen Risikofaktoren [im Unterschied zu den noch nicht ausreichend erforschten „Erbfaktoren“] sind völlig klar für mich. Also diese Ursachen, was Rauchen, Bluthochdruck, Cholesterine, ansonsten, wenn zu viel gegessen, Diät nicht beachtet, Bewegungsmangel, das ist eigentlich schon ganz klassisch und ganz klar und ist auch nicht nur eben fürs Herz und auf Herzkranzgefäße zu beziehen, sondern auf jeglichen Gefäßbereich zu beziehen. Blutzucker.“ (BAD1/373-377)

Die Bestätigung des Risikofaktorenkonzepts, auf die Ärzte im klinischen Alltag immer wieder stoßen, ist kaum zu unterscheiden von dem Wissen über die pathogene Wirkung der genannten Risikofaktoren. Bei dieser Engführung sind zwei Phänomene kognitiv nicht präsent: dass auch Menschen ohne Risikofaktoren erkranken und dass viele Menschen mit Risikofaktoren nicht erkranken. *Wenn* bei einem Patienten Risikofaktoren vorliegen, dann – so hat es den Anschein – werden Wahrnehmung und Einschätzung der Situation in erster Linie vom Profil der Risikofaktoren bestimmt. Mit dem Krankheitseintritt sind unter diesen Umständen Wahrscheinlichkeitserwägungen obsolet: Man weiß jetzt, woran man ist.

„Wir behandeln Einzelindividuen und keine Gruppen“ – an dieses eingangs zitierte ärztliche Statement zur Bekräftigung der Orientierung auf den einzelnen Fall und in Abkehr von der statistischen Betrachtung sei in diesem Zusammenhang noch einmal erinnert. Bei der Rekonstruktion von Fällen, in denen Patienten ein ausgeprägtes Risikoprofil haben, scheint das Risikofaktorenkonzept als Reservoir zu dienen, aus dem sich mit jedem Risikofaktor und seiner Ausprägung Versatzstücke zu einer (nahezu) vollständigen Erklärung kompilieren lassen. Das Konzept der Wahrscheinlichkeit wäre dann kaum noch, möglicherweise auch gar nicht mehr präsent. So legt eine Ärztin, die bereits oben zu Wort kam, auf die Frage hin, ob ihr bei der Begegnung mit Patienten deren Erkrankungsrisiko durch den Kopf gehe, dar:

„Nein, das ist einfach, wenn da so eine kleine dicke Tonne [?] reinkommt, mit einem roten Kopf, dass ich gleich sage, ‚Ach ja, hoher Blutdruck, zu dick, Fette‘, so was, dass ich den gleich in seine Risikoecke reindränge. Klar, klar. Aber dass ich *Zahlen* präsent habe, nein, um Gottes Willen. Das halte ich für ziemlich doof.“ (BAD7/372-377)

Die Interviewpartnerin spricht im selben Zusammenhang auch von „Berufskrankheit“. Was sie hier etwas salopp schildert, ist ein Vorgang der *Vereindeutigung*, der zur Erklärungssicherheit und mehr noch zur (Be-)Handlungssicherheit beiträgt: Bereits das äußere Erscheinungsbild eines Patienten lasse auf dessen Konstellation von Risikofaktoren schließen. Die Frage, warum die Erkrankung bei *diesem* Menschen aufgetreten ist, beantwortet bereits der Phänotyp.

¹⁹⁵ Mit „Risiko-Patienten“ sind in dieser Äußerung Patienten gemeint, bei denen Risikofaktoren festgestellt worden sind.

Wenn sich die Sache – wie im folgenden konstruierten Fall – nicht sofort als eindeutig darstellt, beginnt ein Suchen nach Information im Rahmen des Risikofaktorenkonzepts, die den Schluss von der statistischen Ebene zum singulären Fall plausibel machen würde:

- I: „Nehmen wir mal an, jemand ist übergewichtig und hat einen Gesamtcholesterinwert von 260 und hat einen Herzinfarkt bekommen. Finden Sie das eine hinreichende Erklärung, warum dieser Mensch einen Herzinfarkt bekommen hat?“
- Ä: (lacht) „Das ist Ferndiagnose. Das ist ein Konstrukt, und dann muss man diesen Menschen sehen. Wie stark übergewichtig ist er? Was hat er für einen Body-Mass-Index? Hat er ein paar Pfunde zu viel bei einem Cholesterin von 260, oder ist er enorm fett? Dann hat er aber kein Cholesterin von 260. Und in dem Fall, wenn er ... oder was hat er z.B. für freie Fette? Wie sind die Triglyzeride? Wie sind überhaupt die Unterfraktionen des Cholesterins, wie sind die verteilt? Vom Gesamtcholesterin her – ich habe auch einen Cholesterin von 220. Nicht? Die Untergruppen sind ja praktisch das, was entscheidet. Liegt LDL, HDL ...“
- I: (unterbricht) „Dann mit Ihrem Expertenwissen, reichern Sie mein Beispiel ruhig mit entsprechenden Informationen an.“
- Ä: „Wenn er eine ganz ungünstige Cholesterinverteilung hat, finde ich, ist das eine ausreichende Erklärung dafür, mit Bewegungsmangel. Man weiß, dass Bewegungsmangel, mal unabhängig von den Fetten, eine KHK provozieren kann.“ (BAD7/289-311)

Die Ärztin gibt sich mit der eingangs gegebenen Informationsbasis noch gar nicht zufrieden; bliebe es dabei, wäre es ein „Konstrukt“, der statistischen Ebene entnommen, das nicht ausreicht, um sich ein Urteil zu bilden. Dazu bedürfte es ausführlicherer Information, v.a. „muss man diesen Menschen sehen“, also den singulären Fall genau betrachten: diagnostisch, anamnestisch. Sie führt vor, welche Art von Daten es zu eruieren gelte, um zu einem gewissen Plausibilitätsgrad zu gelangen, um eine „ausreichende Erklärung“ zu erhalten. Insbesondere die erste Äußerung der Ärztin offenbart, dass der von ihr als zusätzlich notwendig gekennzeichnete Informationsbedarf sich samt und sonders innerhalb des Risikofaktorenkonzepts bewegt.

„Ausreichend wofür?“ hätte im Übrigen die nächste Frage lauten müssen. – Sie wurde nicht gestellt, folglich auch nicht beantwortet. Aus dem Kontext der zuvor gestellten Fragen und der Formulierung von der „ausreichenden Erklärung“ selbst darf man jedoch mutmaßen: Die Erklärung würde ausreichen, um sich über den Krankheitseintritt nicht wundern zu müssen und Ansatzpunkte für therapeutisches Handeln zu haben. Weist das Ausbleiben des sich Wunders auf die Annahme eines determinierten Zusammenhangs hin? Das wäre eine allzu steile These. Immerhin aber ist auch nichts von dem Gedanken zu erkennen, dass bei dem von der Ärztin konstruierten Risikoprofil ein Krankheitsereignis immer noch weniger wahrscheinlich wäre als dessen Ausbleiben.

Einen ähnlichen kognitiven Vorgang der (Re-)Konstruktion einer Erklärung, die ärztlicherseits als ausreichend empfunden wird, spiegelt die folgende Passage wider – mit dem Unterschied, dass diesmal die Kompilierung von Ursachen auch quantifiziert wird:

- I: „Wenn ich jetzt zu Ihnen käme und hätte in relativ jungen Jahren einen Herzinfarkt und würde Ihnen sagen, ich rauche, wäre für Sie dann alles klar sozusagen?“

A.: „Gut, 70 Prozent der Ursachen wären damit sicherlich abgedeckt. Wenn Sie noch die Pille nehmen würden und vielleicht noch genetische Probleme hätten und Fettstoffwechsel ... das passt schon. Ich würde mich da erst mal mit zufrieden geben.“ (AAD1/133-139)

In der konkreten Gesprächssituation wurde nicht geklärt, was genau der Arzt mit der Formulierung „70 Prozent der Ursachen“ eigentlich meint (vgl. Wood et al. 1998: 1439). Die Überlegung, um wie viel die erwähnten Faktoren die Eintrittswahrscheinlichkeit in dem konstruierten Fall erhöhen würden im Vergleich zu einer Frau, auf die diese Faktoren nicht zutreffen, wird nicht angestellt. Der Arzt bekräftigt, eine solche Überlegung sei für ihn irrelevant: „Für mich zählt eher der Einzelfall und nicht die Wahrscheinlichkeit, ob das einer von denen sein könnte.“ Es geht demnach stets um die Plausibilisierung eines bereits eingetretenen Ereignisses: In dem hypothetischen Beispiel liefert der Risikofaktor Rauchen dem Arzt den ausschlaggebenden Teil der Erklärung, und er würde sich bemühen, sie durch die Identifizierung weiterer Risikofaktoren abzurunden. Wie im vorigen Beispiel so tritt auch hier zutage, dass zum großen Teil vom Risikofaktorenkonzept vorgegeben ist, was als relevante Information gilt (das Rauchen, die Pille, Parameter des Fettstoffwechsels, genetische Faktoren).

Um zu resümieren: Wie referenzieren Ärzte die statistische Ebene und die Ebene des singulären Falls? Formulierungen wie „Ich würde mich da erst mal mit zufrieden geben“, „ausreichende Erklärung“ oder „Die anderen Risikofaktoren sind völlig klar für mich“ – sie deuten an, dass aus ärztlicher Sicht bei Erkrankten *mit* Risikofaktoren der Krankheitseintritt unter das Risikofaktorenkonzept subsumiert werden kann. Das Konzept erklärt Vergangenheit (Krankheitsentstehung) und Gegenwart (Erkrankung); Risikofaktoren werden so vor allem in ihrer pathogenen Dimension wahrgenommen – als *Faktoren* also und nicht als *Risikofaktoren*. Denn nur selten kommt in dieser Blickrichtung das probabilistische Moment zum Vorschein (‘es hätte auch anders kommen können’). Obwohl Erkrankte *mit* Risikofaktoren zweifellos ‚gut in die Statistik passen‘, spiegelt fast keine der zitierten Äußerungen eine statistische Lesart wider. Vielmehr beschreiben die ärztlichen Äußerungen Vorgänge der *Typenbildung* unter Zugrundelegung von Kategorien, die dem Risikofaktorenkonzept entnommen sind.

Den Gegentypus bildeten dann jene einzelnen Fälle – einzeln im Sinne von selten – von Patienten, die erkrankt sind, *ohne* Risikofaktoren aufzuweisen. Allein ihre geringe Zahl hebt sie hervor, sodann die Ermangelung eines medizinischen Erklärungsangebots und schließlich die semantische Verknüpfung solcher Krankheitsverläufe mit dem Wortfeld *Schicksal*. Bezieht sich *Schicksal* auch immer auf den individuellen Lebensweg und nicht auf die große Zahl, so beinhaltet der argumentative Verweis auf es doch zugleich einen Schlusspunkt in der individuellen Betrachtung auf der medizinischen Ebene, eine Art Kapitulation. Ein Stationsarzt mahnt sogar:

„Dass man sich die Frage [‘warum ich?’] eben *nie* stellen darf, weil es darauf keine sinnvolle Antwort gibt.“ (BAD6/565f.)

9.3 Die Wissensdarstellung gegenüber Patienten

Wie beziehen sich Ärzte auf das Risikofaktorenkonzept kommunikativ und argumentativ, wenn sie zu und mit Patienten sprechen? Informierung, Aufklärung, Handlungsinitiation – das sind wesentliche Aspekte in der sekundärpräventiven Arbeit mit Patienten: Sind sie aus ärztlicher Sicht in Einklang zu bringen mit dem zwangsläufig unvollständigen epidemiologischen und medizinischen Wissensbestand? Spielt es eine Rolle, dass das Risikofaktorenkonzept im Kern quantifizierte Erkenntnisse liefert? Kommt es zum Spagat zwischen den Ebenen statistischen Wissens und der Beurteilung des einzelnen Falls in der Kommunikationsarbeit? Mit der Wahrscheinlichkeitstheorie ist es möglich geworden, Gewissheit bzw. Unsicherheit zu quantifizieren, sei es als Häufigkeitsinterpretation oder als Gewissheitsgrad eines subjektiven Urteils (vgl. Kap. 4.2.1). Spielt diese Grundlegung des Risikofaktorenkonzepts irgendeine Rolle in der Kommunikation mit Patienten?

Die Wissensvermittlung (Information, Aufklärung) an Patienten ist für die sekundärpräventiven Konsequenzen aus dem Risikofaktorenkonzept basal (vgl. Kap. 3.4). Deshalb ist sie genauer zu prüfen: Was kommt zur Sprache, was bleibt ungesagt, wenn Ärzte ihren Patienten Wissen über die Erkrankung vermitteln? Der Anspruch, dass Ärzte ihre Patienten korrekt und umfassend informieren („transparent“ und „objektiv“ nennen z.B. Wegwarth & Gigerenzer (2009: 124) als Anforderungen), dürfte mit den Karrieren der Topoi vom *mündigen Patienten*, von *Shared Decision Making* und *informierter Entscheidung* noch gewachsen sein (vgl. Koerfer et al. 2008; Stollberg 2008a, 2008b; Klusen, Fließgarten & Nebeling 2009).

Dass es dabei nicht allein um Wissensvermittlung geht, sondern diese Bestandteil der Arzt-Patient-Kommunikation ist, gilt es, im Blick zu behalten. Über die Besonderheiten dieser Kommunikation forschen Medizinsoziologen und Linguisten seit Jahrzehnten. Als Form *institutionalisierter* Kommunikation (im Gegensatz zu Alltagskommunikation) fußt sie auf der Unterscheidung und Komplementarität von Experten- und Laienwissen; die Begegnungen sind i.d.R. streng sequenzialisiert, den Interaktanten fallen gemäß ihrer Rolle unterschiedliche – komplementäre – Zuständigkeiten und Verantwortung zu (Parsons 1975; Fischer & Dundas Todd 1983; ten Have 1991; Becker-Mrotzek 1992; Gülich 1999; Brünner 2005; Spranz-Fogasy 2005). Die ethnomethodologisch inspirierte Forschung betont dabei die stets erneute und erneuerte Hervorbringung dieser typischen Eigenschaften in der einzelnen Interaktion durch die Interaktanten, unter Beteiligung der Patienten also (Quasthoff 1990: 75; Gülich 1999; Vogd 2012). Unter dem Stichwort „Asymmetrie“ versammeln sich Ergebnisse einer ganzen Reihe von Studien, die auf das Machtgefälle zwischen Experte und Laie Verstehens- und Verständigungsprobleme, unaufgelöste Perspektivendifferenzen bis hin zu Noncompliance als Folge unzureichender Perspektivenabstimmung zwischen Arzt und Patient zurückführen (Bliesener 1982; Köhle & Begemann-Deppe 1982; West 1983; Rellecke 1985; Sankar 1986; Bliesener & Köhle 1986; Koerfer, Köhle & Obliers 1994; Redder & Wiese 1994; Gwyn & Elwyn 1999; Stevenson, Barry, Britten, Barber & Bradley 2000; Street, Krupat, Bell, Kravitz & Haidet 2003; Lutfey 2005; Stollberg 2008a, 2008b; Koerfer et al. 2008; Dibbelt, Schaidhammer, Fleischer & Greitemann 2010; in Zurückweisung der „Asymmetrie-Agenda“: ten Have 1991; 1993). Die tatsächliche Kommunikation wird also oftmals auf dem Hintergrund von Normen der Funktionalität (z.B. Informiertheit, Compliance, ggf. psychosoziale Dimensionen einer Krankengeschichte) und/oder diskursethischer Prinzipien (Shared Decision

Making, Voraussetzungen für informierte Entscheidungen etc.) analysiert. Für die Asymmetrie-Annahme bezeichnend ist ein kritischer Blick auf die kommunikationsgestaltenden Handlungen oder Unterlassungen der Professionellen (vgl. insbesondere Koerfer et al. 2008).

Der folgende Untersuchungsabschnitt geht jedoch nicht der Frage nach, ob bestimmte ärztliche Kommunikationsstile Compliance auf Patientenseite fördern oder behindern. Vielmehr geht es um die davor liegende Frage, wie Ärzte das Risikofaktorenkonzept als Wissensgebiet gegenüber Patienten darstellen. Von besonderem Interesse ist, ob und wie zwischen den Ebenen der Statistik und des Individuums unterschieden wird, ob und wie quantifizierte Erkenntnisse aus dem Risikofaktorenkonzept zum Bestandteil der Wissensdarstellung werden, und schließlich, in welcher Form und bei welchen Anlässen Gewissheit oder Ungewissheit formuliert wird.

9.3.1 „Diese ganzen Statistiken...“ – Zur Praxis der Quantifizierung von Risiken bzw. Risikominderungen

Die explizite Unterrichtung von Patienten über die KHK und ihre Ursachen findet i.d.R. in Form von Vorträgen statt, in Klinik A zudem in Form von Filmen. Im Vordergrund steht dabei die Aufklärung über die *physiologische* Wirkungsweise von Risikofaktoren auf die Erkrankung und deren Progredienz. Um Beispiele für behandelte Themen zu nennen: Welche Rolle spielen Blutfette bei der Bildung von Plaques? Wie wirkt sich ein hoher Blutdruck auf die Gefäßwände und die Leistungsanforderung an den Herzmuskel aus? Wie lässt sich die Herzleistung ökonomisieren? Wie der Cholesterinwert beeinflussen? Die physiologische Erklärungsebene wird gelegentlich mit Quantifizierungen unterstrichen, die dem Risikofaktorenkonzept entstammen, aber dessen wahrscheinlichkeitstheoretische Basis im Unklaren lässt; etwa wenn es in einem Film heißt, dass 92 Prozent der unter 40-jährigen Herzinfarkt-Patienten Raucher und zwei Drittel aller Bypass-Operierten Raucher seien (A7/355-365). Ohne ausführlichere Kontextinformation können solche Aussagen kaum anders als interpretiert werden als im Sinne von „post hoc, ergo propter hoc“ (vgl. Kap. 3.3.2, insb. S. 66f., auch Anm. 106 u. S. 113). Eine Oberärztin ergänzt in diesem Zusammenhang kurz darauf, dass es auch Nichtraucher gebe, die einen Infarkt bekommen – bei denen lägen dann allerdings andere Risikofaktoren vor – und umgekehrt Raucher, die ohne Infarkt blieben, was aber selten sei (A7/367-369). Auch ohne auf eine illustrierende Quantifizierung zurückzugreifen, trifft die Ärztin hier also Aussagen, die Vorstellungen von Eintrittswahrscheinlichkeiten vermitteln: ‚Keine Erkrankung ohne Risikofaktoren‘, lautet die erste; ‚fast alle Raucher bekommen einen Infarkt‘, die zweite.

Alles in allem kommen quantifizierte Eintrittswahrscheinlichkeiten in Verbindung mit einem oder mehreren Risikofaktoren jedoch selten zur Sprache. Keинmal bin ich Zeugin geworden, dass Eintrittswahrscheinlichkeiten vergleichend beziffert wurden;¹⁹⁶ entsprechende Fragen hat es von Patientenseite im Übrigen auch nicht gegeben. Nur einmal habe ich erlebt, dass ein Oberarzt in seinem Vortrag die Aufklärung der Varianz im Auftreten einer manifesten KHK durch die bekannten Risikofaktoren mit 60 Prozent bezif-

¹⁹⁶ Etwa so: „Von 1.000 Frauen im Alter über 50 Jahre ohne manifeste KHK erkranken soundso viele innerhalb von 10 Jahren an einer KHK.“ Oder so: „Von 1.000 rauchenden Männern im Alter zwischen 30 und 45 Jahren erkranken soundso viele innerhalb von 20 Jahren an einer KHK/erleiden einen Herzinfarkt; bei nichtrauchenden Männern sind es (nur) soundso viele“ usw. usf.

ferte. Zu diesem Punkt hat es keine weiteren Erläuterungen gegeben, ebenso wenig haben Patienten nach der Bedeutung dieser Information gefragt. Das heißt auch, niemand hat vernehmbar den Schluss gezogen, dass demnach also 40 Prozent der Erkrankten ohne (bekannte) Risikofaktoren sein müssten. Deshalb ist nicht damit zu rechnen, dass es Patienten geläufig ist, wie verschiedene Risikofaktoren z.B. die Inzidenz der KHK oder die Mortalität infolge eines Herzinfarktes in verschiedenen Grundgesamtheiten beeinflussen.¹⁹⁷

Quantifizierungen, die sich auf das *absolute* Risiko beziehen, gleichviel ob in sekundärpräventiver oder rückblickender Perspektive, sind demnach kein fester Bestandteil der ärztlichen Wissensdarstellung – mit einer Ausnahme. Sie betrifft die Haltbarkeit von Bypassen, ist also eine Information für operierte Patienten. Dazu wird in beiden Kliniken angegeben, dass sich in einem Zeitraum von etwa zehn Jahren die Hälfte aller Bypässe wieder verschließen und dass man nicht sicher vorhersehen könne, welche Patienten davon betroffen sein werden. Nicht in die Information einbezogen – und von Patientenseite auch nicht thematisiert – wird der Umstand, dass operierte Patienten oftmals mehr als einen Bypass erhalten. Freilich stiegen die Chancen auf langfristig offene Bypässe für Patienten, die die sekundärpräventiven Empfehlungen und Grenzwerte beherzigten. Eine Versicherung sei das hingegen nicht – wie in folgender Szene dieselbe Oberärztin während derselben Veranstaltung ausführt:

Ein Patient möchte wissen, ob es Studien zur Haltbarkeit von Bypassen gebe. Wie lange würden demnach Bypässe halten unter der Bedingung, dass man „alle Risikofaktoren beachtet“? – Die Oberärztin entgegnet: 10-15 Jahre hielten die Bypässe, manche gingen aber bereits nach vier Wochen wieder zu, das könne niemand so genau sagen. „Im Durchschnitt“ aber hielten sie 10-15 Jahre (A7/444-447).

Bemerkenswert ist zunächst, dass der Patient sich ausdrücklich nach dem Wissenstypus *epidemiologische Studie* erkundigt; er signalisiert außerdem durch die formulierte Bedingung „alle Risikofaktoren werden beachtet“ seine Akzeptanz des Risikofaktorenkonzepts als Wissens- und Handlungsrahmen. In ihrer Entgegnung wechselt die Oberärztin zwischen den Ebenen statistischer Information („im Durchschnitt“) und der Einzelfallbetrachtung („manche“) – von Bypassen, wohlgermerkt – ohne allerdings diesen Wechsel zu erläutern oder kenntlich zu machen. Sie erläutert auch nicht, welchen Unterschied im Aggregat die vom Patienten genannte Bedingung für die Chancenverteilung erzielt; der Patient hat seinerseits hier nicht mehr nachgefragt.

Häufiger als auf *absolute* Risiken wird in Gruppenveranstaltungen auf *relative* Risiken und dann zumeist *Risikosenkungen*, Bezug genommen. Die Darstellungsform kann Quantifizierungen enthalten oder Referenten wählen qualitative Ausdrücke. Zumeist beziehen sich solche Angaben auf einzelne Maßnahmen und deren Effekte: Beispielsweise wird Noch-Rauchern in Aussicht gestellt, dass sie nach einem gewissen Zeitraum der Nikotinkarenz dasselbe Risikoniveau wie Nichtraucher erreichen. Mitunter wird aber auch der gesamte Beeinflussungsraum beziffert, mit Aussagen wie „Sie können den weiteren Verlauf Ihrer Erkrankung zu zwei Dritteln/zu 50 Prozent selbst beeinflussen“.¹⁹⁸

¹⁹⁷ Ob Ärzte solches Wissen zuverlässig parat haben, ist ebenfalls fraglich (vgl. Wegwarth & Gigenzer 2009: 127ff.; Sapre et al. 2009; Roncaglioni, Avanzini, Roccatagliata, Monesi, Tamayo-Benitez et al. 2004).

¹⁹⁸ Beide Versionen waren in Klinik A in Umlauf.

Allein die Tatsache, dass diese Art der Information vor *Gruppen* von Patienten und invariant mitgeteilt wird, macht deutlich, dass hierbei die Häufigkeitsinterpretation von Wahrscheinlichkeit weitergegeben wird. Die wiedergegebenen Quantifizierungen sind selten präzise oder differenziert, sondern rudimentär. Die Überlegung, ob und in welchem Ausmaß die Aussagen auf die einzelnen Teilnehmer zutreffen könnten oder ihrem individuellen Zustand gemäß zu modifizieren wären, ist kein Gesichtspunkt, der in diesem Zusammenhang relevant wäre. Nicht um die Genauigkeit von Quantifizierungen als Ausweis beispielsweise wissenschaftlicher Verlässlichkeit oder Autorität geht es hierbei, sondern darum, Patienten möglichst eindrücklich vor Augen zu führen, in welchem hohem Ausmaß¹⁹⁹ sie den weiteren Erkrankungsverlauf beeinflussen können: Lebensstiländerung lohne sich – wenngleich nicht angegeben werden kann, für wen.

Dass im Zweifelsfall didaktische Erwägungen vor Information und Aufklärung rangieren können, beschreibt freimütig ein Arzt auf die Frage hin, warum in ärztlichen Darstellungen oftmals Bezug auf das Maß vom relativen Risiko genommen werde, nicht hingegen auf das absolute Risiko:

„Wenn man zum Beispiel sagt: Risikominderung um 50 Prozent, ist es vielleicht auch pädagogisch wirksamer als wenn man sagt, dass die Zahl tödlicher Ereignisse in der einen Gruppe 2 Prozent, in der anderen 4 Prozent sind, nicht? Das heißt also 2 Prozent weniger, da müsste man ja sagen, das ist ja fast nichts, da ist der Unterschied ja gar nicht so groß. Aber wenn man natürlich sagt, Risikominderung 50 Prozent, klingt das nach sehr viel. (...) Man muss sich natürlich im Klaren darüber sein, dass eine relative Risikominderung von 30 Prozent, wenn das in einem kleinprozentigen Bereich ist, dass das natürlich dann weniger ist, als wenn es in einem hochprozentigen Bereich [ist]. Aber ich denke, es ist immer schwierig, solche komplexen Inhalte in dem Rahmen, wie wir das machen, zu vermitteln. Ich denke, dann ist es einfacher, (...) auch pädagogisch wirksamer, wenn man mit diesem relativen Risiko arbeitet.“ (BAD5/530-542)

Zwei Gründe sprechen aus der Sicht des Arztes für die Beschränkung auf das relative Risiko: Zum einen wird befürchtet, Patienten seien nicht in der Lage, „solche komplexen Inhalte“ zu verstehen; die Vermittlungsaufgabe wird als zu schwierig erachtet. Zum zweiten – in der Darstellung des Arztes wiegt dieser Grund schwerer – würde eine umfassende Information die Eindrücklichkeit der Wirksamkeit des Beitrags, der von Patienten erwartet wird und zu leisten wäre, um einiges schmälern. Antizipierter Entmutigung und der Überlegung, dass dann ja doch alles wenig Zweck habe, wenn nicht mehr dabei herauspringe, wird mit dieser Selektivität entgegengetreten.

¹⁹⁹ Eine Quantifizierung mit gegenläufiger Absicht wurde bisweilen von einem Psychologen vorgetragen: Er versicherte seinen Zuhörern, dass sie gewiss 98 oder 99 Prozent in ihrem bisherigen Leben richtig gemacht hätten. Als ich ihn nach dem Sinn der Bezifferung fragte, erläuterte er, es handele sich um eine von ihm willkürlich gewählte Zahl, mit deren Nennung er einer nach seiner Erfahrung häufig vorkommenden Reaktion von Patienten vorbeugen wolle, dass sie nämlich zu dem radikalen, von Schuldgefühlen begleiteten Urteil gelangten, bislang alles falsch gemacht zu haben und daraus den kaum zu verwirklichenden Schluss zögen, ihr Leben völlig umkrepeln zu müssen. Er wolle dagegen zu kleinen, allerdings mit Überzeugung gegangenen Schritten ermuntern und sei überzeugt, dass der in der von ihm gewählten Analogie so klein anmutende ‚Rest‘ von ein bis zwei Prozent alles andere als eine Petitesse sei, weder im Hinblick auf die Größe der Aufgabe noch auf deren Wirkung.

Halten wir fest: In der Wissensdarlegung vor Gruppen von Patienten stützen sich Ärzte hauptsächlich auf die Darstellung der physiologischen Wirkungsweise verschiedener Risikofaktoren. Demgegenüber bilden *quantifizierte* Erkenntnisse aus dem Risikofaktorenkonzept keinen zentralen Baustein der ärztlichen Informationsarbeit. Wenn er benutzt wird, dann selektiv, mitunter manipulativ sowie in illustrierender Absicht im Hinblick auf Beeinflussungsmöglichkeiten, die Patienten offenstehen. Außerdem – und in der Intention gegensätzlich zur zuvor genannten – wird die statistische Wissensform gelegentlich gerade dann angeführt, wenn auf die Unwägbarkeit des einzelnen Verlaufs hingewiesen werden soll. Die quantitative (und das Konzept erst begründende) Seite des Risikofaktorenkonzepts wird also, wenn überhaupt, einerseits opportunistisch genutzt: zum *Impression Management* nämlich (vgl. Goffman 1959); andererseits unterstreichen Verweise auf die statistische Form des Wissens die Ungewissheit bei der Übertragung auf den einzelnen Fall. Nicht nur Ärzte, auch Patienten müssen sich damit abfinden.

Wie halten Ärzte es nun, wenn sie mit *einzelnen* Patienten kommunizieren? Welche Rolle spielt dabei die quantitative Basis des Risikofaktorenkonzepts? Wird zwischen statistischer Ebene und einzelнем Fall differenziert? Die Beobachtungsdaten geben darüber bezeichnenderweise kaum Aufschluss, Quantifizierungen stehen demnach nicht in der ersten Reihe kommunikativer Handlungen von Ärzten. In Interviews habe ich diese Thematik dennoch regelmäßig angeschnitten, weil das Risikofaktorenkonzept quantitativ begründet ist und ohne den Vergleich unterschiedlicher Wahrscheinlichkeitswerte bedeutungslos wäre.

Die Schilderungen von Ärzten zu diesem Punkt variieren maximal: Ob überhaupt auf Quantifizierungen zurückgegriffen wird, in welcher Form, bei welchen Patienten und ob Risiken oder Chancen dabei thematisiert werden – verschiedener können die ärztlichen Äußerungen dazu kaum ausfallen. Geeint werden sie allerdings durch eine allen individuellen ärztlichen Standpunkten vorgeschaltete Überlegung: Stets wird die Beschreibung des eigenen Vorgehens an die Einschätzung gebunden, ob sich damit auf Patientenseite Verhaltensänderung initiieren und stützen lasse oder nicht. Der instrumentelle Charakter der Wissensdarstellung – für eine Verhaltensänderung zu motivieren – steht außer Frage. Die folgenden Beispiele illustrieren dies deutlich, gerade in der Verschiedenheit von Quantifizierungspraktiken, die die Interviewpartner beschreiben.

Quantifizierung – so schildert es nachfolgend ein Stationsarzt – habe der Veranschaulichung zu dienen und müsse einfach gehalten sein, um begreiflich zu sein. Das Beispiel, das er wählt, will einem landläufigen Irrtum auf Patientenseite vorbeugen: dass sich Risikofaktoren in ihrer Wirkung, wie in ihrer Anzahl, ‚nur‘ addieren könnten:

„Rauchen plus Fettstoffwechselstörung macht nicht ein doppelt so hohes Risiko, sondern macht ein achtfach so hohes Risiko. Das sage ich denen schon, dass bestimmte Sachen sich nicht bloß einfach addieren, sondern potenzieren. Ja, sicher, klar. Ich denke auch, man muss versuchen, so konkret wie möglich zu bleiben. Ob der nun drunter fällt oder nicht fällt, das wissen wir ja nicht. Aber zumindest muss man versuchen, den Leuten ... die wollen was sehen. (...) Es muss einfach gemacht werden, damit sie es begreifen.“ (AAD2/175-183).

Das Ausmaß der Gefahr zu erkennen, eine einfache Aussage bei einem Patienten mental zu verankern – darin sieht dieser Arzt den Sinn von Quantifizierungen gegenüber Patienten

ten. Dafür greift er auf das Maß des relativen Risikos zurück. Interessant: das kurze Aufblitzen der Differenzierung von statistischer Ebene und Einzelfall. Ob diese Feinheit Bestandteil der Unterrichtung eines Patienten wäre, bleibt offen.

Eine einfache und zugleich eindringliche Botschaft zu geben, ist auch das Bestreben einer Stationsärztin. Sie führt die „oftmals sehr drastischen Ergebnisse von Studien“, an

„dass man ihnen klarmacht, wenn sie sich dem Herzsport anschließen, wenn sie entsprechend ihre Risikofaktoren im Griff haben, zeigt es sich, dass wirklich eine Ereignisrate, sprich, dass nicht noch mal ein Infarkt auftritt, [sich] zu 50 Prozent senken lässt.“ (BAD1/148-152)

Auch hier also die Bezugnahme auf die Senkung des relativen Risikos, diesmal als Gewinn herausgestrichen, den compliante Patienten zu erwarten hätten. Eine Differenzierung von statistischer Ebene und Einzelfall ist hier nicht zu erkennen.

Als sehr selektiv, fast schon zögerlich, so beschreibt ein dritter Arzt seinen Rückgriff auf Quantifizierungen. Er schränkt gleich mehrfach ein:

„(...) nur, wenn ich einem, sagen wir mal, jüngeren Risikopatienten sozusagen das besonders verdeutlichen will, wenn ich also seine Risiken noch einmal besonders vor Augen führen will, dass dann halt solche Zahlen für manche einen anderen Einstieg in das Verständnis darbieten. Aber generell halte ich die Zahlen für Patienten nicht sehr geeignet.“ (BAD3/416-420)

Allenfalls bei jüngeren Patienten und wenn es um eine besondere Verdeutlichung gehe und nur bei manchen Patienten, bei denen andere Methoden des Einstiegs in das Krankheitsverständnis vielleicht noch nicht den erwünschten Erfolg hatten – also eher als ‚Manöver des letzten Augenblicks‘ schildert dieser Arzt die Umstände, unter denen er in der Kommunikation mit Patienten deren Risiken quantifiziert. Grundsätzlich aber steht er diesem Vorgehen skeptisch gegenüber, es sei ungeeignet. – Nicht geeignet, vermutlich, um bei Patienten Einsicht in und Mitwirkung bei Maßnahmen der Sekundärprävention zu befördern.

Ob Ärzte es nun befürworten oder ablehnen, Patienten gegenüber quantifizierte Argumente ins Feld zu führen – immer sind die Begründungen wie beim Pro auch beim Contra mit Einschätzungen zur *Wirkung* solcher Information verknüpft: „Das ist für die [Patienten] nicht fassbar“ und daher „erfahrungsgemäß wenig nütze“ ist so eine Begründung.

Ein weiterer Arzt begründet sehr ausführlich, warum er auf Quantifizierungen verzichtet. Interessanterweise verbindet er die von ihm bevorzugte Informationsstrategie jedoch durchaus mit Wahrscheinlichkeitsaussagen, wenngleich diese nicht quantifiziert sind:

I.: „Quantifizieren Sie diese Risiken auch gegenüber Patienten?“ [Es war zuvor von der Senkung des relativen Risikos durch bestimmte Medikationen die Rede.]

A.: „Also, dass ich denen jetzt sage, was weiß ich, ‚Wenn Sie diese Tablette nehmen, haben Sie eine 30 Prozent bessere Chance?‘“

I.: „Mmh.“

A.: „Nein.“

I.: „Warum nicht?“

A.: „Weil ich finde das für die Patienten zu relativ. Ich erkläre den Patienten eher, warum sie eine *bessere Chance* haben. Ich sage ihnen, ‚Sie müssen den Betablocker nehmen, weil der zum einen den Blutdruck senkt, dadurch ist die *Wahrscheinlichkeit*, dass der Gefäßprozess weitergeht, *vermindert*. Zum anderen senkt er die Herzfrequenz. Dadurch muss das Herz weniger arbeiten. Die Herzleistung wird reduziert. Dadurch hat das Herz mehr Reserven für das Sauerstoffangebot, und dadurch ist die *Wahrscheinlichkeit*, dass wieder ein Infarkt auftritt, *verringert*.‘ Und dadurch, dass die Herzfrequenz gesenkt wird, ist auch die *Überlebenswahrscheinlichkeit* der Bypässe *erhöht*. Einfach weil die dann nicht mehr unter so großer Belastung stehen, wenn sich der Patient körperlich belastet. Ist ja klar, wenn das Herz mit 120 schlägt, und das von morgens bis abends, ist das ein größerer Abnutzungseffekt, als wenn das Herz bei einer Frequenz von 60-70 ist. – So erkläre ich das. Weil ich finde, das ist günstiger, als wenn ich einfach sage, ‚Sie haben jetzt im Vergleich dazu, wenn Sie eine Tablette nicht nehmen, eine 30prozentig erhöhte Überlebenswahrscheinlichkeit.‘ Ich denke mal, das kann man sich eben nicht so bildlich vorstellen. Also für mich reicht es, aber für einen Patienten, denke ich mal, nicht.“ (BAD/452-474; Hervorhebungen EB)

Anschaulichkeit für Patienten ist ihm wichtig, und er führt mit seiner Erläuterung gleich vor, was es damit auf sich hat: wie eine Therapie physiologische Vorgänge günstig beeinflusst. Günstige physiologische Effekte veränderten eben auch die Eintrittswahrscheinlichkeiten adverser Ereignisse. Mit der Veranschaulichung physiologischer Effekte einer Therapie in Verbindung mit Wahrscheinlichkeitsaussagen ignoriert dieser Arzt die Unterscheidung von Einzelfall- und statistischer Betrachtung. Was auf Grundlage seiner Information einem Patienten nicht möglich wäre, ist die Abwägung von Chance und Aufwand. Die zu ermöglichen, gehört vermutlich auch nicht zu den Zielen seiner Kommunikationsarbeit; dagegen spricht seine einleitende direktive Formulierung („Ich sagen ihnen, ‚Sie müssen...‘“).

Einer Abwägung von Chancen oder Risiken und Aufwand will eine andere Ärztin gar nicht erst den Boden bereiten. Deshalb verzichtet sie darauf, in der Arbeit mit Patienten Quantifizierungen heranzuziehen. Andernfalls, so fürchtet sie, könnten sich Patienten mit mehreren Risikofaktoren zu einer Art Schacherei verleitet sehen. Solchem „Schwachsinn“ möchte sie nicht den Boden bereiten. Viel wichtiger sei die Unterstützung bei einer konsequenten Änderung von Gewohnheiten:

I.: „Bei diesem Krankheitsbild [gibt] es ja die aufwendigsten Rechenoperationen, die man dann auf so einer kleinen Scheibe mit sich herumtragen kann: ‚Sagen Sie mir Ihr Alter, Ihr Gewicht, Ihre Cholesterinwerte und wie viel Sie rauchen‘ – und dann stellt man diese Werte ein, und dann...“

Ä.: „Aber das nützt mir doch nicht viel!“

I.: „Ihr Risiko, dass Sie in den nächsten fünf Jahren einen Herzinfarkt erleiden, ist soundso groß.“

Ä.: „Ja, das mag ja sein! Aber was nützt es denn? Ich weiß, rauchen ist schädlich, da muss ich nicht erst eine Wahrscheinlichkeit errechnen. Ich weiß, wenn ich ein hohes Cholesterin habe ... dass je weniger ich rauche, desto besser, je weniger Sahne ich esse, desto besser, je weniger, wenn ich einen hohen Blutdruck habe, ich Salz esse und was weiß ich noch mache und mich ordentlich bewege, desto besser. Das weiß ich beim Krebs nicht! Das ist für mich blöde Haarspalterei bei Zivilisationserkrankungen dann auch noch zu sagen, ‚Hach, ich rau-“

che vielleicht lieber mal fünf Zigaretten, und dann habe ich die Wahrscheinlichkeit, drei Jahre länger mit dem Bypass zu leben.' Das ist doch absurd! Das finde ich Schwachsinn! Das finde ich absolute Zeitverschwendung! Da kümmer ich mich lieber darum und frage mich oder sollten sich die Leute fragen: Wie *schaffe* ich es denn, dass ich weniger rauche? Wie *schaffe* ich es denn, dass – und nicht: Wie kann ich denn hier und da ein paar Gramm Fett dazu bringen, ich esse jetzt 10, 20 Gramm Fett mehr, dafür lasse ich hier mal eine Zigarette weg oder so ein Schwachsinn. So kommt mir das vor.“

I: „Mmh, ja.“

Ä: „Verstehen Sie ungefähr, was ich meine?“

I: „Ja, es ist für Sie völlig klar und bedarf nicht der Diskussion, dass jemand aufhören sollte zu rauchen. Und es ist egal, ob sein Risiko dadurch um 10 oder um 50 Prozent gesenkt wird. Das tut ihm in jedem Fall gut.“

Ä: „Es tut in jedem Fall gut, ja.“

I: „Mmh.“

Ä: „Und bei einem Herzerkrankten sind 10 Prozent viel, 50 Prozent natürlich immens (...).“ (BAD7/498-530; Emphase durch die Interviewpartnerin)

Die Ärztin möchte also mit ihrer Zurückhaltung bei der Mitteilung von Zahlen einer potentiellen Gedankenführung bei Patienten vorbeugen, von der sie glaubt, sie sei dem Rehabilitationsziel abträglich. Was als Rehabilitationsziel in dieser Passage seitens der Ärztin angesprochen wird, ist nicht ganz eindeutig. Gewiss, die Senkung des Risikos als pauschale Zielsetzung kommt deutlich zur Sprache (das mehrfach geäußerte „desto besser“). Um wie viel es sinkt, ist letztlich jedoch irrelevant und sollte nicht mit dem Aufwand („Wie schaffe ich es denn...?“) der Verhaltensänderung in Beziehung gesetzt werden. Zu konzentrieren haben sich beide – Patient und Ärztin – auf diese Änderung. Das legt die Schlussfolgerung nahe, Verhaltensänderungen seien nicht Mittel zum Zweck, sondern das eigentliche Ziel.

Ein weiterer Arzt gibt an – darin ähnlich resolut wie seine Kollegin – auf Quantifizierungen jeglicher Art gegenüber Patienten zu verzichten. Seinen Verzicht begründet er weniger normativ – eine Abwägung von Aufwand und Ertrag sei unangebracht –, sondern mit der Überzeugung, eine solche Überlegung sei für Patienten nicht entscheidungsrelevant:

I: „Welche Art von Zahlen, quantifizierten Risiken oder Risikominderungen bringen Sie gegenüber Patienten ins Spiel?“

A: „Überhaupt nicht.“

I: „Gar nichts?“

A: „Nein. Ich halte da überhaupt *nichts* von. Weil, man muss einfach für sich sagen, wenn man weiß, dass man in einem gewissen Maß profitieren könnte – das ist ja nichts Sicheres, das kann Ihnen ja keiner im Voraus sagen – da muss man sich einfach nur entscheiden, ja, will ich das investieren, um *vielleicht* davon zu profitieren oder will ich das nicht. Ich glaube nicht, dass das für den Patienten, ob Sie sagen, ‚Die Chance ist fifty-fifty‘, ob Sie sagen, ‚Die Chancen sind 90 zu 10‘, dass das irgend eine Rolle spielt. Weil entweder, Sie *wollen*, Sie

wollen um jeden Preis, oder Sie wollen eben nicht.“ (BAD6/693-705; Emphase durch den Interviewpartner)²⁰⁰

Es mag durchaus sein, dass Kosten-Nutzen-Erwägungen auf einer quantifizierten Grundlage für Patienten nicht handlungsrelevant sind. Dass jedoch Kosten-Nutzen-Erwägungen auf ihrer Seite gar keine Rolle spielen bei der Frage, wie sie mit ihrer Erkrankung umgehen wollen, dagegen sprechen Beobachtungen aus psychologisch angeleiteten Gesprächsgruppen: Teilnehmer gaben zu erkennen, dass die Frage ihrer Lebenserwartung sie beschäftige, zudem wurde mehrfach die Relation von Aufwand (Lebensstiländerung) und Nutzen (vielleicht Gewinn an Lebenszeit) diskutiert.

9.3.2 „Lassen Sie den Teufel in der Tasche!“ – Ärztliche Empfehlungen und Direktiven

Die interviewten Ärzte zeigen also mehrheitlich Skepsis und Zurückhaltung bei der Verwendung quantifizierter Information für Patienten: Mangelnde Anschaulichkeit, verfehlende Kosten-Nutzen-Überlegungen, keine Erwartung, dass Patienten darin einen Anreiz für erwartete Verhaltensänderungen sehen könnten – das sind die Begründungen, die angeführt worden sind. Die hier untersuchte Praxis bezieht sich lediglich auf die Quantifizierung von Risiken, Risikominderungen, Chancen usw., Größen also, die die probabilistische Seite des Risikofaktorenkonzepts wiedergeben. Der ärztliche Alltag, einschließlich der Kommunikation mit Patienten, ist ansonsten durchzogen von Quantifizierungen: Messwerten jeglicher Art und Grenzwerten. Eine generelle Unvertrautheit mit quantifizierten Größen und deren Interpretation kann demnach nicht der Grund für die Reserviertheit von Ärzten gegenüber der probabilistischen Form von Quantifizierung sein. Sie korrespondiert auch nicht mit einer grundsätzlichen Enthaltensamkeit bei Aussagen, die die Gegenwart und Zukunft von Patienten nicht nur betreffen, sondern zu beeinflussen trachten. Ohne Risiken zu quantifizieren – aber auf der Basis quantitativer Messungen – tätigen Ärzte mitunter Aussagen, die an Eindeutigkeit im Hinblick auf Therapie- bzw. Verhaltensziele für Patienten kaum etwas offen lassen. So etwa in der folgenden Szene:

Die Stationsärztin informiert den Oberarzt vor der Zimmertür: Herr Z., 53 Jahre alt, Neuaufnahme, habe mit 36 Jahren bereits den ersten Infarkt gehabt, jetzt nach Bypass-OP in AHB. Seine Blutfette, insbesondere das LDL, seien, trotz Vormedikation, sehr hoch (GC 244, LDL 167); außerdem bestehe Bluthochdruck und erhebliches Übergewicht (91 kg bei einer Körpergröße von 165 cm).

Im Visitengespräch betont der Oberarzt, die Senkung der Blutfettwerte sei bei Z. sehr wichtig, besonders in seinem Alter, da lohne es sich noch. Geraucht habe Z. ja nicht, resümiert der Oberarzt, aber Z. müsse sein Übergewicht unbedingt reduzieren. Z. sagt, er habe bereits vor der OP 20 Kilo abgenommen. Der Oberarzt zeigt sich davon unbeeindruckt und sagt, es müssten weitere 20 Kilo runter. Er erkundigt sich, ob es in Z.s Familie gehäuft Herzinfarkte gebe, was Z. bestätigt. Deshalb solle Z. ernst nehmen, dass er einem besonders hohen Risiko unterliege. Sein Bluthochdruck müsse medikamentös eingestellt werden (A7/120-132).

²⁰⁰ Seine Einschätzung mag ja – wenigstens für einen Teil der Patienten – zutreffen; nur hat mich die von ihm so entschieden vorgetragene Ablehnung, Patienten über Zahlen in Kenntnis zu setzen, deshalb sehr verwundert, weil er an anderer Stelle des Interviews ausgeführt hat, dass „nur jeder für sich selbst entscheiden“ könne und es die Aufgabe des Arztes sei, die entsprechenden Informationen zu geben, wenn es um die Einschätzung geht, ob sich eine Therapie lohne.

Die Sequenz zeigt zunächst eine v.a. in Klinik A übliche Form der Arbeitsteilung zwischen Stations- und Oberärzten. Die Stationsärztin hat bereits wesentliche Informationen erhoben und für die mündliche Weitergabe an den Oberarzt komprimiert. Der bedient sich dieser Vorarbeit, um im Visitengespräch, gestützt auf die Autorität seiner Stellung, bestimmte Therapieziele zu setzen und zu unterstreichen. In diesem Fall wird in aller Kürze ein Set von fünf Risikofaktoren angesprochen, von denen vier als für den Patienten relevant herausgehoben und in diesem Zusammenhang drei Therapieziele vorgegeben werden. Eines davon – die Gewichtsabnahme – verweist der Oberarzt explizit in den Verantwortungsbereich von Herrn Z., bei zwei weiteren (Blutfettwerte und Blutdruck senken) wird dies nicht ganz so deutlich. Herr Z. will mit seinem Hinweis auf das bereits verlorene Gewicht vielleicht die ärztliche Vorgabe ‚herunterhandeln‘, vielleicht sich damit auch nur als kooperationswillig präsentieren. Erfolgreich ist seine Intervention nicht, im Gegenteil: Der Oberarzt greift die Zahl auf, was er vorher unbestimmt in der Quantität gelassen hatte (Übergewicht unbedingt reduzieren), verdoppelt er nun einfach. Aus ärztlicher Sicht lässt die Ausprägung von Risikofaktoren bei Herrn Z. einschließlich seiner schon manifesten Krankengeschichte nur einen Schluss zu: Risikofaktoren runter! Keinen Zweifel lässt das ärztliche Statement über den Zusammenhang von Risikofaktorenstatus und weiterem Krankheitsverlauf zu: Herr Z. unterliege einem besonders hohen Risiko (weiterer Infarkt, erneute OP, frühzeitiger Herztod), aber auch: Es lohne sich (Hinweis Alter), dieses Risiko zu senken. Es gibt hier also neben der ärztlichen Direktive für insbesondere die Gewichtsabnahme auch eine, wenngleich nicht quantifizierte und auch nicht abwägende, Risikoaussage, in der das Risiko (besonders hoch) zum Aufwand (strenge Medikation, erhebliche Gewichtsreduktion), es zu senken, und zum Nutzen (nicht vorzeitig versterben) in Beziehung gesetzt wird. Das Ergebnis steht für den Arzt unmittelbar fest, während Herr Z. schwankt: Die erhebliche Gewichtsreduktion scheint er sich nicht zuzutrauen. – Ob er diese Aufforderung als Aufwand mit (s)einer Chance bzw. (s)einem Risiko in Verbindung bringt? Das ist fraglich. Wollte er das tun, auf welcher Informationsgrundlage geschähe dies?

Visitengespräche weisen freilich eine erhebliche Varianz auf, die sich aus der möglichen Vielfalt von Themen ergibt (vgl. Kap. 9.1.3) und nicht zuletzt vom individuellen ärztlichen Kommunikationsstil geprägt ist. Auch im folgenden Beispiel wird oberärztliche Autorität in die Waagschale geworfen, um einen Patienten zu einer Entscheidung zu motivieren. Obwohl nur ein Risikofaktor thematisiert wird, ist der Vorgang facettenreicher:²⁰¹

Nachdem der Oberarzt sich nach dem Befinden von Herrn L. erkundigt und gefragt hat, wie er mit dem Therapieplan zurechtkomme (keine Klagen), schneidet er das Thema Rauchen mit der Frage an, wie es damit stehe. Herr L. sagt, er habe „jetzt“ damit aufgehört. Der Oberarzt hakt nach und möchte wissen: „Wann jetzt? Heute Morgen oder vor der OP?“ Herr L. weicht mit seiner Antwort aus: „Jetzt, wo alles passiert ist“, um dann einzuräumen, dass er ab und zu wohl noch eine rau-

²⁰¹ Auch deshalb, weil Herr L. und sein noch nicht überzeugender Einstieg in einen Versuch des Nichtrauchens jenseits der Visite, sozusagen hinter der Bühne, als professionelle Bearbeitung fortgesetzt wird: indem der Oberarzt den Vorgang bei der Sitzung eines Stationsteams anspricht und mit dem Psychologen, der das NRT leitet, verabredet, dass der nächste Schritt in der Empfehlung eines Nikotinplasters bestehen wird. Diesen einzuleiten, ist Aufgabe des Psychologen (B6/1372-1381).

che. Der Oberarzt fragt, ob ihm die Gefährdung durch das Rauchen verstandesmäßig klar sei, worauf Herr L. versichert, das sei so. Anhand des Therapieplans stellt der Oberarzt fest, dass Herr L. bislang zweimal am Nichtrauchertraining teilgenommen hat. Ob über ein Nikotinpflaster gesprochen worden sei, erkundigt er sich. Ja, entgegnet Herr L., davon sei gesprochen worden, er habe aber keines verlangt. Diese Auskunft lässt der Oberarzt so stehen und fragt weiter, ob Herr L. sich, falls er das Rauchen nicht bis zum Ende des Aufenthalts aufgegeben habe, überlegt habe, wie er es zu Hause schaffen wolle. Nein, räumt Herr L. ein, das habe er sich noch nicht so richtig überlegt, worauf der Oberarzt warnt, dass das wahrscheinlich schwierig werde. Er weist – in sachlichem Ton, ohne Vorwurf – darauf hin, dass, wenn es ihm nicht gelänge, das Rauchen komplett aufzugeben, die Ergebnisse der Behandlung „flüchtig“ sein werden, darüber müsse Herr L. sich im Klaren sein. Er schlägt ihm vor, sich zu überlegen, ob er nicht doch ein Nikotinpflaster haben wolle. Herr L. solle außerdem weiter zum Nichtrauchertraining gehen. Zum Abschied bemerkt er: „Lassen Sie den Teufel in der Tasche!“ (B6/1120-1139)

Dieser Oberarzt konzentriert sich auf *einen* Risikofaktor und eruiert dieses Thema sehr viel gründlicher, als dies im vorangegangenen Beispiel der Fall gewesen ist. Er schneidet das kritische Thema Rauchen mit einer Frage an und lässt schnell durchblicken, dass er sich nicht mit dem Ausweichmanöver von Herrn L. zufrieden geben möchte; er lässt ihn ins Leere laufen („Wann jetzt? ...“), woraufhin Herr L. einräumt, dass seine Angabe, das Rauchen aufzugeben zu haben, nicht zutrifft. Nicht zur Sprache kommt, ob der Patient den Wunsch hat, das Rauchen aufzugeben und – falls ja – was die für ihn entscheidende Hürde dabei ist. Immerhin klärt der Oberarzt, dass nicht fehlende Information der Grund dafür ist. Unwissenheit scheidet zukünftig aus, für die Beteiligten ist damit klargestellt, dass sich der Patient nun wider besseres Wissen Schaden zufügen wird, sollte er mit dem Rauchen fortfahren (vgl. Kap. 11.1.1). Die Haltung des Arztes impliziert, Wissen als Voraussetzung von Entscheidungsfähigkeit anzusehen und diese im Prinzip auch einzuräumen. Dass Wissen freilich nicht das einzige Ingredienz in der Entschlussbildung ist, das Rauchen aufzugeben, macht der Oberarzt durch das Angebot deutlich, therapeutische Hilfestellung über das Nichtrauchertraining hinaus in Anspruch nehmen zu können (das Nikotinpflaster). Doch auch hier wird ärztlicherseits kommuniziert, dass die Entscheidung darüber bei Herrn L. liege. Eine Voraussage trifft er außerdem: Der Gesundheitsgewinn durch die OP werde nicht anhalten, wenn Herr L. das Rauchen nicht aufgibt.

Die Szene dokumentiert ein etwas anders gelagertes ärztliches Vorgehen: Direktiv ist zweifellos die Gesprächsführung (Themensetzung, die forschenden Fragen), auch eine Anweisung spricht der Oberarzt aus (weiter zum NRT gehen), zum Schluss eine Empfehlung (Teufel in der Tasche lassen). Daneben will der Oberarzt aber auch sicherstellen, dass Herr L. eine informierte Entscheidung trifft. Ein Risikokalkül ist indes nicht erkennbar: nicht der Hauch einer Wahrscheinlichkeitsaussage, keine Verknüpfung von Risiko, Aufwand und Nutzen. Die Voraussage der Zukunft wird in determinierter Form getroffen (wenn – dann); der vorausgesagte Schaden besteht in Erfolgsvernichtung, und das thematisierte Rauchen ist hier kein Risikofaktor, sondern ein Übel, nämlich der „Teufel“.

Direktiven zu geben, ist kein Vorrecht allein von Oberärzten. Auch Stationsärzte können diese Autorität beanspruchen. In welcher Weise sie es tun, ist auch bei ihnen nicht zuletzt eine Frage des individuellen Kommunikationsstils. So arzt dominiert Visitengespräche in der Regel sein mögen – ohne Einfluss darauf, wie sie verlaufen, sind Patienten nicht. Das

zeigt das folgende Beispiel, in dem der direktive Stil einer jungen Stationsärztin auf einige Einwände des Patienten stößt, die die Ärztin jedoch nicht von ihrem Skript abbringen, eher im Gegenteil:

Eine junge Assistenzärztin visitiert auf ihrem Rundgang Herrn N. Herr N. ist Mitte 50, übergewichtig, hat einen leichten Diabetes und ist Ex-Raucher.

Die Ärztin fragt Herrn N., ob er noch rauche, was der verneint. Sie kommt auf sein Gewicht zu sprechen: 187 Pfund. Davon müsse er noch einiges verlieren. Bis auf 80 Kilo solle er kommen.²⁰² Herr N. protestiert, das schaffe er nie, das sei unrealistisch. In seinen besten Zeiten habe er es mal bis auf 83 Kilo geschafft. Wenn er jetzt bis 85 Kilo runterkomme, sei er schon froh. Damit würde er sich wohlfühlen. Die Ärztin lässt „wohlfühlen“ nicht gelten: Sicherlich fühlten sich viele Menschen mit Übergewicht wohl, das sei kein Kriterium. Wenn er Gewicht verlöre, beuge er damit seinem Diabetes vor und den erhöhten Blutfetten. Außerdem schone er seine Gelenke und das Herz. Die 83 Kilo solle er sich schon vornehmen bis Jahresende. [Es ist Mitte August.] Als Herr N. wieder protestiert, das sei zu viel, das schaffe er nicht, sagt sie, er solle sich die Latte ruhig ein bisschen höher hängen.

Auch solle er sich für zu Hause überlegen, wie er sich regelmäßig Bewegung verschaffen könne. Herr N. gibt zu bedenken, dass das aufgrund seiner Schichtarbeit schwierig sei. Die Ärztin widerspricht, das sei trotzdem möglich, und er solle das ernst nehmen. Herr N. sagt, er erwäge, sich ein Fahrradergometer zuzulegen. Davon rät die Ärztin aber ab, er solle sich lieber ein richtiges Fahrrad anschaffen. Bewegung an der frischen Luft sei besser; bei alten Leuten, die vielleicht unsicher auf dem Fahrrad sind, sei das etwas anderes. Herr N. wendet ein, er könne das nicht mit seiner Frau gemeinsam machen (Bandscheibe, andere OP). Auch das lässt die Ärztin nicht gelten: Er könne auch alleine fahren, jeden Tag eine halbe Stunde, das reiche schon.

Hinterher murmelt sie etwas über „diese Ausreden“ und meint damit den Einwand von Herrn N., seine Frau könne nicht mit ihm gemeinsam Rad fahren. Sie sieht darin keinen Umstand, der gegen ihre Empfehlung spräche (B7/152-177).

An Empfehlungen und Direktiven mangelt es in dieser Szene nicht: Gewicht reduzieren, nicht nur bis zum „wohlfühlen“, sondern darunter; dies in einem bestimmten Zeitraum, sich ambitionierte Ziele setzen (Latte höher hängen), regelmäßig im Alltag bewegen, eine halbe Stunde täglich, am besten auf dem Fahrrad, durchaus auch alleine. Möglicherweise eskalieren die fast schon regelhaften Einwände von Herrn N. die Dezipiertheit der ärztlichen Vorschläge. Diese beanspruchen jedenfalls eine höhere Geltung als die Alltagshürden, die Herr N. nacheinander benennt. Nur im ersten Punkt, dem Ziel der Gewichtsreduktion, ist Herr N. mit seinem Insistieren insofern teilweise erfolgreich, als die Ärztin ihre erste Ansage von 80 Kilogramm, die Herr N. sich vornehmen solle, schließlich auf 83 Kilo abschwächt. Herr N. seinerseits lässt klar erkennen, dass er auch damit nicht einverstanden ist, woraufhin die Ärztin aber auf ihrer Vorgabe beharrt.

Auch in dieser Szene steht kein Risikokalkül *expressis verbis* im Vordergrund; die Debatte zwischen Ärztin und Herrn N. ist bereits im Gange, sein Widerstand deutlich, als die Ärztin klarstellt: Nicht „wohlfühlen“ seien Begründung und Ziel für ihre Maßgabe, Herr N. solle sein Gewicht deutlich reduzieren, sondern Vorbeugung (dem Diabetes, den

²⁰² Der Wechsel in den Gewichtsmaßen (Pfund, Kilogramm) ist original in dieser Szene.

erhöhten Blutfetten) und Schonung (des Herzens, der Gelenke). Ansonsten ist von Wahrscheinlichkeit keine Rede; vielmehr kreist die Auseinandersetzung um ärztliche Forderungen und deren Abwehr.

Dass Patienten ärztlichen Empfehlungen sich so offen und anhaltend widersetzen – von den vielen Heimlichkeiten soll hier nicht die Rede sein –, ist meinen Beobachtungsdaten zufolge eher selten der Fall. Dennoch sind konfrontative Situationen erstaunlich häufig Bestandteil in ärztlichen Erzählungen, verbunden mit Schilderungen, wie darauf reagiert wird. Hier ist eine solche:

„Ich sag ihm dann auch: ‚Sie müssen damit rechnen, wenn Sie weiterräumen, dass es dann nicht nur der Herzinfarkt ist, nicht nur diese eine Ballondilatation, sondern demnächst auch die Operation in ein paar Jahren, auch wenn Sie meinen, dass das jetzt noch nicht so ist.‘ Sage ich denen auch ganz zu, das gefällt denen meistens nicht, aber das ist meine Auffassung, meine Aufklärungspflicht denen gegenüber. Mehr kann ich nicht machen.“ (AAD1/602-608)

Zu ärztlichen Empfehlungen und Direktiven können sich unter bestimmten Umständen durchaus also auch explizite Aussagen über die Zukunft gesellen, so schildert es zumindest dieser Interviewpartner. Und eine junge Kollegin beschreibt, wie sie manchen Patienten, die sie für besonders gefährdet hält, „quasi die rote Karte“ gibt:

„Dann sage ich, ‚Wenn das nicht läuft, sehen wir uns in einem Jahr wieder. Und wenn Sie Pech haben, kommen Sie auch gar nicht wieder. Denn alle, die wir hier sehen, sind die, die überleben bei einem Infarkt. Die 50 Prozent, die den Infarkt nicht überleben, sehen wir nicht.‘ Und das sage ich denen, die also wirklich alles zusammen haben (...) und wo man dann sicherlich manchmal dann irgendwann sehr hart wird gegenüber den Patienten und sagt, ‚Sie müssen sich jetzt ranhalten, sonst wird das nichts!‘.“ (BAD1/197-206)

Beide Ärzte schildern die Umstände, unter denen sie solche Aussagen treffen, fast möchte man sagen: sich hinreißen lassen. Den Anlass bildet jeweils ein wahrgenommener Mangel an Kooperationsbereitschaft oder Adhärenz auf Patientenseite. Direktiven oder Empfehlungen haben sich zu dem Zeitpunkt wohl bereits als fruchtlos erwiesen, jedenfalls in den ärztlichen Augen. *Dann erst* werden ggf. individualisierte Aussagen über die Zukunft getroffen. Aus dem Kontext der ärztlichen Schilderungen erschließt sich aber, dass diese Art von Aussagen nicht in die Kategorie der zuvor diskutierten Wahrscheinlichkeitsaussagen gehört. Allenfalls ließe sie sich als eine spezielle Form subjektiver Wahrscheinlichkeitsaussagen interpretieren (vgl. Kap. 4.2.1). Doch ihrer Funktion nach wären solche Aussagen weniger eine Äußerung über die Zukunft als vielmehr recht gegenwartsbezogene Drohungen. Denn auf die Gegenwart sind sie gerichtet: Patienten jetzt und hier zu beeindrucken und zur Änderung ihres Verhaltens zu bewegen.

Ob die hier vorgestellten ärztlichen Einlassungen, denen ich beste Absichten unterstelle – „beste“ im Sinne von: überzeugt von der medizinischen Notwendigkeit der Direktiven und Empfehlungen –, schließlich zum intendierten Ergebnis beigetragen haben, steht hier nicht zur Debatte und hätte mit dem methodischen Zuschnitt der Studie auch nicht eruiert werden können. Gezeigt werden sollte vielmehr, mit welcher hochgradigen *Gewissheit* sekundärpräventive Maßnahmen von ärztlicher Seite an Patienten herangetragen werden. Weder hat hier augenscheinlich die probabilistische Fundierung des Risikofaktorenkonzepts einen Platz, noch deutet sich in diesem Zusammenhang ein Bewusstsein für die Unterscheidung von statistischer Ebene und Einzelfall an. Selten zeigen sich Versatzstü-

cke rudimentärer Risikokalküle. Ein Verzicht auf die Dringlichkeit, mit der ärztliche Direktiven und Empfehlungen ausgestattet sind, wird möglicherweise am ehesten ausgelöst durch ärztliche Resignation und Frustration. So schildert ein Arzt, unter welchen Umständen er seine Überzeugungsarbeit einstellt: Wenn er den Eindruck gewinnt, ein Patient wolle ihn für dumm verkaufen.

„Aber es sind eben so Sachen, da resigniert man dann. Es ist einfach so. Das Raucherbeispiel: Wir haben einen gehabt hier, vor kurzer Zeit, ‚Rauchen Sie?‘ – ‚Nein, ich rauche nicht mehr.‘ Dann machen Sie eine Blutgasanalyse, COHb, dann habe ich gesagt, ‚Du rauchst doch noch!‘ Dann guckt der erst mal, ‚Na ja, so ein paar noch. Aber ich stell es ein.‘ Beim nächsten Mal erwischen Sie ihn wieder, dass er immer noch einen COHb-Wert hat wie ein starker Raucher, ‚Aber ich rauch nicht mehr.‘ So, und da sage ich dann, da ist dann irgendwann Schluss für mich, dann sage ich, ‚Dann mach weiter. Dann werden wir so weitermachen.‘“ (lacht) (AAD2/695-703)

9.4 Fazit II

Für drei Aspekte – ärztliche Behandlungssteuerung, ärztliche Interpretationen des Verhältnisses von Statistik zum einzelnen Fall sowie Wissensdarlegungen gegenüber Patienten – hat dieses Kapitel die Bedeutung des Risikofaktorenkonzepts in der ärztlichen Arbeit untersucht. Die wichtigsten Erkenntnisse lauten: Ärzte greifen auf das Risikofaktorenkonzept in *routinierter* und zugleich *flexibler* Weise zurück, sowohl für die Behandlungssteuerung als auch in der Kommunikationsarbeit mit Patienten; es dient dabei sehr unterschiedlichen Zwecken.

Routiniert bedeutet zunächst, dass es Grundlage ärztlicher Sortierprozesse ist, wie sie als *people processing* eingangs der Reha-Maßnahme im Zuge der Aufnahme stattfinden, mit dem der Anschluss an die organisationalen Programmroutinen (vgl. Kap. 8.1 und 8.2) hergestellt wird. Keineswegs sind die Risikofaktoren eines Patienten die einzigen Gesichtspunkte, die Ärzte bei diesem Vorgang zu berücksichtigen haben; aber sie dirigieren Zuweisungen zu diversen Therapiemodulen, und sie sind bereits dann Bestandteil ärztlicher Instruktionen an Patienten: Was im Vordergrund steht, was Patienten erreichen sollten.

Wie sehr Risikofaktoren Bestandteil ärztlicher Steuerungsrountinen sind, zeigt sich besonders deutlich gerade dann, wenn bei Patienten augenscheinlich keine Risikofaktoren vorliegen: Dieser Umstand löst Normalisierungsaktivitäten aus, nämlich eine verstärkte Suche nach Risikofaktoren. Bleibt sie erfolglos bzw. bietet sie keinen der üblichen Ansatzpunkte für das risikofaktorbezogene Therapieprogramm, wird es dennoch in Gang gesetzt: Weil es wohl leichter fällt, etwas zu tun als nichts zu tun; weil „Diät und Bewegung“ dann zwar ohne spezifischen therapeutischen Nutzen, aber zugleich vermeintlich risikolose Verordnungen sind; weil man nie wissen kann und sie vielleicht doch helfen, Schlimmeres abzuwenden – Sicherheitsstrategien allenthalben, allerdings ohne belastbare Begründungen. Flexibilität zeigt sich hier: das aus dem Risikofaktorenkonzept abgeleitete Behandlungsprogramm auch dann anzuwenden, wenn seine Voraussetzungen fehlen oder schwach sind. Interessanterweise wird ausgerechnet in dieser Situation mehr des Nichtwissens als der Ungewissheit überhaupt ein (sehr rudimentärer) Kalkül aufgestellt, der bei normalen Steuerungsentscheidungen keinerlei Rolle spielt (allerdings bei der Einschätzung von Grenzwerten, s.u.).

Im Gegensatz zur ärztlichen Selbstbeschreibung steht der Befund, dass Risikofaktoren in der weiteren Verlaufsbeobachtung nur noch ein Thema unter vielen ist – beurteilt anhand der Themenvielfalt und -häufigkeit während ärztlicher Visiten. Aufgerufen wird es vergleichsweise selten von Stationsärzten, gelegentlich von Oberärzten. Risikofaktorenarbeit ist unter diesen Umständen im Wesentlichen Kommunikationsarbeit: ärztliche Mementi zur Verhaltensabhängigkeit von Risikofaktoren, ärztliche Vorgaben und Bekräftigung von Zielen und Prioritäten, direktiv oftmals im Stil, selektiv im Informationsgehalt.

Am Beispiel von zwei Risikofaktoren wurde die Bedeutung von Grenzwerten für die ärztliche Behandlungssteuerung erörtert. Einschlägig wie Grenzwerte sind, lösen sie bei Unter- oder Überschreitung ärztliche Interventionen aus. Aber sie unterliegen eben doch auch einer individuellen ärztlichen Beurteilung: Im Hinblick auf das Alter des Patienten stellen Ärzte Kosten-Nutzen-Erwägungen an, aus denen Relativierungen oder im Gegenteil Bekräftigungen der Geltung von Grenzwerten erwachsen. Hierbei sind Risikokalküle deutlich erkennbar: Abwägungen stellen sich dar als Austarieren von Aufwand und erwarteter Risikosenkung.

Individueller ärztlicher Beurteilung unterliegen außerdem die Wahl im Mix therapeutischer Optionen und Patientenmerkmale, ‚harten‘ wie ‚weichen‘ Kriterien, hier namentlich die oft rasch zustande kommenden Einschätzungen kognitiver und motivationaler Voraussetzungen für Verhaltensänderungen, die Patienten vorzunehmen hätten. *Chancen der Umsetzung* werden hier also erwogen und in die Behandlungssteuerung einbezogen – wobei gezeigt worden ist, dass diese ‚Evaluation‘ anfällig dafür ist, dass Ärzte diese Rechnungen ohne den Wirt machen und umgekehrt Patienten mit eigenen Vorstellungen und Bedenken hinterm Berg halten oder diese nicht effektiv kommunizieren.

Im professionellen Stationsalltag sind Risikofaktoren routinierter Bestandteil ärztlicher Tätigkeiten, auch kommunikativer Arbeit mit Patienten. Die Analyse hat verdeutlicht, dass auf den Wissensbestand des Risikofaktorenkonzepts selektiv zurückgegriffen wird: Die quantitative Seite des Konzepts, die zur Abschätzung eines Risikos eigentlich unerlässlich wäre, wird von ärztlicher Seite nur selten und eigentlich ungern zum Bestandteil von Information erhoben. Und wenn doch, dann nicht in einer Form, die Abwägung erlaubte, sondern anstiften soll zur Compliance, zur Verhaltensänderung. Dieser instrumentelle Charakter der Wissensvermittlung hat in der ärztlichen Darstellung einen höheren Stellenwert als Aufklärung und Information. Wahrscheinlichkeitsaussagen in Form von Eintrittswahrscheinlichkeiten sind praktisch nicht Bestandteil der Kommunikation mit Patienten. Am ehesten – und dann mit hohem Gewissheitsgrad ausgestattet, wenn auch nicht quantifiziert – werden Aussagen über die Zukunft dann getroffen, wenn ihr Kontext vermuten lässt, dass sie äußerst gegenwartsbezogen ihre Wirkung entfalten sollen: widerständige Patienten zum Einlenken zu bewegen.

Jenseits vom professionellen Stationsalltag, der auf Abkürzungen besteht und sicherlich bestehen muss, könnte in der Reflexion, mit der Ärzte ihr Tun und Lassen begleiten, die Wahrscheinlichkeitskomponente des Risikofaktorenkonzepts und die Unterscheidung von statistischer Ebene und individuellem Fall deutlicher zutage treten, das war die Überlegung. Die Unterscheidung zwischen Statistik und Einzelfall ist Ärzten natürlich geläufig; dennoch zeigte sich, dass von einer durchgängig statistischen Lesart des Konzepts auf ärztlicher Seite nicht die Rede sein kann. Risikofaktoren werden zuerst als pathogene Faktoren interpretiert; dahinter verschwindet die Eigenschaft der Wahrscheinlichkeit.

Folglich, erstens, erscheinen Patienten mit Risikofaktoren als „Beweis“ des Zusammenhangs; dass dieser nicht zwangsläufig ist, „wissen“ Ärzte wohl, doch im klinischen Alltag spielt das – verständlicherweise – keine Rolle. Und folglich, zweitens, erscheinen Patienten, die ohne Risikofaktoren dennoch erkranken, als einzelne, unwahrscheinliche Fälle, für die das „Schicksal“ als Erklärung herangezogen wird. Diese Sichtweise führt zu systematischer Überschätzung des statistischen Zusammenhangs zwischen Risikofaktoren und Erkrankung. Hat das für den klinischen Alltag Konsequenzen? Durchaus, denn in Verbindung mit der Zurechnung von Risiken bzw. eingetretenem Schaden auf Entscheidungen (so oder so zu leben, dies oder jenes zu lassen, ...) ist der Zuweisung von Verantwortung für den Erkrankungseintritt an Patienten, die lebensstilbedingte Risikofaktoren haben, eigentlich nicht mehr zu entkommen (s. Kap. 11.1).

10 Multidisziplinarität und Arbeitsteilung: Sekundärprävention in der Praxis

Im Folgenden werden die Tätigkeitsbereiche der *nichtärztlichen* Berufsgruppen (Diätassistenten, Sporttherapie, Psychologischer Dienst) unter den Gesichtspunkten Arbeitsteilung – insbesondere mit dem Ärztlichen Dienst – und Umsetzung des Risikofaktorenkonzepts analysiert. Die dazugehörigen Fragen sind in Kapitel 5 entwickelt worden: Wie wird das Risikofaktorenkonzept umgesetzt unter der Bedingung, dass die aus ihm abgeleiteten sekundärpräventiven Aufgaben in ihrer Ausführung in weiten Teilen an nichtärztliche Berufsgruppen delegiert sind? In welchem Umfang wird überhaupt delegiert? Welche (ärztlichen) Vorgaben begleiten die Delegation? Und was geschieht, nachdem delegiert worden ist? Könnte es sein, dass Aufgabe und Vorgabe anders aufgefasst werden, als sie auf den Weg gebracht worden sind? Arbeiten die nichtärztlichen Berufsgruppen in ähnlicher Weise mit dem Risikofaktorenkonzept wie der ärztliche Dienst? Oder bringen sie (berufsgruppen-)eigene Konzepte ein? Was würde das wiederum bedeuten?

Für jede Berufsgruppe wird zunächst der konzeptuelle Hintergrund ihrer Arbeit rekonstruiert, um abschätzen zu können, in welchem Umfang sie am Risikofaktorenkonzept ausgerichtet ist oder ob ggf. andere Konzepte maßgeblich zur Orientierung beitragen. Alsdann werden die Tätigkeitsbereiche auf ihre Interdependenz vor allem mit der Arbeit des Ärztlichen Dienstes hin analysiert. In einem jeweils dritten Abschnitt werden die Theoreme der Professionssoziologie wieder aufgegriffen und auf die empirische Analyse bezogen: Welche Dominanzmerkmale sind gegeben (medizinische Dominanz, Freidson)? Inwieweit beherrschen Diätassistentinnen, Bewegungstherapeuten und Psychologen ihren Tätigkeitsbereich jurisdiktional (Konkurrenztheorem, Abbott)? Welche Merkmale des Tauschs charakterisieren jeweils die Teilung der Arbeit zwischen ärztlicher und nicht-ärztlicher Berufsgruppe (Tauschsysteme, Cook et al.)?

10.1 Diätassistenten: „Gesundes Essen“ oder „Diät leben“?

Überwachen, unterweisen und beraten: Das sind die drei wesentlichen Aufgabenbereiche der Diätassistenten in beiden Kliniken. In Kapitel 8.1.2 wurden die Beiträge dieser Berufsgruppe zum allgemeinen Therapieprogramm mit ihrer Thematik und in ihrem zeitlichen Umfang bereits kurz vorgestellt. *Beratung* bezieht sich auf die jeweils individuelle Ernährungssituation, das Essverhalten und medizinisch indizierte, qua Ernährung(sveränderung) zu erreichende Zielwerte, gleichviel, ob sie nun für das Gewicht, die Blutfettwerte, den Blutzuckerspiegel, den Blutdruck oder anderes gelten. *Unterweisung* beinhaltet in erster Linie Wissensvermittlung, und zwar Begründungswissen und alltagspraktisches Handlungswissen; sie schließt zweitens die angeleitete Handlungserprobung ein: für bestimmte Patientengruppen in der Lehrküche; für alle Patienten durch die Organisation der Klinikverköstigung als sogenanntes Schulungsbüfett²⁰³ bei den Morgen- und Abendmahlzeiten. *Überwachung* ist der von der Diätassistenten am wenigsten herausgestellte und auch am wenigsten sichtbare Aufgabenbereich. Dazu gehört z.B. die Kontrolle der Tab-

²⁰³ Schulungsbüfett heißt, dass die einzelnen Komponenten der Mahlzeiten mit ihrer Kalorienzahl ausgezeichnet sind. „Schanteller“ geben einen Anhaltspunkt, mit welchen Komponenten und Mengen abgestufte Kaloriengrenzen erreicht sind. Für Diabetiker gibt es außerdem BE-definierte Zusammenstellungen.

letts für die Mittagsmahlzeit hinsichtlich der Übereinstimmung von ärztlicher Kostverordnung und individuellen Patientenwünschen mit dem Tablettinhalt. Überwachung wird aber auch geübt, wenn Diätassistentinnen während der Büfettmahlzeiten ein Auge darauf haben, ob Patienten sich gemäß ihrer verordneten Kost bedienen oder nicht.

10.1.1 Konzeptuelle Hintergründe: Ernährungswissenschaft, Medizin, Risikofaktoren und „Mäßigkeitsdiskurs“

Gesundheit/Krankheit und Ernährung

Nahrung und Ernährung bilden für Menschen das „omnivore’s paradox“. So jedenfalls hat Claude Fischler die gegensätzliche Bedeutung von Nahrung als lebensnotwendig und Quelle von Genuss einerseits, andererseits als potentiell pathogen und lebensbedrohlich bezeichnet (Fischler 1988; Lupton & Chapman 1995: 478). Ebenso gilt, dass in praktisch allen Medizinsystemen Theorien über Gesundheit und Krankheit den Bereich der Ernährung einschließen: in Form von Vorstellungen darüber, welche Nahrungsmittel, Speisen oder Zubereitungsweisen (sekundär-)präventive und kurierende Wirkung entfalten – und umgekehrt. Die Biomedizin bildet da keine Ausnahme; ihr Interesse an Ernährung steigt seit geraumer Zeit in dem Maße, wie eine Reihe von Erkrankungen und Dispositionen als „ernährungsbedingt“ (z.B. Gicht, Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Adipositas, metabolisches Syndrom) klassifiziert werden und deren Prävalenz zunimmt (vgl. Jahnen 1998: 98f.; Mueller & Trautwein 2005; Niewöhner et al. 2011).²⁰⁴ Nationale Surveys zum Ernährungsverhalten implizieren stets auch medizinische Aspekte von Ernährung wie etwa Übergewicht und dessen Folgeerkrankungen (z.B. Mensink, Hermann-Kunz & Thamm 1998; Mensink, Burger, Beitz, Henschel & Hintzpeter 2002; Köhler, Oltersdorf & Papastefanou 2000; DGE 2004; Max-Rubner-Institut 2008).

Im Fall der KHK ist bereits früh über einen Zusammenhang von Erkrankung und Ernährung spekuliert worden. Später haben die Befunde der ländervergleichenden epidemiologischen Studien Hypothesen zu sehr spezifischen ernährungsabhängigen Risikofaktoren für die Prävalenz der KHK generiert (s. Kap. 3.3). Seither sind Risikofaktoren wie Hypercholesterinämie, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Übergewicht als bedeutungsvoll anerkannt, und ihr Zusammenhang mit der Ernährungsweise steht landläufig außer Frage (DGPR 2007). Da die Diätassistenz als Medizinalfachberuf auf die Ernährungstherapie bei definierten Krankheitsbildern ausgerichtet ist (vgl. DiätAssG § 3), liegt ihre Kooptierung für die multiprofessionell ausgeführte Sekundärprävention mehr als nahe.

²⁰⁴ Zur Thematisierung von Ernährung durch die Medizin siehe die Zeitschriften „Ernährung und Medizin“ sowie „Aktuelle Ernährungsmedizin“. „Ernährungsbedingt“ meint hier und heute bzw. in der jüngeren Vergangenheit diejenigen Erkrankungen, die auf die hinsichtlich physiologischen Bedarf verfehlte Nutzung eines üppigen und weitgehend sicheren Nahrungs- und Lebensmittelangebotes bei überwiegend sedentärer Lebensweise zurückgeführt werden und nicht etwa Erkrankungen, die aus Hunger und Mangelernährung resultieren (vgl. Oltersdorf 1995: 33). Letztere wird hierzulande mit steigender Armut (wieder) ein Phänomen (Köhler 1997; Lehmkuhler 2002). Genau genommen kann Mangelernährung allerdings nicht nur aus Deprivation entstehen, sondern auch das Ergebnis einer den physiologischen Bedarf unzureichend berücksichtigenden Auswahl sein.

Ernährungswissenschaft und Medizin²⁰⁴

Das Berufsbild der Diätassistenten ist auf wissenschaftlich begründete Kostformen für Kranke ausgerichtet. Konzeptuell besteht damit sowohl zur Ernährungswissenschaft als auch zur Medizin eine enge Verbindung. Beide Disziplinen teilen untereinander selbst wiederum diverse Grundlagen, wie etwa Physiologie, Biochemie, Chemie, und stehen für einen naturwissenschaftlichen Zugang zum Thema Ernährung (Jahnen 1998: 194f.; vgl. Barlösius 1999; Biesalski, Fürst, Kasper et al. 1995; Koula-Jenik, Miko, Kraft & Schulz 2006).²⁰⁵ Ausgangspunkt der naturwissenschaftlichen Perspektive auf Ernährung ist die biologische Notwendigkeit der Nahrungsaufnahme für die körperliche Reproduktion, Kennzeichen der weiteren Beschäftigung ihre Ausrichtung auf den physiologischen Bedarf an Energie- und Nährstoffen, Vitaminen usw. und dessen Deckung („mehr braucht der Körper nicht“). Auf dieser Basis werden die sogenannten Referenzwerte festgelegt²⁰⁶ – der medizinischen Orientierung an Grenzwerten nicht unähnlich. Die Untersuchung von Lebensmitteln auf ihren Energie- und Nährstoffgehalt hin bildet dazu das Pendant. Die wesentlichen Analysegesichtspunkte der Ernährungswissenschaft sind der sensorischen Erfahrung des Essenden nicht zugänglich (vgl. Montanari 2006: 56f.).

Der Rückgriff auf naturwissenschaftlich generiertes Wissen ist für das berufliche Selbstverständnis auch der Diätassistenten konstitutiv (vgl. VDD 2010). Zur Medizin steht die Diätassistenten außerdem in berufsrechtlicher Unterordnung: Ernährungstherapeutisch wird sie auf ärztliche Anordnung hin tätig, präventivmedizinische Maßnahmen kann sie hingegen eigenständig verantworten (ebd.).

Risikofaktoren

In den untersuchten Kliniken durchzieht denn auch die ernährungswissenschaftlich-medizinische Konzeptualisierung von Ernährung große Teile des Arbeitsgebietes der Diätassistentinnen. Grundlegende Strukturprinzipien sind aus dem Risikofaktorenkonzept abgeleitet: (1) Die Klinikverköstigung berücksichtigt die wesentlichen ernährungsabhängigen Risikofaktoren (cholesterinarm, fettreduziert, kaloriendefiniert); weitere können – abhängig von der ärztlichen Verordnung – Berücksichtigung finden (z.B. Diabetikerkost, salzarme Kost für Patienten mit Hypertonie). (2) Viele der Vorträge und Seminare führen einen der Risikofaktoren im Titel; dementsprechend lauten die Zuweisungskriterien

²⁰⁴ Als dritte Disziplin neben Medizin und Ernährungswissenschaft reklamiert die Psychologie eine gewisse Zuständigkeit für das Thema Essen, sofern sich Ansatzpunkte für psychopathologische Konzeptualisierungen eines Problems (z.B. bestimmte Essformen als psychogene Störungen mit Suchtcharakter zu definieren, wie dies bei Magersucht, Bulimie und Adipositas der Fall ist) mit entsprechenden psychotherapeutischen Zugangsweisen anbieten (Pudel & Westenhöfer 1998; Klotter 2007). Dieser Problemkreis ist freilich nicht zentral für die kardiologische Rehabilitation, das Übergewicht als Risikofaktor einmal ausgenommen, so dass in diesem Setting Ernährung nicht zu den thematischen Schwerpunkten psychologischer Arbeit zählt. Gleichwohl sind in beiden Kliniken Psychologen am Rande mit Fragen der Ernährung und des Essens befasst (s. Kap. 8.1.3, 10.1.2).

²⁰⁵ Mit Blick auf Ausbildung und Forschung hat sich die Ernährungswissenschaft jedoch abseits von der Medizin gehalten: An den Hochschulen gehört das Fach vornehmlich zu landwirtschaftlichen oder naturwissenschaftlichen Fakultäten.

²⁰⁶ Siehe z.B. die Tabellen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung oder der Universität Hohenheim (www.dge.de/modules.php?name=St&file=w_referenzwerte; www.uni-hohenheim.de/wwwin140/info/sonstiges/zufuhr/w_25_50.htm) (letzter Abruf 12.03.2014).

(vgl. Kap. 8.1.2 und 8.2).²⁰⁷ (3) Nicht zu vergessen die vor allem in Vortragsform referierten ernährungswissenschaftlichen und medizinischen Wissensinhalte. Grundlegende Ausführungen zur Ernährungsphysiologie, etwa zum Energiebedarf des Körpers, zu Energieträgern in der Nahrung, zu Stoffwechsel, zu Reaktionen des Körpers auf kurzfristige niedrigkalorische Nahrungsmittelzufuhr sowie verschiedene Definitionen von Übergewicht (Broca- vs. Body Mass Index) gehören dazu. Eingehend werden die Ernährungsabhängigkeit einzelner Risikofaktoren erklärt, die entsprechenden medizinisch/epidemiologisch definierten Grenzwerte affirmativ erläutert und die „geeigneten“ und „ungeeigneten“ Lebensmittel daraus abgeleitet.

An der Zuverlässigkeit des wissenschaftlich generierten Begründungswissens hegen die Diätassistentinnen keinen Zweifel, und so gerät ihre Wissensdarstellung Patienten gegenüber oftmals hermetisch. Insofern erscheinen die Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren und KHK eher als physiologisch determiniert denn als statistisch und damit individuell kontingent. Entsprechend gewissheitslastig ist die Präsentation des instrumentellen Wissens: was und wie man essen sollte.

Mäßigkeit

Die *Realisierung* diätetischer Ernährungsprinzipien bildet demgegenüber die eigentliche Domäne der Diätassistentinnen; sie müssen abstrakte Anforderungen (z.B. Grenzwerte der täglichen Cholesterin- oder Kalorienaufnahme) in konkrete essbare Speisen transformieren. Das Arbeitsgebiet umfasst mit der risikofaktorbezogenen Auswahl, Zusammenstellung und Zubereitung von Nahrungsmitteln eine sachlich-instrumentelle Seite ebenso wie pädagogische Aspekte der Umsetzung: Patienten Handlungswissen zu vermitteln, sie zu motivieren und Barrieren der Umsetzung nicht nur zu antizipieren, sondern nach Möglichkeit auch zu verringern. In diesem Bereich tritt neben der Bezugnahme auf medizinisches bzw. ernährungswissenschaftliches Wissen das Leitmotiv der Mäßigkeit auf. Streckenweise bestimmt es sogar den Diskurs. Dieser „Mäßigkeitsdiskurs“ ist nicht speziell biomedizinischer Herkunft, sondern geht zurück auf die hippokratisch-galenische Tradition der Diätetik. Die antike Diätetik beinhaltet zwar *auch* eine Ernährungslehre, vielmehr noch aber stellte sie eine Lehre von der „richtigen“, d.h. durch Ausgewogenheit gesunderhaltenden Lebensweise dar – die als solche vom Individuum zu verantworten und nicht Sache eines Arztes (oder einer Diätassistentin) war.²⁰⁸ Das Konzept der Mäßigkeit erwies sich als zählebig und fand schließlich Eingang in einflussreiche medizinische

²⁰⁷ Allerdings lautete ein Ergebnis der Analyse von Zuweisungsregeln, dass in Klinik A mitunter medizinische Indikationen von sozialen überlagert sind bzw. außer Kraft gesetzt werden.

²⁰⁸ Galens medizinisches Konzept (Humoralpathologie, Säftelehre) beruhte auf der Postulierung von jeweils vier Elementen (Feuer, Luft, Erde, Wasser) und Qualitäten (heiß, kalt, trocken, feucht), aus denen sich jedes Lebewesen in individueller Mischung zusammensetzte. Eine gute, d.h. ausbalancierte Mischung verbürge Gesundheit. Dysbalancen ließen sich durch Bewegung und Ruhe, Schlafen und Wachen, Essen und Trinken, Licht und Luft, Aufnahme und Ausscheidung und die Affekte ausgleichen (Rothschuh 1978: 188-196; Engelhardt 1996: 108-110; Thoms 2001: 81ff.). Was als Balance bzw. Dysbalance gilt, ist nicht absolut und quantitativ, sondern individuell bestimmt. Da eben auch Pflanzen, Tiere, Nahrungsmittel und Krankheiten Bestandteil dieses klassifikatorischen Systems waren, ließen sich aus dieser Lehre ausgeklügelte Ernährungsprinzipien ableiten. Einige Kombinationen haben sich bis heute als Elemente ‚guter Küche‘ erhalten, nunmehr jedoch ohne in einem kurativen oder präventiven Begründungszusammenhang zu stehen (Montanari 2006: 51ff.). Die Eingrenzung der Bedeutung von *Diät* auf das Wortfeld *Ernährung* bzw. Krankenkost und Gewichtsmanipulation sei eine Entwicklung des 19. Jahrhunderts (v. Engelhardt 1996: 112f.).

Schriften des 18. und 19. Jahrhunderts (v. Engelhardt 2001: 54ff.). Vor allem aber hat es sich in den Vorstellungen bürgerlicher Schichten zur „richtigen“ Lebensweise erhalten, so dass das Grundmuster der Balance und Mäßigung auch heute noch allenthalben präsent ist.²⁰⁹ Ausgestattet mit symbolischem Kapital (Bourdieu) ist das Konzept der Mäßigkeit neuerlich, seitdem es Bestandteil eines „naturgemäßen Lebensstils“ wurde und es diesem im 20. Jahrhundert gelungen ist, sich an gesellschaftlich wichtige Felder wie Gesundheit und Ökologie anzuschließen und seines Anstrichs des sozialen Sektierertums zu entledigen. Wenn mit zivilisationskritischem Impetus „Wohlstandserkrankungen“ als Problem ausgemacht werden, dann ist folglich Mäßigkeit die Therapie der Wahl. Damit steht das Konzept der Mäßigkeit auch nicht mehr in der Tradition religiös begründeter innerweltlicher Askese (Weber), sondern ist säkularisiert. Den moralischen Appellcharakter hat es damit allerdings keineswegs eingebüßt (Barlösius 1999: 119-122; Mol 2010). Freilich haben sich Diätassistentinnen mir gegenüber nicht auf Hippokrates oder Galen berufen. Mehrmals jedoch wiesen sie auf die ältere und für sie offenbar vorbildliche Bedeutung von „Diät“ als Lehre vom gesunden Leben hin. Man vertrete Prinzipien einer „gesunden Ernährung mit speziellen Aspekten“, spreche vor Patienten von „gesundem und bewusstem Essen und Trinken“ als einer Kost, die „für die ganze Familie geeignet“ sei. Damit wolle man sich vom landläufigen Begriffsverständnis absetzen,²¹⁰ das unter Diät eine von strengen Geboten und Meidungsregeln getragene Kost für Kranke verstehe, die „eigentlich immer fad [ist], nur Gekochtes, nichts Gebratenes, schmeckt nach nichts und ist immer so fettarm, dass man darunter abnehmen muss“. Patienten befürchteten, fortan „Diät leben“ zu müssen; dem trete man mit der Botschaft entgegen, lediglich zu bewusstem und gesünderem Essen anleiten zu wollen.

Mäßigkeit und Selbstkontrolle

Bereits in der grundsätzlichen Aufforderung, „bewusst“ zu essen, scheint das Mäßigkeitsgebot auf. Bewusst zu essen steht im Gegensatz zu Formen kognitiv kaum gezügelten Nahrungsverzehrs wie fressen, herunterschlingen, vertilgen, aber auch essen aus Langeweile oder Frustration – allesamt Formen des Verzehrs, die entweder mit Gier oder mit der schieren Nahrungsmenge, auf jeden Fall aber mit Unkontrolliertheit assoziiert sind und als „schlechte Gründe zu essen“ tituliert werden. Sich zu mäßigen heißt also, sich zu kontrollieren – wenn auch nach weniger strengen Prinzipien, als sie für Diäten im oben polemisierten Sinn üblich sind. Das grundsätzliche Gebot, (auch) diesen Lebensbereich der Selbstkontrolle zu unterwerfen, hat also Bestand. Es beginnt mit Selbstbeobachtung: „Wichtig ist, denken Sie über Ihre Essgewohnheiten nach, beobachten Sie sich!“, werden Patienten nachdrücklich aufgefordert. Eine Einübung in Selbstkontrolle noch

²⁰⁹ Z.B. Backett 1992; Keane 1997. Freilich ist der Bezug auf die binäre Codierung heiß-kalt bzw. trocken-feucht verschwunden. Das Konzept habe zudem seine Eindeutigkeit eingebüßt: Unter Balance werde heutzutage oftmals ein „process of trade-offs between ‚good‘ and ‚bad‘ consumption patterns of food“ verstanden oder auch das Bestreben, zwischen gesundheitlichen Belangen und anderen Prioritäten des Alltags einen Ausgleich herzustellen (Keane 1997: 187f.); sehr amüsant und scharfsinnig außerdem Willson 2005.

²¹⁰ Ohne dass dies ausgesprochen wurde, impliziert diese Haltung auch eine Distanzierung vom kodifizierten Berufsbild der Diätassistenten (vgl. nur DiätAssG sowie VDD 2010).

während des Klinikaufenthaltes ermöglicht die Organisation der Morgen- und Abendmahlzeit als Büfett und generell natürlich die vielfältigen Gelegenheiten, von der ärztlich verordneten Kost abzuweichen.²¹¹

Das Prinzip der Mäßigkeit beinhaltet, dass Patienten selten der völlige Verzicht auf ein Nahrungsmittel nahegelegt wird. Vielmehr sei die Vermeidung des Zuviels all dessen anzustreben, was als „ungünstig“ gilt: durch Beachtung der Zubereitungsprinzipien „fettarm, kalorienarm, salzarm“. Die Festlegung von (wahlweise Tages- oder Wochen-) Höchstmengen bezieht sich sowohl auf Nährstoff*komponenten* wie Fette, Salz, Cholesterin, Kalorien, wie auch auf ‚vollständige‘ Lebensmittel. Die diminuierende Empfehlung „einsparen, reduzieren“ wird durch „Alternativen“ ergänzt. Es gelte, „Fette auszutauschen“, Eier zu „ersetzen“, mehr Gemüse „einzusetzen“. Insgesamt laufen die Empfehlungen darauf hinaus, die Zusammenstellung der Nahrung und damit auch die Wertigkeit der einzelnen Lebensmittel zu verändern: mehr Fisch, weniger Fleisch, mehr frisches Gemüse und Obst, weniger Konserven, Fertig- oder Convenience-Produkte, Süßwaren und so weiter. Mögen die eine „gesunde Ernährung“ konstituierenden Regeln mittlerweile auch kognitives Allgemeingut geworden sein, so reflektieren sie dennoch einen Ernährungsstil, der traditionell überwiegend als „weiblich“ konnotiert ist. Das gilt sowohl hinsichtlich der Disziplinierung der Esslust wie auch insbesondere für die Auswahl der Lebensmittel. Der überwiegend männlichen Klientel wird also Nahrung angeboten und empfohlen, die in der symbolischen Kommunikation der Geschlechterordnung als „schwach“ gilt (vgl. Setzwein 2004: 168-187). (Dieser Zusammenhang dürfte eine nicht zu unterschätzende Barriere für die Akzeptanz der angedienten Ernährungsweise sein – ohne dass dieser Aspekt auf professioneller Seite weitergehend reflektiert würde.)

Häufig allerdings werden Hinweise, die dem Mäßigkeitsgebot entspringen, von der Empfehlung begleitet, dieses auch auf die Mäßigkeitsregel selbst anzuwenden: nämlich bei der Umsetzung keine kasteiende Strenge walten zu lassen, um „Lebensfreude“ und „Genuss“ nicht aus der Lebensführung zu verbannen. So wird beispielsweise in beiden Kliniken eine allmähliche, langfristige Strategie als für die Gewichtsreduktion effektivstes Vorgehen dargestellt. Ein bis zwei Kilogramm Gewichtsverlust pro Monat, erläutert eine der Diätassistentinnen, seien ein angemessenes Tempo. Das erlaube einem auch, begründet sie weiter, die „Ausnahmesituationen“ (Einladungen, Feste etc.) zu berücksichtigen, denn: „Sie wollen sich ja nicht zu Hause einsperren!“, also sozial isolieren (A3/126-128). Es komme darauf an, einen „gesunden Mittelweg“ zu finden. Der gestatte durchaus den Genuss solcher Speisen, die einem lieb seien – selbst wenn es sich dabei um Kartoffelsalat handele – als „Beitrag zur Lebensqualität“. Allerdings müsse man über solche Vorlieben: die Kontrolle behalten (A11/481-485).

Mäßigkeit als Element der Didaktik

Es ist nicht immer eindeutig zu entscheiden, ob eine Empfehlung dem Mäßigkeitsdiskurs entstammt, also in einem therapeutischen Begründungszusammenhang steht, oder ob sie von der pädagogisch-didaktischen Überlegung getragen ist, dass allzu radikal anmutende Ratschläge zur Ernährungsumstellung von Patienten nicht angenommen werden

²¹¹ Dass man sich in der Klinik allerdings nicht auf die Selbstkontrolle von Patienten verlässt, auch nicht bei den Büfettmahlzeiten, kommt in Abschnitt 10.1.2 zur Sprache.

und insofern ins Leere zu laufen drohen.²¹² Eine ernährungsphysiologisch und medizinisch womöglich gebotene Strenge (mit entsprechender Verhaltenserwartung an Patienten) wird ggf. zurückgestellt zugunsten weniger strenger Vorgaben, denen dafür eine höhere Chance der Beachtung eingeräumt wird:

„Da gibt es aber immer Essen, was günstiger ist als das, was sie [Patienten] bisher ausgesucht haben. Sie wollen es nur einfach nicht [ändern]. Aber natürlich muss man da Kompromisse schließen, so dass es ihnen nicht wie ein neues Leben vor kommt, sondern dass kleine Schritte gemacht werden. Da muss man dann ziemlich genau im Einzelgespräch gucken, was möglich ist und zu was sie eigentlich bereit sind.“ (ADA2/97-102)

Eine andere Diätassistentin erläutert, dass sie – angesichts der Schwierigkeit, die ihrer Erfahrung nach Patienten der Verzicht auf Fett bereitet – in Richtung eines Kompromisses zwischen Geschmack (höherer Fettanteil z.B. in Käse) und Vernunft (Reduzierung des Anteils tierischer Fette in der Nahrung) berät, und zwar am Beispiel der Wahl von Camembert:

„Es gibt ja 60 bis 70prozentigen [Camembert], der schmeckt ganz toll. Dann gibt es den 30prozentigen, das kann man vergessen, der quietscht. Aber es gibt einen Kompromiss, es gibt nämlich einen ganz tollen Käse mit 45 Prozent (...). Das ist ein guter Kompromiss, wenn ich vorher bei 60 bis 70 Prozent lag. So dass man denen [Patienten] nicht nur sagt, ‚Sie müssen, Sie müssen, Sie müssen!‘, sondern: Wo kann ich Kompromisse eingehen?“ (BDA2/691-719)

„Geschmack“, individuelle Ernährungsvorlieben und die Einschätzung, was ein Patient an Veränderung wohl zu bewerkstelligen vermag, sind also Kriterien, die zur Relativierung therapeutischer Strenge herangezogen werden (können). Mithin werden selbst relative Veränderungen positiv bewertet. Das unterstreicht auch die folgende Begebenheit:

Ein Patient sagt, er esse so gerne Lippischen Pickert (was Heiterkeit bei den übrigen Teilnehmern hervorruft),²¹³ mit Sirup drauf. Die Diätassistentin geht ernsthaft auf das Anliegen ein und fragt, ob es selbstgemachter Pickert sei. Die ebenfalls anwesende Ehefrau bestätigt das und nennt das Rezept. (...) Die Diätassistentin meint, nun an die Ehefrau gewandt, die Eier könne sie ja grundsätzlich weglassen

²¹² Diese therapeutische Haltung ist nicht exklusiv bei Diätassistentinnen zu finden, sondern ebenso in anderen Berufsgruppen, auch dem Ärztlichen Dienst. Jedoch gehört sie bei den Diätassistentinnen meiner Beobachtung nach stärker zum professionellen Habitus, während insbesondere unter den Ärzten individuell erhebliche Unterschiede bestehen. Möglicherweise spielen die Hierarchie und Arbeitsteilung der Berufsgruppen hierbei eine Rolle, die sich nicht zuletzt in dem Ausmaß an Direktive abbildet, die im Auftreten Patienten gegenüber für angemessen gehalten wird. Ob die Haltung eher verständnisvoll-permissiv-kompromissbereit oder eher direktiv-fordernd ist, ist darüber hinaus nicht nur eine Frage der Profession und/oder Persönlichkeit, sondern entscheidet sich wohl oft auch mit der Wahrnehmung des einzelnen Patienten: Hat der sich bislang als kooperativ, bereitwillig, wissbegierig etc. präsentiert, oder gilt er bereits als ausweichend, widerständig, unaufrichtig? All das bestimmt (auch), mit welchen Forderungen und Erwartungen sich ein Patient konfrontiert sieht.

²¹³ Warum lachen die anderen Patienten? Vermutlich, weil sie bereits in der Lage sind, diverse Speisen rasch zu klassifizieren und Pickert ganz gewiss nicht unter das Label „Diät“ einordnen. Vielleicht halten sie die Einlassung auch für eine provokante Testfrage und sind nun gespannt auf die Reaktion der Expertin. Die Frage ist aber ernst gemeint: Der Patient möchte wissen, ob er sein Leibgericht irgendwie ‚retten‘ kann, ohne mit den Ernährungsempfehlungen allzu sehr in Konflikt zu geraten.

und auf Ei-Ersatz zurückgreifen. Das eigentliche Problem sei die weitere Zubereitung: das Backen mit Fett in der Pfanne – Pickert ziehe sehr viel Fett – und der Sirup-Belag. Sie empfehle, eine beschichtete Pfanne zu benutzen und sich bei der Menge des verzehrten Pickerts etwas zurückzuhalten. Aber man solle auch sehen, dass Pickert ja nicht jeden Tag gegessen werde, sondern ab und zu, als etwas Besonderes. Es komme darauf an, dass die Linie insgesamt stimme und gesund sein sollte (A4/1007-1017).

Die Diätassistentinnen versuchen also, mit ihren Empfehlungen an bestehende Essgewohnheiten und -vorlieben anzuknüpfen, um auf diese Weise die Bereitschaft von Patienten zu wecken, Veränderungen vorzunehmen.

Essen vs. Ernährung

Die Strategie, Alltagsgewohnheiten oftmals zum Ausgangspunkt der Unterweisung zu wählen, zeigt sich außerdem in der sprachlichen Präsentation des Anliegen: Diätassistentinnen sprechen häufig von „Essen“ statt „Ernährung“ oder gar „Diät“. Damit steht die Alltäglichkeit und Vertrautheit der dazugehörigen Tätigkeiten im Vordergrund, und es wird Distanz zu einem an medizinischen Belangen ausgerichteten, instrumentalisierten Durchgriff auf die tägliche Praxis geschaffen. Weitgehend vermeiden die Diätassistentinnen sogar den Begriff „Diät“, weil von seinen gegensätzlichen Bedeutungen ausgeht die negativ besetzte Version die landläufig genutzte ist (s.o.), von der sie annehmen, dass sie bei Patienten allenfalls Abwehr und Reaktanz hervorrufe.²¹⁴ Unverkennbar ist das Bemühen, zwischen den Erfordernissen „gesunder Ernährung“ und den Erwartungen an Genuss und Behaglichkeit, die wohl die meisten Menschen mit Essen und essen verbinden, keinen Gegensatz entstehen zu lassen. Dem dient u.a. die Deklaration von „gesunder Ernährung“ als „leckerem“ und „schmackhaftem Essen“, das zudem alltagstauglich hinsichtlich der Verfügbarkeit der erforderlichen Lebensmittel und der Zubereitung sei. Somit steht dem „Naturthema Ernährung“ das „Kulturthema Essen“ zur Seite.²¹⁵

Die Orientierung an sowohl naturwissenschaftlichen als auch kulturellen Gesichtspunkten führt allerdings immer wieder zu Gratwanderungen, wie eine kurze Einlassung über den Gebrauch von Alkohol verdeutlicht:

²¹⁴ Kein einfaches Unterfangen, wenn man den zu vermeidenden Begriff bereits in der Berufsbezeichnung führt (er dort auch nicht galenisch zu interpretieren ist) und die Vorträge zum Teil unter der Überschrift *Diättherapie* geführt werden. In welcher Konsequenz der Gegenentwurf *gesundes Essen* tatsächlich durchgearbeitet ist, diskutiere ich weiter unten. Zu fragen ist in diesem Zusammenhang auch, inwieweit es den Diätassistentinnen gelingt, das von ihnen favorisierte Konzept den anderen Berufsgruppen nahe zu bringen, namentlich dem Ärztlichen Dienst.

²¹⁵ Barlösius konstatiert in ihrem gleichnamigen Aufsatz (1992) die Dominanz des naturwissenschaftlichen Zugangs zum Thema Ernährung über die Erforschung sozialer und kultureller Bedeutungen von Essen und Trinken. Gleichwohl gibt es mittlerweile eine Vielzahl von Arbeiten, die sich dem zweitgenannten Aspekt widmen, in historischer, soziologischer oder ethnologischer Perspektive. Für einen Überblick siehe Mennell, Murcott & van Otterloo 1992; Barlösius 1999; Prahl & Setzwein 1999; Montanari 2006. Und freilich reflektiert auch eine naturwissenschaftliche Betrachtungsweise von Ernährung eine kulturelle Spielart der Bemächtigung dieses Lebensbereichs; umso mehr, je mehr ernährungswissenschaftliche und medizinische Erkenntnisse über Ernährung in Diskurse über individuelle Prävention eingespeist und in diesem Zusammenhang extrem popularisiert werden (vgl. Lupton 2005; Schmidt-Semisch & Schorb 2008; Mol 2010).

Ein Patient meint, in geringen Mengen getrunken, sei gegen Alkohol nichts einzuwenden. Die Diätassistentin stimmt zu: da tue er nichts [d.h. richte keinen Schaden an]. „Als Diätassistentin“ müsse sie allerdings sagen, dass wir Alkohol überhaupt nicht bräuchten für unsere Ernährung. „Als Mensch“ sehe sie das jedoch etwas weniger streng. Es gebe zahlreiche Anlässe, bei denen üblicherweise Alkohol getrunken werde, und es sei fraglich, ob man sich dem ohne Not völlig entziehen könne und solle. Ihre Empfehlung sei, Alkohol – gelegentlich – zu „genießen“, „harte Sachen“ jedoch zu meiden, denn „da ist schon ordentlich was drin“ [d.h. an Alkohol und damit an Kalorien] (A4/1030-1041; Hervorhebungen und Erläuterungen EB).

Ihre Anerkennung der sozialen Funktion von Alkoholkonsum flankiert die Diätassistentin mit einem Rückgriff auf die Mäßigkeitsregel. Dadurch gelingt es, zwei gegenläufige Orientierungen – Abstinenz in Konsequenz der ernährungsphysiologischen Nutzlosigkeit von Alkohol einerseits, ein kulturell eher zwang- und sorgloser Umgang mit Alkohol andererseits –, die der Diätassistentin gleichermaßen präsent sind, miteinander in Einklang zu bringen.

Am Kulturthema Essen anzuknüpfen, bedeutet, historisch und sozial verankerten Regeln der Auswahl und Zubereitung von Nahrungsmitteln, ihrer Zusammenstellung und ihres Verzehr, ihrer zeremoniellen Rangordnung usw. Beachtung zu schenken. Herzkranken Berufskraftfahrern oder Landwirten Lachshäppchen und Kräuterquark anzudienen, dürfte vermutlich auf nur geringe Gegenliebe stoßen, während andere Klientengruppen solche Speisen wohl vorbehaltlos essen würden. Ob Diätassistentinnen in dieser Hinsicht bereits auf ein professionell ausgearbeitetes, sozialwissenschaftlich unterfüttertes Konzept des Essens als kulturellem Zeichensystem (vgl. u.a. Barlösius 1999; Setzwein 2004; Montanari 2006; Bourdieu 1987; Nicod 1980) zurückgreifen können, ist bislang eher fraglich (vgl. Jahnen 1998: 22f., 27-29; VDD 2014). Als Kulturteilnehmerinnen steht ihnen dieses System aber selbstverständlich mindestens so offen wie ihren Patienten. Somit ist es ihnen überlassen, kulturelle Aspekte rund um die Ernährung als bedeutsam anzuerkennen und reflexiv in ihren Berufsalltag aufzunehmen. Das geschieht auch in Ansätzen, wenn etwa Geschmackskulturen bei der Zusammenstellung der Klinikverpflegung – die Anmutung von deftig, mitunter auch fleischlich für die LVA-Klientel beispielsweise – und Prinzipien geschlechtlicher Arbeitsteilung bei der Nahrungsbeschaffung und -zubereitung Berücksichtigung finden – indem angesichts überwiegend männlicher Klienten Lebenspartnerinnen ausdrücklich mit adressiert werden. In der Lehrküche wird es Männern außerdem nicht verwehrt, sich auf ihre angestammte passive Rolle zurückzuziehen, wenn sie darauf bestehen. Dazu ein Protokollauszug einer solchen Veranstaltung:

An der Lehrküche nehmen heute sechs Personen teil, darunter zwei Frauen, eine von ihnen Angehörige. (...) Nachdem die Diätassistentin die Kochprinzipien der Lehrküche (fett-, cholesterin- und salzarm, ohne Zucker) und die für heute vorbereiteten Rezepte vorgestellt hat (Fisch mit Käsecreme, Kräuterremoulade, Apfelkuchen), bekennt ein Teilnehmer vorsorglich, dass er „nicht der große Küchenmeister“ sei. (...) Zwei weitere Männer stimmen ein: Sie seien im Kochen auch recht unerfahren. Die Diätassistentin verspricht Hilfestellung. Außerdem sei bereits einiges vorbereitet und zurechtgelegt. Pro Rezept finden sich zwei Teilnehmer zusammen. Der Nicht-Küchenmeister und eine ältere Frau nehmen die Zubereitung der Remoulade in Angriff. Die Frau wirkt ebenfalls verunsichert, jedenfalls reißt sie nichts an sich und fragt die Diätassistentin häufiger, wie sie was machen solle. Der Mann beteuert immer wieder, dass er keine Erfahrung in der Küche habe und das auch nicht gerne tue. Wenn seine Frau und seine Tochter ihn so sähen – diese Vorstellung bereitet ihm offensichtlich großes Unbehagen. Er lässt sich aber doch dazu

herab, die Gurke und die Zwiebel zu schneiden. Damit ist sein Beitrag beendet. Er weigert sich, den Tisch zu decken, wie er auch die Mithilfe beim Abtrocknen ablehnt. Das sei Aufgabe seiner Frau, das könne er nicht, begründet er seine Haltung. Niemand insistiert weiter. Einer der anderen Männer hilft schließlich doch beim Abtrocknen, während der dritte für eine Weile verschwunden ist und erst zur gemeinsamen Mahlzeit wieder auftaucht (B3/492-527).

Die häuslichen Praktiken geschlechtlicher Arbeitsteilung ins Kalkül zu ziehen und nicht einem pädagogischen Impetus zu unterwerfen, steht allerdings in Konkurrenz zu einer anderen Maxime: „Patienten und besonders die Männer [sollen] es als ihr Problem ansehen, die Ernährung umzustellen, und nicht als Problem ihrer Ehefrauen, die Ernährung für den Mann umzustellen. (...) Ich habe das Gefühl, dass die [männlichen Patienten] häufig auch nur einen Schuldigen suchen, und möglichst nicht bei sich selber, weil dann muss man ja was verändern, wenn man selber schuld ist“ (ADA2/66-78). Die Episode aus der Lehrküche zeigt allerdings auch, dass diese Bühne für diesbezügliche Korrekturen nicht ohne weiteres genutzt wird.

Als kulturell sensibel erweisen sich Diätassistentinnen überdies, wenn sie die sozial-kulinarische Bedeutung, die Grillabende für ihre Klientel haben, würdigen und solche Ereignisse gelegentlich ausrichten. Eine durchaus heikle Angelegenheit, weil die Konnotationen des Grillens unter freiem Himmel – männliche Zubereitungsart, fleischdominierte Mahlzeit, Öffentlichkeit, Zwanglosigkeit, Freizeitbeschäftigung (vgl. Setzwein 2004: 189-192) – nur bedingt vereinbar sind mit den ansonsten propagierten Prinzipien der Mäßigkeit (auch des Fleischkonsums) und Selbstkontrolle. Die Berücksichtigung kulturell geprägter Präferenzen und Praktiken erfolgt jedoch eher unter Rückgriff auf implizites Wissen, als dass sie Bestandteil eines absichtsvollen, sozialwissenschaftlich inspirierten Vorgehens wäre. Und sie hat keineswegs stets Vorrang. Letztlich halten die Diätassistentinnen an dem Projekt der Geschmackserziehung fest; eine von ihnen erläutert ihre Haltung:

Bei Einwänden von Patienten, die ungewohnte Klinikkost schmecke ihnen nicht, sei sie durchaus „ein bisschen hartnäckig“, indem sie erwidere, dass gar nichts schmecke, könne sie nicht glauben, anders wohl, aber nicht, dass es gar nicht schmeckt. Damit wolle sie ein Nachdenken darüber provozieren, dass ein anderer Geschmack nicht gleichbedeutend sein muss mit „schlechterem Geschmack“ (ADA2: 596-611).

Widersprüche und Ungereimtheiten

Es wurde gezeigt, dass sich die konzeptuelle Orientierung der Diätassistenten nicht auf das Risikofaktorenkonzept beschränkt, sondern darüber hinaus Elemente des Mäßigkeitsdiskurses aufnimmt, der ernährungspraktisch auf flexible Selbstkontrolle hinausläuft. Des Weiteren wird mit der Alltagskonzeption „gesundes Essen“ der Patienten vertraute Kontext angesprochen, der weder von der verwissenschaftlichten Konzeption „Ernährung“ noch von der soziale Besonderung implizierenden „Diät“²¹⁶ erreicht werden kann.

Zwei Fragen drängen sich auf: Erstens, sind die Konzepte untereinander konsistent und verträglich, oder widersprechen sie einander? Zweitens, kommt die aus dem Mäßigkeitsdiskurs abgeleitete Orientierung konsequent zur Anwendung?

²¹⁶ Wer einen anderen Ernährungsstil praktiziert als den in seinem sozialen Umfeld üblichen, verlasse „die gemeinsame Tafel“ (Barlösius 1999: 55).

Um mit der zweiten Frage zu beginnen: Nein, die Konzeption „gesundes Essen“ wird weder sprachlich noch inhaltlich konsequent durchgehalten. Sprachlich nicht, weil der Begriff „Diät“ allenthalben präsent ist. Zwar wird er punktuell von den Diätassistentinnen problematisiert, nicht aber systematisch zur Diskussion und Disposition gestellt oder gar erfolgreich vermieden – weder im Diskurs mit den Patienten noch mit anderen Berufsgruppen, namentlich dem Ärztlichen Dienst (s. Kap. 10.1.2). Obwohl die Diätassistentinnen der Instrumentalisierung von Ernährung erklärtermaßen aus dem Weg gehen wollen, vermitteln sie doch genau diesen Ansatz auch: Die Meidungsgebote bleiben – trotz Relativierung – umfänglich. „Geeignete“ und „ungeeignete“ Lebensmittel werden durchdekliniert, man rekurriert auf kontextfremdes (alltagsfremdes) ernährungswissenschaftliches Wissen als Orientierung. Die eigene Konzeption ist demnach nur schwach durchgearbeitet. Zwar verweisen Diätassistentinnen darauf, dass sie keinen (Klinik A) bzw. mäßigen (Klinik B) Einfluss auf die Ernährungskonzepte des Ärztlichen Dienstes haben und sich die Konzeption vom „gesunden Essen“ deshalb nur schwerlich im Ärztlichen Dienst verankern lasse. Festzuhalten ist aber auch, dass sie selbst sich dieser Perspektive gar nicht zur Gänze verschreiben wollen (ihre beruflich-fachliche Sozialisation dürfte dem entgegenstehen, sie baut auf ernährungswissenschaftliche Expertise im Dienst der Medizin). Überdies scheinen sie der konzeptuellen Selbstvergewisserung keinen allzu großen Stellenwert einzuräumen. So ist sich beispielsweise eine der Diätassistentinnen in Klinik B unsicher, welchen Standpunkt ihre Kollegin hinsichtlich „Diät“ und „gesundes Essen“ eigentlich einnimmt – ein deutlicher Hinweis auf eine ausgebliebene Diskussion.

Nicht konsequent durchgehalten ist ferner die Anerkennung von Essen als Alltagspraktik, die das Produkt nicht nur von individuellen Vorlieben, Abneigungen und Gewohnheiten ist, sondern darüber hinaus sozial und kulturell verankerten Regeln folgt. Wenngleich sensibel für diese Dimension, so bleibt doch der individualistische Ansatz bestimmend: Essen und Essverhalten – so die Überzeugung der Diätassistentinnen – sei letztlich das Produkt individueller Entscheidungen und somit auch Verantwortung. Entsprechend gilt ihnen auch die Geschmacksbildung des Einzelnen als im Prinzip individuell form- und damit veränderbar.²¹⁷ Auf dieser desozialisierten Perspektive wird v.a. dann beharrt, wenn Diätassistentinnen patientenseitig keine Bereitschaft erkennen können, das eigene Essverhalten einer Prüfung auf Veränderungsmöglichkeiten zu unterziehen.

Auch erweisen sich die Ernährungsempfehlungen nicht immer – wie angestrebt – als alltagstauglich in dem Sinne, dass sie sich leicht in bestehende Handlungsroutinen einfügen ließen. Am deutlichsten wird dies am Beispiel der Empfehlung, Eier durch Ei-Ersatz („Dotterfrei“) auszutauschen. Ihr nachzukommen, würde Einkaufsgewohnheiten samt Bedeutungsumfeld des Lebensmittels „Ei“ erheblich verändern. Kann man Eier fast überall und entsprechend preiswert kaufen, gibt es die „Alternative“ nur in der Apotheke (!) oder dem Reformhaus.²¹⁸ Beide Verkaufsstätten signalisieren – egal, was man zu kaufen gedenkt – höhere bis hohe Preise. Und bei „Apotheke“ denkt man bestimmt nicht an einen „Ort, an dem man Lebensmittel einkauft“, sondern assoziiert sie v.a. mit Arznei, allenfalls noch speziellen Nahrungsergänzungs- und Diätprodukten. Ein sehr spezielles

²¹⁷ Die soziale Präformation der Grenzen, innerhalb deren sich individueller Geschmack entwickeln und ausleben kann, schildert Barlösius (1999).

²¹⁸ Mittlerweile natürlich auch im internetbasierten Versandhandel.

Segment von Lebensmitteln bieten auch Reformhäuser an: Deren Produkte versprechen neben geläufigen Nährwerten stets den Mehrwert der Gesundheit. Hier erhält man v.a. die für esoterische Ernährungslehren (Diäten!) erforderlichen Produkte. Die Chancen, die Alternative Ei-Ersatz im Gebrauch zu veralltäglichen, sind also gering.

Von den Ungereimtheiten einmal abgesehen, wären denn die aus dem Risikofaktorenkonzept einerseits und dem Mäßigkeitsdiskurs andererseits abgeleiteten Ernährungskonzepte miteinander vereinbar? Nur bedingt bzw. dann, wenn man es mit beiden Konzepten nicht allzu genau nimmt. Der spezifische und dezidierte Ansatz des Risikofaktorenkonzepts geht nicht auf im unspezifischen Mäßigkeitsdiskurs und umgekehrt, das ist die prinzipielle Seite. Andererseits mag die Beherrschung von mäßigkeitselektierten Ernährungsprinzipien zur positiven Änderung eines Risikofaktorenstatus beitragen. Und wen interessiert dann noch die ‚reine Lehre‘?

Kaum abzuschätzen ist außerdem, ob die Vielstimmigkeit, wenn nicht Widersprüchlichkeit der Ernährungskonzepte und -empfehlungen die Einstellung von Patienten dem Thema Ernährung gegenüber (nachteilig) beeinflusst. Werden Widersprüche von ihnen überhaupt als solche wahrgenommen und problematisiert? Nutzen sie sie, um den Expertenanspruch von Health Professionals im Stillen zurückzuweisen? Diese Fragen bleiben offen.

10.1.2 Interdependenz mit den Tätigkeiten anderer Berufsgruppen

In welchem Zusammenhang stehen die Tätigkeiten der Diätassistenten mit denen anderer Berufsgruppen, insbesondere dem Ärztlichen Dienst? Wie im Einzelnen gestalten sich Delegation und Arbeitsteilung? Welche Stellung nimmt die Diätassistenten im Gefüge des multidisziplinären Teams ein?

Kommunikation und Information im Team

Marginal ist die Stellung der Diätassistentinnen in beiden Kliniken zu nennen mit Blick auf die Einbindung in teamförmige Arrangements zum regelmäßigen Austausch von Informationen über Patienten, namentlich die Sitzungen der Stationsteams. In Klinik B hat es zwar eine Beteiligung der Diätassistenten an seinerzeit so genannten Eingruppierungskonferenzen gegeben; diese sind jedoch mit Einführung der EDV-gestützten Termin- und Therapiesteuerung obsolet geworden. Damit ist nicht nur ein von den Diätassistentinnen durchaus geschätztes Forum der Informationsbeschaffung weggefallen, sondern auch die Aufgabe der für den eigenen Bereich verantworteten Therapiesteuerung. Mittelbar haben sie auf letztere Einfluss behalten insofern, als sowohl das Therapieangebot als auch die Zuweisungskriterien für übergewichtige Patienten auf ihre Anregung zurückgehen. Eine mögliche Teilnahme an den regelmäßig stattfindenden Sitzungen der Stationsteams ist zugunsten der vom Kostenträger geforderten Einführung von als Schulungsbüfett organisierten Mahlzeiten mit entsprechender fachlicher Aufsicht zurückgestellt worden. Beide Diätassistentinnen bedauern diese Situation,²¹⁹ weil sie dazu führe, dass sie vom

²¹⁹ Bei gegebenem Stellenschlüssel und Aufgabenpensum sei bislang niemandem eine Lösung eingefallen, auch der ärztlichen Leitung nicht, von der sich die Diätassistentinnen in ihrem Anliegen der stärkeren Einbindung in die Teamkommunikation durchaus respektiert fühlen. Zu dieser verständnisinnigen Haltung ist anzumerken, dass es sicher nicht hingenommen werden würde, wenn irgendeine der anderen Berufsgruppen aus organisatorischen Gründen grundsätzlich nicht an Sitzungen von Stationsteams teilnehmen könnte.

Informationsfluss abgeschnitten seien und insbesondere für Einzelberatungen wichtige Hinweise auf besondere Lebens- oder Krankheitsumstände von Patienten sie nicht zuverlässig erreichten. Wenn Diätassistentinnen außer den basalen Angaben wie dem Überweisungsanlass sowie an Patientendaten Geschlecht, Alter, Größe, Gewicht, Blutwerte, Kurzdiagnose und Station mehr Information wünschen, müssen sie auf den Stationen nachfragen oder darauf bauen, dass Patienten etwas über sich erzählen. Ihre Teilhabe am interdisziplinären Informationsfluss beruht also auf Eigeninitiative; sie ist anlassbezogen und findet gleichwohl nach eigenem Gutdünken statt – wie immer zufallsbehaftet dies auch sein mag.

Diesen Aspekt streicht die Diätassistentin in Klinik A ebenfalls heraus. Bei den Klienten der Einzelberatung, die durch Stationsärzte angemeldet werden, erhalte sie routinemäßig Auskunft zu Geschlecht, Alter, Gewicht und Größe, Kurzdiagnose sowie eine Ergebnisübersicht der Laboruntersuchung. Über die medizinische Problemstellung sei sie damit im Grundsatz informiert. Will sie mehr wissen, muss auch sie auf der Station nachfragen, mitunter Einblick in die Patientenakte nehmen. Ihre aktive Informationsbeschaffung habe zunächst Erstaunen beim Pflegepersonal wie auch bei Stationsärzten hervorgerufen, sei aber rasch akzeptiert worden. Eine Teilnahme an Sitzungen von Stationsteams stand zum Zeitpunkt der Forschung nicht zur Debatte, weil solche Teams noch nicht bestanden bzw. erst im Entstehen begriffen waren. Einer zukünftigen Teilnahme stand die Diätassistentin seinerzeit ablehnend gegenüber – nicht aus prinzipiellen Erwägungen heraus, sondern weil sie unter der Bedingung unzureichender Personalausstattung dieser Form kollegialer Kooperation keine Priorität über andere Aufgaben einräumen mochte.

In das geläufige Procedere der Wissens(ver-)teilung im Hinblick auf Patienten sind Diätassistentinnen in beiden Kliniken demnach nicht in aller Selbstverständlichkeit einbezogen. Dass sie sich fallweise mehr Information beschaffen können, als sie normalerweise bekommen, unterstreicht eher noch ihre im Berufsgruppengefüge untergeordnete Position: Die Tatsache, dass sie nur eingeschränkt am Wissensfluss teilhaben, kommt niemandem sonst unangemessen vor. Offenbar wird ihr Beitrag von anderen Berufsgruppen als nicht derart bedeutend angesehen. Diese informationelle Marginalisierung schließt offenbar auch die Annahme ein, dass die extrem verdichtete medizinisch-ernährungswissenschaftliche Information – im Zuge der Einzelberatung – eine ausreichende Basis für die Arbeit der Diätassistentinnen darstellt.

Ärztlicher und Psychologischer Dienst: Thematische Überschneidungen ohne integrierte konzeptuelle Basis

In beiden Kliniken ist der Psychologische Dienst, wenn auch nur am Rande, in das Thema Ernährung involviert. In Klinik B nehmen übergewichtige Patienten an einer psychologisch geleiteten Gesprächsgruppe teil. Ziel dieses Moduls sei es, Patienten zur Reflexion ihres Essverhaltens anzuregen und sie an die Einsicht heranzuführen, sich mit ihrem Essverhalten als einer Suchtproblematik auseinanderzusetzen. Die Zuweisung erfolgt ärztlicherseits. Die Konzeption des Angebotes ist psychologischer Provenienz, eine Kooperation dazu mit der Diätassistenz habe es nicht gegeben: „Die haben uns mal gesagt, was sie machen“, formuliert lapidar eine der Diätassistentinnen. Ein regelmäßiger Informationsaustausch, z.B. über Teilnehmer, findet nicht statt.

Die Psychologin in Klinik A behandelt das Thema Ernährung in dem wöchentlich stattfindenden sogenannten Lebensstil-Seminar. Sie stellt Ernährungsprinzipien vor, die in etwa denen der Vollwertkost entsprechen (vgl. Leitzmann & Koula-Jenik 2006), nicht jedoch

spezifischen Risikofaktoren Rechnung tragen. Die Systematik bei der Einteilung von Lebensmitteln in Gruppen ist eine andere als die, welche seitens der Diätassistenten Patienten an die Hand gegeben wird. Als Orientierung für das anzustrebende Körpergewicht führt sie den Begriff „Wohlfühlgewicht“ ein. In einem Hintergrundgespräch stellt sie klar, dass sie Informationen über risikofaktorenspezifische Ernährungsregeln für verfehlt halte, weil sie dem „Diätgedanken“ entsprächen, dieser aber von Patienten kaum aufgegriffen werde. Für umsetzungsfreundlicher und damit erfolgversprechender halte sie die Handhabung von Prinzipien „gesunder Ernährung“. Mit der Diätassistentin ist dieses Vorgehen nicht abgestimmt, und diese hat auch keine Kenntnis davon.

Der Begriff *Wohlfühlgewicht* basiert auf einer subjektiven Definition eines zu erreichenden Gewichts und zeigt damit an, dass Psychologen für ihre Beschäftigung mit dem Thema Essen einen anderen Referenzrahmen wählen als Diätassistentinnen, denn diese distanzieren sich von dem Begriff und orientieren sich an einem objektiv definierbaren *Idealgewicht*, sei dieses durch den Body Mass Index oder andere Indices bestimmt. (Freilich geht die psychologische Arbeit mit Übergewichtigen von der Annahme aus, dass das *Wohlfühlgewicht* irgendwo unterhalb des derzeitigen Körpergewichts eines Menschen anzusetzen sei und nicht etwa die Beibehaltung eines Status quo oder gar eine Gewichtszunahme meint – was der Begriff nicht prinzipiell ausschließt.) Der psychologische Referenzrahmen ist also nicht in erster Linie ernährungsphysiologisch bestimmt, sondern knüpft beim *Essverhalten* als expressiver Funktion und Bestandteil des psychischen Systems an, wengleich der *Anlass*, warum sich Psychologen in Reha-Kliniken überhaupt mit dem Thema Essen beschäftigen, natürlich die gesundheitsbeeinträchtigenden Konsequenzen bestimmten Essverhaltens sind – wie dies auch für die Diätassistentin und Teile der Medizin gilt. Um zu den Klinikpraktiken zurückzukehren: Es gab keine Anzeichen – und Nachfragen bestätigten das – für eine inhaltliche Abstimmung zwischen Psychologen, die mit Ernährungsthemen befasst sind, und Diätassistentinnen.

Eine Orientierung am subjektiven „Wohlfühlgewicht“ wird von der Diätassistentin jedenfalls nicht gutgeheißen.²²⁰ Ihre konzeptuelle Orientierung ist nicht allein – wie gezeigt wurde – auf „gesundes Essen“ ausgerichtet, sondern auch der medizinisch-naturwissenschaftlichen Perspektive verpflichtet. Letztere stößt im Übrigen bei Patienten durchaus auf mehr Interesse, legt man den Besuch von Vorträgen als Maßstab zugrunde.

Von psychologischer Seite gibt es also in beiden Kliniken der Diätassistentin gegenüber keine ausgeprägte Sensibilität dafür, wo Domänengrenzen verlaufen bzw. Kooperationsoptionen bestünden. Seitens der Diätassistentin wird Kooperation allerdings auch nicht eingefordert. Hingegen berichten Diätassistentinnen beider Kliniken davon, dass sie die Psychologen informieren, wenn sie von einem Patienten den Eindruck gewinnen, er habe weniger ein Ess- als vielmehr ein psychisches Problem. Die Kommunikation ist demnach einseitig und charakterisiert den nachrangigen Status der Diätassistentin gegenüber dem Psychologischen Dienst.

Ähnlich stellt sich die Situation zwischen Ärztlichem Dienst und Diätassistentin in Klinik A dar: Für Desinteresse an konzeptueller Kooperation seitens des Ärztlichen Dienstes wie

²²⁰ „Sie [die Patienten] sollen auch wissen, auch wenn sie sich wohlfühlen mit 130 Kilo, dass irgendwann es doch auf die Bandscheibe, auf die Kniegelenke, was auch immer, geht, oder man Atemnot kriegt. Ich denke, so etwas muss auch einfach noch mal ausgesprochen werden, damit sie sich das noch mal bewusst machen.“ (ADA2/215-218)

auch die Verletzung von Domänengrenzen durch „Rühren in fremden Töpfen“ gibt es einige Hinweise. So hat von den Ärzten niemand an einer von der Diätassistentin angebotenen Fortbildung zum Thema Ernährung teilgenommen, während die Diätassistentin sehr wohl Schulungsbedarf für Ärzte sieht. Die konzeptuelle Orientierung der Diätassistentin, sofern sie über den risikofaktorenspezifischen Ansatz hinausgeht, bleibt vom Ärztlichen Dienst in Klinik A in der Regel unberücksichtigt. Gegenüber Patienten ist stets von „Diät“ im engen Sinn die Rede: Blutfette müssen „runter“, ebenso das Gewicht, und zwar rasch; was gut schmecke, müsse sie weglassen, empfiehlt eine Stationsärztin ihrer Patientin. Es kommt also durchaus vor, dass Ärzte einen Gegensatz zwischen gesunder Ernährung und Essen als Vergnügen kolportieren (vgl. Caplan & Keane 1999: 236) – und die Bemühungen der Diätassistentin damit konterkarieren.

Andererseits bindet der ärztliche Dienst die Wirkung der Klinikernährung positiv in die Argumentation gegenüber Patienten ein: Wenn Cholesterinwerte sinken unter ansonsten gleichen Bedingungen (unveränderte Medikation), wird dies dem Ernährungskonto gutgeschrieben.²²¹ Dass Ärzte so argumentieren, ahnt die Diätassistentin zwar (und es freut sie, von mir davon zu hören), doch hat darüber nicht einmal eine kurze Verständigung stattgefunden. Eine weitere Begebenheit, die den konzeptuellen Kooperationshorizont beider Berufsgruppen dokumentiert, ist ein Merkblatt mit Ernährungsempfehlungen, das eine Stationsärztin für Patienten ihrer Station verfasst hatte; ein Vorgang, der zwar mit der ärztlichen Leitung, nicht aber mit der Diätassistentin abgesprochen war.

In Klinik B hingegen herrscht eine größere Übereinstimmung zwischen Ärztlichem Dienst und Diätassistentin. So besteht z.B. Einigkeit darüber, dass eine Gewichtsreduktion langfristig und allmählich vonstattengehen sollte; einzelne Ärzte kooperieren in der Vortragsgestaltung mit den Diätassistentinnen; von radikalen Änderungen der Essgewohnheiten ist von Ärzten gegenüber Patienten nicht die Rede; und an den Ernährungsempfehlungen wird hervorgehoben, dass sie „für alle geeignet“ seien und sich nicht speziell an Herzkrankte richteten.

Aus der Tatsache, dass sich das Bemühen von Diätassistentin und Ärztlichem Dienst mit unterschiedlichen therapeutischen Strategien auf z.T. dieselben Risikofaktoren richtet, könnte eine gewisse Rivalität entstehen: Welches Vorgehen ist effektiver und adäquater? Selbst wenn sich Diätassistentinnen mit ihrer Domäne nicht immer ausreichend gewürdigt sehen und unter Ärzten eine gewisse Skepsis verbreitet ist hinsichtlich der Bereitschaft und Fähigkeit von Patienten, ihre Ernährung dauerhaft umzustellen,²²² so gibt es doch keine Anhaltspunkte für eine Rivalität *der Behandlungsstrategien*. Vielmehr herrscht Einmütigkeit über die jeweiligen Vor- und Nachteile der einen wie der anderen Vorgehensweise: Die medikamentöse Strategie ist zwar allseits als die effektivere bei der Senkung von Cholesterinwerten, Blutdruck und Blutzucker anerkannt, ist und bleibt aber eine Medikation mit (noch) unbekanntem Langzeitfolgen und monetären Kosten. Und wenn auch, wie zuvor ausgeführt, die ärztliche Rede über Ernährung als Maßnahme kaum den konzeptuellen Vorstellungen der Diätassistentin entspricht, so bedeutet dies

²²¹ Umgekehrt freilich auch: Wenn Cholesterinwerte unverändert bleiben oder steigen, wird dies als Zeichen der Noncompliance hinsichtlich der verordneten Kost interpretiert.

²²² Interessanter- oder besser gesagt: naheliegenderweise treten solche Einschätzungen eher bei Ärzten zutage, die von ihrer physischen Statur her einen nicht unbedingt von Disziplin und Selbstkontrolle geleiteten Umgang mit der Einverleibung von Nahrung vermuten lassen.

doch nicht, dass Ärzten die Einstellung ihrer Patienten zum Therapieansatz Ernährung gleichgültig wäre. Beide Behandlungsstrategien werden Patienten gegenüber denn auch nicht als Alternativen präsentiert, sondern als vielmehr einander ergänzend. Und tatsächlich sind die Behandlungsansätze auch nicht austauschbar, nicht nur ihrer unterschiedlichen Effektivität und Kosten (auch Nebenwirkungskosten!) wegen, sondern auch, weil die Ernährungsstrategie gewissermaßen ein moralisches Surplus enthält, das der Medikation abgeht, auf das Health Professionals aber kaum verzichten mögen: Mit der regelmäßigen Einnahme von beispielsweise Cholesterinsenkern mag sich ein Patient als compliant gegenüber der ärztlichen Therapie erweisen; doch erst mit der Beherzigung entsprechender Ernährungsprinzipien signalisiert er, die von professioneller Seite so nachdrücklich kommunizierte Beziehung zwischen Lebensstil und Erkrankung für sich persönlich akzeptiert zu haben.²²³

So weit zu grundsätzlichen Kooperationsbedingungen, die ein Licht darauf werfen, wie sich die Berufsgruppen wechselseitig wahrnehmen und in ihren Domänen anerkennen.

Medizin – Diätassistent: Delegation, Vorgaben, Verordnungen und Freiräume

Wie verhält es sich nun mit der Arbeitsteilung zwischen Diätassistent und Ärztlichem Dienst bei der eigentlichen Therapiesteuerung und -gestaltung?

Nahezu vollständig fällt die Aufgabe „Beeinflussung von Risikofaktoren durch Ernährung“ qua Delegation in den Arbeitsbereich der Diätassistent – in jeweils klinikeigener Prägung. Während für Klinik B Kooperations- und Beteiligungsanlässe für einzelne Ärzte im Bereich der Referierung von medizinischem Begründungswissen (Vorträge, Einführungen) bestehen, erstrecken sich ärztliche Aktivitäten in Klinik A auf eher informelle, parallele, jedenfalls nicht mit der Diätassistent abgestimmte Beiträge. Hier bietet der ärztliche Dienst keine eigenen Vorträge im Themenfeld Ernährung an, und so fällt selbst die Vermittlung medizinischen Begründungswissens in das Tätigkeitsfeld der Diätassistent.

Dass die thematische Struktur für die Arbeit der Diätassistentinnen zum großen Teil den KHK-bedeutsamen Risikofaktoren entspricht, also dem Risikofaktorenkonzept und somit

²²³ Das gilt freilich für alle Maßnahmen, die unter der Rubrik „Lebensstiländerung“ firmieren (s.a. Kap. 11.1). Wenn ein Patient auf die Idee kommt, sich kliniköffentlich von Ernährungsempfehlungen unbeeindruckt zu zeigen und sie als zu anspruchsvoll zurückzuweisen mit dem Hinweis, es gebe ja auch noch Medikamente, dann ist ihm Tadel gewiss, und zwar von professioneller Seite wie auch seitens seiner Mitpatienten (zwei Protokollauszüge): (1) Ein Patient wendet während eines Ernährungsvortrags über Blutfette, indem „günstige“ und „ungünstige“ Lebensmittel vorgestellt werden, ein: „Wenn ich ein Medikament nehme, dann kann ich doch essen, was ich will!“, woraufhin die Diätassistentin ihn mit der Entgegnung zurechtweist, es sei doch klar, dass die Ernährung an erster Stelle stehen sollte. Nur wenn das nicht ausreiche, sollte man auf Medikamente ausweichen (B2/482-486). (2) In einer psychologisch geleiteten Gesprächsgruppe diskutieren die Teilnehmer über die Umsetzbarkeit der Empfehlungen zur Lebensstiländerung, insbesondere zur Ernährung. Viele hadern mit den Anforderungen, sie empfinden sie als zu streng und überlegen, ob es nicht ausreiche, „die Latte etwas tiefer zu hängen“. Als ein Teilnehmer bekundet, er werde alles weiter so handhaben wie zuvor und darauf hoffen, dass die Medizin in zehn Jahren, wenn sich seine Bypässe vermutlich wieder zugesetzt hätten, eine bessere Methode anzubieten haben werde, zieht er jedoch empörte Kritik seiner Mitpatienten auf sich: So könne man das ja auch nicht handhaben, so gar nichts zu tun (B2/877-881). – Offenkundig akzeptiert dieser Widerständler immerhin das geläufige Erklärungsmodell, das Lebensstil und Erkrankung in einen kausalen Zusammenhang stellt. Er weist lediglich die ansonsten stets so zwangsläufig gezogene Schlussfolgerung zurück: Dass daraus für ihn die Verpflichtung erwachse, sein Verhalten zu ändern.

der Medizin entstammt, ist bereits in der Darstellung der Programmstruktur (Kap. 8) herausgearbeitet geworden.²²⁴ Mit dieser krankheitsspezifischen Herangehensweise sind die Diätassistentinnen im Prinzip durchaus einverstanden. Ihre Aufgabe ist es, die thematischen Vorgaben mit eigenem Fachwissen inhaltlich zu füllen.

Wie werden die Diätassistentinnen im Einzelnen zu ihren Tätigkeiten veranlasst? Alleinige ärztliche Aufgabe ist die Kostverordnung, aus der die Aufgabe für Diätassistentinnen erwächst, für die Umsetzung und Einhaltung der Verordnung zu sorgen. Die Gewinnung von Klienten ist ebenfalls hauptsächlich medizin- bzw. arztgesteuert. Obwohl sich die Praktiken der ärztlichen Therapiesteuerung in beiden Kliniken erheblich unterscheiden – generelle Verordnungsroutinen nach medizinisch definierten Kriterien in Klinik B, individuell variierende ärztliche Verordnungsmuster bzw. Empfehlungsroutinen in Klinik A (s. Kap. 8.2) – und außerdem sowohl Diätassistentinnen als auch Patienten selbst initiativ werden können, gewinnen Diätassistentinnen doch den Großteil ihrer Klienten aufgrund ärztlicher Verordnung oder Empfehlung. Diätassistentinnen können ihren Klienten im Übrigen auch nichts verordnen. Die Festlegung *eines* Kriteriums (Übergewicht) und des dazugehörigen Programmmoduls geht in Klinik B immerhin auf ihre Initiative zurück. Alles in allem aber ist zu schlussfolgern, dass Diätassistentinnen mit Blick auf die Gewinnung von Patienten nur in sehr eingeschränktem Umfang selbst diagnostisch tätig, vielmehr darin in erster Linie auf ärztliche Therapiesteuerung angewiesen sind. Eine Form ärztlichen *Ersuchens* um Tätigwerden einer Diätassistentin – vergleichbar z.B. dem Ersuchen um psychologische Krisenintervention (s. Kap. 10.3) – ist nicht entwickelt.

Was genau umfassen die medizinischen Vorgaben für die Arbeit der Diätassistenz? Zunächst stiftet die allgemeine risikofaktorbezogene Zielsetzung der sekundärpräventiven Arbeit die Orientierung auch für die Arbeit der Diätassistentinnen: Ihre Tätigkeit soll ebenso wie die der anderen Berufsgruppen dazu beitragen, KHK-relevante Risikofaktoren in Richtung auf zwar medizinisch definierte, jedoch breit akzeptierte Grenzwerte positiv zu beeinflussen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob ärztlicherseits Zielsetzungen *für einzelne Patienten* im Ernährungsbereich festgelegt werden, die auch für Diätassistentinnen maßgeblich wären. Diese Frage muss man verneinen; an Diätassistentinnen ergeht nicht der Auftrag, dafür Sorge zu tragen, dass die Cholesterinwerte von Patient X diesen oder jenen Wert annehmen, er ein bestimmtes Gewicht erreiche oder sein Blutzuckergehalt eine definierte Grenze nicht mehr übersteige. In den Vorträgen und Schulungen stehen schließlich Wissensvermittlung und Sensibilisierung für die Thematik etc. im Vordergrund; man kann schlechterdings sagen, hier sei die Senkung des Cholesterinspiegels die Zielsetzung. Eine schwache Form ärztlicher, auf die Arbeit der Diätassistenz übergewandter Zielsetzung liefern allenfalls die Überweisungskriterien für die Einzelberatungen insofern, als sie den Beratungsanlass definieren. Stärker stellt die ärztliche Kostverordnung eine direkte Vorgabe dar, von der erwartet wird, dass Diätassistentinnen für

²²⁴ In Klinik B, so hieß es, gehen die risikofaktorspezifischen Vorträge hinsichtlich Anzahl und Themen auf Anforderungen der BfA, seinerzeit Hauptbeleger, zurück. Spricht das gegen die These von der thematischen Vorgabe durch die Medizin? Nein, denn die in den 1990er Jahren einsetzenden Bemühungen der Rentenversicherungsträger um Qualitätssicherung haben (auch) zum Ziel, Reha-Kliniken als *rehabilitationsmedizinischen* Einrichtungen mehr Profil und Substanz zu verleihen – ungeachtet dessen, was einzelne Klinikleiter in dieser Hinsicht für erforderlich hielten.

ihre Umsetzung und Einhaltung Sorge tragen. Allerdings nehmen sich die Diätassistentinnen Freiräume in der Interpretation dieser Vorgaben, indem sie diese auf Umsetzbarkeit prüfen und ggf. verändern (s.u.).

Für alle Vorgaben von ärztlicher Seite gilt, dass es sich um standardisierte Grenzwerte handelt – Kostverordnungen sind abgestuft energiedefiniert, Diabetes-definiert usw.; Beratungsanlässe werden durch die Überschreitung von Grenzwerten bei Gewicht, Cholesterin, Blutdruck u.a. ausgelöst – und nicht um patientenindividuelle ärztliche Festlegungen, die sich Diätassistentinnen nolens volens zu eigen machen müssten. Standardisierte Vorgaben erleichtern einer Organisation nicht nur die Prozessierung ihrer Klienten, sondern sie mögen darüber hinaus interdisziplinärer Koordination unter hierarchischen Bedingungen potentiellen Konfliktstoff entziehen.

Nicht auf Vorgaben von medizinischer Seite beruhen schließlich die Techniken, die Diätassistentinnen in der Arbeit mit Patienten anwenden. Wissensvermittlung per Vortrag, Kochübungen, Überwachung am Büfett, Beratungen – all das sind keine genuin medizinischen Techniken. Außerdem unterliegen die Diätassistentinnen keiner ärztlichen Kontrolle bei der Ausführung ihrer Tätigkeiten. Vorträge und Schulungen gestalten sie nach ihrem Fachwissen. Über den Verlauf der Einzelberatungen fertigen sie zwar Protokolle an, die u.a. die Themen der Beratung, die Zielsetzung und Einschätzung der Motivation des Patienten zusammenfassen und Bestandteil der Patientenakte werden. Ärzte nutzen diese Dokumente jedoch nicht, um die Arbeit der Diätassistentenz zu kontrollieren oder um in deren Richtung zu intervenieren. Diätassistentinnen übermitteln also Tätigkeitsbelege, auf die sie keine weitere Resonanz erhalten; desgleichen erfahren sie normalerweise nichts von möglicherweise veränderten Messwerten ernährungsrelevanter Risikofaktoren. Das bedeutet, dass die Zurechnung von Veränderungen im Risikofaktorenstatus von Patienten auf die Arbeit der Diätassistentenz im Einzelfall kaum möglich ist – ungeachtet der oben erwähnten Argumentation gegenüber Patienten. Freilich wäre eine solche Zurechnung methodisch auch schwer zu bewerkstelligen. Davon abgesehen zeugt die Einseitigkeit und fehlende Reziprozität im Informationsfluss von der untergeordneten Stellung der Diätassistentenz im interdisziplinären Gefüge. Sie birgt allerdings auch – gerade weil der ärztliche Dienst ihr den Themenbereich weitgehend überlässt – die Option für eine selbständige Ausgestaltung.

So sind Diätassistentinnen insbesondere in Einzelberatungen sowohl anamnestisch/diagnostisch als auch therapeutisch tätig:²²⁵ Kranken- bzw. Ernährungs- und Diätgeschichten und -erfahrungen werden erhoben, desgleichen Gewichtsentwicklungen, Therapieversuche, praktisches Ernährungswissen, häusliche Arbeitsteilung, Tagesabläufe und dergleichen. In diesen Rahmen von Daten versuchen Diätassistentinnen ihre Empfehlungen für eine Veränderung von Konsumgewohnheiten einzufügen. Ihre diagnostische Kompetenz schließt ein, dass eine ärztliche Verordnung ggf. faktisch außer Kraft gesetzt, d.h. „abgehakt“ wird; etwa wenn sich zeigt, dass ein Patient mit Diabetes in Ernährungsfragen bereits umfänglich geschult ist und er glaubhaft machen kann, dieses Wissen auch anwenden zu können. Bei entgegengesetzter Motivations- und Wissenslage kann eine Diätassistentin auch durchaus entscheiden, einen Patienten nicht an der Lehrküche teilnehmen zu lassen, wenn dieser der Maßnahme sehr viel Widerstand entgegenbringt.

²²⁵ In der Wortbedeutung nach Abbott, s. Kap. 5.2.

Etwas verwickelter, nämlich zu Dreieckskonstellationen mit ggf. indirekter Kommunikation, können sich Kostverordnungen auswachsen. Im Blick zu behalten, ob Patienten sich an die ärztlich verordnete Kostform halten, gehört, wie erwähnt, zu den Aufgaben der Diätassistenz. Während die Mittagsmahlzeit der Verordnung entsprechend portioniert serviert wird, sind Frühstück und Abendmahlzeit als Büfett organisiert. Die pädagogische Absicht dabei ist, Patienten üben zu lassen, sich aus einem reichhaltigen Angebot das für sie Geeignete auszuwählen (bzw. das, was die Verordnung des Stationsarztes als geeignet impliziert).²²⁶ Für diese Form der Mahlzeitenorganisation hatten Kostenträger seinerzeit die Präsenz einer Diätassistentin zur Bedingung gemacht. Deren Haltung zu dieser Aufgabe und ihrer Handhabung ist unterschiedlich.

In Klinik B sind die Diätassistentinnen der Auffassung, dass von den beiden Aspekten ihrer Präsenz am Büfett – Kontrolle oder Beratung bzw. Hilfestellung – vom Chefarzt die aktive Ausübung ersterer „ganz gerne gesehen“ werden würde. Sie selbst interpretieren die Aufgabe jedoch so, dass „der Kontrollaspekt nicht so im Vordergrund steht“. Beide heben an ihrer Präsenz vielmehr die Offerte an Patienten hervor, Fragen stellen zu können. Gleichwohl kontrollieren sie; nur liegt für sie die Schwelle zum Einschreiten höher als exakt bei der durch die Verordnung definierten Grenze. Sie geben an, Patienten erst dann anzusprechen, wenn sie massive Übertretungen beobachten, einen Patienten mit verordneter 1000-Kcal-Kost etwa, der „sich jeden Abend und jeden Morgen seinen Teller pickepackevoll packt“. Bei der Ansprache seien sie bemüht, eine Bloßstellung zu vermeiden, und kleideten sie in das Angebot einer Beratung. Gebe ein Patient an, mit der verordneten Kostform nicht zurechtzukommen, forderten sie ihn auf, sich vom Stationsarzt mehr Kalorien verordnen zu lassen. Gänzlich überlassen sie diese Verhandlung dem Patienten nicht, sondern setzen sich zugleich mit der Station in Verbindung, denn: „Es kann immer mal sein, dass der Patient zwar bei mir motzt, aber nicht zum Arzt geht.“

Anders als in Klinik A bietet die ärztliche Verordnungspraxis in Klinik B von vornherein weniger Anlass für massive Übertretungen, denn Kostverordnungen unterhalb von 1500 Kcal sind nicht zuletzt aufgrund des hohen Anteils operierter Patienten relativ selten.²²⁷ Diese sollen „nach der Operation ein bisschen wieder aufbauen ... und nicht gleich bei tausend Kalorien hängenbleiben“. Außerdem sei man generell von „diesen strengen Reduktionskosten“ abgerückt und setze stattdessen auf eine langsame, dafür

²²⁶ Jenseits pädagogischer Intentionen dürfte das Büfett außerdem dazu beitragen, die Einbuße an individueller Autonomie, die zwangsläufig mit jeglicher Form institutionell organisierter Verköstigung einhergeht und auf die „Insassen“ gleich welcher Art empfindlich zu reagieren pflegen (vgl. Mennell et al. 1992: 112-114), etwas abzumildern. Für diese Wirkung institutioneller Arrangements und professioneller Regelanwendung gibt es auf Seiten der Health Professionals – die Psychologen ausgenommen – ein nur gering entwickeltes Bewusstsein. Die keineswegs seltene „Meckerei“ von Patienten über das Klinikessen wird von professioneller Seite anders interpretiert: als Stellvertreterklage für eine generell schwierige Lebensphase oder Autoritätskonflikte mit dem behandelnden Arzt, als Aufbegehren gegen die Übernahme von Verantwortung für die eigene Ernährung, als Zeichen noch nicht geglückter Krankheitsbewältigung u.ä. – stets also als ihrem manifesten Gehalt nach irrelevante Klage. Tatsächlich wird Compliance unter Klinikbedingungen für „nun wirklich sehr einfach“ gehalten, weil Patienten „praktisch alles vorgesetzt bekommen“ (BAD1/348-349). Eine andere Diätassistentin wundert sich über die Verve der Patientenklagen, obwohl die Klinik doch „qualitativ sehr hochwertige Lebensmittel“ einsetze, besser jedenfalls, denke sie, als sie in etlichen Patientenhaushalten verzehrt würden (B3/1006-1009).

²²⁷ Seinerzeit waren es von den mehr als 200 Patienten elf, denen weniger als 1500 Kcal verordnet waren.

aber „sinnvolle“ Gewichtsreduktion – eine Strategie, über die augenscheinlich Einvernehmen zwischen den Diätassistentinnen und dem Ärztlichen Dienst herrscht. Keine von ihnen deutete jedenfalls an, dass sie die Sinnhaftigkeit ärztlicher Kostverordnungen gelegentlich bezweifelte.

In Klinik A stellt die Diätassistentin mit der Bemerkung, dass sie an der ärztlichen Kostverordnung „nichts dran zu rütteln“ habe, die grundsätzliche Aufgaben- und Hierarchieverteilung klar. Sie akzeptiert an der aus der Büfettorganisation resultierenden Aufgabe auch den Kontrollaspekt als sinnvoll und sagt, sie schreite unter Einräumung eines gewissen „Toleranzbereichs“ ein – von dem Patienten im Übrigen auch Kenntnis haben²²⁸ – indem sie Kontrolle mit dem Angebot der Unterstützung zu verbinden weiß:

„Also, die obere Kontrolle ist schon da, es ist zwar ein Toleranzbereich, aber irgendwann... Ich denke, das ist auch in Ordnung, dafür sind wir auch noch eine Klinik. Sonst wären sie ja gleich ganz zu Hause. Wir sind ja auch dafür da. Vielleicht fällt es manchem gar nicht auf, oder er hat es aus Trotz gemacht, weil der Doktor z.B. gar nicht die Kostform mit ihm abgesprochen hat. Solche Leute gibt es auch, kann man dann aber im kurzen Gespräch klären. (...) ‚Mir ist aufgefallen, dass Sie immer ein bisschen mehr genommen haben. Kommen Sie so damit nicht zurecht? Können Sie denn woanders einsparen?‘ Ich denke, auf dem Weg untergrabe ich meine Autorität auch nicht, auch wenn ich es manchmal an den Arzt abgebe. Oder zusätzlich noch abgebe.“ (ADA2/692-697, 713-717)

Verbleibt ihr also ein nur geringer Spielraum bei der Verordnungsausführung, die außerdem beinhaltet, u.U. ärztliche Versäumnisse (die Absprache der Verordnung) auszugleichen? Ihre weitere Schilderung lässt darauf schließen, dass sie ihrem Aufgabenverständnis eine recht weitgehende Diagnosetätigkeit (wiederum im Sinne von Abbott) zugrunde legt, von deren Ergebnis sie ihre weitere Reaktion abhängig macht. So *diagnostiziert* sie, ob in Bezug auf die ärztlich verordnete Kostform eine Übertretung vorliegt oder nicht, und zieht dabei ggf. einen patientenseitig kreativen Umgang mit der Verordnung ins Kalkül:

Die Diätassistentin berichtet von einem Patienten, der bei verordneten 1000 Kcal zum Frühstück anstatt des vorgesehenen einen immer zwei Brötchen nahm, und die habe er auch „gut belegt“. Er „hat aber zum Abendessen nur noch eine Scheibe Knäckebrot gegessen und Salat, ohne Belag. Und mittags die Portion so, wie sie ihm zustand. Das wäre auf der einen Seite eine Übertretung, auf der anderen Seite eine Untertretung. Normalerweise hätte ich da was sagen müssen. Dann habe ich den Patienten auch angesprochen: ‚Hören Sie mal, guter Mann, so und so ist das

²²⁸ Wie wohl? Natürlich, indem sie ihn testen (Protokollauszug): Mehrere Patienten unterhalten sich; ihr Gespräch dreht sich um das Thema „Verhaltenskontrolle durch eine Klinik“. Am Beispiel einer Klinik für Suchtkranke diskutieren die Männer das Ausmaß und die Effektivität von Kontrollen: Zum einen wird deutlich, wie scharf Kontrollen sein können, zum anderen aber bezweifeln sie, ob sich durch strenge Regeln diejenigen abhalten ließen, die sie umgehen wollten. Hier in der Klinik, so die allgemeine Einschätzung, sei die Kontrolle nicht sehr streng. So würden „auf Diät gesetzte“ Patienten nicht daran gehindert, sich mehr zu nehmen, als die Kostform vorsehe. Ein Patient meint, eine Übertretung werde aber wohl nur innerhalb gewisser Grenzen toleriert. Wenn sich jemand das Drei- oder Fünffache aufhäufe, würde der sicher zur Rede gestellt. Die anderen stimmen zu (A7/328-336). – Interessant, die Maßlosigkeit der avisierten Übertretung, wie ja die Bedeutung von Übertretungen überhaupt bemerkenswert ist. Sie sind ein Phänomen, das die einsetzende „Infantilisierung“ von Erwachsenen kennzeichnet, die als Patienten/Klienten stationär versorgt (!) werden. Sie können außerdem als ein Versuch interpretiert werden, die eigene Autonomie zu wahren (s.o.).

aber.' Dann sagte er, ‚Ja, ich weiß das, aber ich bin in der Lage das selber so einzuteilen, dass ich trotzdem nicht über tausend Kalorien komme.' Der Mensch hatte auch in drei Wochen sechs Kilo abgenommen, also der Erfolg war durchaus zu sehen, und er ist damit wunderbar klargekommen. Da habe ich z.B. nichts [dem Stationsarzt] gesagt.“ (ADA2/648-658)

Sie resümiert ihren diagnostischen Anteil im Übertretungsfall: „Da muss man natürlich auch die Leute angucken. (...) Man muss das schon ein bisschen individuell regeln.“ Ihre Diagnostizitätigkeit kann darüber hinaus ein Urteil einschließen, ob eine ärztliche Verordnung in ausreichendem Maße die Compliancefähigkeit eines Patienten berücksichtigt und sie jene unter diesem Aspekt für sinnvoll erachtet oder nicht: „Ich denke immer, wenn Patienten schon selber sagen, ‚Das will ich nicht, kann ich nicht, mag ich nicht', dann hat es gar keinen Zweck, ihm etwas vorzuschreiben.“ Die Angemessenheit der ärztlichen Verordnung im Hinblick auf die Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit eines Patienten zieht sie also in Betracht, nicht aber die medizinische Angemessenheit. Je nachdem, wie ihr Urteil ausfällt, versucht sie, eine Änderung der Verordnung zu erwirken; entweder indirekt, indem sie den Patienten zur Verhandlung mit dem Stationsarzt auffordert, oder indem sie direkt mit dem Stationsarzt verhandelt. Letzteres nicht immer mit Erfolg, wie die folgende Begebenheit zeigt:

„Dann haben wir einen Patienten hier, der ist zum vierten oder fünften Mal da gewesen. Da wusste ich von vornherein, dass das nicht klappen kann mit der 800-Kalorien-Kost und habe ihn noch mal darauf hingewiesen, er solle es doch versuchen. Dann meinte er, ob ich nicht mit der Ärztin sprechen könnte, dass es etwas hochgesetzt wird. Also, 800 Kalorien ist wirklich ein halbes Brötchen morgens, und wer lässt schon ein halbes Brötchen liegen? Auf der anderen Seite mochte er auch kein Knäckebrot, und eine halbe Scheibe Brot war ihm auch zu wenig. Das ist natürlich schwer. Dann habe ich natürlich mit dem Stationsarzt gesprochen, ob es nicht günstiger wäre, etwas hoch zu gehen, dafür dann aber den langfristigen Erfolg zu sichern. Dann sagte der Doktor mir nur, ‚Er ist jetzt zum fünften Mal hier und wird jedes Mal dicker! 800 Kalorien, nicht mehr und nicht weniger.' Da hätte ich mich hinterher auf die Lippe beißen können. Ich wusste die Antwort. (...) In diesem Fall habe ich ihn [den Patienten] dann auch gewähren lassen nachher. Ich habe ihm mein Ergebnis mitgeteilt, was der Doktor gesagt hat, und er sagte, ‚Ja, das habe ich mir schon fast gedacht.' Und ich sagte, ‚Was machen Sie jetzt?' – ‚Ja, ich versuche es, aber versprechen kann ich es nicht.' – Ja, dann musste ich ihn gehen lassen. Das war mehr, als ich erwarten konnte: ‚Ich versuche es.'“ (ADA2/658-679)

Die Meldung der Noncompliance an den Stationsarzt kann also fallweise in recht verschiedenen Intentionen der Diätassistentin gründen, und was sie jeweils beabsichtigt, ist Ergebnis ihrer diagnostischen Tätigkeit: Ob sie den Einsatz der ärztlichen Autorität (Arbeitsteilung auch hier!) für erforderlich und erfolgversprechend hält, um die Compliance eines Patienten zu erhöhen; oder ob sie die Kostverordnung als unangemessen erachtet und eine Neuverhandlung erreichen möchte. Scheitert diese, wie in dem geschilderten Fall, kann es passieren, dass die ärztliche Verordnung zwar nicht offiziell, so doch faktisch durch ein Bündnis zwischen Diätassistentin und Patient außer Kraft gesetzt wird.

10.1.3 Diskussion

Versuchen wir abzuschätzen, wie sich die arbeitsteilige Struktur zwischen Ärztlichem Dienst und Diätassistentenz unter die in Kapitel 5 diskutierten Theoreme der Professionsforschung subsumieren lässt: In welchem Ausmaß, welcher Hinsicht dominiert die Medizin das Feld? Inwiefern gelingt es der Diätassistentenz, ihren Arbeitsbereich jurisdiktional zu beherrschen? Welcher Strukturtyp des Tausches ist zu erkennen? Und schließlich: Was könnte das alles bedeuten im Hinblick auf die Umsetzung des Risikofaktorenkonzepts?

Um kurz zu rekapitulieren: *Freidsons* Dominanzkriterien in reformulierter Fassung beinhalten, (1a) dass das Fachwissen aus der Medizin stammt, (1b) oder es von ihr ausgewählt werde; (2) dass der Grad funktionaler In- bzw. Interdependenz einer paramedizinischen Tätigkeit mit ärztlichen Aufgaben über das Dominanzverhältnis Auskunft gibt; (3a) dass Paramediziner aufgrund ärztlichen Ersuchens oder (3b) ärztlicher Verordnung tätig werden – wobei Letzteres ein größeres Gefälle in der Hierarchie beinhaltet als die erste Variante; und schließlich (4) die Arbeit von Paramedizinerinnen ärztlich überwacht werde. Für *Abbott* indes ist die entscheidende Frage, inwieweit eine Berufsgruppe ihr Tätigkeitsfeld jurisdiktional beherrscht, d.h. unter Zugrundelegung berufseigener Kriterien Diagnosestellung, Schlussfolgerung und Behandlung erfolgen. Für die Tauschperspektive von *Cook et al.* hingegen ist maßgeblich, wie der Zugang zu Klienten geregelt ist, wie eine nichtärztliche Berufsgruppe zu ihrer Tätigkeit veranlasst wird und ob eine Aufgabe Bestandteil einer anderen ist oder einen eigenständigen Beitrag darstellt.

Dominanzperspektive

Das Fachwissen, von dem die Diätassistentinnen in ihrer Arbeit Gebrauch machen, stammt zum Teil aus der Medizin; sie liefert sozusagen das krankheitsbezogene Anlass- bzw. Begründungswissen (warum z.B. eine erhöhte Cholesterinzufuhr für KHK-Patienten schädlich sein könnte, warum ein Diabetes behandelt werden sollte usw.). Die Zuwahl der Expertise von Diätassistentinnen geschieht unter der Prämisse, dass sie etwas zur Korrektur von Risikofaktoren beizutragen haben. Und diesen Auftrag nimmt die Diätassistentenz an und ernst. Des Weiteren folgt die Struktur der Arbeitsteilung der Logik des Risikofaktorenkonzepts: im Themenzuschnitt, in den Zuweisungskriterien, bei der klinikerinternen Anwendung der Ernährungsprinzipien.

Dennoch ist das Risikofaktorenkonzept nicht das den Tätigkeitsbereich der Diätassistentenz allein bestimmende. Von größerer Bedeutung in der praktischen Arbeit dürften vielmehr ernährungswissenschaftliche Grundlagen sein, die zwar auch mit der Medizin verbunden sind, nicht jedoch in dieser aufgehen. Ohne unmittelbar medizinischen Bezug und auch nicht medizinischerseits ausgewählt sind die weiteren konzeptuellen Orientierungen der Diätassistentenz wie der Mäßigkeitsdiskurs oder das Bestreben um die Einbeziehung soziokultureller Faktoren von Ernährung. Beide zeichnen sich – im Gegensatz zum Risikofaktorenkonzept – durch einen (krankheits- bzw. risikofaktoren-)unspezifischen Ansatz der Ernährung aus. In dieser Perspektive kann Ernährung nicht zu einer Funktion medizinischer Therapie geraten. Das gesamte praktische Umsetzungswissen schließlich (Lebensmittelauswahl, Techniken und Arten der Zubereitung etc.) bleibt zwar in seinem Fluchtpunkt medizinisch begründet, ist ansonsten aber genuines Berufswissen der Diätassistentenz.

Es gelingt der Diätassistentenz allerdings nicht, eine konzeptuelle Klärung herbeizuführen, weder intern – in welchem Verhältnis sollen risikofaktorbezogener Ansatz und Mäßigkeitsgebot stehen? Ließe sich der „Diätgedanke“ konsequent vermeiden? – noch in Einflussnahme auf den Ärztlichen Dienst. Zwar erweisen sich einzelne Ärzte in Klinik B als kooperationsbereit und offen für konzeptuelle Anregungen der Diätassistentenz. Es gibt jedoch keine Anzeichen dafür, dass Diätassistentinnen neben der organisatorischen und ausführenden auch die konzeptuelle Verantwortung für den gesamten Ernährungsbereich obliegt, in Klinik A so wenig wie in Klinik B. Sie ergänzen das, was Ärzte in dieser Hinsicht tun oder unterlassen, und beeinflussen diese nur in bescheidenem Umfang.

Entgegen ihrer Berufsbezeichnung kann dennoch kaum die Rede davon sein, dass Diätassistentinnen eine Ärzten assistierende Tätigkeit im eigentlichen Sinne ausführen. Sie sind in der Ausübung ihrer Aufgaben in weiten Teilen funktional independent von ärztlichen Tätigkeiten, weil sie Beratungen, Schulungen, Vorträge etc. zeitlich und räumlich unabhängig von diesen ausüben. Freilich geht allem, was sie tun, zeitlich eine ärztliche Verordnung voraus. Lediglich in der Überwachungsfunktion am Büfett kann man jedoch eine assistierende Tätigkeit sehen, weil es gilt, auf die Einhaltung einer ärztlichen Verordnung hinzuwirken. Doch gerade hier – so wurde gezeigt – sind Diätassistentinnen so frei, genau diese Aufgabe nach ihrem Gutdünken auszuführen, was u.U. sogar zu einer faktischen Außerkraftsetzung der ärztlichen Verordnung führen kann. Für eine überwiegende funktionale Unabhängigkeit von ärztlichen Aufgaben spricht im Weiteren, dass sowohl Vorträge als auch Einzelberatungen und Kochkurse sinnhaft und räumlich-zeitlich sozusagen vollständige Veranstaltungen sind: Sie haben ein Thema, ein benennbares Ziel, ein Anfang und ein Ende. Und ob eine Veranstaltung ge- oder misslungen ist, darüber urteilen Diätassistentinnen selbst.

Obwohl der Inanspruchnahme von Leistungen der Diätassistentenz durch Patienten nicht exklusiv und zwangsläufig eine ärztliche Verordnung vorausgehen muss, ist dies eben doch der übliche und häufigste Ablauf. Ärzte veranlassen also qua Verordnung das Tätigwerden der Diätassistentinnen. Dieser im Prinzip hierarchiegestaltete Vorgang wird dadurch abgeschwächt, dass die Verordnung selten mehr als einen Anlass oder ein Thema definiert, jedenfalls keine weiteren inhaltlichen oder patientenindividuellen Vorgaben enthält. Es sei zudem in Erinnerung gerufen, dass das *individuelle* ärztliche Ermessen, ob eine Verordnung erfolgen soll oder nicht, in Klinik B durch einen schriftlich fixierten Überweisungskodex eingeschränkt ist; auch das ein *Procedere*, welches der Ausbildung ärztlicher Idiosynkrasien vorbeugt (wie der Kontrast zu Klinik A verdeutlicht, vgl. Kap. 8.2), die Transparenz erhöht und somit zur Domänensicherung *für die Diätassistentenz* beiträgt. Würde überhaupt erwogen werden, auf die ärztliche Verordnung zu verzichten, könnte die Diätassistentenz selbst allenfalls in höchst eingeschränkter und unpräziser Form – dem Augenmaß – Klienten nach *medizinischen* Kriterien selektieren. Ebenso wenig zur Debatte steht, ausschließlich auf die Selbstselektion von Patienten zu setzen oder medizinische Kriterien wenn nicht zu ersetzen, dann zu flankieren mit Wissensstandkriterien, die exklusiv von der Diätassistentenz zu beurteilen wären.

Bleibt das Kriterium der Überwachung: Wird die Arbeit der Diätassistentinnen ärztlich überwacht? Nein, jedenfalls nicht auf eine direkte Weise. Kein Arzt ist anwesend, wenn die Diätassistentinnen ihre Arbeit ausführen. Ihre Berichterstattung an den Stationsarzt beschränkt sich auf Kurzprotokolle der Einzelberatungen und besondere Vorkommnisse

im (Ernährungs-)Verhalten eines Patienten. Hierbei steht jedoch weniger die Diätassistentin unter Beobachtung als vielmehr der betreffende Patient. In vielerlei Hinsicht kann die Diätassistenz ihren Arbeitsbereich eigenständig gestalten. Überdies sind Zweifel angebracht, ob auf ärztlicher Seite ein Überwachungsanliegen überhaupt vorliegt. Es geht dem Ärztlichen Dienst doch schließlich um Delegation, darum also, mit einem Aufgabebereich möglichst wenig befasst zu sein.

Man könnte allenfalls von einer indirekten Form der Überwachung sprechen, deren Vorhandensein sich erst durch ein Gedankenexperiment erschließt. Im Normalfall inaktiv, würde sie vermutlich dann aktiviert, sollte das, was die Diätassistenz Patienten beibringt, gravierend von dem abweichen, was sich laut Risikofaktorenkonzept an Behandlungserfordernissen ergibt: Wenn etwa andere Grenzwerte für Cholesterin verkündet oder diese für gänzlich überflüssig erklärt würden, wenn es in den Augen der Diätassistenz kein Übergewicht gäbe, wenn die Reduzierung der Kochsalzeinnahme zwecks Blutdrucksenkung für unnötig gehalten würde. Dann hätte man ein Problem, das voraussichtlich nicht auf dem Weg der Diskussion bearbeitet werden würde, sondern mittels Weisung. Aber dieses Szenario ist konstruiert, und dass es eintritt, unwahrscheinlich.

Konkurrenzperspektive

Wie sieht es – in der Perspektive von Abbott – mit der jurisdiktionalen Beherrschung aus? Sind Diagnose, Schlussfolgerung und Behandlung maßgebliche Elemente im Aufgabenfeld der Diätassistenz? Wie wir gesehen hatten, kann sich die Diagnosestellung nicht auf den medizinischen Anlass beziehen, über den sich der Klientenkreis der Diätassistenz konstituiert; das ist ärztliches Geschäft, welches von den Diätassistentinnen nur in geringem Umfang durch eine eigene Bedarfsdiagnose ergänzt wird, die sich dann aber nicht auf ein genuin erhobenes medizinisches Kriterium stützen kann. Die Diagnostik der Diätassistenz findet stets auf der Ebene des Verhaltens von Patienten bzw. von deren Verhaltensbeschreibung statt: Ernährungspraktiken, Verhalten bei den Klinikmahlzeiten, Wissenstand, Motivation. Ihr Geschäft ist es, Verhalten und medizinische Kriterien auf Abweichung hin abzuklopfen und nach Maßgabe medizinischer Kriterien Verhalten zu beeinflussen. Überall dort, wo Diätassistentinnen diagnostisch tätig sind, ziehen sie auch Schlussfolgerungen daraus, an die sich irgendeine Form der (Be-)Handlung anschließt. Beide können u.U. taktisch ausfallen, dann nämlich, wenn das Hierarchiegefälle zwischen Ärztlichem Dienst und Diätassistenz mitbedacht wird. So ist kaum denkbar, dass eine für falsch oder ungünstig gehaltene ärztliche Verordnung direkter Kritik seitens der Diätassistenz unterzogen werden kann. Allenfalls ist denkbar, dass für Missbilligung die Form der Frage (Anfrage, Nachfrage) oder des Vorschlags gewählt wird. Möglich ist es auch, so wurde gezeigt, ärztliche Verordnungen zu unterlaufen. Das alles sind Varianten indirekter Kommunikation, auf die Statusunterlegene oftmals dann zurückgreifen, wenn sie etwas erreichen wollen, ohne damit das Autoritätsgefälle in einer Beziehung zu missachten. Subordination pro forma. Bisweilen nutzen Diätassistentinnen das Autoritätsgefälle gar für ein arbeitsteiliges Vorgehen: Wenn es ihrer Ansicht nach einer autoritätsgestützten Intervention zur Korrektur von aktuell unerwünschtem Patientenverhalten bedarf, dann delegieren sie diese Aufgabe an den Ärztlichen Dienst.

Jurisdiktional bestimmt also die Diätassistenz zwar weite Teile ihres Tätigkeitsfeldes, beherrscht es aber nicht zur Gänze. Ihre Grenzen findet die Jurisdiktion dort, wo zum einen der grundsätzliche Aufgabenzuschnitt berührt ist (medizinische Diagnosestellung z.B.).

Zum anderen handeln Diätassistentinnen aber offenbar auch unter der Maßgabe, ärztliche Autorität nicht zu beschädigen. Zwar setzen sie diese taktisch mitunter für ihre Zwecke ein; doch impliziert sie u.U., die eigene fachliche Expertise hintan stellen zu müssen – ein Vorgang, der professionellem Selbstbewusstsein nicht zuträglich ist.

Tauschperspektive

Welchem der von Cook et al. entwickelten Strukturtypen des Tauschs (s. Kap. 5.3) entspricht das dargestellte Verhältnis zwischen Diätassistenten und Ärztlichem Dienst? Und: was wird eigentlich getauscht? Klienten sind nicht das Tauschobjekt, und auch der Austausch von Information kennzeichnet nicht die Beziehung zwischen beiden Berufsgruppen. Zur Disposition stehen vielmehr Tätigkeitsbereiche und Zeit: Indem der ärztliche Dienst den größten Teil der mit dem Themenfeld Ernährung zusammenhängenden Aufgaben an die Diätassistenten delegiert, gibt er auch die unmittelbare Kontrolle über die Durchführung ab, gewinnt hingegen Zeit für das, was als medizinische Kerntätigkeit angesehen wird. Die Diätassistenten wiederum erwirbt einen Aufgabenbereich und gestaltet ihn aus, übernimmt damit allerdings auch die medizinische Konzeptualisierung und begibt sich in ein hierarchisches (Über-)Weisungsverhältnis. Von dem als funktionale Differenzierung beschriebenen Strukturtyp unterscheidet sich die von Cook et al. als sequentieller Tausch bezeichnete Situation durch den nicht eigenständigen Zugang der Diätassistenten zu Klienten. Diesen kontrolliert im Wesentlichen der ärztliche Dienst; das kann weitgehend friktionslos geschehen (wie für Klinik B beschrieben, s. Kap. 8.2), kann aber auch zu für die Diätassistenten intransparenten und als ärztliche Eigenmächtigkeiten empfundenen Überweisungsentscheidungen führen, wie dies für Klinik A anklagend. Dadurch tritt der ärztliche Dienst in Klinik A aus Sicht der Diätassistenten stärker in die Position des Gatekeepers ein, obwohl seine Funktion in Klinik B keine andere ist. Hervorzuheben ist am Typus des sequentiellen Tauschs die grundsätzliche Verschiedenartigkeit der Aufgaben beider Berufsgruppen. Eine wechselseitige Vertretung ist daher nicht möglich. Das bedeutet, dass nicht allein die Diätassistenten abhängig ist vom Ärztlichen Dienst (im Zugang zu Klienten), sondern dieser auch von ihr, weil Diätassistentinnen zum größten Teil Aufgaben ausführen, die der ärztliche Dienst nicht zu übernehmen in der Lage wäre. Es ist allerdings nicht zu erkennen, dass die Diätassistenten aus dieser Position relativer Stärke heraus Kapital zu schlagen weiß.

Von den in dieser Arbeit berücksichtigten Berufsgruppen stellt die Diätassistenten ohne Zweifel die strukturell schwächste dar: Eine dreijährige, nichtakademische,²²⁹ nahezu ausschließlich von Frauen gewählte Ausbildung nach einem Berufsbild, das bereits auf die Assistenz zur Medizin festgelegt ist und überdies an traditionell weibliche Rollenelemente (die Kontrolle und Zubereitung der häuslichen, familiären Ernährung) anknüpft. Dennoch konnte gezeigt werden, dass selbst unter diesen eher ungünstigen Voraussetzungen nicht alle der Dominanzkriterien Freidsons zutreffen. Die Diätassistentinnen greifen auch auf Konzepte für ihre Arbeit zurück, die nicht der Medizin entstammen; sie unterliegen nur indirekt einer ärztlichen Überwachung. Weite Bereiche ihres Aufgabenfeldes gestalten sie gemäß ihrem Berufswissen. Es kann vorkommen, dass ärztliche Verordnungen faktisch außer Vollzug gesetzt werden. Insofern ist mit Abbott zu konstatieren,

²²⁹ Erst seit wenigen Jahren bestehen akademische Weiterbildungsoptionen für die Bereiche Gesundheitspädagogik und Diätetik (vgl.: <http://www.vdd.de/ausbildung-weiterbildung/akademische-weiterbildungsoptionen/> [Abruf 18.04.2014]).

dass Diätassistentinnen ihren Arbeitsbereich zwar nicht zur Gänze jurisdiktionale beherrschen, aber doch in erheblichem Umfang. Überhaupt erscheint der von Freidson insinuierte Dominanzwille der ärztlichen Profession über nichtärztliche Berufsgruppen doch eher fraglich: Bestimmte Aufgaben delegieren zu können, stellt sich aus ärztlicher Perspektive entschieden als Erleichterung dar, das Kontrollansinnen ist weniger auf die Diätassistenten und ihre Arbeit gerichtet als vielmehr auf die „Führung“ von Patienten. Diese Konstellation bedenkend, erweist sich die Tauschmetapher von Cook et al. als erhellend.

Bleibt abschließend die Frage zu erörtern, ob sich die Ausführung des Risikofaktorenkonzepts durch die Arbeit der Diätassistentinnen verändert, ob deren Konzeptualisierung von Ernährung dem sogar widerspricht. Letzteres ist kaum anzunehmen, weil die Diätassistenten selbst nicht mit konfrontierender Klarheit das eine gegen das andere Konzept vertritt, sondern vielmehr auf beide zurückgreift. Es wird einerseits das auf Mäßigkeit abstellende „gesunde Essen und Trinken“ propagiert, andererseits orientieren sich Diätassistentinnen regelmäßig auch an Ernährungsprinzipien, die sich aus dem Risikofaktorenkonzept ableiten. Was sie *nicht* unterstützen und wogegen sie sich wenden ist eine Instrumentalisierung von Ernährung im Dienste des Risikofaktorenkonzepts. Nicht, weil sie dessen Ansatz für falsch hielten, sondern weil sie die Aussichten auf eine erfolgreiche Umsetzung negativ beurteilen. Mit ihrer sowohl pragmatischen als auch kenntnisreichen Umsetzungsarbeit schleifen sie die Prinzipien des Risikofaktorenkonzepts ein: Nichts wird so heiß gegessen, wie es gekocht wird.

10.2 Bewegungstherapie: „Dem Herzen die Arbeit erleichtern“ – Sport mit „angezogener Handbremse“

Die Bewegungs- bzw. Sporttherapie²³⁰ ist diejenige Berufsgruppe, mit der Patienten am meisten Zeit verbringen. In der Regel nahezu täglich haben Patienten Trainingseinheiten zu absolvieren, als Fahrradergometertraining (FET) und als Gruppengymnastik (GG), ggf. ergänzt durch weitere Angebote wie Terraintraining, Fahrradfahren, Joggen oder Schwimmen (vgl. Kapitel 8.1.1). Die Zuweisung zu diesen Modulen erfolgt ärztlicherseits nach dem Kriterium körperlicher Belastungsfähigkeit, allenfalls modifiziert durch Bewegungseinschränkungen; die Konstellation von Risikofaktoren ist kein Zuweisungskriterium. Bewegungstherapeuten leiten Patienten umfangreich an hinsichtlich krankheitsangepasstem körperlichem Training, Körperwahrnehmung und -erfahrung und überwachen sie dabei. Der Kern sporttherapeutischer Arbeit zielt auf die (Wieder-)Erlangung und Stärkung körperlicher Leistungsfähigkeit, außerdem auf die Linderung unmittelbarer Krankheits- und Interventionsfolgen, sofern diese nicht (mehr) individuelle physiotherapeutische Behandlungen erfordern. Von vergleichsweise untergeordneter Bedeutung ist die mündliche Unterweisung in Form von Vorträgen.

²³⁰ Beide Bezeichnungen sind in den Kliniken gebräuchlich. Mittlerweile ist auch die Bezeichnung *Medizinische Sporttherapie* (MTT) in Umlauf.

10.2.1 Konzeptuelle Hintergründe: Der „nichtsportliche Sport“²³¹

Bewegungstherapeuten sind Experten des Sports, die in diesem Fach zumeist an Hochschulen ausgebildet worden sind und sich bereits während des Studiums auf Rehabilitationssport spezialisiert haben.²³² Ihr Beruf hat also zwei verschiedene Standbeine: den Sport und die Therapie körperlicher Beeinträchtigungen, die dem Bereich Gesundheit/Krankheit zuzurechnen wäre; gemeinsam ist beiden, dass sie sich in transformierender Absicht mit dem menschlichen Körper beschäftigen. Dem Sport wird auch jenseits dieses speziellen Berufes allenthalben (s)ein Gesundheits- und Gesundheitsversprechen sowohl abgenommen als auch angetragen (Mrazek 1986, 1989; Rittner 1985; Franke & Bisler 1986; Stichweh 1990; Schimank 1995; Schermund 2004; Hambrecht 2004; Schuler 2005; Schlicht 2007; Halle, Schmidt-Trucksäss, Hambrecht & Berg 2008). Ist diese Verbindung, weil sie offenbar geläufig ist, deshalb zugleich komplikationslos? Greifen Sporttherapeuten konzeptuell (auch) auf den Sport zurück, oder sind sie allein therapeutischen Anliegen verpflichtet?

Sport: Ein eigenständiges Funktionssystem

In der Perspektive der System- bzw. Differenzierungstheorie begründet der Sport ein eigenständiges gesellschaftliches Funktionssystem, „das aus allen Handlungen besteht, deren Sinn die Kommunikation körperlicher Leistungsfähigkeit ist“ (Stichweh 1990: 380). Funktionssysteme unterscheiden sich von ihrer Umwelt durch spezifische Operationsweisen, denen ein binärer Code zugrundeliegt; so z.B. „zahlen/nicht zahlen“ (Wirtschaft), „Macht haben/keine Macht haben“ (Politik), „wahr/unwahr“ (Wissenschaft). Die Frage, welcher Code für das Funktionssystem Sport konstitutiv sei, wird unterschiedlich beantwortet: Für Schimank (1988; siehe auch Bette 1999: 36) unterliegt es dem Code „Sieg/Niederlage“;²³³ von Güldenpfennig (2007) stammt der wenig durchdachte Vorschlag, „sportlich/unsportlich“ sei der maßgebliche Code (vgl. Willimczik 2008: 92f.); Stichweh zufolge ist es am Code „leisten/nicht leisten“ ausgerichtet. Dieser Vorschlag hat gegenüber jenem von Schimank den Vorzug, das Funktionssystem nicht auf die Situation des Wettkampfs einzugrenzen, sondern das Moment des kontinuierlichen Vergleichs von Leistungen (der eigenen und der von anderen) hervortreten zu lassen. Diese Eigenschaft komme im englischen *record* zum Ausdruck, das

„die Aufzeichnungsspur [meint], die jede einzelne Leistung im System hinterlässt. Beliebige Quanta solcher „records“ (...) können zu einem Rekord verdichtet werden, der Erwartungen zu bilden erlaubt und die Möglichkeit eröffnet, künftige

²³¹ So der Titel eines Sammelbandes von Dietrich & Heinemann (1989).

²³² Es ist nicht unüblich (wie z.B. in Klinik A), dass auch Physiotherapeuten die o.g. Aufgaben übernehmen. Sie arbeiten dann aber *wie Sporttherapeuten* und sind nicht in ihrem Kerngebiet, der physikalischen Therapie funktioneller Störungen, tätig.

²³³ Vgl. zudem Cachay & Thiel (2000), die die Geltung dieser Codierung allerdings auf den Spitzensport eingrenzen (S. 134ff.). In historisch-soziologischer Analyse, also ohne systemtheoretischen Unterbau, kommt Elias zu dem Schluss, der gewaltlose, zumindest regelkontrollierte, körperliche Wettkampf sei das zentrale Element des Handlungsfeldes Sport, im Prozess der Zivilisation dazu angetan, Gewalt und Erregung zu kanalisieren (Elias & Dunning 2003). Dagegen hebt Gebauer in seiner Analyse der Funktion des (Wettkampf-)Sports gerade dessen mimetische – kontrollierte – Gewalt hervor, ausgeübt, um vom Ausgangspunkt inszenierter Gleichheit im Kampf (und nur dadurch) Differenz herzustellen (Gebauer 1986).

Handlungen einigermaßen präzise als Leistungen oder Nicht-Leistungen zu bestimmen.“ (Stichweh 1990: 384)

Nicht nur bei der Identifizierung des grundlegenden Codes bestehen Differenzen; ob Sport eine autotelische Beschäftigung sei, darüber gehen die Meinungen ebenfalls auseinander (Schimank 1992: 40; Stichweh 1990: 379). Einig ist man sich hingegen, dass Leistungsorientierung *um ihrer selbst willen* den Sport kennzeichnet (z.B. Schimank 1995: 62; Stichweh 1995: 22f.). Leistungen müssen deshalb messbar und vergleichbar sein. Die Bestimmung grundlegender Eigenschaften des Sports führt also gar nicht Topoi von Gesundheit und Krankheit an.

Nicht mit differenzierungs- oder systemtheoretischem Besteck, sondern mit sprachanalytischem Instrumentarium haben Haverkamp & Willimczik (2005) eine Begriffsklärung vorgenommen. Dazu haben sie untersucht, wie kompetente Sprecher den Begriff Sport von verwandten Ausdrücken (hier: Gesundheitspflege, Spiel, Kunst, Arbeit) abgrenzen und welche Bedeutungen sie ihm zuschreiben. Am Sport werden mit Wettkampf, Gesundheitsschädigung/Verletzungsgefahr, Aggressivität sowie Show/Publikum mehrheitlich Merkmale hervorgehoben, die auf eine assoziative Gleichsetzung von Sport mit Leistungssport hinweisen und keinerlei Verbindung zum Feld Gesundheit erkennen lassen. Die Unverbundenheit zeigt sich ferner darin, dass Tätigkeiten wie Joggen, Radfahren und Rückenschule nicht als zum Sport gehörig klassifiziert worden sind. Als nur mäßig bedeutsame Charakteristika von Sport sind Merkmale bewertet worden, die unter den o.g. Code „leisten/nicht leisten“ subsumierbar wären, nämlich körperliche Leistungsfähigkeit, Leistungsdruck, Übung/Training und Anstrengung. Die Ergebnisse der Sprachuntersuchung unterstützen im Übrigen nur bedingt Auffassungen, denen zufolge sich Sport und Spiel ähneln.²³⁴ Verwandtschaft zwischen Sport und Spiel stellen die Befragten hauptsächlich über Zuschreibungen wie Strategie/Taktik und Regelgeltung her, weniger über Merkmale wie Freiwilligkeit, Selbstzweck, Freizeit und Spaß. Das Selbstverständnis derjenigen, die Sport betreiben, weicht davon allerdings teilweise ab; sie beschreiben sportliche Aktivität typischerweise als „Ausgleich zum Alltag“ u.ä. (Mrazek 1986: 89), mit der sie sich „time out-Situationen“ verschaffen (Schimank 1988: 194-196).

Mit den referierten Definitionsangeboten lässt sich kaum die beträchtliche Vielfalt des Sports fassen, die seine *Binnendifferenzierung* in den letzten Jahrzehnten hervorgebracht hat. Willimczik (2007) identifiziert sechs Sportmodelle: Neben dem professionellen Hochleistungssport und dem traditionellen Sport sind dies sportnahe Hobbys, Präsentationssport, Erlebnissport sowie Gesundheitssport. Auch ältere Systematisierungen berücksichtigen diese Entwicklungen, insbesondere im Hinblick auf „Freizeitsport“ und „instrumentellen“, d.h. vornehmlich auf gesundheitliche Belange ausgerichteten Sport (Digel 1984: 61). Mit der Ausdifferenzierung einher ging nicht nur ein erheblicher Anstieg der Zahl Sporttreibender, sondern deren soziale Heterogenität nahm ebenfalls zu und mit ihr die Heterogenität sportbezogener Motive (Schimank 1992: 33f.).

In den Reihen des organisierten Sports und der Sportwissenschaft steht man diesen Entwicklungen durchaus zwiespältig gegenüber. Zwar gelten Prozesse der Inklusion per se als positiv, weil mit dem Wachstum auch die gesellschaftliche Bedeutung eines Funktionssystems zunimmt (Schimank 1992: 33). Für den Sport gilt außerdem, dass sich mit

²³⁴ Siehe dazu Hitzler (1991), Stichweh (1995), Schimank (1988; 1995), Mrazek (1986).

dem erweiterten Kreis aktiver Teilnehmer der Inklusionsprozess in Leistungsrollen vollzieht und sich nicht auf Publikumsrollen beschränkt – was ebenfalls als Positivum gewertet wird (vgl. Rittner 1985: 137f.), zugleich das Wachstum für die Verbandsseite allerdings unbeherrschbarer macht (Schimank 1992: 40f.). Zudem ist ein Funktionssystem keine geschlossene Veranstaltung; vielmehr muss es darauf bedacht sein, anderen Teilsystemen Anschlussoptionen zu offerieren und Leistungen für diese zu erbringen. Für den Sport bedeutsam sind seit langem das Erziehungssystem, das Militär, die Politik, die Wirtschaft und – in steigendem Maße – das Gesundheitssystem (Cachay & Thiel 2000: 60-112; Schimank 1988: 198-205).²³⁵ Die Abnahme von Leistungen des einen Systems durch ein anderes – Phänomen der Funktionalisierung also – stellt sich für das abgebende System indes nicht nur als Bedeutungssteigerung dar, sondern u.U. als drohender Autonomieverlust. Diese Befürchtung ist jedenfalls von Sportfunktionären anhaltend artikuliert worden und auch aus den Reihen der Sportwissenschaft zu hören, und zwar ausdrücklich auf die Funktionalisierung des Sports durch das Gesundheitssystem bezogen. Nicht nur untergrabe sie die „Bedeutung der Nutzlosigkeit“ (Digel 1995); auch erodiere mit dem „Gesundheitssport“ als „nichtsportlichem Sport“ der sportliche Kern, weil gerade diese Variante auf die ihn konstituierenden Elemente verzichte: nämlich Leistung und deren Messung, Selbstüberbietung, Wettkampf, Disziplin (vgl. Willimczik 2007: 19f.; Güldenpfennig 2000: 187-207).²³⁶ Allerdings ist aus diesem Unbehagen gesundheitssystemischen Begehrlichkeiten gegenüber keine anhaltende Abwehr oder gar Verweigerung erwachsen. Beides wäre auch kaum zu erwarten, denn der Sport selbst wirbt für sich seit langem damit, dass Aktiven die Aussicht auf gesundheitlichen Gewinn winke; mit der Opferung seines „ehrwürdigen Gesundheits-Topos“ (Rittner 1985: 138) durch den Sport ist deshalb nicht zu rechnen. Die Ambivalenz, die die Verbindung zwischen Sport und Gesundheit in seinen Reihen hervorruft, dürfte deshalb fort dauern.

²³⁵ Nun hat auch die Religionsausübung den Sport entdeckt, jedenfalls in den USA, wo Gottesdienstbesucher zu „bewegten Gebeten“ eingeladen werden. Angeleitet durch eine Vorturnerin wird mit aerobic-artiger Gymnastik zugleich Gott gehuldigt und der eigene Körper als quasi Huldigungsinstrument trainiert. Eine Teilnehmerin bekannte schnaufend, ohne göttliche Unterstützung wäre der sportive Teil des Gottesdienstes für sie gar nicht durchzuhalten (DLF, Beitrag am 14.08.2008 in der Reihe „Tag für Tag. Aus Religion und Gesellschaft“).

²³⁶ Dabei geht es offenbar keineswegs nur um begriffliche Petitessen und ähnliche Spitzfindigkeiten, sondern es wird gewissermaßen mit harten Bandagen gekämpft und Terrain verteidigt. Das jedenfalls legen einige Formulierungen nahe, etwa wenn von der Überwucherung des sportlichen Prinzips durch die „Zumutungen eines Rehabilitationssports“ die Rede ist (Güldenpfennig 2000: 195) oder das Fazit zum „Gesundheitssport“ lautet, dass er „ein der engeren Sinnstruktur des Sports so fernstehendes Handlungsmuster [ist] und der Begriff selbst daher eine in sich so widerspruchsvolle Wortkombination, dass er weder zum Familien- noch zum Nachbarschaftskreis gerechnet und allenfalls als Feld einer „Entwicklungshilfe aus dem Sport heraus“ verstanden werden kann“ (ebd.: 207).

Zur Instrumentalisierung des Sports durch die Medizin²³⁷

Auf Seiten des Gesundheitssystems und der Medizin sind solche territorialen Vorbehalte nicht ansatzweise zu erkennen, ganz im Gegenteil ist die Haltung diejenige von pragmatischen Nutzern bzw. Nutznießern (vgl. Halle et al. 2008). Und auch Experten auf Seiten des Sports – Sportpädagogen und Sporttherapeuten z.B. – bieten ihre Expertise ohne jegliche Vorbehalte dem Medizinsystem an (vgl. Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V., www.dvgs.de). Die Funktionalisierung von Sport bzw. sportlichen Elementen nicht allein für präventive, sondern auch therapeutische Zwecke hat eine lange Tradition, wenn auch keine ungebrochene. Die moderne Medizin hat sich in Deutschland im 19. Jahrhundert diesem Ansatz systematischer zugewandt und die „medizinische Gymnastik“ und „Krankengymnastik“ (mit-)entwickelt sowie die sogenannte Schwedische Heilgymnastik therapeutisch adaptiert (Schöler 2006). Gymnastische Übungen waren Teil der Behandlung von Haltungs- und orthopädischen Schäden, aber auch von Nervenschwäche und Hypochondrie (ebd.).

In der Therapie von Angina pectoris-, Herzinfarkt- und später Bypass-OP-Patienten sind Bewegung und Sport erst in den 1970er Jahren zum Bestandteil des Therapiekonzeptes geworden. Die Kardiologie hat lange gebraucht, um sich einer sportmedizinischen Perspektive zu öffnen (Hollmann 2006; Schuler 2002). Bis dato herrschte die konträre Auffassung vor, strikte (Bett-)Ruhe und weitere körperliche Schonung seien die angemessene Therapie. Erleichtert wurde die Erweiterung des therapeutischen Konzepts durch die allmähliche Etablierung des Belastungs-EKGs als *diagnostischem* Instrumentarium, mit dem sich u.a. die physische Belastbarkeit einer Person – fokussiert auf die Leistungsfähigkeit des Herzmuskels – objektivieren lässt.²³⁸ Die Grenze körperlicher Belastung zu bestimmen, jenseits derer eine Ischämie ausgelöst würde, ist eine zentrale Voraussetzung für die weitere individuell angepasste, üblicherweise per Fahrrad-Ergometer realisierte Trainingssteuerung (Trappe & Löllgen 2000). In Trainingssituationen ohne ergometergesteuerte Belastungsdosierung liefert die Pulsmessung eine Orientierung über die Belastungsintensität.

Die medizinische Begründung insbesondere für das Ergometertraining leitet sich aus sowohl kurzfristigen als auch langfristigen physiologischen Effekten ab. Der Belastungsreiz löse funktionelle Anpassungsvorgänge v.a. im Herz-Kreislauf-System aus. Als „Bodybuilding fürs Herz“ bezeichnet eine Assistenzärztin denn auch den medizinisch gewünschten Zusammenhang. Obwohl die physiologischen Wirkmechanismen, die zur

²³⁷ Dass die Instrumentalisierung ebenso umgekehrt erfolgt und die Medizin zum Wasserträger für die Ziele des (Hochleistungs-)Sports werden kann, zeigen neben der Praxis des Dopings auch weniger spektakuläre und völlig legale Phänomene: Als „Medizin des Sports“ (Franke 1986: 12) trägt die Sportmedizin nicht nur zur Diagnose und Optimierung der Leistungsfähigkeit von Sportlern bei, sondern repariert darüber hinaus nach Möglichkeit aus der sportlichen Aktivität resultierende Verletzungen und Schäden, bisweilen in Windeseile, damit der Wettkampf fortgeführt werden kann (vgl. ferner den einschlägigen Zeitschriftentitel „Sportverletzung – Sportschaden“).

²³⁸ Zwar gab es bereits Ende des 19. Jahrhunderts und im frühen 20. Jahrhundert vereinzelt ärztliche Stimmen, die für eine Form der Bewegungstherapie plädierten; doch weder reichten die diagnostischen Mittel zur Bestimmung der (maximalen) Belastbarkeit, noch hatte sich bis dahin eine halbwegs einheitliche Krankheitstheorie herausgebildet und durchgesetzt (Donat 1993). Mannebach berichtet, dass die Elektrokardiographie zur Trainingskontrolle bei Sportlern in den 1930er Jahren eingesetzt wurde (Olympiade); während des 2. Weltkriegs sind Soldaten und Piloten damit auf ihre körperliche Belastbarkeit getestet worden (Mannebach 1988: 53ff.).

Steigerung der Belastbarkeit, zur positiven Beeinflussung der Blutgerinnung und kardiovaskulärer Risikofaktoren führen, im Einzelnen nicht geklärt sind (Linke & Hambrecht 2008; Hambrecht 2004; Schermund 2004), werden die Trainingseffekte einhellig beschrieben: Zu diesen zählt eine Ökonomisierung der Herztätigkeit durch Senkung der Herzfrequenz in Ruhe und unter Belastung bei gleichzeitiger Erhöhung des Schlagvolumens. Der Sauerstoffbedarf des Herzmuskels sinkt, zugleich steigt das Sauerstoffangebot im Herzmuskel. Im Gefäßsystem erhöht sich die Kapillardichte und eine verbesserte periphere Sauerstoffaufnahme entlastet das Herz-Kreislauf-System. Diese Effekte – zusammengefasst als kardiorespiratorische Leistungsfähigkeit – stellen sich bereits nach kurzer Zeit ein und fließen in die Prognose und ggf. Beurteilung der künftigen Arbeitsfähigkeit ein (Bjarnason-Wehrens et al. 1999). Die mit dem FET erzielbaren Resultate haben also einen direkten medizinischen Bezug; diese Form des Trainings kann deshalb (auch) als Extension ärztlicher Therapie bezeichnet werden (vgl. Hambrecht 2004).

Der dargelegte Begründungszusammenhang wird allseits kommuniziert, auch und gerade Patienten gegenüber, mitunter im Rückgriff auf schlichte Technikmetaphern.²³⁹ Die primäre Begründung für das Sporttreiben ist zweifellos die medizinische Wirkung des Trainings. So fragt etwa ein Sporttherapeut eine Patientengruppe, wie häufig man sich bewegen müsse, „damit es wirkt“ – wobei der Wirkungszusammenhang offenbar derart bekannt ist, dass er keiner weiteren Erläuterung mehr bedarf. In der Tat greifen Patienten die Argumentation rasch auf und geben sie auf Nachfrage geläufig wieder;²⁴⁰ ein Hinweis darauf, dass die Unterweisung auf einem alltagsvertrauten Körperkonzept beruht. Hingegen wird nur am Rande, gewissermaßen als erwünschte Nebeneffekte, auf die längerfristigen Resultate körperlichen Trainings hinsichtlich einiger Risikofaktoren verwiesen, etwa die Senkung des Blutdrucks, die positive Beeinflussung des Cholesterinspiegels und ggf. der Energiebilanz.²⁴¹ Die Nachdrücklichkeit und die Prominenz, mit der das Bewegungstraining als Bestandteil der Rehabilitation durchgeführt wird, ist in diesem Fall weniger auf das Risikofaktorenkonzept zurückzuführen, als vielmehr auf die angestrebte

²³⁹ Der Chefarzt erläutert Patienten in einer Abschlussveranstaltung die positiven Auswirkungen regelmäßigen körperlichen Trainings unter Beachtung des sogenannten Trainingspulses: Große Studien hätten gezeigt, dass aufgedehnte Gefäße und Bypässe viel besser offen bleiben, wenn einmal täglich der Trainingspuls erreicht werde. Bei körperlicher Belastung nehme die Durchblutung zu. Während das Herz in Ruhe etwa 6 Liter Blut pro Minute pumpe, steige die Menge unter Belastung auf 20 Liter an. (...) Mache man also viermal in der Woche Sport, werde das Herz viermal kräftig durchblutet, und das sei wie ein „Durchspülen“, wobei das, was sich in den „Adern“ festzusetzen drohe, „weggeschwemmt“ werde. „So simpel ist das und ganz mechanisch“ (B4/339-362).

²⁴⁰ Auf die Frage eines Oberarztes, was denn beim körperlichen Training passiere, antworten gleich vier Patienten wie aus der Pistole geschossen: „Die Durchblutung wird besser!“, „Die Sauerstoffversorgung verbessert sich!“, „Das Herz arbeitet effektiver!“, „Die Leistungsfähigkeit steigt!“ (B1/790ff.). – Kognitiv ist die Botschaft angekommen.

²⁴¹ Dennoch agieren und kommunizieren Bewegungstherapeuten auf dem Hintergrund des Risikofaktorenkonzepts; sie stellen dieses Erklärungsmodell nicht in Frage, sondern gehen vielmehr davon aus, dass Patienten üblicherweise krank geworden sind, weil sie sich zu wenig bewegen, zu viel/fett essen, übergewichtig sind, rauchen etc. pp. Es werden in diesem Zusammenhang Gegensätze zwischen Patientengruppen aufgebaut: An mich gewandt erläuterte ein Sporttherapeut, „Klappen-Patienten“ seien oftmals ohne ausgeprägtes Risikofaktorenprofil, sie „können nichts“ für ihre Erkrankung im Unterschied zu Herzinfarkt-Patienten, bei denen die Lebensweise so viel zur Erkrankung beitrage (B5/134-136).

und bereits während der AHB einzuleitende funktionelle Adaption des Herz-Kreislaufsystems an körperliche Belastung, die Kompensation von Leistungseinbußen sowie durchaus auch die Steigerung von Belastbarkeit (Bjarnason-Wehrens et al. 1999).

Aus der medizinischen Zielsetzung, die allgemeine aerobe dynamische Ausdauerfähigkeit²⁴² zu trainieren und zugleich krankheitsbedingte Belastungslimitierungen zu berücksichtigen, leiten sich zwei entscheidende Maßgaben für die weitere Sportausübung ab: die Unterscheidung zwischen diesen Zwecken zuträglichen und abträglichen Sportarten zum einen; zum zweiten die Definition und Kommunikation der individuellen Belastungsgrenze, jenseits derer sich die Zuträglichkeit in manifeste Gefährdung wandle. Das ist der medizinischerseits gesetzte Rahmen, innerhalb dessen die Sporttherapie agieren kann. Dementsprechend werden bestimmte Sportarten praktiziert bzw. empfohlen (z.B. Fahrradergometer, Radfahren, Gehen/Wandern, Walken, Joggen, Radfahren, Schwimmen, Skilanglauf), von anderen (eher) abgeraten, darunter Tennis, Abfahrtski, Bergsteigen, Leichtathletik, Tauchen, Mannschaftssportarten. Und dementsprechend häufig und eindringlich sind auch die Warnungen vor Überschreitung der objektivierten Leistungsgrenze. In der Klinik sind die Vorkehrungen, die davor schützen sollen, zahlreich: mündliche Warnungen vor Überlastung allenthalben, kontrolliertes Training, keine Ermutigung zur Bewegung ohne Aufsicht etwa (Spaziergänge ausgenommen).²⁴³ Zukünftig, jenseits des überwachten Klinikraums, müssen Patienten selbst imstande sein, sich vor dem Überschreiten dieser Grenze zu hüten. Der bereits zitierte Chefarzt (s. Anm. 239) gibt einer Patientengruppe mit auf den Weg, zwar möglichst täglich zu trainieren, sich dabei jedoch keinesfalls Leistungssteigerung zum Ziel zu setzen. „Der Leistungsgedanke muss gestrichen werden! Das gilt für jeden von Ihnen!“, lautet die ärztliche Mahnung.

Der medizinische Rahmen schließt bestimmte sportive Elemente also aus: Längst nicht jede Sportart gilt als geeignet; das Training unterliegt einer Leistungslimitierung und soll insbesondere nicht leistungsmäßiger Selbstüberbietung dienen (allenfalls in Sachen Disziplinierung des „inneren Schweinehundes“, s.u.); es mündet daher auch nicht im Wettkampf, im Gegenteil sollen wettkampftartige Situationen vermieden werden (s.u.); und obwohl die avisierten Sportarten im Großen und Ganzen dem Bereich Freizeitsport zuzuordnen sind, ist das Motiv doch gerade nicht das des „Spaßes“, sondern von medizinischem Ernst getragen und wenn schon kein Imperativ, so mindestens eindringliche Erwartung und Empfehlung. Auch ist mit dem latenten Gefährdungsszenario (die potentielle Überlastung mit u.U. desaströsen Folgen für das bereits angeschlagene Organ Herz)

²⁴² Im Unterschied zur statischen Ausdauer, zur Kraft- oder Schnellkraftausdauer. Während Krafttraining bis vor einigen Jahren als ungeeignet für Herzpatienten galt, weil es rapide, wenn auch kurzfristige Blutdruckanstiege provoziere, insbesondere bei falscher Atemtechnik, hat sich die fachliche Meinung hierzu geändert: Moderates Krafttraining für die Ausbildung der großen Muskelgruppen wird mittlerweile – auch als Beitrag zur Steigerung der allgemeinen Ausdauerfähigkeit – gutgeheißen (Bjarnason-Wehrens et al. 2004).

²⁴³ Die Vorsichtsmaßnahmen unterscheiden sich von Klinik zu Klinik: So sind in Klinik A z.B. die Kriterien für die Zulassung zum Schwimmen derart streng, dass praktisch kein Patient sie erfüllt. Da ist man in Klinik B gelassener, wenngleich keinesfalls sorglos. Dort wiederum hält man Radfahren (echtes, im Gelände) während des Klinikaufenthaltes für zu gefährlich, während dies zu den Unternehmungen gehört, die leistungsfähigeren Patienten in Klinik A angeboten werden – allerdings nur unter sporttherapeutischer Aufsicht und im ebenen Gelände. Dementsprechend ist der Zugang zu den Fahrrädern nicht frei; als Vorkehrung, damit nicht auch solche Patienten davon Gebrauch machen, deren Belastbarkeit dafür nicht ausreicht, oder Patienten das ebene Flusstal verlassen und in hügeligem Gelände fahren (A7/256ff.).

keine Verbindung zur Sphäre des Sports herzustellen; es dient ausdrücklich nicht der Erzeugung von Spannung und Nervenkitzel, stellt keine Grenzmarkierung dar, die es zu umspielen gälte, sondern ist manifeste Drohkulisse, die im Übrigen fort dauert – ausweislich des ärztlich überwachten Trainings in den ambulanten Herzsportgruppen.

Die Medizin macht sich also die Trainingseffekte, die der Sport ermöglicht, therapeutisch zunutze. Vorgesehen ist nicht, die Patienten- in eine Sportlerrolle übergehen zu lassen, auch nicht längerfristig. Patienten sollen, auch wenn sie Sport treiben, in der Publikumsrolle verharren, für die im Medizinsystem eine Betreuung durch Träger professionalisierter Leistungsrollen charakteristisch ist (vgl. Stichweh 1988; Schimank 1992). Das wäre im Sportsystem anders (s.o.).

Sporttherapeutische Durchführungen im medizinischen Rahmen

Alles weist darauf hin, dass Sporttherapeuten die medizinische Begründungsfigur nicht nur einfach hinnehmen, sondern sich diese als Handlungsgrundlage zu eigen gemacht haben: Die medizinische Zwecksetzung des körperlichen Trainings, „vorrangig: Schulung von Herz-Kreislauf“, bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Belastungslimitierung oder der „Steuergröße Herzfrequenz“, um Überanstrengung zu vermeiden, die bei Herzpatienten ansonsten „ins Auge gehen“ könnte, ist voll akzeptiert. Die Belastungslimitierung zu beachten, ist die eine Seite. Auf der anderen Seite gelte es, Patienten die krankheitsinduzierte Angst vor körperlicher Belastung zu nehmen und sie Situationen auszusetzen, in denen sie wieder Zutrauen in ihre körperliche Leistungsfähigkeit gewinnen können. Demnach begreifen Sporttherapeuten es als ihre Aufgabe, Patienten auf eine Gratwanderung mitzunehmen zwischen gefährlicher Überforderung und schädlicher Unterforderung. Die Heterogenität der Voraussetzungen, auf die Sporttherapeuten bei Patienten treffen, ist dabei außerordentlich groß. Während die Unterschiede der herzbezogenen Leistungsfähigkeit durch die Differenzierung der Leistungsgruppen ausdrücklich Berücksichtigung finden, sind weitere, für Bewegung und Sport ebenfalls maßgebliche Kriterien weitgehend ohne Belang: Alter, Geschlecht, Sportererfahrung, Beweglichkeit, Ambition z.B. Hingegen ist man bestrebt, den Sportbegriff um Bewegung im Alltag so zu erweitern, also zu entsportlichen, dass vermeintlich „unsportliche“ Patienten sich vom Trainingsansinnen nicht abgeschreckt fühlen:

In Abgrenzung vom Spitzensport, der alles andere als gesundheitsförderlich sei, „geht es [uns] in der Bewegungstherapie darum, eine etwas andere Darstellung ins Licht zu rücken, nämlich, dass wir es auch als Sport bezeichnen können, wenn wir uns aufs Fahrrad setzen zu Hause und damit zum Bäcker fahren oder wer weiß wohin. Das ist Sport. Oder der tägliche Spaziergang, das Auto stehen lassen.“
(BBT3/326ff.)²⁴⁴

²⁴⁴ Siehe dazu auch das Konzept der „Walkability“, das auf Merkmale insbesondere der bebauten Umwelt abstellt unter der Frage, ob sie Bewegung im Alltag fördern oder ihr entgegenstehen (Bucksch & Schneider 2014).

Und so werden denn auch Alltagsbewegungen wie Radfahren, bücken, heben, Einkäufe tragen usw. unter Belastungsgesichtspunkten analysiert, dabei insbesondere an die leistungsschwächsten Patienten gewandt, die in den sogenannten Hockergruppen²⁴⁵ zusammengefasst sind.

Die Botschaft sportiver Anspruchslosigkeit ist gleichwohl nicht die einzige, und es ist die Frage, ob die Sporttherapeuten selbst sie überzeugend verkörpern können – im wahrsten Sinne des Wortes, denn sie sind (vergleichsweise) jung, bewegen sich alert und wirken vor allem: sehr gut trainiert. Und so nimmt es wohl nicht Wunder, wenn ihre Affinität zu der relativ kleinen Gruppe sportiverer Klienten größer ist, wenn diese auch nicht offen zur Schau getragen wird:

„Das sind immer Leute, die fallen so besonders angenehm auf. Also, es ist nicht so, dass die unsportlichen Leute unangenehm auffallen, sondern das ist eher so die Masse. Und wenn jetzt jemand wirklich gut Sport gemacht hat, der fällt mir schon auf. Das sind dann auch Leute, die wir ein bisschen schneller steigern können.“
(ABT1/107-111)

Das liegt offenbar nicht zuletzt an deren Potential der Leistungssteigerung. Dieser Topos ist überhaupt präsenter, als es die in der Bewegungstherapie allgegenwärtige, auch verbal hervorgehobene Belastungslimitierung zunächst vermuten lässt.

„Und das regelmäßige Training bringt sie [die Patienten] ja dahin, dass sie belastbarer werden. Sie können ihre Angina-pectoris-Schwelle weiter nach oben schieben, durch ein konsequentes Training. Das ist ja ein wunderbarer Nebeneffekt, genau den, den wir haben wollen. Entscheidend ist und bleibt das regelmäßige, wohldosierte Training.“ (BBT3/344ff.)

„Wohldosiert“ heißt im Klinikkontext: therapeutisch gesteuert und technisch überwacht, Bedingungen, wie sie insbesondere beim Fahrradergometertraining herrschen.

Belastungssteuerung und Leistungsmessung: Die Modalitäten des Fahrradergometertrainings

Trotz einiger Unterschiede in u.a. den technischen Voraussetzungen – kontinuierliche Blutdruckmessung bei den Probanden in Klinik A, hingegen routinemäßige EKG-Ableitungen in Klinik B, Monitor- und Raumausstattung, Anzahl der Ergometer – stimmen Ablauf und Prinzipien dieser Trainingsform doch in wesentlichen Punkten überein: Auf der Basis einer ärztlicherseits individuell diagnostizierten Belastungsgrenze trainieren Patienten täglich für einen Zeitraum von mindestens 20 Minuten unter Anleitung und Aufsicht eines Bewegungstherapeuten. Seine Aufgabe ist es, bei jedem Probanden individuell den Tretwiderstand des Ergometers im Rahmen der ärztlichen Verordnung zu dosieren. Seine Beobachtungen der Teilnehmer und die am Monitorpult laufend aufgezeichneten Messwerte (Herzfrequenz und EKG bzw. Herzfrequenz und Blutdruck) sind dafür maßgeblich. Üblicherweise wird mit einer niedrigen Belastung begonnen, die je nach Dateninterpretation allmählich gesteigert oder ggf. auf dem Anfangslevel gehalten wird. Entscheidend ist, dass Patienten keinerlei Einfluss auf die Höhe des Belastungswiderstandes

²⁴⁵ „Hockergruppen“ heißen sie, weil die Teilnehmer gymnastische Übungen großenteils tatsächlich auf einem Hocker sitzend ausführen. Die Belastungs- bzw. Leistungslimitierung für Teilnehmer dieser Gruppen beträgt 25 Watt.

nehmen können, auch nicht durch die Variation der Tretgeschwindigkeit. Sporttherapeuten heben denn auch als Positivum am FET die gute Steuerbarkeit und Kontrolle hervor, die das Ensemble aus Patient und Technik ihnen bietet:

„Ja, auf dem Ergometer hier in der Klinik übrigens, da kann man das hervorragend machen. Man kann ihn [Patient] kontrollieren.“ (BBT1/160-162)

Die Situation samt der Fokussierung der Aufzeichnung auf wenige Parameter des Herz-Kreislauf-Systems begünstigt womöglich eine Konzentration auf das Organgeschehen, wie sie ansonsten eher dem ärztlichen Blick zugeschrieben wird:

„Für uns Therapeuten ist es natürlich eine gute Sache, dass man sehen kann, wie sich das Herz verhält im Training. Anhand des EKGs und des Pulses, den man ablesen kann, hat man das Ganze natürlich die ganze Zeit im Auge. Gute Möglichkeit, den Patienten so ein bisschen zu kontrollieren.“ (BBT4/108ff)

Patienten haben während des Trainings obendrein keine Kenntnis davon, unter welcher Belastung sie fahren, in welchem Maße diese gesteigert wird und wie sich der ganze Vorgang in ihren Messdaten widerspiegelt. In Klinik A sind die entsprechenden Anzeigetafeln der Geräte aus dem Blickfeld der Nutzer gedreht, in Klinik B hat man sie gleich ganz abmontiert. Zur Begründung des Verbergens wird angeführt, man wolle damit die Selbstwahrnehmung von Patienten fördern.²⁴⁶ Die beiden Messgrößen Belastung und Herzfrequenz während des Trainings stets im Blick zu haben, binde die Aufmerksamkeit des Trainierenden und stachle seinen Ehrgeiz an – was nicht erwünscht sei:

„... weil sich die Patienten sowieso schon unheimlich auf die Pulse und die Wattzahlen fixieren und anfangen, das untereinander zu vergleichen, ‚Der hat so einen Puls, da ist mein Puls aber besser oder schlechter‘.“ (BBT4/65-67)

Die Teilnehmer haben sich während des Trainings also gänzlich fremder Kontrolle anheimzugeben, unter Vorenthaltung der permanenten Aufzeichnung. Sie *werden* mehr trainiert, als dass sie selbst trainieren. Unterstrichen wird diese Rollenaufteilung zwischen Patienten als passiven Objekten des Trainings und kontrollierendem Experten durch die zeremonielle Ordnung, auf der die Therapeuten auch bestehen: Sie sind es, die Beginn und Ende der Trainingseinheit verkünden.

Den geschilderten Wissensvorsprung handhaben Sporttherapeuten unterschiedlich. Manche informieren die Teilnehmer am Ende der Trainingseinheit regelmäßig darüber, unter welcher Belastung sie gefahren sind, wie ihr Puls oder Blutdruck reagiert hat, dass „alles in Ordnung“ war. Sie fragen außerdem unter Zuhilfenahme der sogenannten Borg-Skala jeden einzelnen nach seinem subjektiven Belastungsempfinden.²⁴⁷ Andere Bewegungstherapeuten geben über Belastungslevel und Messwerte nur auf Nachfrage von Patienten Auskunft, mit Widerstreben dann, wenn die Messungen während des Trainings in ihren Augen keine Belastungssteigerung zuließen.

Die einseitige Möglichkeit zur Belastungssteuerung wird mitunter dazu genutzt, den Tretwiderstand in kleinsten Schritten zu erhöhen, sich „hochzuschleichen“, ohne dass der betreffende Patient das merkt. Praktiziert wird dies bei Patienten, die – „aus welchen

²⁴⁶ Was aber ist eine Selbstwahrnehmung wert, die nicht zur Regulation einer Situation genutzt werden kann, eben weil eine selbstbestimmte Regulation als zu unsicher und anspruchsvoll gilt und deshalb ausgeschlossen ist?

²⁴⁷ Die Borg-Skala stellt ein Verfahren dar, objektive Belastungsquanta systematisch mit subjektivem Belastungsempfinden zu verknüpfen (Schönle 2004: 46).

Gründen auch immer“ – nicht die Leistung erbringen, die sie nach Meinung der Sporttherapeuten und Ärzte erreichen könnten. Nach Abschluss des Experiments werde die tatsächlich erreichte Leistungsstufe mitgeteilt. Diese „Macht“ einzusetzen, sei zwar „ein bisschen gemein“, wie eine Therapeutin meiner Nachfrage vorausseilend einräumt; mit einem nicht näher ausgeführten „aber...“ stellt sie allerdings klar, dass man sich dieser Option nicht moralischer Bedenken wegen berauben wolle. Bei für zu ängstlich gehaltenen Patienten werde diese einverständnislose Form, einen Nachweis der tatsächlichen Leistungsfähigkeit zu erbringen, angewandt; außerdem bei Patienten, von denen angenommen werde, sie wollten aus (berentungs-)strategischen Gründen ihre Leistungsfähigkeit gering erscheinen lassen. Die Entgegensetzung zwischen wissendem Experten und unwissendem oder naivem Patienten ist in dieser Konstellation gegenüber den üblichen Trainingskonditionen noch gesteigert: Der objektive Beweis wird dazu herangezogen, im ersten Fall eine für inadäquat gehaltene Selbstwahrnehmung zu korrigieren, im zweiten Fall ein taktisches Ansinnen des Laien zu unterlaufen.

Hinreichendes Vertrauen vorausgesetzt, kann es durchaus sein, dass Patienten das gesamte Arrangement des FET als angstreduzierend, entlastend und Sicherheit vermittelnd empfinden. Zu konstatieren ist aber auch, dass sie nicht wählen können und dass diese Trainingssituation kaum einem anderen sporttherapeutischen Ziel förderlich sein dürfte: Patienten sollen eigentlich lernen, sich körperlicher Belastung auszusetzen und dabei die Zuträglichkeit selbst zu kontrollieren, mittels Beobachtung ihres Atems und Anstrengungsgefühls, mittels Kontrolle ihres Pulses.²⁴⁸

Ambivalent sind Form und Umstand der kontinuierlichen Leistungsmessung. Unabdingbar sind die Aufzeichnungen, um die Wirkung von Medikationen abzuschätzen, bislang verborgene Krankheitszeichen aufzudecken, die Trainingsbelastung anzupassen, Genesungsfortschritte zu dokumentieren und Belastungsfähigkeit prognostizieren zu können. Soweit die medizinische und sporttherapeutische Notwendigkeit. Wie sich bereits andeutete, verbleibt die Leistungsmessung jedoch nicht im medizinischen Kontext. Rasch interpretieren Patienten die Parameter Puls, Blutdruck und Watt als Währungen, die für einen Leistungsvergleich taugen – zwischen sich und anderen sowie zwischen heute und gestern oder vorgestern, die also Entwicklungen wiedergeben und damit die Bildung von Erwartungen auf sich ziehen: wieder zu genesen, wieder belastbar zu werden.

Als Synonym für Genesungsfortschritt, der sich – wie Patienten ja lernen – durch Training beschleunigen lässt: So deuten nach sporttherapeutischer Einschätzung viele Patienten die physiologischen Trainingsparameter. Nicht wenige hefteten daraufhin ihren Ehrgeiz an eine möglichst rasche Leistungssteigerung.

„Beim Fahrradfahren ist es so, dass sie schon häufig ankommen und fragen, ‚Können wir da nicht mal höher stellen? Der Arzt hat gesagt, wenn ich 75 Watt trete, darf ich schwimmen gehen.‘“ (ABT2/126-129)

Herrn S., der bereits durch affektgeladenes und forderndes Auftreten aufgefallen war, verwehrt ein Sporttherapeut sein Begehrt, beim FET „hundert Watt zu fahren“, mit dem Hinweis, das sei allein ärztliche Entscheidung. Die Begründungsarbeit überlässt er in diesem Fall der Stationsärztin, die das Belastungslimit wie bisher bei 75 Watt belässt. Sie begründet ihre Entscheidung Herrn S. gegenüber mit

²⁴⁸ Ob dieses Lernziel – Selbstwahrnehmung als Basis einer Selbstkontrolle – Bestand haben konnte angesichts in der Zwischenzeit weitverbreiteter technischer Überwachungssysteme zur Leistungskontrolle und -evaluation, ist fraglich.

der LeistungseinbuÙe durch den erlittenen Infarkt. Sport und Bewegung seien zwar gut für ihn, nicht aber in dem Maße und in der Haltung, mit der er bislang Sport betrieben habe. Mir gegenüber moniert sie seine mangelnde Krankheitseinsicht, die sich im übersteigerten Leistungswillen zeige (A11/208-220).

Ehrgeiz wird als Problem angesehen, von dem zumindest ein Teil der Patienten betroffen ist. Er gilt als Ausweis (noch) nicht geglückter Krankheitsanpassung, als fehlgehender Bewältigungsmechanismus; außerdem wird übertriebener Leistungswille als häufige Eigenschaft von Herzpatienten geschildert.²⁴⁹ Diese Haltung gilt den Health Professionals als zwar korrekturbedürftig, der allerdings höchstens langfristig beizukommen sei. Es sei halt schwer, „Patienten vom Leistungsgedanken abzubringen“ (B6/17f.). Ehrgeiz wird als Verhaltensdisposition, als Persönlichkeitsmerkmal apostrophiert, mithin gilt übersteigter Ehrgeiz genuin als Patientenproblem. Auf therapeutischer Seite zeichnen sich keine Überlegungen ab, inwieweit der unerwünschte Leistungswille eine Koproduktion sein könnte von Verhaltensdispositionen und dem zentralen Merkmal des FET, der permanenten Leistungsaufzeichnung.

Dem negativ konnotierten „Ehrgeiz“ steht positiv gewertete „Motivation“ gegenüber:

„War mal ein schönes Beispiel: Ich hatte mal ein Gespräch mit einem Patienten, der war auch ziemlich motiviert. Den habe ich gefragt, woher er seine Motivation auch nimmt. Dann hat er einfach gesagt, er hätte drei kleine Enkelkinder, und dafür müsste er ja den tollen Opa abgeben, da könne man sich nicht hängenlassen. Das fand ich z.B. riesig, mit so einer Motivation das zu machen.“ (ABT2/49-54)

Die allerdings scheint oftmals ein zartes Pflänzchen zu sein, das es zu kultivieren gilt. Zur Motivationsförderung werden deshalb dokumentierte Leistungssteigerungen herangezogen, namentlich die Aufzeichnungen des FET:

„Dass man anhand von Wattzahlen beim Fahrradergometertraining sagt: ‚Sieh‘ mal, jetzt hast du hier am Anfang 35 geschafft, jetzt schaffst du schon 50 und bist noch nicht mal besonders angestrengt dabei.‘“ (ABT5/428-431)

²⁴⁹ Die sporttherapeutischen Deutungen dieses Patientenverhaltens rekurrieren auf Elemente des Typ-A-Verhaltens (Rosenman & Friedman 1963; Friedman, Thoresen, Gill et al. 1984). Rosenman und Friedman verstehen darunter eine Verhaltensdisposition, die sich u.a. durch Leistungsstreben, Aggressivität, Feindseligkeit gegen andere und erlebten Zeitdruck auszeichnet. Als psychischer, unabhängiger Risikofaktor für das Auftreten einer KHK konnte das Konzept jedoch letztlich nicht untermauert werden (Myrtek 2000; Hermann-Lingen 2000). Nicht ausgeschlossen wird, dass Typ-A-Verhalten bei bestehender KHK protektiv wirkt (ebd.). In der Praxis ist der „Typ A“ als Interpretationsfolie hingegen weiterhin im Umlauf und gilt – wie hier den Bewegungstherapeuten – als korrekturbedürftig: „Unsere Ziele sind ja auch langfristig möglicherweise eine Veränderung der Persönlichkeit des Herzinfarktpatienten oder des Patienten mit Koronarer Herzkrankheit“ (ABT5/148-150). Eine andere Stimme: „Ich denke, das hat auch einfach mit dem Charakter zu tun, den viele Herzpatienten oder einige Herzpatienten zumindest haben. Das ist einfach dieses Sich-alles-Aufladen, alles in die eigene Hand nehmen, überall sein, dies machen, das machen. Und das sieht man in der Gymnastik natürlich ganz extrem. Das sind dann die Leute, die ständig am Rumwuseln sind und alles schneller und besser machen möchten als andere. Da müsste eigentlich ... das sieht ja im Alltag dann genauso aus, sieht ja nicht nur im sportlichen Bereich so aus, sondern im Alltag ganz genauso. Die haben dann fünf verschiedene Ämter im Verein und noch dies und noch das. Und das ist wahrscheinlich schwer, da jemanden von loszukriegen, weil das ein tiefes Verständnis voraussetzt und auch wirklich eine Änderung von Charaktereigenschaften“ (BBT4/344-355).

Wo genau die Grenzen verlaufen zwischen erwünschter Motivation und unerwünschtem Ehrgeiz, zwischen Zurückhaltung in der Offenlegung von Leistungsdaten und ihrer absichtsvollen Mitteilung, ist nicht klar. (Zweifellos gibt es sie.) Zutage tritt immerhin, dass der zu Motivationszwecken eingesetzte Leistungsnachweis des FET sich (allzu) leicht verwechseln lässt mit einem wichtigen Element des Sports: der kontinuierlichen Leistungsmessung, die „die Möglichkeit eröffnet, künftige Handlungen einigermaßen präzise als Leistungen oder Nicht-Leistungen zu bestimmen“ (Stichweh 1990: 384).

Mobilität, Körperwahrnehmung, Selbstkontrolle und die Veralltäglichung von Bewegung: Die ambitionierten Ziele der Gruppengymnastik

Das Herz-Kreislauf-Training des FET wird ergänzt durch die ebenfalls täglich stattfindenden Gymnastikgruppen. Deren Programm ist im Unterschied zum FET vielfältig, und eher selten sind Übungseinheiten als Herz-Kreislauf-Training konzipiert. Die einzelnen Zielkomplexe der GG sind indirekter auf das organische Krankheitsgeschehen bezogen als das FET. Die GG ist programmatisch von dem Anspruch getragen, eine krankheitsangepasste Körper- und Bewegungsschulung zu sein. Zunächst geht es darum, kurzfristige Krankheits- und Interventionsfolgen aktivierend zu bearbeiten: Schonhaltungen zu öffnen, Koordinationseinbußen zu überwinden, Mobilität wieder herzustellen, Alltagsfähigkeiten zu erhalten – eben „die Patienten wieder auf die Beine zu kriegen“ (BBT4/32).

Die Bearbeitung dieser temporären Defizite geht erklärtermaßen einher mit erwünschter Einflussnahme auf das Krankheitsverhalten von Teilnehmern: Die GG soll zur Reduzierung krankheitsinduzierter Angst vor Bewegung und Belastung beitragen, positive Körpererfahrung soll Patienten darin unterstützen, Selbstvertrauen (wieder) aufzubauen. Wahrnehmungsaufgaben, Geschicklichkeits- und Beweglichkeitsübungen bestimmen denn auch in weiten Teilen das Programm, durch die Teilnehmer im bislang oft ungewohnten Gebrauch ihres Körpers angeleitet werden. Es wird ausdrücklich *nicht* an männliche Stereotype des Sports, wie Kraft, Schnelligkeit, Kampfeswille, Mut, Härte, Leistungsvergleich, Wettbewerb (vgl. Alfermann 2006: 72), angeknüpft – obwohl Teilnehmer, zumal solche mit Sportererfahrung, dies gelegentlich einfordern. Sporttherapeuten agieren in diesem Kontext eher als *Körper*therapeuten, die die Teilnehmer dazu verleiten wollen, sich ihren Körper durch (Wieder-)Entdeckung anzueignen. Nicht von ungefähr erweitert sich der bewegungstherapeutische Zielkatalog damit um weitgreifende psychologische und edukative Ziele. Wenngleich allen Therapeuten klar ist, dass die Aufgabe kaum innerhalb von drei Wochen abzuschließen ist, so gelte es dennoch, erste Schritte in dieser Richtung zu tun. Es werden eben nicht, wie im FET, in erster Linie Körper trainiert, sondern die Therapeuten wollen Einstellungen und Körperkonzepte von Teilnehmern erreichen und in ihrem Sinne beeinflussen.

Dazu gehört, an der Ausbildung von Fähigkeiten zur Selbstbeobachtung, Selbsteinschätzung und Selbstkontrolle zu arbeiten. So etwa werden Patienten zu Beginn jedes Übungstermins dazu angehalten, ihren (Ruhe-)Puls zu messen; oft wird diese Prozedur nach bestimmten Übungen wiederholt. Obwohl der Eingangswert jedes Teilnehmers jedes Mal protokolliert wird, liegt der Sinn dieser Übung weniger in der Aufzeichnung als eben in einzuübender Selbstbeobachtung. Patienten sollen lernen, ihre momentane körperliche

Verfassung, ggf. auch den Grad ihrer körperlichen Anstrengung anhand ihrer Herzfrequenz abzuschätzen. Dabei wird in Kauf genommen, dass Patienten dazu neigen, über ihre tatsächliche Herzfrequenz niedrigere Angaben zu machen.²⁵⁰

Die Übung für sich genommen mag sich bescheiden ausnehmen; sie knüpft hingegen an ambitionierte Zielsetzungen an: Patienten sollen ihre momentane Leistungsfähigkeit valide einzuschätzen lernen; der alltagstaugliche Parameter der Herzfrequenz²⁵¹ soll die Orientierung an der erfahrungsfremden Wattzahl allmählich ersetzen. Es gehe darum, „verminderte Leistungsfähigkeit zu erkennen und zu akzeptieren“. Von Sporttherapeuten besonders hervorgehoben wird die Aufgabe, verausgabungswillige Patienten zu zügeln, speziell solche mit klassischer Sportsozialisation:

„... die *meinen*, sie könnten ganz viel, aber dürfen gar nicht so viel. Die muss man dann schon wieder bremsen. (...) Die haben immer Sport gemacht und sind auch ‚gestandene Mannsbilder‘, aber können dann eben nicht verstehen, dass sie nicht dürfen oder nicht ... weil sie ja eigentlich können. Sie könnten ja von der Kraft her, aber dürfen es vom Herzen nicht.“ (ABT4/92-98)

„... und die anderen müssen extrem gebremst werden. Die hatten einen starken Herzinfarkt und denken, dass sie nach drei Wochen Reha schon wieder Tennis spielen können, und haben das vorher auch schon gemacht und wollen jetzt hier in der Gymnastik auch schon gleich wieder ein bisschen rumrennen, rennen jedem Ball hinterher, die muss man natürlich ein bisschen bremsen.“ (BBT4/298-303)

Es gehe bei der Zügelung nicht darum, jemandem klar zu machen, auf keinen Fall mehr Tennis spielen zu dürfen, sondern vielmehr darum ihm beizubringen, „sich selbst realistisch einzuschätzen und sich zu kontrollieren“. Ein „hohes Maß an Kontrollbereitschaft“, auch des eigenen Ehrgeizes, vorausgesetzt, könnten späterhin auch Sportarten ausgeübt werden, die im Allgemeinen nicht empfohlen werden (BBT2/84-90).

Ausdrücklich und häufig angesprochen richten sich die sporttherapeutischen Bemühungen auf die Zeit *nach* der Rehabilitationsmaßnahme, auf die Etablierung neuer Gewohnheiten und Handlungsorientierungen. So will man mit der regelmäßig wiederholten Prozedur der selbständigen Pulsmessung über die genannten Absichten hinaus die Beachtung des sogenannten Trainingspulses anbahnen, der während der Rehabilitation individuell ermittelt wird. Er gibt einen Herzfrequenzbereich an, der für das künftige körperliche Training einen optimalen Belastungsrahmen begrenzt. Abermals sticht der Topos der Kontrolle und Kontrollbereitschaft hervor, mit der man dem Hang von Patienten, sich selbst zu überfordern, beikommen will:

„Der am häufigsten gemachte Fehler ist der, dass man sich zu viel abverlangt. Und es ist ja nicht so, dass wir dem Patienten keine Hilfe an die Hand geben. Wir geben eigentlich die genaueste Hilfe an die Hand, die man nur geben *kann*, in Form des

²⁵⁰ Dass für die Pulsfrequenz ein Normbereich von etwa 60 bis 80 Schlägen/Minute gilt, ist Patienten bekannt. Gibt ein Teilnehmer einen darüber liegenden Wert an, kommentieren andere Teilnehmer sofort diese vermeintliche Abweichung („Was? So hoch!?“). Es fällt Patienten offenbar schwer, anzugeben, wenn sie sich oberhalb einer als Norm deklarierten Marge und damit in einer irgendwie als gefährlich markierten Zone befinden. Möglicherweise interpretieren Patienten die Pulsmessung auch als Leistungsmessung, die Angaben dazu folglich als Leistungsvergleich. Beides würde den Hang zur Manipulation verständlich machen.

²⁵¹ Zwischenzeitlich dürfte der Vormarsch von Pulsuhren u.ä. das Abtasten und Zählen des eigenen Pulses weitgehend verdrängt haben. Aber die Aufforderung zur Selbstkontrolle bleibt unbenommen: sich durch den Puls und nicht Impuls leiten zu lassen.

Trainingspulses bei Entlassung, wo also wirklich *alle* Probleme berücksichtigt wurden: Erkrankungsgrad, Belastbarkeit, Alter, Trainingszustand, Einwirken der Medikamente und sogar auch noch die hämodynamischen Unterschiede zwischen Liegend-Ergometrie und Sitz-Ergometrie. Es ist *alles* berücksichtigt, mit diesen Werten können die Patienten eigentlich, ja, ein hundertprozent exaktes Training zu Hause durchführen. Das versuche ich, in den Vorträgen auch so zu vermitteln.“ (BBT3/345-355; Betonung durch den Sprecher)

Deutlich wird erneut die medizinische Durchdringung der sportlichen Aktivität. Auf eine andere Herausforderung sporttherapeutischer Arbeit verweist dagegen der Einschränkungspartikel „eigentlich“ gegen Ende des Zitats. Er deutet das Wissen an, dass im Allgemeinen nur eine Minderheit ihrer Klienten fortan ein regelmäßiges körperliches Training aufnimmt.²⁵² Das größte Problem für Patienten sei fortan, so antizipieren sie, jenseits der Klinikmaßnahme den „inneren Schweinehund“ zu überwinden und regelmäßiges körperliches Training Bestandteil ihres Alltags werden zu lassen.

Die Sporttherapeuten leiten daraus eine weitere Aufgabenstellung ab, nämlich durch die Ermöglichung positiver Erfahrungen mit Sport und Bewegung zur Motivationsfestigung beizutragen. Man setzt auf das leibhaftige Erleben – verbessertes Befinden –, um eine Wandlung in der Einstellung zu Sport und Bewegung anzustoßen:

„... dieses Gefühl, ‚das tut mir auch wirklich was Gutes‘, also dass man richtig am eigenen Körper, am eigenen Leib erfährt, das, denke ich, ist so, zumindest in der Gymnastik, der wichtigste Punkt, dass die richtig merken, ‚mir geht es nach drei

²⁵² Als Teilnahmeraten für ambulante Herzsportgruppen werden Zahlen zwischen 13% und 50% derjenigen Patienten genannt, die eine Rehabilitationsmaßnahme absolviert haben (Bjarnason-Wehrens, Held & Karoff 2006; Budde et al. 1992; Sakidalski 1994; Keck & Budde 1999; Schott et al. 2002). Nicht erfasst werden normalerweise die Patienten, die außerhalb der hochinstitutionalisierten Form der AHG ein regelmäßiges Bewegungsprogramm absolvieren. Es wird geschätzt, dass innerhalb des ersten Jahres nach Abschluss einer stationären Rehabilitation 40% bis 60% der Patienten das Mindestkriterium moderaten Trainings dreimal wöchentlich erfüllen (Sudeck 2006: 42). Wie auch immer: Die Motivation zu festigen, Bewegungsverhalten im Alltag zu ändern, wird als gravierendes Problem beschrieben (vgl. nur Sudeck 2006). Beide Kliniken hatten klinikbasierte ambulante Sportgruppen etabliert, Klinik A eine, Klinik B gleich fast ein Dutzend. Nach eigenen Angaben gelang es Klinik B auf diese Weise, die Teilnahmerate auf bis zu 50% vormalig stationärer Patienten zu steigern. Bundesweit gibt es ca. 6.000 ambulante Herzsportgruppen, an denen etwa 100.000 Patienten teilnehmen. Geleitet werden sie von Übungsleitern mit spezieller Fortbildung, anwesend ist außerdem ein Arzt. Die Herzsportgruppen sind oftmals organisatorisch eingebunden in Sportvereine, als Dachorganisation firmiert die DGPR. 2003 trat auf Basis des 2001 verabschiedeten Rehabilitationsgesetzes eine Rahmenvereinbarung zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern in Kraft, die 2007 und 2011 erneuert wurde. Seitdem besteht für Patienten mit chronischen Herzerkrankungen ein Rechtsanspruch auf die Teilnahme an AHGs. Neu ist allerdings auch die zeitliche Begrenzung der Kostenübernahme durch die Rehabilitationsträger für 90 Übungseinheiten in längstens 24 Monaten. Folgeverordnungen sind für bestimmte Patientengruppen möglich. Den übrigen Teilnehmern wird die Fortsetzung auf eigene Kosten in sogenannten Nachfolgegruppen empfohlen. Für die Teilnehmerschaft werden informelle Selektionskriterien vermutet: Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status beeinflussen demnach die Teilnahme. Daneben wird aber auch die Anpassung des Angebotes an Patientengruppen mit bestimmten Indikationen angemahnt (Bjarnason-Wehrens et al. 2006). Das Bundessozialgericht hat 2008 die Regelungsbefugnis der Partner der Rahmenvereinbarung hinsichtlich der zeitlichen Befristung bestritten. Der derzeitigen Rechtslage entspreche vielmehr, Verordnungen zum Reha-Sport und Funktionstraining allein am Kriterium medizinischer Notwendigkeit auszurichten (vgl. <http://www.dgpr.de/herzgruppen.html>; letzter Abruf 24.03.2014).

Wochen, auch zum großen Teil durch die Gymnastik, insgesamt ein bisschen besser. Ich bin ein bisschen besser auf den Beinen.' (...) Und das dann einfach mit auf den Weg nehmen." (BBT4/231ff.)

Die Leiberfahrung ist in den Augen von Bewegungstherapeuten zentral; auch und gerade, so wird im folgenden Zitat der Zusammenhang hergestellt, weil sie für viele der Klienten eine neue Erfahrung sein dürfte. Die Schilderung selbst erinnert an das Motiv religiöser Erweckung:

„... über was wir mal gesprochen haben, ein Körpergefühl, dass das halt auch bei vielen nicht unbedingt vorhanden ist. (...) Aber wenn hier auch sowas wie Körpergefühl erspürbar ist und das eine positive Sache ist, dass sie nach einer Entspannung sich *richtig* entspannt fühlen, auch nach einer halben Stunde Ergometer fahren, dass das zu anstrengend war, aber sie danach sagen, ‚Oh ja, ich habe heute was geleistet, ich fühl mich richtig gut jetzt‘, das sind eigentlich so die richtigen Momente, die einem Patienten was mit auf den Weg geben. Wenn das dann so starke Empfindungen sind, dass das hängenbleibt und sie denken, das will ich dann zu Hause auch weitermachen.“ (BBT4/247-255)

Außerdem heben Sporttherapeuten mehrfach „Spaß“ als zentralen Motivationsfaktor hervor:

„... und das möchte ich gerne, dass die Patienten Freude am Sport haben (...) und man ihnen auch beibringt, dass keiner von denen irgendwo eine Kanone sein muss, also Spitze sein muss, (...) dass man überhaupt was macht [Spaziergehen, Radfahren, Schwimmen wurden genannt], dass derjenige aus seinem großen Ohrensessel rauskommt. Ja? Das ist schon wichtig, und wenn der was macht, egal was es ist, dann freut mich das.“ (BBT1/413ff)

„Ganz wichtig dann als Folgeziel, dass auch Spaß vermittelt wird in der Gymnastik. (...) so dass jeder, wenn es geht, nachher da rausziehen kann, dass er weiterhin in einer Ambulanten Sportgruppe Sport betreibt.“ (BBT4/32ff.)

Was mit „Freude am Sport“ und „Spaß“ nahezu freizeitmissionarisch daherkommt, hat abermals einen ambitionierten Hintergrund. Hier erklärt sich die Einsicht – vergleichbar der der Diätassistentinnen –, dass eine stabile Veralltäglichsung nicht auf dem Motiv der medizinischen Notwendigkeit gründen könne, jedenfalls nicht ausschließlich.

„Gesundheitsmotivation, die wir versuchen, hier zu schaffen. Also Motivation, ihre eigene Gesundheit, ihr Wohlbefinden selbst mit zu beeinflussen, und letztendlich im Verlauf dann die Spaßmotivation einfach, dass es für die Leute wirklich eine angenehme Sache ist, abends etwas anderes zu sehen, zu hören, zu machen, mit anderen Leuten zu sprechen und, während man was für die Gesundheit tut, auch Spaß zu haben.“ (ABT5/754-760)

„Spaß“ ist das Gegenmotiv, mit dem das Sporttreiben aus der funktionalen Umklammerung medizinischer Begründungen gelöst und zu einem ‚Selbstläufer‘ werden kann. Es ist das einzige sportiver Motive, an das sich unter den gegebenen Umständen ganz unverdächtig anschließen lässt, im Unterschied etwa zu Selbstüberbietung, Spannungserzeugung, Wettkampf. Bei der Implementierung von Sport im Alltag soll der ursprüngliche Bezugsrahmen nicht mehr im Vordergrund stehen, sondern der Sphäre von Freizeit zurechenbar sein. Doch wie erzeugt man „Spaß“ unter ernsten, in sportiver Hinsicht zumindest stark reglementierten Bedingungen? Immerhin wird die ja überwiegend männliche Klientel mit weiblich konnotierten Leibesübungen konfrontiert, auf die sie zunächst mit Befremden reagiert:

Die Sporttherapeutin macht, ähnlich wie am vergangenen Freitag, wieder rhythmische Gymnastik mit Keulen und Musik. Es gibt keine offene Verweigerung, aber die Begeisterung der überwiegend männlichen Teilnehmer ist nicht groß. Sie lässt sich davon nicht beeindrucken. Gegen Ende der Übungen erklärt sie, warum sie das macht: Frauen, das sei erwiesen, falle die Koordination verschiedener Bewegungen von Beinen und Armen leichter, weil ihre Hirnhälften etwas anders geschaltet seien. Diese speziellen Schaltungen seien bei Männern eher selten, aber man könne das lernen. Darum mache sie solche Übungen auch und gerade mit Männern und nicht immer nur Ballspiele, begründet sie ihre Programmgestaltung (A7/574-582).

Eine Kollegin glaubt denn auch, dass die nichtmännliche Gymnastik für Patienten ein Grund sei, Sportanregungen nicht aufzugreifen und fortzuführen.

„Ja, oft sind das dann auch so Männer, die denken, ‚Je, mit der Gymnastik, und so‘ – (...) es ist kein Männersport.“ (ABT1/258-260)

In Klinik A setzt man deshalb auch Mannschaftsspiele, bei denen Gewinner und Verlierer ermittelt werden, in der Erwartung ein, für einen Motivationsschub zu sorgen. Das sportliche Element des Wettkampfs findet Berücksichtigung, mit dem sich Spannung erzeugen lässt, die wiederum – weil dies im Spiel geschieht – als „Spaß“ empfunden werden kann. Allerdings werden mancherlei Vorkehrungen getroffen – Regeln verändert, Spielfelder verkleinert z.B. –, damit es im Eifer des Gefechts nicht zu Gemütsüberhitzungen komme. Bei den Spielen sei gerade zu lernen, so das psychodidaktische Kalkül, den schmalen Grat zwischen Herausforderung und Überforderung zu finden. Das klappt nicht immer zuverlässig:

Abschließend wird ein Hockeyspiel veranstaltet, mit dem u.a. die „Ehrgeizbegrenzung“ geübt werden sollte, so kündigt der Therapeut es an. Das klappt nicht. Alle Teilnehmer (mich eingeschlossen) sind mit großem Einsatz dabei. Herr P. hat danach Rhythmusstörungen, ist sehr geschafft, wie er am nächsten Tag dem Therapeuten erzählt (A7/649-653).

So einfach, wie die wohlmeinende Anweisung klingt, ist sie nicht auszuführen; vielmehr werden einander widersprechende Anforderungen – Spielsinn vs. Zügelung – heraufbeschworen. Machen wir uns klar: Das Engagement der Teilnehmer, von dem die Rede ist, kommt zustande, weil sie die Idee des Mannschaftsspiels ernst nehmen. Es bedarf des Einsatzes, damit die eigene Mannschaft gewinnt. Nur dieser Einsatz schafft es, das Sichvergessen und Fokussieren herzustellen, die das sportliche Spiel charakterisieren. Daher rührt der „Spaß“. Nehmen die Teilnehmer hingegen die Anweisung zur Selbstdisziplinierung ernst, brechen sie die Grundregel des Mannschaftskampfes, ernsthaft einen Gewinner zu ermitteln; sie werden zu Spielverderbern, und der „Spaß“ kann sich nicht einstellen.

In Klinik B verzichtet man denn auch ausdrücklich auf das zweischneidige Schwert des Mannschaftsspiels. Man will keine wettkampftartigen Situationen heraufbeschwören, in denen zwangsläufig Reize zur körperlichen (Über-)Anstrengung gesetzt werden, auf die Spielteilnehmer kaum kontrolliert reagieren können. Als Wettkampfspiel wird allein Boule gutgeheißen, ein Spiel also, das ungehemmten Ehrgeiz zwar gestattet. Dem Gewinnen ist in diesem Fall aber nur gemessene Geschicklichkeit zuträglich und nicht etwa agitierte Anstrengung. Den geschilderten Hürden zum Trotz, die sich der Erzeugung von „Spaß“ entgegenstellen, erhalten Sporttherapeuten diesen Anspruch unverdrossen aufrecht. Es scheint, dass sie der durch medizinisch bestimmte Formen und Zwecksetzung

veranlassten Entsportlichung körperlicher Betätigung dieses sportliche Element zurückgeben wollen.

Um zusammenzufassen: Der konzeptuelle Hintergrund der sporttherapeutischen Arbeit rekurriert nur am Rande auf das Risikofaktorenkonzept. Auf das Potential positiver Veränderungen im Risikofaktorenstatus durch regelmäßiges körperliches Training wird zwar durchaus hingewiesen; weitaus mehr herausgestrichen in der Begründung der Trainingstherapie aber wird die Erschließung funktioneller Reserven des Herzmuskels im Besonderen und des Herz-Kreislauf-Systems im Allgemeinen. Damit bestimmt ein organofokussiertes kardiologisches Konzept, in dessen Mittelpunkt die Herzleistung steht, die therapeutische Zielsetzung des Sports. Medizinisch begründet ist darüber hinaus die Hervorhebung der Leistungslimitierung, an der sich das Training wie an einer Demarkationslinie, die beim Belastungsniveau „sicher“ von „gefährlich“ scheidet, stets auszurichten hat. Die Verschiebung der Grenze nach oben ist angestrebt, verschwinden aber kann sie nicht. Sporttreiben wird deshalb als Gratwanderung konzeptualisiert, die zwischen Gefährdung durch Überanstrengung und Unterforderung hindurchführen muss.

Die medizinischen bzw. krankheitsbedingten Vorgaben setzen den Bewegungstherapeuten einen Rahmen, der mit entsportlichten Versionen von Sport zu füllen ist. Die Entsportlichung bezieht die Motive zum Sporttreiben, die Sportarten sowie die Weisen, sie zu betreiben, ein. Einzig das Moment der kontinuierlichen Aufzeichnung beim FET erinnert an die Praxis der Leistungsaufzeichnung im Sport. Medizinisch aufgeladen wie sie ist, eignet sie sich allerdings gerade nicht zum interindividuellen Leistungsvergleich; wo Patienten dennoch an diese allseits bekannte Sportpraxis anzuknüpfen trachten, werden sie korrigiert. Intraindividuelle Leistungsvergleich hingegen – auch dieser übliche Sportpraxis – findet statt, zunächst als medizinisch begründete Beobachtung konzipiert, die in ihren Einzelheiten Experteninformation bleibt. Leistungssteigerungen werden darüber hinaus Patienten gegenüber aktiv kommuniziert, in motivierender, ermutigender Absicht. Abgesehen wird davon nur dann, wenn die Haltung eines Patienten als zu ambitioniert eingeschätzt wird. Denn die Begrenzung von Ehrgeiz bzw. die Korrektur einer nach sporttherapeutischer Einschätzung verengten Ausrichtung auf rasche Leistungssteigerung ist, wie wir gesehen hatten, ein wesentliches edukatives Ziel, das wiederum dem Sport nicht verwandt ist. Anleitung und Beobachtung im körperlichen Training verbinden Sporttherapeuten mit einem weitreichenden edukativen Anliegen im Sinne einer – wie es landläufig genannt wird – Änderung des Lebensstils. Die Zielsetzung, krankheitsangepasstes Verhalten zu fördern, geht über die Unterweisung in der Beachtung des Trainingspulses weit hinaus, wenn die Erschließung eines mit Wohlbefinden assoziierten Körpergefühls avisiert wird. Auf Einstellungen und Verhaltensweisen, die dem entgegenstehen könnten, wird mit korrigierender Absicht eingewirkt.

Die Instrumentalisierung der Sporttherapie für unmittelbar medizinische Zwecke wird von Bewegungstherapeuten in weiten Teilen gutgeheißen und unterstützt. Dennoch ist es auch sporttherapeutisches Anliegen, in Patienten eine zweckfreie Motivation für Bewegung und Sport zu wecken und somit an Topoi des Sports und der Freizeit anzuschließen. Darin gehen Sporttherapeuten allerdings nicht so weit, dass sie Patienten in der Sportausübung die Übernahme der ansonsten dafür üblichen Leistungsrolle antrügen.

10.2.2 Interdependenz mit den Tätigkeiten des Ärztlichen Dienstes

Dass die Arbeit der Bewegungstherapeuten konzeptuell eng mit den Tätigkeiten des Ärztlichen Dienstes verschränkt ist, ist im vorigen Abschnitt bereits skizziert worden. Im Folgenden gilt es, diese Verschränkung unter dem Gesichtspunkt der Arbeitsteilung zwischen beiden Berufsgruppen und der Form der Delegation zu analysieren. Die Analyse beschränkt sich auf die Interdependenz mit dem Ärztlichen Dienst; anders als im Fall der Diätassistenten gibt es keine thematischen oder Aufgabenüberschneidungen zwischen Bewegungstherapie und anderen Berufsgruppen. Abteilungsintern kooperiert sie freilich mit der Physiotherapie; dennoch sind beider Aufgabenbereiche grundverschieden insofern, als die Physiotherapeuten *Einzel*behandlungen mit ausgewählten Patienten durchführen und ihre Arbeit kaum sekundärpräventiv ausgerichtet ist. Davon abgesehen existiert mit den Sitzungen der Stationsteams in Klinik B ein interdisziplinäres Forum, in das die Sporttherapeuten – anders als die Diätassistenten – kommunikativ und informativ einbezogen sind.

Therapiesteuerung durch kontinuierliche Rückkopplung

Die Zuweisung von Patienten zu Belastungsstufen im FET wie auch den Leistungsgruppen der GG ist allein ärztliche Aufgabe und beruht im Wesentlichen auf der im Belastungs-EKG ermittelten Belastungsgrenze für den Herzmuskel; liegen weitere körperliche Einschränkungen vor, wird die Eingruppierung ggf. modifiziert. Aber auch das ist allein ärztliche Aufgabe. Ein Bewegungstherapeut:

„Also, von der Medizin gesetzt ist einfach die Feststellung der pathologischen Gegebenheiten, der Einschränkungsgrad, alles was messbar ist und messbar eingeschränkt ist – Einschränkungen oder Veränderungen, die durch Medikamente bestimmt werden.“ (ABT5/139-142)

Es gibt hier also keine arztunabhängigen Rekrutierungswege, wie sie für Angebote der Diätassistenten in Klinik A, in geringem Umfang auch in Klinik B, existieren. Ärztliche Zuweisungsentscheidungen werden zudem maßgeblich aufgrund der objektiven Messung eines somatischen Parameters getroffen und hängen nicht von Einschätzungen ab, die sich auf die Willigkeit oder die Lern- und langfristige Umsetzungsfähigkeit von Patienten beziehen. (Ärzte in Klinik A ziehen hingegen – das wurde in Kapitel 8.2 dargelegt – bei Zuweisungsentscheidungen zu Angeboten der Diätassistenten Einschätzungen der „Beratbarkeit“ oder künftigen „Diätfähigkeit“ eines Patienten ins Kalkül.) Zwar werden Einwände von Patienten, das körperliche Training auf einer bestimmten Belastungsstufe sich (noch) nicht zuzutrauen oder es nicht zu verkraften, durchaus ernst genommen und in der Zuweisungsentscheidung berücksichtigt. Aber solche Einlassungen führen nicht dazu, dass das ärztliche (und bewegungstherapeutische) Ansinnen des Trainings aufgegeben wird.

Der Aufgabenbereich der Bewegungstherapie weist im Vergleich mit anderen Berufsgruppen den höchsten Interdependenzgrad mit der ärztlichen Funktion auf. Aus medizinischer Sicht gründet diese Verschränkung in der Prominenz des Ziels, die Funktionseinbuße des Herzmuskels möglichst präzise zu beschreiben und zugleich Funktionsreserven therapeutisch durch Medikation und Training zu erschließen. Das Puls-Monitoring während des FET dient darüber hinaus zur Ermittlung der optimalen Frequenz des Trainingspulses, des Wertes also, der jedem Patienten eine Orientierungsgröße für die empfohlene Fortsetzung des körperlichen Trainings bietet. Die Bewegungstherapie über-

nimmt demnach v.a. mit dem FET eine Monitor-Funktion, bei der Status und Entwicklung der Belastbarkeit von Patienten dokumentiert werden. Für die speziell während des FET erhobenen Informationen gibt es formalisierte und konzentrierte Aufzeichnungsregeln in Form von Protokollen; die Information wird kontinuierlich weitergegeben, von den Ärzten regelmäßig zur Kenntnis genommen, und sie bildet – zusammen mit anderen Befunden – die Basis für ärztliche Schlussfolgerungen: Ist die Medikation Belastungssituationen angemessen? Kann die Belastungsgrenze erhöht oder muss sie gesenkt werden? Schlussfolgerungen der zweiten Art werden in Rücksprache mit Patienten gezogen, bevor sie als Entscheidung ihren Weg zurück zu den Bewegungstherapeuten nehmen. Insofern stellt insbesondere das FET eine Extension der ärztlichen Diagnostik und Therapie dar.

Die anfängliche ärztliche Festlegung der Belastungsgrenze für einen Patienten, an der sich die Bewegungstherapeuten zu orientieren haben, folgt in beiden Kliniken etwas unterschiedlichen Prinzipien: Während in die Zuweisung in Klinik B eine prognostische Schätzung einfließt – wie wird sich die Leistungsfähigkeit eines Patienten während der AHB entwickeln? –, bezieht sie sich in Klinik A auf den diagnostizierten Ist-Stand. Daraus ergibt sich, dass in Klinik B der Ermessensspielraum der Bewegungstherapeuten in der täglichen Trainingsarbeit größer ist: Von ihrer Beobachtung der Tagesverfassung eines Patienten hängt es ab, welcher Anforderung sie ihn im FET aussetzen; sie sind also im Abbott'schen Sinne diagnostisch tätig. Das Vorgehen in Klinik A macht hingegen eine häufigere Anpassung der ärztlich empfohlenen Belastungsgrenze an die Leistungsentwicklung des Patienten erforderlich.

Davon abgesehen umfasst die diagnostische Tätigkeit der Bewegungstherapeuten in beiden Kliniken vornehmlich die Erfassung von Störungen – z.B. Arrhythmien beim EKG-überwachten FET in Klinik B, Blutdruckschwankungen in Klinik A –, die in Abhängigkeit vom Schweregrad entweder eine protokollarische Rückmeldung an den betreuenden Stationsarzt oder die Veranlassung weiterer Diagnostik (Ruhe-EKG) zur Folge hat. *Therapeutisch* dürfen Sporttherapeuten in Klinik B bei bestimmten Vorkommnissen allerdings auch reagieren. So sollen sie, falls ein Patient während des FET „ins Kammerflimmern rutscht“ und defibriert werden muss, das für solche Notfälle bereitstehende Gerät auch einsetzen. Mit Ernst und nicht ohne Stolz betont ein Sporttherapeut, dass sie dafür eigens geschult und autorisiert seien, weil rasches Eingreifen ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Wiederherstellung des „richtigen Rhythmus“ sei. Über die enge Verzahnung ärztlicher und sporttherapeutischer Arbeit hinaus ist hier also von der *Übertragung* einer ärztlichen Aufgabe die Rede – allerdings jenseits täglicher Routine auf das Notfallmanagement beschränkt.

Interdependenz von Gruppengymnastik und ärztlicher Arbeit

Der hohe Interdependenzgrad von ärztlichen und bewegungstherapeutischen Aufgaben zeigt sich hauptsächlich im FET und dem damit in Zusammenhang stehenden schematischen Informationsmanagement. Das FET steht in engem, auch zeitlich unmittelbarem Bezug zu ärztlicher Diagnostik und Therapie. Zwecke (Überwachung bei Belastung, Training) und Mittel sind von der Medizin vorgegeben, wenn freilich auch kongruent mit dem bewegungstherapeutischen Anliegen des Trainings. Mit der GG wird hingegen, wie gezeigt wurde, eine Vielzahl von Zwecken verfolgt, die zum Teil über den Klinikaufenthalt hinausweisen. Vom Mobilisierungs- und Trainingsanliegen einmal abgesehen, sind

diese Ziele unspezifischer als im FET und nur mittelbar auf ärztliche Tätigkeiten bezogen. Ärztlich vorgegeben ist allein die Belastungsgrenze, darüber hinaus haben die Therapeuten freie Mittelwahl, ärztlicherseits gibt es hier weder Vorgaben noch relevantes Wissen. Die über den Trainingszweck hinausgreifenden edukativen Ziele sind mit ärztlichen Ansinnen zwar kompatibel, doch werden sie nur gelegentlich Gegenstand der Kommunikation zwischen Sporttherapeuten und Ärzten. Für Rückmeldungen seitens der Bewegungstherapeuten, die über die routinierte Weitergabe der Protokollierung von Anwesenheit und Pulswerten der Teilnehmer hinausgehen, muss ein besonderer Anlass bestehen: Divergierende Leistungseinschätzungen etwa oder Stürze, Verletzungen, Kollapse, die sich selten ereignen, bilden solche Berichtsanslässe. Obendrein sind es v.a. Verhaltensauffälligkeiten verschiedenster Art – z.B. wenn jemand weint, eine „Fahne“ hat, aggressiv oder besonders ängstlich ist oder sehr leistungsfordernd auftritt –, die Therapeuten veranlassen, Ärzten davon zu berichten und/oder sie um zusätzliche, erklärende Informationen zu bitten. Bewegungstherapeuten fungieren also über ihre spezifische, sich aus der Art der Arbeitsteilung ergebende sporttherapeutische Funktion hinaus als ‚allgemeine Patientenbeobachter‘ – eine Funktion, die sie nicht exklusiv ausüben, sondern mit allen anderen teilen.

Es sind nicht zuletzt organisatorische Bedingungen, die beeinflussen, ob ‚weiche‘ Beobachtungen zu einer Information für andere Health Professionals werden oder nicht. Gibt es keine Stationsteamsitzungen, wie es in Klinik A lange der Fall gewesen ist, liegen Auswahl und Initiative allein bei den Bewegungstherapeuten, und für den Fall, dass sie informieren oder ihrerseits um Information nachfragen, bleibt dieser Vorgang zwangsläufig auf Therapeut und Arzt beschränkt und ist ausschließlich anlassbezogen. In Klinik B dagegen gibt es mit den regelmäßigen Sitzungen der Stationsteams ein institutionalisiertes Forum für das Zusammentragen von Informationen aller Art, und es wird dafür auch weidlich genutzt.²⁵³ Die ansonsten gerade für die Kommunikation zwischen Sporttherapie und Ärztlichem Dienst typische Reduktion und Formalisierung der Information wird in dieser Situation quasi ausgewickelt und mit weiterer Information angereichert.

Einflussnahme auf die ärztliche Therapiesteuerung

Für die Diätassistenz wurde gezeigt, dass Diätassistentinnen unter bestimmten Bedingungen Änderungen ärztlicher Verordnungen zu erreichen suchen und sie unter Umständen faktisch umgehen. Freiräume der letzteren Art nehmen sich Sporttherapeuten nicht. Dem steht vermutlich entgegen, dass die Belastungsgrenze zugleich und unmissverständlich als Grenze zur Gefährdung gilt. Dabei halten Bewegungstherapeuten mitunter ärztliche Eingruppierungen durchaus für erläuterungsbedürftig, weil sie nicht mit ihren eigenen Beobachtungen der Leistungsfähigkeit eines Patienten übereinzustimmen scheinen. Zwei Varianten kommen daraufhin in Frage: den betreffenden Arzt direkt anzusprechen, nachzufragen und ggf. einen Alternativvorschlag zu unterbreiten; oder sich

²⁵³ Die Zuständigkeit für Patienten ist, wie der Name schon sagt, stationsweise geregelt; diesem Prinzip aber folgen nur der Ärztliche und Pflegedienst, alle übrigen Berufsgruppen dagegen nicht. Das bedeutet für jene, dass ihnen jeweils nur ein Teil der Patienten einer Station persönlich bekannt ist, und sie für den anderen Teil Information aus zweiter Hand übermitteln. In Klinik B scheint gerade auch dieser delegatorische Teil reibungslos zu funktionieren, während man in Klinik A seinerzeit noch damit beschäftigt war, sich über ein geeignetes Procedere Gedanken zu machen.

mit dem Patienten ins Benehmen zu setzen und ihm vorzuschlagen, seinen Arzt um eine Änderung zu bitten. Beides kommt vor.

In Klinik B sind es die Sitzungen der Stationsteams, die eine friktionslose und rasche Klärung solcher Sachverhalte erlauben: ob eine Änderung der Leistungsstufe aus ärztlicher Sicht zu verantworten ist oder nicht. Fragen der Leistungseinschätzung werden nicht allein von Sporttherapeuten initiiert; auch von ärztlicher Seite wird um weitere Information oder weitere Beobachtung gebeten. Wenn hingegen auf sporttherapeutischer Seite der Eindruck entsteht, dass sich in ärztliche Eingruppierungsentscheidungen systematische Fehleinschätzungen einschleichen – der Grund kann z.B. eine vermehrte Anzahl ärztlicher Anfänger im Stationsdienst sein, die ihre mangelnde Erfahrung mit zaghaften, auf Sicherheit bedachten Entscheidungen zu kompensieren trachten –, kann dies auf der wöchentlichen Klinikkonferenz zur Sprache gebracht werden. Es geht in dem Kontext dann nicht mehr um die Diskussion einzelner Fälle, sondern darum, den schriftlich fixierten Zuweisungsregeln erneut Geltung zu verschaffen. Eine sofortige Anpassung der einzelnen Zuweisungsentscheidung im Sinne der Bewegungstherapeuten ist nicht garantiert; womöglich ist aus ihrer Sicht noch eine „Phase der Missionsarbeit“ vonnöten. Mit der Bezeichnung „Missionsarbeit“ ist angedeutet, dass bei der Konstellation ‚erfahrener Sporttherapeut – ärztlicher Novize im Stationsdienst‘ aus sporttherapeutischer Sicht die ärztliche Fehleinschätzung aus mangelnder Erfahrung herrührt. Ganz umstandslos kann diese Diagnose allerdings nicht zur Sprache gebracht werden. Es bedarf der geduldigen Einflussnahme – „Mission“ eben –, um die gewünschte Änderung zu erreichen.

Sporttherapeuten in Klinik A stand bis zur Einführung der Stationsteams kein regelmäßiges interdisziplinäres Forum zur Verfügung, in das sie Fragen der Therapiesteuerung hätten einbringen können. Bis dahin lag die Initiative allein bei ihnen, Fragen dieser Art wurden zumeist telefonisch geklärt. Aus Sicht der Sporttherapeuten handelte es sich bei den Nachfragen oftmals um ein Korrekturanliegen der ärztlichen Verordnung: Je nach Gesprächspartner musste dieses Anliegen weniger oder mehr umschrieben werden; und es wurde ihm mehr oder weniger bereitwillig entsprochen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die Einführung der Stationsteams mit ihrer interdisziplinären Besetzung zu einer direkteren Klärung solcher Fragen beigetragen hat. Vermutlich wäre auch die Explizierung von Zuweisungsregeln hilfreich für die Trennung von Sach- und Hierarchiefragen.

10.2.3 Diskussion

Erneut sollen die Systematisierungsangebote aus Kapitel 5 zur Analyse arbeitsteiliger Strukturen nun zwischen Sporttherapie und Ärztlichem Dienst aufgegriffen werden. In der Dominanzperspektive sind die Herkunft oder Auswahl des Fachwissens, der Grad funktionaler Interdependenz, die Veranlassung des Tätigwerdens und die ärztliche Überwachung der Arbeit anderer Berufsgruppen die entscheidenden Merkmale zur Abschätzung von medizinischer Dominanz. Mit Abbott ist für das Konkurrenztheorem zu fragen, wie es um die jurisdiktionale Beherrschung bestellt ist, die die Sporttherapie über ihr Tätigkeitsfeld ausübt. Wichtige Hinweise darauf geben die Kriterien Diagnosestellung, Schlussfolgerung und Behandlung. Ob Elemente des Tauschs die Struktur der Arbeitsteilung charakterisieren, lässt sich anhand des Zugangs zu Klienten, der Eigenständigkeit einer Aufgabe sowie der Veranlassung zum Tätigwerden abschätzen

Dominanzperspektive

Es hat eine Weile gedauert, bis das bis heute gültige Krankheitskonzept der KHK sich in der Kardiologie so weit entwickelt und etabliert hatte, dass Anregungen aus der Sportmedizin und Trainingswissenschaft aufgegriffen und körperliches Training zum wichtigen Therapiebestandteil werden konnten. Der Anschluss ist nicht – wie bei den anderen nichtärztlichen Berufsgruppen – primär über das Risikofaktorenkonzept hergestellt worden, obgleich Bewegungsmangel zu den klassischen Risikofaktoren gerechnet wird, sondern ist vermutlich mit einer gewissen Kongenialität fundamentaler Ideen zu begründen. So liegt die kardiologische Konzeptualisierung der KHK und ihrer Folgezustände als beschädigter und in seiner Pumpleistung deshalb beeinträchtigter Muskel, der gleichwohl prinzipiell einer funktionellen Kompensation zugänglich ist, bereits in begrifflicher Nähe zu Leistung, Belastung und Arbeit; Begriffe, die – um den des Trainings als verdichtete, kontrollierte Belastung ergänzt – ebenso zu den grundlegenden Konzepten des Sports gehören. In der Rehabilitation stammt das Fachwissen über den krankheitsspezifischen Zweck des Trainings und seine Limitierung aus der Kardiologie. Auch die Rationale der Aufzeichnung und Störungserfassung kommt daher. Für die Umsetzung aber wird die Expertise des Sports benötigt.

Die Expertise der Sporttherapie umfasst freilich weitaus mehr als dieses Umsetzungswissen, wie sich insbesondere in der Gestaltung der GG zeigt: Die Organfokussierung nimmt zugunsten multifunktionaler Übungseinheiten ab, die die Sporttherapeuten allein konzipieren und verantworten. Es treten weitgreifende edukative Ziele hinzu, die sowohl grundlegende Verhaltensdispositionen betreffen als auch auf eine Systematisierung und Rhythmisierung der Lebensführung hinauslaufen, auf die Etablierung eines „zivilisationsausgleichenden Lebensstils“ (Franke 1986: 13). All dies ist der von der Medizin gewünschten Lebensführung gewiss zuträglich und geschieht auch in ihrem Sinne, jedoch nicht in ihrem Auftrag.

Der Grad funktionaler Interdependenz von Bewegungstherapie und Ärztlichem Dienst ist vergleichsweise hoch; das zeigt die Bedeutung der Information, die für beide Berufsgruppen wechselseitig steuerungsrelevant ist. Weder können Bewegungstherapeuten ohne vorherige Belastbarkeitsdiagnostik ernsthaft tätig werden, noch können Ärzte Anpassungen in der Medikation sowie Belastbarkeitsprognosen aufstellen, ohne dass ihnen die kontinuierlichen Aufzeichnungen der Sporttherapeuten vorliegen. Auch in konzeptueller Hinsicht steht die Art des Trainings in engem Bezug zum Krankheitsmodell der KHK. Soweit gilt es für das FET. Die GG als der andere wesentliche Tätigkeitsbereich ist hingegen weitaus lockerer mit ärztlichen Tätigkeiten verknüpft. Von der Belastungslimitierung abgesehen, gibt es keine weiteren inhaltlichen Vorgaben und expliziten Erwartungen von ärztlicher Seite. Es besteht wohl Übereinstimmung in grundsätzlichen Richtungsentscheidungen über die Gestaltung, etwa die Minimierung von Verletzungs- und Überlastungsgefahren; darüber hinaus aber gestalten Sporttherapeuten diesen Programmteil eigenständig.

Die Bewegungstherapeuten können nur auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung tätig werden; es gibt keine auf Eigeninitiative gründenden Nebenwege der Rekrutierung oder Selbstrekrutierung von Patienten. Die potentielle Gefährdung durch körperliche Belastung steht dem entgegen. Die Verordnung ist außerdem mit einer patientenindividuellen Spezifizierung ausgestattet, der Belastungslimitierung, und ggf. weiteren ärztlich diagnostizierten Beschränkungen. Ferner sind zumindest beim FET Mittel und Zweck so

eng aufeinander bezogen, dass mit der Zwecksetzung auch bereits die Mittelauswahl feststeht. Das trifft für die GG in der Weise nicht zu; hier ist außer der Belastungsgrenze von ärztlicher Seite nichts vorgegeben (und auch nicht vorgebar).

Wird die Arbeit der Sporttherapeuten ärztlich überwacht? Obwohl die informationelle Verschränkung zwischen ärztlicher und bewegungstherapeutischer Tätigkeit so eng wie sonst mit keiner der hier untersuchten Berufsgruppen ist, wird man doch nicht von einer ärztlichen Überwachung sprechen können. Der gleiche Schluss wurde für die Diätassistenten mit dem Hinweis gezogen, es sei kein Arzt bei ihrer Arbeitsausführung anwesend. Das gilt analog für die Sporttherapeuten. Das Protokoll- und Berichtssystem dient der Beobachtung von Patienten und ihrer Leistungsentwicklung, nicht der Kontrolle bewegungstherapeutischer Arbeit. Innerhalb der medizinischerseits definierten und physiologisch gegebenen Leistungslimitierung gestalten sie ihren Tätigkeitsbereich vor allem in der GG eigenständig. Bezweifelt werden muss außerdem, ob auf ärztlicher Seite ein Überwachungsanliegen überhaupt auszumachen ist. Und wäre es das, fehlte es dort immerhin an Wissen und Know-how um das, was der Kontrolle zu unterwerfen wäre.

Konkurrenzperspektive

Die Frage nach dem Ausmaß, in dem Sporttherapeuten ihren Tätigkeitsbereich jurisdiktional beherrschen, hat zu berücksichtigen, inwieweit Diagnosestellung, Schlussfolgerung und Therapie zu den Merkmalen sporttherapeutischer Arbeit gehören. Wie gesagt, die Zuweisung von Klienten nach dem Kriterium körperlicher Belastbarkeit ist allein ärztliche Aufgabe; Bewegungstherapeuten können nicht parallel dazu diagnostisch tätig sein. Mit den einmal zugewiesenen Patienten arbeiten sie allerdings weitgehend selbständig, wobei alle drei Merkmale von Jurisdiktion vertreten sind: Wie steht es um die Tagesverfassung eines Patienten? Wie belastbar ist er heute? Treten Störungen auf, und wenn ja, welche? Was ist zu tun? Welche Übungen sind für diese Gruppe geeignet? Welches Leistungsverhalten legen Teilnehmer an den Tag? Und so weiter. Sporttherapeuten beobachten und beurteilen die körperliche Leistungsfähigkeit von Patienten über einen längeren Zeitraum und in vielerlei Hinsicht. Begrenzt ist ihr Handlungsrahmen durch die ärztlich festgestellte Belastungsgrenze. Auf diese lässt sich durch Nachfrage und Vorschlag Einfluss nehmen, sie kann aber nicht nach eigenem Urteil revidiert werden. Die Belastungsgrenze von Patienten ist also auch die Grenze, bis zu der Bewegungstherapeuten ihr Tätigkeitsfeld jurisdiktional beherrschen.

Tauschperspektive

Wie schon bei der Diätassistenten charakterisiert der Typus des sequentiellen Tauschs die Form der Arbeitsteilung zwischen Ärztlichem Dienst und Sporttherapie. Der ärztliche Dienst delegiert an sie den größten Teil der mit Sport und Bewegung zusammenhängenden Aufgaben. Damit verzichtet er darauf, die Durchführung dieser Therapien unmittelbar zu kontrollieren. Der Sporttherapie wächst dadurch ein Tätigkeitsfeld zu, das sie zu einem ansehnlichen Teil nach ihrer Expertise gestalten kann. Zugleich begibt sie sich dadurch aber auch, und das in einem stärkeren Maße als die Diätassistenten, in ein hierarchisches (Über-)Weisungsverhältnis. Nicht nur prägt die medizinische Zwecksetzung des Herz-Kreislauf-Trainings das FET direkt und damit einen zeitlich durchaus bedeutsamen Teil der Arbeit von Bewegungstherapeuten. Ferner ist der Zugang zu Klienten strikter als bei den Diätassistentinnen durch Ärzte als Gatekeeper reguliert; dies allerdings in einer

transparenteren Weise, weil für Zuweisungsentscheidungen fast ausschließlich objektivierte Kriterien maßgeblich sind. Gegen die Instrumentalisierung des Sports für medizinische Belange ist auf bewegungstherapeutischer Seite kein Vorbehalt zu entdecken; im Gegenteil scheint das Einverständnis damit umfassend zu sein. Begünstigt wird dies möglicherweise durch eine konzeptuelle Ähnlichkeit, wie sie sich z.B. im Trainingsanliegen zeigt. Zudem flankiert eine von den Sporttherapeuten genutzte Gestaltungsfreiheit in der GG die funktionale und modale Vorgabe beim FET.

Hervorzuheben ist die kontinuierliche Datenlieferung – von einem reziproken Austausch kann allenfalls in den Sitzungen von Stationsteams die Rede sein. Sie stärkt die Anbindung der Sporttherapie an den ärztlichen Arbeitsbereich; zugleich unterstreicht sie die (im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen) relative Bedeutung der Sporttherapie für die ärztliche Tätigkeit. Außerdem bieten Datenaufzeichnung und -lieferung, neben der auch ansonsten dezidierten Beobachtung der jeweiligen Teilnehmer, die Grundlage für Nachfragen, die von bewegungstherapeutischer Seite an Ärzte ergehen mit der Aufforderung, eine Verordnung mit medizinischer Information zu plausibilisieren oder sie zu korrigieren.

Für den Strukturtyp des sequentiellen Tauschs ist die Verschiedenartigkeit der Aufgaben beider Tauschpartner charakteristisch. Keiner kann deshalb die Aufgaben des anderen übernehmen. Dieser Umstand begründet ihre wechselseitige Abhängigkeit.

Im Vergleich zur Diätassistenz ist die Position der Bewegungstherapie strukturell stärker, obwohl sie in mancher Hinsicht in größerer Abhängigkeit zum Ärztlichen Dienst steht. Zur relativen Stärke dürfte manches beitragen: die akademische Ausbildung; der Umstand, dass das Berufsbild nicht – wie bei der Diätassistenz – unmittelbar an traditionell weibliche Rollenelemente anknüpft; außerdem erfolgt die sporttherapeutische Intervention mit dichterem Therapiefrequenz und hat den großen Vorteil, dass sich ihre Wirkungen i.d.R. rasch zeigen – als Leistungssteigerung, Mobilitätsgewinn, Zuversicht bei Patienten –, die z.T. eben auch protokolliert werden. Der höhere Grad an funktionaler Interdependenz hat für die Bewegungstherapie zwei Seiten: eine größere Abhängigkeit von ärztlicher Arbeit, aber auch eine größere Bedeutung für diese.

Anzeichen für eine konzeptuelle Einflussnahme der Bewegungstherapie auf die Medizin gibt es – abgesehen von der lange zurückliegenden Grundsatzentscheidung, die Sporttherapie zu einem wichtigen Bestandteil kardiologischer Rehabilitation zu machen – nicht. Das Risikofaktorenkonzept spielt in der Begründungsarbeit für Sporttherapie eine allenfalls untergeordnete Rolle – ohne dass es in seiner Bedeutung als Hintergrund- und Kontextwissen deshalb geschmälert würde. Es erfährt keine Modifikation durch die Arbeit der Sporttherapeuten. Sie erheben auch keinen Einwand gegen die Instrumentalisierung des Trainings für medizinische Zwecke; die Anliegen beider Berufsgruppen sind diesbezüglich im Einklang. Allenfalls ergänzen Bewegungstherapeuten das funktionalisierte Training durch multifunktionale Körperarbeit.

10.3 „Wie geht es Ihnen heute?“ – Die Arbeit des Psychologischen Dienstes

Diese schlichte Frage steht am Beginn vieler Sitzungen, die von Psychologen geleitet werden. Sie ist ernst gemeint, und sie ist programmatisch. Denn vor allem anderen, als Grundlegung für alles weitere steht die Absicht, Patienten den Zugang zu einer genaueren (Selbst-)Wahrnehmung zu öffnen. Der psychologischen Arbeit liegt die Tatsache zugrunde, dass eine schwere körperliche, zumal chronische Erkrankung oftmals mit erheblichen psychischen Belastungen für Patienten einhergeht. Dementsprechend sehen Psychologen ihre Aufgabe darin, Patienten bei der Krankheitsverarbeitung und der Anpassung an ihre chronische Erkrankung zu unterstützen.²⁵⁴ Die Angebote beinhalten neben Wissensvermittlung die Thematisierung von Verhalten und Emotionen, Übungseinheiten, aber auch die Möglichkeit für Patienten, sich mit ihrer subjektiven Krankheitstheorie zu befassen. Psychologische Interventionen sind teils direkt auf das *Verhalten* gerichtet – Nichtrauchertraining, Umgang mit Stressbelastungen, Erlernen von Entspannungsverfahren etwa –, teils auf die *Interpretation* des biographisch stets einschneidenden Krankheitserlebnisses. Psychologen nutzen dafür die Mittel der Sprache, auch des Schweigens. Ziel ist es, Patienten den Zugang zu adaptiven Strategien²⁵⁵ im Umgang mit ihrer Erkrankung zu erleichtern. Psychologen haben bei Patienten ein Repertoire an Verhalten, Kognition und Emotion im Fokus, das ggf. funktional auch für die von den anderen Berufsgruppen avisierten spezifischen Lebensstiländerungen sein kann. Ihre Arbeit mit Patienten findet statt in Vorträgen vor großer Zuhörerschaft, Kursen mit Teilnehmerzahlen zwischen vier und fünfzehn, Einzelgesprächen und Kriseninterventionen. Das Gros der Patienten erreichen Psychologen also über Gruppenangebote. Das Themen- und Aufgabenspektrum der Psychologischen Dienste beider Kliniken in der Arbeit mit Patienten stimmt – trotz beträchtlicher Unterschiede hinsichtlich personeller Ausstattung und professionellem Standing gegenüber dem Ärztlichen Dienst – in wesentlichen Zügen überein (vgl. Kap. 8.1.3).

Im Berufsgefüge der Kliniken zeichnen sich Psychologen durch eine besondere Stellung aus. Aus ärztlicher Sicht reihen sie sich in die Gruppe nichtärztlicher Berufe ein, an die – der Diätassistenten und Sporttherapeuten darin vergleichbar – bestimmte, medizinisch definierte Aufgaben delegiert werden können und sollen. Zugleich aber weisen Psychologen mit ihrer teilweise heilkundlichen Tätigkeit Attribute einer Profession auf, die sie von anderen nichtärztlichen Berufsgruppen abheben. Zudem ist auf den Ebenen verbandlicher und wissenschaftlicher Artikulation sowie rechtlicher Sanktionierung seit längerem ein professionelles Projekt erkennbar, das auf die Aufwertung psychologischer Expertise zielt und sich implizit am Modell der medizinischen Profession orientiert. Je mehr professionelle Attribute die Psychologie im Kontext medizinischer Rehabilitation folglich auf sich vereint, desto weniger ist damit zu rechnen, dass das medizinische Risikofaktorenkonzept von psychologischer Seite fraglos als Arbeitsgrundlage akzeptiert wird.

²⁵⁴ Weitere Aufgaben, deren Wahrnehmung bei gegebener Personalausstattung allerdings vielfach ein Desiderat sein dürfte, liegen im Arbeits- und Organisationsbereich: Personal- und Teamentwicklung, Qualitätssicherung, Evaluation (Bengel 1997; AK KliPs 2004; BPTK 2004; Worrington 2006; Mariolakou & Muthny 2008; Reese, Jäckel & Mittag 2012a).

²⁵⁵ Im Unterschied zu maladaptiven Strategien; Rauchen z.B. ist – psychologisch interpretiert – ein Verhalten, das durchaus im Dienst der Krankheitsbewältigung stehen kann, indem es Angst reduziert, als Antidepressivum wirkt, der Selbstbehauptung und Normalisierung dienlich ist etc. und freilich bekanntermaßen dennoch der Gesundheit sehr abträglich und deshalb maladaptiv ist.

Zu besagtem professionellen Projekt zählt, dass sich im Berufsfeld der Klinischen Psychologie seit etwa Ende der 1990er Dekade erhebliche Veränderungen vollzogen haben: Manche, wie die berufs- und sozialrechtlichen Kodifizierungen (Psychotherapeutengesetz [PsychThG] 1998/99, Richtlinienverfahren, Studienreform), wirken sich unmittelbar auf die Berufspraxis und rechtliche Stellung von Psychologen auch in Reha-Kliniken aus. Andere, wie das Konzept der Komorbidität psychischer Störungen bei somatischen Erkrankungen (s.u.; Härter, Baumeister, Reuter, Wunsch & Bengel 2002; Rief 2006; Klesse, Baumeister, Bengel & Härter 2008), zielen darauf ab, das psychologische Tätigkeitsfeld in somatischen Reha-Kliniken zu profilieren – ohne dass hier abgeschätzt werden kann, inwiefern die Berufspraxis davon bereits bestimmt ist. Jenseits inhaltlicher und sachlicher Begründung implizieren diese Entwicklungen, sich gegenüber der dominanten Medizin zu behaupten bzw. jenen Bereich zu vergrößern, in dem psychologische Arbeit kollegial zur medizinischen ausgeführt werden kann. Deshalb sind sie hier von Belang. Im Folgenden werden zunächst einige Überlegungen zum professionellen Status der Klinischen Psychologie im institutionellen Kontext kardiologischer Rehabilitation angestellt (Exkurs) – vornehmlich unter Bezugnahme auf Entwicklungen und Ereignisse der Meso- (Verbände, Wissenschaft etc.) und Makroebene (Gesetze und Erlasse). Erst dann wird die Systematik der beiden anderen Teilkapitel wieder aufgegriffen.

Exkurs Unvollendet: Zum professionellen Status der Klinischen Psychologie in der kardiologischen Rehabilitation

Worin liegt nun die Besonderheit Klinischer Psychologen im Vergleich mit den anderen bislang beschriebenen nichtärztlichen Berufsgruppen? Ins Auge fällt eine eigentümliche Spannung zwischen Potential und Anspruch einerseits – beides speist sich aus dem zur Heilkunde gehörenden Gegenstandsbereich Klinischer Psychologie (vgl. Vogel 1999; Rief, Hautzinger, Rist, Rockstroh & Wittchen 2007) – und ihrer zahlenmäßig oft schwachen Vertretung in der einzelnen Klinik andererseits. Seit Öffnung dieses Berufsfeldes für Klinische Psychologen sind sie über lange Jahre hinweg oftmals „Einzelkämpfer“ (Vogel 1989) geblieben, was bedeutet, dass ein Psychologe u.U. für 200 Patienten zuständig war (Doubrawa 2006; Worringer & Küch 2010). Kaum anders stellte sich die Personalsituation seinerzeit in Klinik A dar, allenfalls abgemildert durch einen vorübergehend spürbaren Rückgang in der Belegung. Vielerorts wurde und wird eine ungenügende Stellenausstattung beklagt, die hinter den beharrlich wiederholten einschlägigen Empfehlungen und Forderungen zurückbleibt. Der Status quo wird auf etwa 1,15 : 100 beziffert, bei allerdings großer Varianz (Reese et al. 2012a); in ihren Strukturanforderungen erwartet die DRV-Bund einen Stellenschlüssel von 1,25 : 100 (DRV 2010f). Berufsverbände und Wissenschaftler haben in vergangenen Jahren ein deutlich stärkeres (Personal-)Gewicht für Psychologen für angemessen gehalten (AK KliPs 2004; Engel 2000: 200; Vogel 1989: 58; Herrmann-Lingen, Albus & Tischer 2008: 237). Derzeitige Empfehlungen zum Arbeitsbereich von Psychologen in der kardiologischen Rehabilitation basieren auf der „strukturkonservativen“ Annahme des oben zitierten Status quo in der Stellenausstattung (Reese, Mittag, Bengel, Boll-Klatt, Cordes et al. 2012b).

Berufsrechtliche Professionsmerkmale der Klinischen Psychologie

Psychologenstellen in Reha-Kliniken mit somatischen Indikationen werden üblicherweise mit Klinischen Psychologen besetzt. Diese Bezeichnung ist ein gebräuchlicher und bis

zum Inkrafttreten des PsychThG 1998/99 durch den Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen auch zertifizierter, allerdings berufsrechtlich nicht geschützter Titel, der ausweist, dass ein Kandidat sein Psychologiestudium mit dem Studienschwerpunkt Störungs- und Veränderungswissen absolviert und abgeschlossen hat; im Verlauf der Hochschulstrukturreform mit einem konsekutiven Bachelor- und Masterabschluss, zuvor mit dem Diplom (Heinrichs & Hahlweg 2003; Worringer 2003).

Die Zweistufigkeit der Hochschulstrukturreform sieht den Bachelor als ersten berufsqualifizierenden Abschluss vor, so auch im Fach Psychologie. Darüber hinaus bieten immer mehr Fachhochschulen berufsfeldspezialisierte Studiengänge an, in der Psychologie etwa im Bereich Rehabilitationspsychologie (Rief et al. 2007; Bengel & Stegie 2003; Worringer 2006; Worringer & Küch 2010; Bengel et al. 2013). Wie sich diese Neuerungen auf die Qualifikation „Klinische Psychologie“ im Allgemeinen und auf das Anforderungsprofil von Reha-Kliniken, das diese an Bewerber richten, im Besonderen auswirken werden, in welcher (Qualifikations-)Relation die Abschlüsse untereinander stehen, darüber herrscht in den Berufsverbänden noch Unklarheit (BPtK 2004; Worringer 2006; Rief et al. 2007; Bengel, Gall, Grande, Küch, Mittag et al. 2013).

Die Klinische Psychologie arbeitet – wie die Medizin – auf der Grundlage anthropologischer Konzepte und trägt zu deren Entwicklung bei. Sie begründet Unterscheidungen zwischen dem Normalen und dem Pathologischen theoretisch, erarbeitet also Krankheits- und Störungslehren ebenso wie daran anknüpfende Therapien. Dennoch ist es ihr nicht gelungen, als heilkundlicher Beruf rechtliche Anerkennung zu erlangen (Vogel 1999; Schaeffer 1990; Rief et al. 2007; Heinrichs & Hahlweg 2003). Der Weg zur Heilkunde führt für Klinische Psychologen deshalb nur über eine postgraduierte Vervollständigung ihrer psychotherapeutischen Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren.²⁵⁶ Dass es sich bei Psychotherapie um Heilkunde handelt, hat das Bundesverfassungsgericht 1983 festgestellt. Die Ausübung von Heilkunde aber ist erlaubnispflichtig. Um die damit ausstehende berufsrechtliche Integration ins Gesundheitssystem ist in der Folge lange gerungen worden, sie fand schließlich mit dem PsychThG und seinen Folgeverordnungen 1998/99 ihren Abschluss.²⁵⁷

Mit dem PsychThG liegt seitdem ein Berufsrecht vor, das den Titel „Psychologischer Psychotherapeut“ (PPT) erstmals schützt. Der Berufszugang ist durch Rahmenrichtlinien für die therapeutische Ausbildung (Dauer und Umfang, Akademisierung und Lizenzierung der Weiterbildungsstätten) und durch eine staatlicherseits erteilte Approbation geregelt. Die Berufsgruppe weist in ihrer Organisation viele Züge eines professionellen Standes

²⁵⁶ Als solche gelten tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie und (seit Dezember 2008) die Systemische Therapie. Für die Anerkennung der *Wissenschaftlichkeit* ist seit dem PsychThG (§ 11) der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) zuständig, hälftig besetzt mit psychologischen und ärztlichen Vertretern (www.wbpsychotherapie.de). Nur die drei erstgenannten Verfahren haben außerdem – zu verschiedenen Zeitpunkten – die *sozialrechtliche* Anerkennung als sogenannte Richtlinienverfahren erlangt; die entscheidende Weihe, um psychotherapeutische Leistungen zu Lasten der GKV erbringen zu können (vgl. www.bptk.de/stellungnahmen).

²⁵⁷ Für die Ausübung nichtärztlicher Psychotherapie im Gesundheitssystem hat es zuvor bemerkenswerter legalistischer Hilfskonstruktionen bedurft, etwa des Rückgriffs auf das Heilpraktikergesetz, der Erfindung des Delegations- und des Kostenerstattungsverfahrens – allesamt Modalitäten, mit denen eine berufs- und sozialrechtliche Gleichstellung psychologischer mit ärztlicher Heilkunde nicht zu erreichen war.

auf, darin dem ärztlichen ähnlich (vgl. Stichweh 2005): nämlich Schließungsmechanismen in punkto Bildung, Ausbildung und Wissenssysteme, Lizenzierung und disziplinäre Kontrolle. Approbierte PPTs sind in Kammern organisiert; für eine Versorgung zu Lasten der GKV ist zusätzlich die Mitgliedschaft in einer KV Voraussetzung, die im Weiteren – wie bei Ärzten – die Niederlassung in ambulanter Praxis reguliert.

Dem PsychThG liegt eine medikalisierte Auffassung von Psychotherapie zugrunde, indem es als solche definiert: „jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“.²⁵⁸ Ausdrücklich nicht zur Psychotherapie zählen „psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben“ (§ 1 Abs. 3 PsychThG). Zunächst schien strittig, ob diese Definition auch jene Behandlungen als „psychotherapeutisch“ einschließe, die mit primär körperlich Erkrankten stattfinden (vgl. Kijanski 2000; Vogel 1999) – eine Frage von einigem Belang für die mit somatischen Indikationen befasste medizinische Rehabilitation. Diese Zweifel bestehen unterdessen nicht mehr (vgl. Worrigen 2006; DRV 2010d, 2007b, darin die KTL 2000/2007; allgemein: WBP 2000, WBP 2002; G-BA 2008). Indem die Legal-Definition sich auf den heilkundlichen Aspekt von Psychotherapie konzentriert, bleiben jene Auffassungen unberücksichtigt, die in der Psychotherapie in erster Linie eine „wertregulierende Tätigkeit“ sehen, die auf die „Revision subjektiver Geltungsbestände“ abziele (Schaeffer 1990: 27f.; Buchholz 1999: 162ff.; „Bonner Erklärung“ 2006).²⁵⁹ Die Definition erfasst auch jene weiten Tätigkeitsbereiche nicht, die dem Verständnis der Ausübenden nach durchaus als psychotherapeutisch zu gelten hätten, jedoch im oder an Schnittstellen zum Sozialbereich angesiedelt sind und/oder im fließenden Übergang zur Beratung liegen.

Berufs- und sozialrechtlich hat das PsychThG zweifellos einen Professionalisierungsschub ausgelöst: Psychologischen Psychotherapeuten ist seitdem eine zentralwertbezogene Aufgabe übertragen. Sie greifen auf einen Korpus systematisierten Wissens zurück und wenden es fallspezifisch an. Der Klientenbezug ist individualisiert, Klienten tragen an Psychotherapeuten Probleme von nun anerkannter Relevanz heran. Mit Instrumenten professioneller Selbststeuerung werden Inklusions-/Exklusionsentscheidungen hinsichtlich der Anerkennung von Wissen, Ausbildung und Qualität gefällt. PPTs haben hingegen in mehrfacher Hinsicht keine exklusive Domänenhoheit erlangt.²⁶⁰

Von diesem Schub profitiert haben approbationsfähige und -willige PPTs, nicht aber Klinische Psychologen generell. Nur *ein Teil* psychologischer Tätigkeiten ist seitdem ganz offiziell ins Gesundheitssystem inkludiert und mit Professionsattributen ausgestattet.

²⁵⁸ Mit der Zirkularität der Definition wollen wir uns nicht weiter aufhalten (vgl. Vogel 1999).

²⁵⁹ Was ja nachvollziehbar ist vor dem Hintergrund, dass das PsychThG auch die Voraussetzung dafür schaffen sollte, dass PPTs eigenständig zu Lasten der GKV tätig sein können.

²⁶⁰ Der psychotherapeutische Versorgungsauftrag ergeht auch an Ärzte mit entsprechender Weiterbildung. Die Versorgungsermächtigung für PPTs zu Lasten der GKV ist außerdem an die Mitgliedschaft in einer KV gebunden, einem Organ also, das durch seine Geschichte, Zwecksetzung und Organisationskultur zutiefst dem ärztlichen Stand und dessen Interessen verpflichtet ist. Klientelpolitik wird ihm allerdings auch nach innen nachgesagt: So sieht sich der Verteilungsmodus der – ärztlichen und nun auch psychotherapeutischen – Honorare unter den verschiedenen Fachgruppen des Öfteren dem Vorwurf ausgesetzt, nicht alle Interessen gleichmäßig zu berücksichtigen. Das zu klären, werden bisweilen auch Gerichte angerufen (siehe nur Wigge 2005).

Aus der Perspektive Klinischer Psychologen hat das PsychThG ihnen sogar eine Entwertung ihres Tätigkeitsbereichs beschert, weil diplomierte Psychologen nun nicht mehr befugt seien, psychotherapeutische Leistungen eigenverantwortlich durchzuführen (BPtK 2004). Zudem hat es eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Psychologen mit psychotherapeutischer Ausbildung immerhin vorgezogen, außerhalb des professionalisierten Berufsbereichs zu bleiben und weiterhin mit der Erlaubnis als Heilpraktiker zu praktizieren. Als „Psychotherapie“ dürfen sie ihre Dienstleistung allerdings nicht mehr bezeichnen.

Klinische Psychologie und Rehabilitation

Welchen Stand hat die Klinische Psychologie im Rehabilitationssektor, genauer: in jenem Bereich stationärer medizinischer Rehabilitation, in der überwiegend Patienten mit somatischen Indikationen versorgt werden? Dass für Klinische Psychologen in der stationären Rehabilitation ein Arbeitsfeld entstanden ist, gehe – so wird es berichtet – auf die Initiative eines leitenden Arztes der BfA 1971 zurück (vgl. Doubrawa 2006: 22). Die weitere Entwicklung dieses Berufsfeldes ist – was die Vorstellungen und Aktivitäten des wichtigsten Kostenträgers und deshalb bedeutenden Stakeholders Rentenversicherung betrifft – von Ambivalenz durchzogen: Einerseits wird ausdrücklich auf psychologische Expertise zurückgegriffen; in konzeptueller Hinsicht etwa auf die Lern- und Motivationspsychologie bei Entwurf und Weiterentwicklung der Gesundheitsbildung mit ihrem Ziel der Verhaltensänderung; als Stärkung psychosozialer Aspekte in Rehabilitationsprogrammen für chronisch Erkrankte, um der Programmatik „bio-psycho-sozial“ Geltung zu verschaffen. (Stets geht es ja auch um eine Profilierung dieses um die Chronizität von Erkrankungen kreisenden Versorgungsbereichs gegenüber dem Akutsektor, und die Distanzierung vom despektierlichen „Kur-Image“ ist für etliche Jahre ebenfalls ein durchaus wirkmächtiges Motiv gewesen, vgl. Kap. 2). Andererseits muss die Bereitschaft, die Einstellung von Psychologen in Reha-Kliniken auch gegen den Widerstand ärztlicher Leitung durchzusetzen, als gebremst und opportunistisch bezeichnet werden (vgl. Doubrawa 2006: 27f.; Mäurer 1989: 8). Zudem weicht die Ausstattung der Kliniken mit Psychologen vielfach noch immer von einschlägigen und konsentierten Empfehlungen ab (AK KliPs 2004; Engel 2000: 200; Vogel 1989: 58; Herrmann-Lingen et al. 2008: 237; Grande & Badura 2001: 44; Reese et al. 2012a). Und schließlich: Auf aktuellen Websites kardiologischer Reha-Kliniken – den heutigen Visitenkarten – sind psychologische Abteilungen von allenfalls verhaltener Präsenz (wie alle anderen nichtärztlichen Berufsgruppen ebenfalls).

Fachlich bietet die Psychologie keinen einheitlichen Zugang zum Versorgungsfeld Rehabilitation: Das Spektrum der Erkrankungen ist breit, ebenso das der in Betracht zu ziehenden Verhaltensdimensionen. Eine psychologische Grundlagentheorie steht nicht zur Verfügung; stattdessen arbeiten Klinische Psychologen mit theoretischen Anleihen ganz verschiedener Provenienz, sowohl auf der Erklärungs- als auch der Interventionsebene (Baumann 1992; Langosch, Budde & Linden 1993; Bengel 1997; Worringen 2006; Herrmann-Lingen et al. 2008; Reese et al. 2012a). Allerdings sind mittlerweile mancherlei Ansätze zur Beförderung der wissenschaftlichen Ausdifferenzierung zu verzeichnen, die auf die Etablierung und universitäre Verankerung des Faches Rehabilitationspsychologie zielen und ihren Niederschlag auch in der Konzipierung grundständiger Studiengänge und Weiterbildungen finden. Die Diskussion über das Für und Wider solcher Bestrebungen hält an (Bengel & Willmann 2000; Bengel & Stegie 2003; Worringen 2003; BPtK 2004; AK KliPs 2006; Rief et al. 2007; Bengel et al. 2013).

Die Frage, ob *Psychotherapie* überhaupt zu den Aufgaben Klinischer Psychologen in einer somatischen Reha-Klinik gehört, ist bereits im langen Vorlauf zum PsychThG und selbst nach seiner Verabschiedung noch kontrovers diskutiert worden (Doubrawa 1995; Kijanski 2000; Wolters 2000; Buschmann-Steinhage 2000; Vogel 1999). Die Kontroverse drehte sich in erster Linie um die Frage, wie sich das bisherige und künftige Berufsfeld anhand des neuen Kriteriums „Approbation“ hinsichtlich Status und Kompetenz sortieren würde. Zur Disposition standen nicht nur die Anerkennung bisheriger psychologischer Tätigkeiten als „Psychotherapie“ (im Zuge von Übergangsregelungen für die Approbation) sowie die Festschreibung von „Psychotherapie“ als zum psychologischen Aufgabenbereich gehörig; Schritte, die zum beträchtlichen Teil im Interpretationsraum von Reha-Kliniken und vor allem Kostenträgern lagen. Konsequenterweise war auch dem neu entstandenen Kompetenzgefälle zwischen approbierten Psychotherapeuten und diplomierten Psychologen Rechnung zu tragen durch veränderte Qualifikationsanforderungen, Aufgabenzuteilungen ebenso wie Honorierung und Zuerkennung von Leitungsbefugnis an approbierte Psychotherapeuten analog der von Fachärzten. Schlussendlich hat sich die BfA als zögerlichster unter den Prozessbeteiligten der Position angeschlossen, Psychotherapie als zwar kleinen, dennoch „offiziellen“ Aufgabenbereich selbst in somatischen Reha-Kliniken anzuerkennen. Beide Fassungen der KTL (2000, 2007), die nach dem PsychThG veröffentlicht wurden, sehen eine differenzierte Erfassung sowohl klinisch-psychologischer als auch psychotherapeutischer Leistungen vor (DRV 2007b: 350-359; Engel 2000; kritisch im Vorfeld: AK KliPs 2005). Die DRV strebe den Einsatz psychologischer Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation an, „um auch der psychischen Komorbidität in der somatischen Rehabilitation gerecht zu werden“. Die Approbation von Diplom- bzw. Master-Psychologen wird als Merkmal der Strukturqualität der einzelnen Klinik bezeichnet, ohne dass die DRV allerdings bislang eine entsprechende Verpflichtung für die von ihr belegten Kliniken daraus ableite (Worringen 2006: 108; Worringen & Küch 2010: 224) oder dieses Merkmal Bestandteil der Erhebung der Strukturqualität wäre (DRV 2007a, 2010f; aber: Reese et al. 2012b). Herausgestrichen werden psychotherapeutische Anteile im psychologischen Kompetenz- und Anforderungsprofil weder von Seiten der Rentenversicherer noch Klinischer Psychologen. Vielmehr sind sie unter der Rubrik „psychologische Interventionen“ subsumiert, die sowohl einzelne Patienten als auch Gruppen adressieren können (z.B. Worringen 2006; AK KliPs 2004; Engel 2000; Herrmann-Lingen et al. 2008: 237).

Ansonsten liegt die Betonung auf der diagnostischen und instrumentellen, auf die Befähigung zur Änderung des Lebensstils gerichteten Expertise. In Einschränkung des Postulats, einen „ganzheitlichen“ Behandlungsansatz zu verfolgen, wird z.B. durch das entsprechende Fachreferat der DRV darauf hingewiesen, dass psychologisch-diagnostische Aufgaben im Zusammenhang mit dem rehabilitationsdiagnostischen Urteil stehen, nämlich zur Präzisierung von Reha-Zielen, Reha-Plan und sozialmedizinischer Beurteilung beitragen sollen: „Die entsprechende psychologische Untersuchung konzentriert sich auf die psychischen Faktoren der Krankheit bzw. Krankheitsfolgen“ (Worringen 2006: 104). Aus den Reihen Klinischer Psychologen ist zu lesen, es gelte, Patienten in „Selbstkompetenz“ zu schulen; gemeint ist die Befähigung zur Lebensstiländerung im Sinne des Risikofaktorenkonzepts. Dazu trügen neben verhaltenstherapeutischen Interventionen vor allem Curricula, Psychoedukation und Training bei, kurzum: Maßnahmen, „die den Patienten in die Lage versetzen, sein Gesundheits- und Bewältigungsverhalten aktiv zu verändern. Erst dadurch kann er den modernen Rehabilitationszielen gerecht werden“ (AK

KliPs 2004; vgl. Doubrawa 1995: 41f.; Bengel et al. 2013). Bemerkenswert ist die Deutlichkeit, mit der die Anpassung von Patienten an institutionell formulierte Ziele für erstrebenswert gehalten wird. Die psychologische Expertise folgt zum einen thematisch und in der Zielsetzung einer somatischen Krankheitstheorie (Verhaltensänderung) und zum zweiten einem Rehabilitationsverständnis, das auf Wiederherstellung von Rollenfunktionalität gerichtet ist. Eine psychologische Theorie, die Verhalten von Patienten nicht nur als pathogenetisch und maladaptiv „wegtrainieren“ will, sondern dieses zunächst in seiner Funktionalität und „Psychoökonomie“ versteht, ist daraus nicht ersichtlich. Man vermag sich auch nicht so recht vorzustellen, wie unter dieser Bedingung thematischer Einführung sich ein Charakteristikum psychotherapeutischer Beziehungen entfalten könnte: dass im Prinzip alles gesagt werden dürfe, die Aussparung von Themen hingegen begründungspflichtig sei (Schaeffer 1990: 63f.; Buchholz 1999: 157ff.). Dieses als „thematische Diffusität“ bezeichnete Merkmal ist eigentlich konstitutiv für die psychotherapeutische Arbeit mit Klienten, kennzeichnet allerdings weder Vorstellungen der Rentenversicherer noch Verlautbarungen der Berufsgruppe selbst.

Für die rehabilitationspsychologischen Aufgaben hinsichtlich Intervention und Training stehen verschiedene Ansätze, Techniken und Schulen zur Verfügung, die sich – ohne dass es darüber je eine Verfügung oder Entscheidung gab – im Laufe der Jahre (der Praxis!) als Methodenarsenal institutionalisiert haben. Bei den Entspannungsverfahren sind dies z.B. die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR) oder das Autogene Training nach Schultz (AT); beide Verfahren wurden von Medizinerinnen entwickelt.²⁶¹ Für die im eigentlichen Sinne psychotherapeutische Arbeit ist als theoretischer und Ausbildungshintergrund die kognitive Verhaltenstherapie in Reha-Kliniken stark vertreten;²⁶² andere

²⁶¹ Die PMR wurde in den 1930er Jahren vom amerikanischen Arzt und Physiologen Edmund Jacobson (1888-1983) entwickelt, das AT in den 1920er Jahren vom deutschen Psychiater und Psychotherapeuten Johann Heinrich Schultz (1884-1970). Beide Verfahren sind gleichermaßen etabliert und waren zeitweise – außerhalb der Rehabilitation – geradezu populär (ausweislich der Kursangebote an Volkshochschulen). Im Zusammenhang mit dem AT ist offenbar kaum bekannt (jedenfalls wird so gut wie nie darauf hingewiesen), dass ihr Erfinder Schultz während des Nationalsozialismus als stellvertretender Direktor des Deutschen Instituts für Psychologische Forschung und Psychotherapie in Berlin (genannt „Göring-Institut“ nach seinem Leiter Matthias Heinrich Göring, ein Vetter Hermann Görings) seine homophoben und antisemitischen Überzeugungen zur Grundlage seiner wissenschaftlichen und klinischen Arbeit machen konnte. Nach Kriegsende hat er die Entwicklung der bundesdeutschen Psychotherapie wesentlich beeinflusst und stets bestritten, ein Parteigänger der Nationalsozialisten gewesen zu sein (Brunner & Steger 2006).

²⁶² Siehe auch Herrmann-Lingen 2005, Barth, Härter, Paul & Bengel 2005, Barth, Härter & Bengel 2006, Helmes, Schumacher & Bengel 2007, Klesse et al. 2008. Wenn die Dominanzthese von Freidson zuträfe, wäre zu erwarten, dass die kognitive Verhaltenstherapie dieses Rehabilitationsfeld beherrscht. Für die lerntheoretisch basierte VT ist kennzeichnend, dass sie einzelne, als fehlangepasst klassifizierte und aktuell gezeigte Verhaltensweisen zu ihrem therapeutischen Gegenstand erhebt und die Therapie demzufolge in einem Umlernen im weitesten Sinne besteht. Konzeptuell verwandt ist die VT mit dem Risikofaktorenkonzept insofern, als dessen sekundärpräventive Konsequenz die Änderung einzelner gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen nahelegt. In die gleiche Richtung weist die Äußerung eines Interviewpartners: Die VT vertrete den Anspruch, „dass man einzelne Verhaltensweisen – und das passt dann wirklich genau auf das Risikofaktoren-Modell – (...) isolieren kann und diese als vereinzelte Phänomene behandeln und auch modifizieren kann. Das ist also der explizite Anspruch und das Versprechen der Verhaltenstherapie. Und daher ist Verhaltenstherapie (...) schon immer sehr, sehr interessiert gewesen (...) an z.B. solchen Themen und Verhaltensweisen wie Rauchen. Und von daher liegt nahe, dass Verhaltenstherapie für jemanden, der im Rahmen des Risikofaktoren-Modells denkt (...), dass in so einer Denkwelt jemand, der

psychotherapeutische Verfahren sind damit nicht ausgeschlossen und die Auswahlmöglichkeiten auch nicht auf die drei bzw. vier Richtlinienverfahren beschränkt (vgl. die KTL 2000, 2007 in DRV 2007b; Reese et al. 2012a). Empfohlen wird eine Kombination supportiver, kognitiver, verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Elemente (Herrmann-Lingen et al. 2008: 237ff.; Herrmann-Lingen 2005: 96). Über die Methoden der Wahl wird auf Ebene der einzelnen Klinik entschieden. Nominell befindet darüber die ärztliche Leitung (vgl. Kijanski 2000); inwieweit dies auch faktisch geschieht, in welchem Maße darüber interdisziplinäres Einvernehmen gesucht und hergestellt wird, dürfte von Fall zu Fall von personellen und fachlichen Konstellationen abhängen.²⁶³ Das bedeutet, dass von professioneller Selbststeuerung – hier: als Entscheidung über die Methodenwahl – nur bedingt die Rede sein kann. Bestenfalls wird sie gewährt, und es mag sich lokal ein Gewohnheitsrecht daraus entwickeln. Als ausgebildetes Recht, das gleichermaßen selbstverständlich und personenunabhängig ausgeübt werden kann, existiert sie hingegen nicht.

Klinische Psychologie und das Konzept psychischer Komorbidität

Die trotz erheblicher Forschungsanstrengungen nach wie vor ungeklärte Frage, wie psychosoziale Variablen als *unabhängige* Risikofaktoren für die Entstehung einer KHK oder das Auftreten eines Herzinfarktes und im weiteren Krankheitsverlauf wirksam sind, dürfte einer pragmatischen Wende Vorschub geleistet haben: Vermehrt konzentrieren sich epidemiologische Untersuchungen darauf, die Prävalenz von insbesondere affektiven und Angststörungen zu erheben sowie deren prognostische und klinische Bedeutung für den Therapieverlauf bei somatischen Erkrankungen nachzuweisen²⁶⁴ und so die klinische Relevanz psychischer Komorbidität hervorzuheben (Herrmann-Lingen & Buss 2002; Rugulies 2002; Härter et al. 2002; Wunsch, Rundel, Härter & Bengel 2002; Barth, Schumacher & Herrmann-Lingen 2004; Yusuf et al. 2004). Von den Faktoren Depressivität und depressive Störung wird angenommen, dass sie den Krankheitsverlauf sowohl unmittelbar auf der somatischen Ebene als auch der Ebene von Verhalten (geringere Compliance im Hinblick auf Medikationsregime, ärztliche Empfehlungen, höhere Prävalenz von Rauchen, geringere Bereitschaft zur Lebensstiländerung) nachteilig beeinflussen (Herrmann-Lingen & Buss 2002). Patienten mit depressiven Störungen erfahren zudem weniger soziale Unterstützung als psychisch gesunde Patienten; außerdem verursachen

daherkommt und sagt, ‚Es gibt doch diese Verhaltensweisen, und ich habe da die Strategien, wie man diese modifizieren kann‘, dann gibt es zwei Paar strahlende Augen, die sich angucken“ (BPS2/304-316).

²⁶³ Zu den Umständen in den untersuchten Kliniken s. Kap. 10.3.1.

²⁶⁴ Von KHK-Patienten werden folgende Prävalenzraten berichtet: psychische Belastungen (GHQ-12) 37,2%, depressive Belastung (HADS-D) 9,7%, Ängstlichkeit (HADS-A) 12,4%. Zur 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen werden Raten zwischen knapp 30% (Härter et al. 2007, Kap. 5) und knapp 46% (Baumeister et al. 2004) angegeben. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung liegen für affektive und Angststörungen die Odds Ratios kardiovaskulär erkrankter Patienten zu verschiedenen Messzeitpunkten (4 u. 12 Wochen, Lebenszeit) zwischen 1,4 und 2,5 (Baumeister, Höfler, Jacobi, Wittchen, Bengel & Härter 2004: 37). Der Faktor Depressivität erhöht das KHK-Risiko im Vergleich zu psychisch Gesunden um 1,64 (Rugulies 2002). Für Patienten mit einer manifesten KHK und depressiven Störungen oder Symptomen verdoppelt sich das Mortalitätsrisiko in den kommenden zwei Jahren (Barth et al. 2004).

sie höhere Kosten durch längere und vermehrte (somatisch ausgerichtete) Behandlungsepisoden (Herrmann-Lingen & Buss 2002; Baumeister & Härter 2005; Frasure-Smith, Lespérance, Gravel, Masson, Juneau 2000).

„Komorbidität“ heißt, dass bei einem Menschen mehr als eine Erkrankung in einem definierten Zeitraum auftritt; sprachlich bleibt eigentlich offen, ob es sich um das gleichzeitige Auftreten von zwei (oder mehr) somatischen Erkrankungen, psychischen Erkrankungen oder eben einer somatischen und psychischen Erkrankung handelt (Härter & Baumeister 2007: 2). Die tatsächliche Begriffsverwendung weicht von dieser ‚egalitären‘ Definition insofern ab, als zumeist von einer Index- und Begleiterkrankung die Rede (Barth et al. 2006; Klesse et al. 2008; Härter et al. 2002; Härter, Baumeister & Bengel 2007; Herrmann-Lingen 2008) und damit ein hierarchisches Begriffskonzept erkennbar ist; das entspricht einer älteren Begriffsverwendung von Feinstein (1970). Eindeutig aber wächst der als ‚Komorbidität‘ bezeichneten Störung Bedeutung im Sinne von Krankheitswert zu. Im Forschungskontext werden Fragen zur Ätiologie und Pathogenese zurückgestellt, der Begriff transportiert keine kausale Konnotation. Gleichwohl durchziehen Annahmen zu zeitlichen und kausalen Wirkungszusammenhängen die Untersuchungen (Härter & Baumeister 2007: 3ff.; Klesse et al. 2008), bzw. die Wirkung therapeutischer Interventionen auf komorbide Faktoren und den weiteren Krankheitsverlauf wird untersucht (Barth et al. 2006; Lespérance, Frasure-Smith, Koszycki et al. 2007; ENRICHD-Investigators 2003; Reese et al. 2012c).

Diese Entwicklung ist dazu angetan – so sah es längere Zeit aus –, die Position der Klinischen Psychologie innerhalb der Rehabilitation zu stärken: An die Anerkennung der klinischen und Versorgungsrelevanz psychischer Komorbidität schließt die versorgungsbezogene Argumentationsfigur an, dass eine unentdeckte und folglich unbehandelte psychische Komorbidität auch und gerade den somatischen Krankheitsverlauf mittelbar und unmittelbar negativ beeinflusst (Hahn, Baumeister & Härtel 2007; Baumeister & Härter 2005; Bengel et al. 2013). Eine problemangemessene Versorgung würde demgegenüber den psychologischen Part nicht nur spezifizieren (Screening, Diagnostik, Intervention), sondern ihm würde auch ein stärkeres Gewicht zukommen (Baumeister et al. 2004). Das Argument impliziert, dass über den unabhängigen Therapiebeitrag der Psychologie hinaus (z.B. eine Depression um ihrer selbst willen zu behandeln) eine Katalysatorwirkung psychologischer Interventionen zu erwarten wäre: Eine bedarfsgerechte psychodiagnostische und -interventive Versorgung versetzte einen beträchtlichen Teil der Patienten überhaupt erst in die Lage, dass den versammelten Bemühungen *aller* Berufsgruppen, Patienten zur Lebensstiländerung zu motivieren und zu befähigen, Erfolg beschieden sein kann.

Zwei Sachverhalte gefährden diese aus psychologischer Sicht optimistische Deutung: Zum einen kommt – bezogen auf Depressivität und depressive Störungen – die Medikation als therapeutische Option in Betracht, alternativ oder ergänzend zu psychologischen und psychotherapeutischen Interventionen (Herrmann-Lingen 2008; Barth 2008; Herrmann-Lingen & Buss 2002); man hätte also auch einen steigenden Einfluss psychiatrischer Konzepte zu konstatieren. Zum zweiten sind die Befunde aus Untersuchungen ernüchternd, in denen die Wirkung von auf Depressivität gerichteten Interventionen bei KHK-Patienten geprüft wurden (Lespérance et al. 2007; ENRICH-D-Investigators 2003; Barth et al. 2006; siehe dazu auch Barth 2008; Herrmann-Lingen 2008). Effekte auf die Mortalität konnten nicht erzielt werden; des Weiteren erwiesen sich aber auch die spezifischen psychotherapeutischen Interventionen zur Reduktion von Depressivität als der Standardbehandlung nicht überlegen: „It remains to be demonstrated that any forms of psychotherapy is superior to clinical management in reducing depression symptoms in this group“ lautet das Fazit der einen Untersuchungsgruppe (Lespérance et al. 2007: 377f.). Es hat den Anschein, als sei das Bemühen um psychologische Spezifität vor allem in therapeutischer Hinsicht erfolglos geblieben. Andererseits wurden aus einer Studie sogar *adverse* Effekte psychologischer Interventionen für Frauen berichtet. Daraufhin empfiehlt die deutsche Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (DLL-KardReha), Frauen nur nach individueller psychologischer Beurteilung den psychoedukativen Programmbestandteilen zuzuweisen (DGPR 2007: 25).

Auf die Diskussion um die interne und externe Validität der genannten Studien kann hier nicht weiter eingegangen werden (siehe dazu Herrmann-Lingen 2005; Barth 2008). Wichtig festzuhalten ist, dass auf der wissenschaftlichen Ebene die Psychologisierung der medizinischen Konzeptualisierung der KHK sich nicht als einfacher Durchmarsch gestaltet. Die bisherigen Ergebnisse sprechen nicht unbedingt dafür, dass auf der Versorgungsebene die psychologischen Therapiebeiträge weiter spezifiziert werden müssten.

10.3.1 Konzeptuelle Hintergründe: Die Biographisierung der Krankheitserfahrung

Konzeptuelle Freiheiten und ihre Grenzen

Psychologen beider Kliniken schilderten, dass sie faktisch über Grundsätze ihrer Abteilungsprogrammatisierung selbst entscheiden. In Klinik B konnte so beispielsweise eine Abteilung mit gesprächspsychotherapeutischer Prägung entstehen. Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie werden in Kontexten angewandt, wo die Psychologen sie für sinnvoll halten, nämlich in der Arbeit mit „isolierten Risikofaktoren“, wie Rauchen oder „die Übergewichtsgeschichte“. Das ‚fachliche Bekenntnis‘ hingegen liegt in der anderen Richtung und wird, auf Nachfrage hin, mit Verve vertreten. Ebenso eindeutig in der fachlichen Bevorzugung hatte man sich für eine adaptierte Form des AT als Methode des Entspannungstrainings entschieden. Über Stellenbesetzungen, die im Laufe der Zeit fällig waren, entschied formell die ärztliche Leitung, sie tat dies aber – so wurde von Psychologen berichtet – in enger Abstimmung mit der psychologischen Abteilung.

Über eine Einschränkung bei der Umsetzung psychologischer Prinzipien zugunsten eines ärztlichen Anliegens – die Sicherstellung der Intervention (NRT) bei Rauchern – ist bereits berichtet worden (s. Kap. 8.3.1). Virulent war dieser Konflikt zur Zeit der Feldforschung nicht mehr. Mit dem Argument: Rauchen sei ein so bedeutender Risikofaktor,

den man nicht einfach unbehandelt lassen könne, hatte die ärztliche Leitung darauf gedrungen, (noch) rauchende Patienten zur Teilnahme am NRT zu verpflichten. Dieses Ansinnen stand der Überzeugung der Psychologen entgegen, eine Pflicht zur Teilnahme könne die Bereitschaft zur Rauchentwöhnung nicht befördern, sondern rufe im Gegenteil Abwehr hervor. Die Psychologen bekunden, Möglichkeiten gefunden zu haben, durch die Gestaltung der Überweisungsregeln und die Konzipierung des NRT die befürchtete Reaktanz teilnahmeverpflichteter Patienten zu minimieren. Wenn sie ohne Konfliktkosten wählen könnten, würden sie vermutlich für die Freiwilligkeit der Teilnahme optieren. Umgekehrt geht auf psychologischen Einfluss zurück, dass in Klinik B auf eine Objektivierung von Patientenangaben zu ihrem Rauchverhalten per Bluttest verzichtet wird (B2/1074-1087; B3/1385-1408). „Wer Raucher ist und es nicht sagt, sitzt nicht in diesem Kurs“, wird etwa Teilnehmern eines NRT beschieden (B2/1071f.).

Das grundsätzlich bestehende „sehr hohe Maß an Eigenständigkeit“, die Einschätzung, „in vielen Dingen selbstbestimmt arbeiten“ zu können, finde seine Grenze in besagtem „Indikationsmodell“ und der Einbindung in den institutionellen Kontext der Rehabilitation, in dem ein Standardprogramm nun einmal vorgesehen sei (BPS1/356-373; 740-754). Dieser Einschränkung gewahr, verbleibe dem einzelnen Psychologen dennoch mehr Handlungsspielraum als etwa dem einzelnen Stationsarzt, wird von psychologischer Seite gemutmaßt (BPS3/331-335).

Die seinerzeit einzig verbliebene Psychologin der Klinik A betonte ebenfalls, dass fachliche Entscheidungen in ihrem Arbeitsbereich von ihr gefällt und vertreten würden. Sie hatte ihren fachlichen Bezug gleichfalls zur Gesprächspsychotherapie, gab hingegen einer adaptierten Form der PMR als Entspannungsmethode den Vorzug. Dies mit der Begründung, die PMR sei für die LVA-Klientel leichter zu lernen und generell für Herzpatienten leichter zu akzeptieren als AT. Trotz dieser Beispiele für unangefochtenen Entscheidungsspielraum stand ihr professionelles Standing lange Jahre nicht unter dem Zeichen wohlwollenden Gewährenlassens durch die ärztliche Leitung. Vielmehr habe sich der Spielraum aus der „Ignoranz der Klinikleitung“ ergeben, „der es völlig wurscht war, was für Konzepte die Psychologie vertreten hat, weil sie die ohnehin nicht kannte, sich damit nie beschäftigt hat, es darüber nie Diskussion gab“ (APS1/153-155).²⁶⁵ Als Psychologin habe sie sich „auch immer als Gegengewicht gegen diesen einseitig somatischen Ansatz gesehen“ (APS1/163f.).

Freiheit, die sich durch Ignoranz der ärztlichen Leitung ergibt, ist allerdings kein konstantes Merkmal des psychologischen Handlungsspielraums in Klinik A gewesen. Personalentscheidungen hatte die vormalige ärztliche Leitung durchaus an sich gezogen. Sie beabsichtigte z.B., die seit mehreren Jahren vakante zweite Psychologenstelle mit gesundheitspädagogischer Qualifikation auszustatten, und hatte schließlich durchgesetzt, dass der Posten mit einer Psychologin ohne Kompetenz in Klinischer Psychologie besetzt wurde, die dann hauptsächlich Aufgaben in Gesundheitsbildung und -training wahrnahm. Diese Form der Arbeitsteilung und Spezialisierung hatten weder die Psychologin noch die anderen in der Gesundheitsbildung engagierten nichtärztlichen Fachkräfte gut-

²⁶⁵ Von der Klinikleitung wurden Äußerungen wie ‚die Seele sei ein überflüssiger Luxus‘ kolportiert; außerdem war im Mitarbeiterkreis noch die Diffamierung der Mitarbeiter der Psychologischen Abteilung als „Psychokokken“ erinnerlich.

geheißen. Besagte Personalentscheidung hatte also durchaus konzeptuelle Konsequenzen. Während der Feldforschung (in diese Zeit fiel der Wechsel der Klinikleitung) liefen Bemühungen zur Wiederbesetzung der nunmehr abermals vakanten zweiten Psychologenstelle an. Das gemeinsame Anliegen der neuen ärztlichen Leitung und Psychologin war nun, die Kompetenz in Klinischer Psychologie einschließlich Psychotherapie zu stärken. Eine Zäsur in der hierarchisch-konfrontativen Ausübung ärztlicher Leitung war aber erst mit besagtem Personalwechsel eingetreten. So sehr diese Zäsur zu begrüßen sein mag, zeigt sie doch unmissverständlich, in welchem Maße die professionelle Selbststeuerung einer psychologischen Abteilung von personellen Zufällen und Konstellationen abhängt. Das ist als Schwäche im professionellen Status der Psychologie gegenüber der Medizin auszulegen. Die Begebenheit wirft auch ein Licht auf den, zumindest seinerzeit, mangelnden Steuerungswillen des Kostenträgers.

Risikofaktorenkonzept: Akzeptanz und Abgrenzung²⁶⁶

Der Zuschnitt des psychologischen Aufgabenbereichs mit den Themen Sucht, Stress, Krankheitsbewältigung und Lernen weist unverkennbar den strukturellen Einfluss des Risikofaktorenkonzepts aus – mit der Fokussierung bestimmter Risikofaktoren in der Problemauswahl und deren avisierten Bearbeitung: Aus dem Risikofaktorenkonzept leitet sich „unsere *offizielle* Daseinsberechtigung in der Rehabilitation“ ab; und folglich werde erwartet, dass „wir für Entspannungstherapien sorgen, dass wir für den Stressabbau sorgen, dass wir Nichtrauchertraining und Übergewichtstraining leisten. Das ist etwas, was formal von den Psychologen erwünscht ist“ (BPS3/120-128). Diesen Auftrag nehmen die Psychologen nicht nur an, sondern auch ernst: „Diese Risikofaktoren“ spielten „ja auch eine Rolle“, weshalb es „auch wichtig [ist], den Patienten davon in Kenntnis zu setzen, dass er da mit sich eigentlich was machen muss, damit es ihm unter bestimmten Bedingungen einfach besser geht“ (BPS3/155-159). Man sitze nicht im „Elfenbeinturm“ und konzentriere sich allein auf den „Psycho-Stress“, sondern „die anderen Risikofaktoren sind für mich natürlich beim Betrachten der einzelnen Person wichtig“, gehören also zum Kontext dessen, worauf sich die psychologische Aufmerksamkeit richtet (BPS1/279-285). Die strukturierende Kraft des Risikofaktorenkonzepts ist anerkannt:

„Es [das Risikofaktorenkonzept] hat natürlich einen hohen Einfluss insofern, als dass wir uns da auch thematisch dran orientieren, und da bin ich auch wirklich dafür, dass das auch geschieht, so wie es geschieht hier.“ (BPS2/105-108)

Generell sei für Psychologen aber wichtig, „dass man nicht so eine trockene Risikofaktorenarbeit macht“ (BPS2/18-23). Gerade die Tatsache, dass sich aus dem Risikofaktorenkonzept klare Aufgaben und Ziele ableiten ließen, berge die Gefahr der Langeweile:

„Nur, also generell wäre mir das [mit Patienten an Risikofaktoren zu arbeiten] als Arbeit zu wenig. Ich hätte keine Lust, den ganzen Tag nur Nichtrauchertraining, Übergewichtstraining ... ja gut, Stressbewältigung kann man dann entsprechend variieren, das wäre dann eine gute Möglichkeit. Aber ansonsten damit den Tag zu füllen, das wäre mir nicht genug.“ (BPS3/160-164)

²⁶⁶ Die folgenden Ausführungen beziehen sich allein auf Klinik B und können in dieser Form nicht auf Klinik A übertragen werden. Die Beschränkung erfolgt aus Gründen des Informantenschutzes und kann nicht näher erläutert werden. Hier möge der Hinweis genügen, dass die psychologische Selbstdarstellung in Klinik A sich enger an die Programmatik ‚Befähigung zur Lebensstiländerung‘ anlehnt, also instrumenteller ausgerichtet ist, als es dem Selbstverständnis der Psychologen in Klinik B zu entnehmen ist.

Am interessantesten aus dem Arbeitsbereich Risikofaktoren ist für Psychologen also noch das Thema Stress, denn hier bieten sich nicht nur thematisch und interventionell vielfältige Anknüpfungspunkte; auch konzeptuell weist dieser Risikofaktor bereits über die üblichen hinaus, denn er stehe „nicht *neben* dem Rauchen“, sondern sei „offenbar irgendwo übergeordnet“ (BPS2/452-468). Arbeitsbereiche jenseits der Risikofaktoren seien „viel feinfühlicher“ und in Zielsetzung und Vorgehensweise weniger klar bestimmbar (BPS1/1120-1127) – worin offenbar ihr Reiz besteht.

Die oben zitierte Akzentuierung der „*offiziellen* Daseinsberechtigung“ insinuiert, neben dem Risikofaktorenkonzept gebe es weitere, z.B. die der psychischen Krankheitsbewältigung. Tatsächlich reicht den Psychologen das Risikofaktorenkonzept als konzeptuelle Grundlegung für ihre Arbeit nicht:

„... es ist nicht so, dass das Risikofaktorenkonzept, jedenfalls aus meiner Sicht, das hierarchisch höchste strukturierende Merkmal für unsere Arbeit hier wäre. (...) Wir Psychologen kommen mit diesem Konzept selber nicht aus, das reicht nicht. Das wäre dann ja eine Arbeit, die man im Grunde genommen von z.B. gesundheitstrainerischem Assistenzpersonal genauso gut ausführen lassen könnte, nicht?“ (BPS2/103-111)

Dass das Risikofaktorenkonzept als nicht hinreichend für psychologische Arbeit erachtet wird, rührt nicht zuletzt aus Vorbehalten gegenüber der Verhaltenstherapie her; man sieht zwischen beidem eine kongeniale Verbindung. Zwar wird der Einsatz verhaltenstherapeutischer Elemente „gerade bei diesen Risikofaktoren, die sozusagen eindeutig isoliert sind, wie das Rauchen und die Übergewichtsgeschichte“ – indikationsbezogen also – für sinnvoll und zweckmäßig erachtet. Auch hänge es vom jeweiligen Patienten ab, welcher Zugang den Psychologen möglich und gangbar erscheint:

„Z.B. mit dem einen Patienten habe ich keine andere Möglichkeit, und es ist dann wirklich goldrichtig, mit diesem einen Patienten rein auf Verhaltensebene an einem bestimmten Risikofaktor, z.B. Rauchen, zu arbeiten“, obwohl vielleicht außerdem ein psychosozial schwieriger Hintergrund bekannt sei (BPS2/477-496).

Zugleich aber wird die zur Durchführung der Verhaltenstherapie benötigte therapeutische Kompetenz nicht allzu hoch veranschlagt: Für diese „ziemlich einfache Methode“, kaum mehr als eine „elaborierte Sonderpädagogik“, könne notfalls eben „gesundheitstrainerisches Assistenzpersonal“ eingesetzt werden; und in Klinik A war es ja auch eine therapeutisch nicht ausgebildete Psychologin, die die Durchführung des Nichtrauchertrainings zeitweise übernommen hatte.²⁶⁷

Was nun die begrenzte Tauglichkeit des Risikofaktorenkonzeptes für die psychologische Arbeit betrifft, so lautet eine der explizitesten Einschätzungen folgendermaßen:

Das Risikofaktorenmodell sei ein „empirisches Modell, aber es ist im Grunde genommen keine Theorie. Und die jeweilige Theorie geht ja eigentlich über die Wirksamkeit des einzelnen „Risikofaktors“ im Körper ... nicht hinaus. Man weiß, wie Rauchen im Körper physiologisch wirkt und wie das dann zusammenhängt mit

²⁶⁷ Im Verlauf des Bolognaprozesses haben sich psychologische Studiengänge nicht nur inhaltlich diversifiziert, mit dem Bachelor ist auch eine neue Qualifikationsstufe eingeführt worden. Hinzu kommen studienexterne, heilkundlich (Therapieverfahren) und berufsrechtlich (Approbation) bedeutsame Qualifizierungen. Die Zuordnung dieser Vielfalt zu Funktionen, Kompetenzen und Aufgaben, wie sie in Rehabilitationskliniken mit somatischen Indikationen anfallen, ist noch längst nicht kodifiziert (Bengel et al. 2013)

z.B. KHK-bedeutsamen Prozessen. Aber warum jetzt jemand raucht, das weiß man nicht. Also, es gibt kein Modell des Menschen oder des Alltags oder, ganz weit gefasst, des Lebens, was innerhalb dieses Modells erklären würde, warum das eigentlich so ist, dass es Risikofaktoren gibt. (...) Aus welchen Kontexten heraus die [Risikofaktoren] z.B. entstehen oder warum die variieren und warum jemand so einen Faktor, bildlich gesprochen, in seinem ganz normalen Lebensfluss auch auf einmal über Bord wirft, wie das eigentlich sein kann. Also von daher ist diese Theorie in dem Sinne, finde ich, theorielos, und Verhaltenstherapie ist auch theorielos.“ (BPS2/234-246)

Obwohl also die Psychologen die aus dem medizinischen Problemzuschnitt abgeleiteten und an sie delegierten Teilaufgaben akzeptieren, besitzen sie offenkundig den Freiraum, das dazugehörige Risikofaktorenkonzept zu ergänzen mit Konzepten eigener fachlicher Provenienz (s.u.). Sie sind darüber niemandem, außer sich selbst, Rechenschaft schuldig. Es wird noch zu diskutieren sein, ob man diesen Vorgang bescheiden eine „Ergänzung“ nennen kann, oder ob der Anspruch darüber hinausgreift.

Eigenschaften von Herzpatienten: Elemente einer psychologischen Krankheits-theorie

Womit wird die Lücke gefüllt? Gefragt nach der Orientierungsfunktion wissenschaftlicher psychosomatischer und psychoätiologischer Theorien für die eigene Arbeit äußerten sich alle interviewten Psychologen zurückhaltend und skeptisch. Niemand gerierte sich als Anhänger eines bestimmten Konstrukts oder einer Theorie dergestalt, dass Persönlichkeitsmerkmale Entstehung und Verlauf der Erkrankung kausal maßgeblich beeinflussten. Man wolle nicht in ein Schubladendenken verfallen: „Wenn jemand sagt, ‚Herzpatienten sind soundso‘, weiß ich gleich, dass der nichts weiß“ (BPS2/847f.). Die Konzepte seien treffsicher allenfalls für Untergruppen, nicht aber für die Gesamtheit der Herzpatienten (BPS2/849-854). Wissenschaftliche Forschungsergebnisse sind als Anregung dafür willkommen, wie (das) Verhalten von Patienten symbolisch zu deuten und zu verstehen sei. Sie trügen dazu bei, den Zugang zu Patienten zu erleichtern und eine gelassene therapeutische Haltung einzunehmen.²⁶⁸

Wie noch zu zeigen sein wird, ist die psychologische Arbeit auffällig von dem Bestreben geprägt, Patienten zur Schulung ihrer Selbstwahrnehmung und zur Beschäftigung mit sich und ihrer Biographie anzuregen, im Dienst von Heilung und Erklärung. Insofern ist mit Arbeitshypothesen zu rechnen, die Selbstbilder und Biographien von Patienten einerseits und die Herzerkrankung andererseits in Beziehung setzen. Aus klinischer Erfahrung und therapeutischer Arbeit sind ‚Praxistheorien‘ erwachsen, die Bestandteil der psychologischen Problemauffassung sind und demzufolge die professionelle Interpretation, Haltung und Handlung prägen. So beurteilen Psychologen, sollten Patienten „weitermachen wie bisher“, dies als eindeutig negativ (BPS1/136-138) – was bedeuten muss, dass im Festhalten an Verhalten und Selbstauffassung etwas steckt, was zur Erkrankung geführt, zumindest beigetragen hat oder dem Umgang mit ihr abträglich ist. Die Absicht, Patienten auf den Gedanken zu bringen, „ein bisschen an ihrem Lebensplan zu verändern“, offenbart ebenfalls die Annahme, zwischen Lebensführung und Erkrankung bestehe ein Konnex. Die angestrebten Veränderungen – „ein bisschen stärker für sich sorgen, auf sich aufpassen“, Patienten „in vielerlei Hinsicht ein bisschen aufzuwecken“ und

²⁶⁸ In ähnlicher Weise äußern sich Herrmann-Lingen (2005) und Bardé & Jordan (2003: 52f.).

anzuregen, über dies und jenes nachzudenken (BPS3/366-381, 800-802) – deuten in dieselbe Richtung. Auch die Auswahl konkreter Interventionstechniken wird mit typisierenden Annahmen über Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensweisen von ‚Herzpatienten‘ begründet.

„Und es ist ganz gut, wenn man um diese Merkmale weiß, weil man darauf ja auch eine gewisse Behandlungssystematik aufbaut. Wir machen ja Autogenes Training nicht, weil das nett ist, sondern weil wir denken, es hat einen ganz spezifischen Sinn bei einer merklich hohen Zahl von Patienten.“ (BPS2/854-857).

Die „eigentliche Problematik“ vieler Herzpatienten sei die Einseitigkeit ihres Selbstbildes, das sich um die Eigenschaften Stärke, Leistungsfähigkeit und Zielstrebigkeit formiere, in das sich die emotionale Überwältigung durch die Krankheitserfahrung zunächst nicht integrieren lasse.

„Wenn ich denen so ein Tier zuordnen müsste, würde ich sagen, Herzpatienten sind wie Schildkröten: So nach außen so ganz hart und dynamisch und ‚macht nix‘, ‚nichts kommt an mich ran‘, aber wehe, der wird mal liegengelassen oder so, das ist schlecht!“ (BPS3/431-434)

Eine Orientierung auf Leistung sei möglicherweise verstärkt durch die zeitgeschichtliche Erwartung an die „Nachkriegs- und Aufbaugeneration ... , wo Leistung wesentlich mehr verlangt war als Introspektion“ (BPS1/883-884). Sich ausschließlich auf Leistungsanforderungen und -erfüllung zu orientieren, berge langfristig die Gefahr der Selbstüberforderung, denn damit einher gehe die Neigung, sämtliche „Kontrolllampen“ zu übersehen, das „Tempo“ nicht rechtzeitig zurückzunehmen, „damit sich das Innerliche wieder einigermaßen regeln kann“ (BPS1/532-541). Wenn Herzpatienten landläufig als „nach außen ehrgeizig, vielleicht als häufiger aggressiv oder feindselig“ beschrieben werden könnten, dann gelte dies auch für ihren Umgang mit sich selbst: Letztendlich seien sie rücksichtslos *gegen sich* (BPS1/542-546).

Das Lebensgefühl der meisten Patienten beschränke sich darauf,

„... dass das Gute durch eigene Anstrengung kommt, dass es das [Gute] eigentlich nicht von sich aus gibt. Dass die Welt nicht nährend ist, nicht unterstützend, sondern dass immer was getan werden muss, und dass es sonst nicht gut geht.“ (BPS2/628-632)

Deshalb führten viele von ihnen „so ein angestregtes, immer zielorientiertes, irgendwohin wollendes Leben“, das zugleich arm an „*echten* Rekreationsmöglichkeiten“ sei (BPS2/608-612).

An diese Auffassung schließt die Begründung für die Wahl des AT als Entspannungsmethode unmittelbar an. Auch sie enthält Elemente der therapeutischen Philosophie und ist in dieser Hinsicht aufschlussreich:

„... der Hauptgrund [für AT] ... ist der, ich möchte mit den Leuten üben das, was sie am wenigsten können. Und das ist das eigene ständige Handelnwollen [zu unterbrechen], aus der eigenen inneren Unruhe ständig diesem Handlungs- und Tun-Zwang zu unterliegen, (...) dass sie da merken, dass es eine andere Erfahrung gibt.“ (BPS2/685-691)

Mit dem AT sei es eben nicht möglich, Entspannung mit einem „Willensakt“ zu erreichen, sondern es setze die für die meisten Patienten ungewohnte Haltung der „Absichtslosigkeit“ voraus. Komplementär zu dieser therapeutischen Absicht nimmt sich die Ablehnung der PMR aus: Obwohl diese Methode sicherlich einfacher zu lernen sei, habe die

PMR doch eine „zu stark aktive Komponente“, bei der „man etwas mit dem Körper *macht*“ (BPS2/662f., 725, 750ff.), also Patienten darin anleite, in eine Objektbeziehung zu ihrem eigenen Körper zu treten.²⁶⁹

„Nicht wenige“ Herzpatienten seien davon überzeugt: „Entweder es wackeln alle Wände, oder es ist [taugt] nichts“. Damit unterlägen Herzpatienten der Gefahr, diese Haltung auf das Projekt Lebensstiländerung zu übertragen und es der habituellen Leistungsorientierung zu unterwerfen: ‚Ich muss alles ändern, das ganze Leben muss anders werden. Ich muss alles umstellen‘. Es wäre aber nicht im Sinne der Psychologen, wenn „auf einmal ... das wirklich Wichtige im Leben das Blutdruckmessen [ist]“ und Patienten ihr zukünftiges Leben auf das Motto ‚Krankheit vermeiden‘ zentrierten (BPS2/524f.; 532-545). Zudem sei jemand mit solch einer Haltung „wieder hochgradig risikoverhaltensanfällig“ und „extrem rückfallgefährdet“ (BPS2/617f.), denn Risikoverhalten sei – so wird es von den Psychologen gedeutet – eben (auch) ein Ventil für verbissene Anstrengung (B5/279-282).

Die Skizzierung der ruhelosen Leistungsbereitschaft wird ergänzt durch Hinweise auf „unterschwellige Aggressivität“ und Züge von Feindseligkeit. Auf die Verteidigung ihrer speziellen Vorstellung von Autonomie besonders bedacht zu sein, ist eine weitere Verhaltensweise, mit der Psychologen bei Herzpatienten rechnen (und an die sich ein alternativer Begründungspfad für Noncompliance anschließt). Nicht nur präsentierten sie sich häufig als skeptisch-abwartend, auch wollten sie sich „nicht so leicht in die Karten schauen lassen“ (B1/488-500). Insbesondere die Interaktion zwischen Ärzten und Patienten sei oftmals geprägt von dem patientenseitigen Empfinden, ihr Autonomiegefühl werde durch ärztliche Direktiven verletzt. Daraus entstünden Patienten beträchtliche Probleme mit der Compliance; Noncompliance sei vor diesem Hintergrund als Verhalten von Patienten zu verstehen, mit dem sie ihre Autonomie zu wahren suchten (B1/1444-1448) (vgl. auch Kap. 11.1.2).

Die Auffassung des leicht irritierbaren Autonomiegefühls ist verzahnt mit grundlegenden Überzeugungen über Motivation. Für die Psychologen ist dies ebenso ein Schlüsselbegriff wie für die übrigen Berufsgruppen; denn genauso wie jene möchten sie, dass Patienten in dieser und jener Hinsicht ihr Verhalten, ihren Lebensstil ändern, alte selbstschädigende Gewohnheiten fallenlassen, neue, der Gesundheit dienliche, ausbilden – ohne externe Kontrolle, sondern mit Einsicht, aus freien Stücken und mit Überzeugung. Der Motor solcher Vorgänge ist Motivation. Psychologen weisen allerdings die Idee von sich, dass Menschen den Motor anderer Menschen tunen könnten, allenfalls könne man Werkzeug anreichen und bei dessen Anwendung behilflich sein (um im Bild zu bleiben):²⁷⁰ Durchaus lasse sich durch professionelle Informationsvermittlung die Entscheidungsgrundlage von Patienten verbreitern. Manipulieren aber wolle man Patienten nicht. Man müsse sich mit Vorgaben zurückhalten und stattdessen Patienten ermutigen, eigene Ziele zu finden und zu setzen, denn „das Übernehmen von irgendwelchen vorformulierten Zielen“ führe nicht zum Erfolg (BPS1/997-1013; 1065-1072).

²⁶⁹ Ganz ähnliche Gründe – Beibehaltung der Kontrolle bei der PMR; selbst machen; physiologische Wirkung ähnlich der Medikation: „Gefäße weitstellen“ – führt die Psychologin in Klinik A gerade als *Vorteile* der PMR gegenüber dem AT an.

²⁷⁰ Diese Selbstbescheidung ist bei Psychologen deutlicher ausgeprägt als bei anderen Health Professionals, und sie ist auch nicht begleitet von Bedauern oder Anzeichen von Kränkung.

„Die Geschichte dabei ist, denke ich, je stärker man schiebt, desto mehr Widerstand gibt es. Je mehr kommt, ‚Sie sollten, Sie müssten, Sie wissen doch, dass ...‘, umso mehr wird der Trotz einsetzen und sagen, ‚Ich bestimme *immer* noch selbst, wieviel oder wie wenig ich mache.‘ Und weg ist die Motivation.“ (BPS1/1023-1027)

Motivation „extrem zu wecken“ sei nicht Aufgabe der Psychologen, es gehe nicht darum, „so generell die Motivationsmaschine loszulassen“, auch wenn es diesen Anspruch [von anderen] gebe, glaubt ein anderer. Es gehe vielmehr darum, „Kontakt zum Patienten zu kriegen, den Patienten zu erreichen und gucken, wo steht der Einzelne“ (BPS3/778-797).

Die Erkrankung als persönliche Krise

Das akute Krankheitsereignis werde von vielen Patienten als lebensbedrohlich wahrgenommen, und die Krankheitserfahrung erschüttere ihr bisheriges Selbstbild und Selbstvertrauen: Aus Stärke ist Schwäche und Verwundbarkeit, aus Selbständigkeit Abhängigkeit, aus Zuversicht Angst geworden – für eine Weile zumindest. Eine Herzoperation beispielsweise bringe einen Patienten in eine „Situation, in der er wahrscheinlich seit seiner Säuglingszeit nicht mehr gewesen ist“, mit einem „Ausmaß von Abhängigkeit, von Angewiesensein, von *absoluter* Hilflosigkeit“ (BPS2/1130-1135). Aus dieser „unglaublichen faktischen Abhängigkeit“, die zu dem Zeitpunkt sehr funktional sei, müsse ein Patient binnen Tagen und Wochen wieder „herauswachsen“, ein störanfälliger Prozess, der auf Seiten der Health Professionals ein hohes Maß an Sensibilität für die jeweilige „Zuständigkeit“ voraussetze (BPS2/1136-1164). So beschreiben Psychologen den Ausgangspunkt ihrer Arbeit mit Patienten.

Auch wenn zum Zeitpunkt der Rehabilitation die Dramatik der unmittelbaren Lebensbedrohung abgeklungen ist, so halte die Erschütterung doch an: Viele Patienten befänden sich „in einer Art Schockzustand“, seien noch ohne Orientierung (BPS3/38-41). Und selbst wenn die Erschütterung sich gelegt habe, so sei doch die Erinnerung daran frisch:

Patienten erlebten, „‘Ich bin nicht mehr die- oder derselbe wie vorher.‘ Es ist ... wie mit einem Erdbeben, bei dem das Haus stehenbleibt. Also, es hat Risse, es steht nicht mehr genau an derselben Stelle, es hat gewackelt. Und ich kann die Risse an dem Gebäude sehen.“ (BPS1/97-101)

Psychologen widmen sich also der beschädigten Identität von Patienten. Den Zustand der Erschütterung betrachten sie allerdings auch als potentiell fruchtbar für Patienten. Der „Schuss vor den Bug“ zwingt zum Innehalten; die Erfahrung der „*Endlichkeit* der eigenen Existenz [wird] so deutlich“, dass „Leute *selbst das Rauchen* bleiben lassen“ – selbst jene, die sich das zuvor nicht hätten vorstellen können (BPS1/149-160). Die durchlebte Todesfurcht könne eine ungeahnte Bereitschaft wecken, solch ein Verhalten „auf einmal über Bord“ zu werfen. Umgekehrt lasse solche Veränderungsbereitschaft auf das Ausmaß der Existenzangst schließen (ebd.).

Durch die Krankheit erlebten Patienten gezwungenermaßen auf einmal Seiten an sich – „Wünsche“, „Emotionalität“, „Weichheit“, „Abhängigkeit“ –, die ihrerseits zunächst selbst wieder angstausslösend wirkten:

„Also sobald sie mit diesen Weichteilen (...) in Berührung kommen, das löst bei denen noch mehr Angst aus, weil das eigentlich nicht in ihr eigenes Konzept [passt].“ (BPS3/86-88)

An diesem Punkt entscheide sich, ob ein Patient diese Erfahrung akzeptiere – und damit gewissermaßen erst empfänglich für die psychologische Expertise wird; oder ob so jemand mit dem Anspruch komme,

„Ich wein' die ganze Zeit. Machen Sie das *weg*. Machen Sie das *bloß* weg. Egal wie – weg!“ (BPS3/83-84)

Dieses Ansinnen wird von Psychologen aktiv nicht unterstützt; vielmehr betrachten sie es als ihre Aufgabe, Patienten Gelegenheit zu geben, sich über ihre Angst und andere unbekannt oder bislang ignorierte Gefühle zu äußern, weil sie zu verschweigen oder zu verleugnen keine günstige Ausgangslage für die Krankheitsverarbeitung sei. Und so signalisieren sie Patienten, dass sie für deren Verwundbarkeitserfahrungen ein offenes Ohr haben. In Gruppenveranstaltungen werden diese regelmäßig zum Thema gemacht; Patienten beschreiben z.B. ihre Erlebnisse, Scham und Ohnmacht beim Durchgangssyndrom, ihre Vorstellungen über die Operation (der Brustkorb werde mit einer „Stichsäge“ aufgetrennt und „aufgerissen“, das Herz „herausgenommen“), ihre Todesangst beim Infarkt. Die Erzählformen reichen von drastischen Schilderungen bis zu sachlichen Berichten, und manche Teilnehmer hören einfach nur zu, um hinterher zu bekunden, es sei hilfreich zu hören, dass andere ähnliche Erfahrungen wie sie selbst gemacht hätten. Berichtigend wird eingegriffen, wenn sachlich falsche Bilder benutzt werden. Nach bisweilen anfänglichem Zögern greifen Patienten diesen Teil der psychologischen Programmatik in der Regel rasch auf: dass man sie zur Sprache kommen lässt (B3/1053-1131).

„Zu sich selbst finden“: Arbeit an Authentizität

Der Anregung zur Selbstwahrnehmung gilt im psychologischen Feld eine gesteigerte Aufmerksamkeit. Sie beschränkt sich nicht auf einzelne, thematisch darauf ausgerichtete Veranstaltungen wie z.B. das Entspannungstraining, sondern durchzieht wie ein Motto die psychologische Arbeit. So ergreift ein Psychologe en passant die Gelegenheit, Patienten zu empfehlen, an sich selbst ihren Umgang mit Pünktlichkeit und Anforderungen zu studieren, als Teilnehmer einer Gesprächsrunde beginnen, sich über ihre dichtgedrängten Therapiepläne zu beschweren und einer von ihnen meint, sich einer leichten Verspätung wegen wortreich rechtfertigen zu müssen. Mitnichten beinhaltet die Empfehlung, allen auferlegten Anforderungen zu genügen, sondern im Gegenteil nach Prüfung der eigenen Ressourcen und Bedürfnisse auszuwählen. Eine solche Empfehlung ist durchaus dazu angetan, erregten Patientenwiderspruch („Das haben wir aber nicht gelernt!“) hervorzurufen – ein wichtiger Punkt also berührt (B1/1335-1375). Bei anderen Gelegenheiten konkretisieren sich Aufforderungen zur Selbstbeobachtung zu Wahrnehmungsübungen, und auch diese werden mit therapiephilosophischen Begründungen gerahmt: Die Aufmerksamkeit für das momentane Befinden zu schärfen und das Wahrgenommene zu akzeptieren, versetze einen in die Lage, seinen Aktivitätspegel dem anzupassen (B3/745-766); schule man seine Aufmerksamkeit und Wahrnehmung und richte sie auf „etwas im Innern“, werde über kurz oder lang „etwas anders sein“ (B3/789-801; B4/104-113; B4/503-540).

Mit der bereits zitierten Frage „Wie geht es Ihnen jetzt?“ oder der Aufforderung, sich diese Frage zu stellen – und zu beantworten, wird eine grundsätzliche Fähigkeit zur Selbstaufmerksamkeit und -beobachtung angesprochen, mit der zwei grundlegende Annahmen der Psychologen verknüpft sind: Erstens sei bei Patienten diese Fähigkeit nur unzureichend ausgebildet, und dieses Defizit sei krankheitsrelevant (s.o. „Elemente einer psychologischen Krankheitstheorie“). Folglich richtet sich das therapeutische Bemühen

auf die „Selbstaufmerksamkeit. Also eine wohlwollende, sozusagen sich auf sich selbst beziehende, wohlmeinende Selbstachtung“ (BPS1/786-787). Von einer solchen Fähigkeit werden protektive Wirkungen im Hinblick auf die Neigung zur Selbstüberforderung erwartet; protektiv aber auch in dem Sinne, dass eine geübte Selbstwahrnehmung dazu beitrage, bislang ignorierte Empfindungen und Bedürfnisse aufzudecken und als Bestandteil eines Selbstbildes anzuerkennen.

Zweitens ist dafür die Überzeugung konstitutiv, die Beschäftigung mit der eigenen Person, dem „Selbst“, führe zum „Kern“ eines Menschen und damit zu dem, was als authentisch und unbezweifelbar gelten darf und deshalb als Gewissheitsquelle, als Basis und Wegweisung für weitere Handlungsentwürfe taugt:²⁷¹

„Ich glaube, dass wenn man einen kleinen Schritt, wenn man den wirklich macht, wenn der wirklich gemacht ist, wenn der wirklich sozusagen von Herzen gemacht ist, wenn der stimmt, wenn der mit Überzeugung vollzogen wird, also ohne Anstrengung, ohne Verbissenheit, einfach nur, weil er als persönlich stimmig empfunden wird und dann auch sozusagen praktiziert wird, dass dieser kleine Schritt den ganzen Rest verändert. Das ist die Theorie, die dahintersteht“. (BPS2/552-557)

Es geht also letztendlich um Arbeit an Wahrhaftigkeit.

Biographische (Re-)Konstruktion: Der Erkrankung einen Sinn geben

Patienten werden von Psychologen ermuntert, von ihren Ärzten Aufklärung über ihre Krankheitsursachen zu erfragen, wie wir weiter unten noch sehen werden. Die *medizinische* Thematisierung der Ursachen ist allerdings nicht die einzige Perspektive, in der Psychologen ihren Klienten die Klärung dieser Frage anempfehlen. Vielmehr herrscht die Überzeugung vor, eine wirklich sinnvolle Antwort auf die Frage ‚Warum ausgerechnet ich herzkrank?‘ könne letztlich nur die Biographie liefern. Dazu eine sehr dezidierte Schilderung, einschließlich Nachfrage der Interviewerin:

PS: „Gerade wenn man das auch längere Zeit schon macht, d.h. mit Patienten spricht und auch wirklich Einblick in deren Leben bekommt und einem dieser Einblick gewährt wird, dann ist es in vielen Fällen einfach *dermaßen evident*, dass aus ganz bestimmten Lebensentwicklungen, also in der letzten Zeit vor der Erkrankung, diese Krankheit dann sozusagen entstanden ist. Dass es also einen *dermaßen* sinngiebig dichten Kontext gibt, aus dem heraus eine akute Gesundheitsverschlechterung entstanden ist, das ist oft *dermaßen evident*, dass es also einfach unmöglich geleugnet werden kann. Da kann man einfach auch als ganz einfach empfindender Mensch nicht mehr hingehen und sagen oder denken, ‚Ja, das ist ganz beeindruckend, aber ich glaube doch, dass es das Übergewicht bei Ihnen war.‘ Das kann man dann nicht mehr sagen.“

I: „Dass es sozusagen eine biographische Entwicklung...“

PS: „Ja.“

I: „...zu so einem Krankheits...“

PS: „Ja, haargenau.“

I: „...zu so einer Krankheitskrise gibt.“

²⁷¹ Vgl. Beckermann 1999. Besagte Überzeugung wird nicht exklusiv von Psychologen vertreten, sondern ist vielmehr weit verbreitet, wenn nicht konstitutiv für die Vorstellung von personaler Identität in unserem Kulturkreis. Gleichwohl sind es Psychologen, die mit diesem Axiom ausdrücklich arbeiten.

PS: „Ja, genau. (...) Aber wenn man dann noch andere Dinge wie z.B. biographische Entwicklungen, ja auch z.B. von so strukturellen Merkmalen, z.B. wie jemand gewohnheitsmäßig, habituell, vielleicht sogar charakterstrukturbedingt – das ist da so ein Begriff für diesen Zusammenhang – wie der mit seinem Leben umgeht, wie der immer wieder stereotyp auf bestimmte Veränderungen, Entwicklungen in seinem Leben reagiert oder eben auch nicht reagiert, wie da dann so ein Lebenssystem sich aufbaut und ganz offensichtlich durch bestimmte neue Entwicklungen dann in eine unglaubliche Strukturkrise reingeträt, das sind dann die äußeren Ereignisse, die so ein System dann labil machen. Und wenn man dann sieht, dass teilweise innerhalb kürzester Zeit nach so einer Strukturkrise dann eine akute Erkrankung ausbricht, z.B. ein Herzinfarkt auf einmal eintritt oder zum ersten Mal massive AP-Beschwerden auftreten, dann ist es einfach klar, dass man – wie soll man das sagen? Wenn ich es mal ganz hart formuliere: In meinen Augen wäre das ein Verrat an diesen Lebenskontexten, wenn man sich da auf das Risikofaktoren-Modell beschränken würde. Das gehört sich einfach nicht, das zu tun. Das darf man nicht machen. Das muss dazukommen.“ (BPS2/370-403)

Wir hören hier erneut, dass und warum das Risikofaktorenkonzept keinen Vorrang beanspruchen könne: Es erkläre nichts, aus ihm ergebe sich kein sinnvolles Bild; es wäre sogar „Verrat an diesen Lebenskontexten“, wenn eine Erklärung darauf beschränkt bliebe. Ein Sinngerüst liefere allein die Biographie, aus der sich Struktur und Entwicklung eines „Lebenssystems“ abstrahieren lasse. Das Statement ist eine Existenzaussage dergestalt, dass es eine biographische Erklärung *gibt*, die zu entdecken und zu entziffern man sich bemühen kann. Und implizit greift die psychologische Überzeugung natürlich im Erklärungsanspruch über das Risikofaktorenkonzept hinaus.²⁷²

Mit dieser Sicht der Dinge werden Patienten allerdings nicht missioniert. Sie ist auch nicht Tenor von Gruppenveranstaltungen; dagegen spricht allein schon die Intimität und Vertrautheit, die die Offenbarung einer biographischen Erzählung wohl voraussetzen würde. Das Szenario, auf das sich diese Ausführungen beziehen, ist das des Einzelgesprächs.²⁷³ Patienten werden also nicht zur Introspektion gedrängt oder gar verpflichtet, sondern Voraussetzung für die biographische Blickrichtung ist die Bereitschaft eines Patienten zur „Selbstöffnung“. Psychologen können diese Bereitschaft stärken, indem sie eine „Atmosphäre schaffen, dass er [Patient] bei sich schauen mag“ und verdeutlichen, dass „Raum und Zeit“ für „ganz schön viele Themen“ gegeben sei. Grundsätzlich aber gelte Offenheit in der Themenauswahl und dem Ergebnis:

„Ich kann ja nur sagen: Ich biete hier einen Raum an, innerhalb dessen die Patienten, die das wünschen, mal bei sich selbst schauen können, z.B. bei der Frage, ‚Warum ausgerechnet ich?‘ – eine Herzoperation oder ein Infarkt – ‚Warum ausgerechnet ich herzkrank?‘“ (BPS1/915-919)

Auch diese Frage greift über die Ebene der Risikofaktoren hinaus – wenngleich sie jene nicht ausschließt – in den biographischen Raum: „Was hat sich denn bisher in meinem

²⁷² Ähnlich auch Bardé (1997: 26ff.), der zusätzlich noch auf das Bedürfnis nach Sinnkonstruktion von Patienten im Dienste der Krankheitsbewältigung abhebt; außerdem Bardé & Jordan (2003: 140).

²⁷³ So wird es stets genannt: ‚Einzelgespräch‘, aber natürlich ist nicht gemeint, dass ein Patient ein Selbstgespräch führt, sondern dass ein Therapeut *einem* Klienten seine ungeteilte Aufmerksamkeit widmet.

Leben ereignet, dass es so weit kommen konnte?“ (BPS1/188-190). Im Verlauf solcher Selbstbefragung seien auch subjektive Krankheitstheorien von großem Belang:

„Ich möchte z.B. auch, dass so ein subjektives Krankheitsmodell, dass das auch gehört wird, dass das besprochen wird, dass der Patient das Gefühl hat, dass er auch danach gefragt wird.“ (BPS2/352-355)

Im Zuge der Selbstreflexion gelinge es Patienten mitunter sogar, „so diese normalen alltäglichen materiellen Orientierungen: Was muss es geben, was muss angeschafft werden, was muss erreicht werden“ durch die Erfahrung abzulösen, „dass ich aufwache und mich freue, dass der Tag anfängt“ (BPS2/53-58). Darauf lasse sich aufbauen, denn

„wenn sie dieses neue Lebensgefühl hat, wird sie viel weniger auf Risikoverhaltensweisen angewiesen sein, um sich ihren Alltag sozusagen subjektiv lebenswert ... zu machen. Und deshalb ist das die Basis für alles andere.“ (BPS2/60-63)

Der psychologische Ansatz ist demnach maieutisch in der Absicht, Patienten eine Selbstbefragung („Einladung, bei sich zu schauen“) zu ermöglichen und sie dabei zu begleiten. Die Erkrankung als Krise ist aus psychologischer Sicht dann positiv zu werten, wenn Patienten deren kathartisches Potential erkennen und zu nutzen bereit sind. Aus Psychologen werden so „Passagehelfer“;²⁷⁴ auch ohne religiösen Kontext wird mit dem „neuen Lebensgefühl“ ein immerhin profanes Konversionserlebnis beschrieben, mit dem sich der Sinn des Lebens neu ordnen und bestimmen lässt. Die Schilderungen spiegeln nicht durch Häufigkeit empirisch Herausragendes, vielmehr beschreiben die Gesprächspartner hier gewissermaßen den Fluchtpunkt ihrer professionellen Intentionen bzw. einer idealen Patientenkarriere. Der für die Rehabilitation ja durchaus programmatische Begriff der „Ganzheitlichkeit“ erfährt damit jenseits der bio-psycho-sozialen Einhegung eine bemerkenswerte Erweiterung.

10.3.2 Interdependenz mit den Tätigkeiten des Ärztlichen Dienstes

Jenseits der konzeptuellen Ebene geht es im folgenden Abschnitt um die Frage, wie auf der Ebene der konkreten Tätigkeiten die Arbeit des Psychologischen mit der des Ärztlichen Dienstes ineinandergreifen. Wie wird die Arbeit geteilt, in welcher Form werden Aufgaben an die Psychologen delegiert? Gibt es Aufträge, kollegiale Abstimmung? In welchem Verhältnis stehen ärztliche und psychologische Arbeit zueinander?

Abhängigkeit von ärztlicher Therapiesteuerung

Über die Modalitäten der Patientenrekrutierung für Angebote des Psychologischen Dienstes ist im Einzelnen schon berichtet worden (s. Kap. 8.2, 8.3.1). Patienten können sich selbst diesen Angeboten zuweisen, Ärzte können dies tun, und überdies sind Psychologen therapiesteuernd tätig. In Klinik A sind derlei Vorgänge in weitaus höherem Maße zufalls- bzw. subjektiv behaftet als in Klinik B. Zur Objektivierung von Zuweisungsentscheidungen tragen dort zum einen schriftlich fixierte Verordnungsleitlinien, zum anderen ein psychologischer Screening-Fragebogen bei. Dennoch bleibt auch unter diesen stärker formalisierten und von psychologischer Seite maßgeblich beeinflussten Routinen

²⁷⁴ Als solche bezeichnen Göckenjan & Dreßke (2005: 255) die Aufgabe von Pfarrern im Krankenhaus; in jenem Kontext schließt dies allerdings zusätzlich ein, dass die Seelsorge auf die Transzendenz einer „krisenhaft erlebten Alltagserfahrung in eine Glaubenserfahrung“ hinwirkt (ebd.).

die Abhängigkeit von individuell ärztlicher – und in dieser Hinsicht nicht objektivierbarer – Therapiesteuerung gegeben. Der kontinuierliche Wechsel von Stationsärzten in Klinik B (vgl. Kap. 7) mache regelmäßige Hinweise und Erläuterungen der Psychologen in Sitzungen der Stationsteams erforderlich. (Immerhin: im Unterschied zu Klinik A *können* Psychologen Einfluss auf die ärztliche Überweisungspraxis nehmen.)

Überdies liegen einigen gängigen Zuweisungskriterien eben doch keine psychologischen Merkmale zugrunde, sondern sie setzen sich z.T. aus Interventionsmerkmalen (z.B. OP), aus Verhalten (Rauchen, Unruhe, Weinen) oder beträchtlichem Körpergewicht zusammen; allesamt also Kriterien, die leicht zu verifizieren sind, einen Interventionsbedarf allenfalls nach gesundem Menschenverstand und Organisationszweck postulieren und *außerhalb* einer Reha-Klinik kaum einen Anlass für psychologische Intervention darstellen würden. Schließlich auch ist das medizinische Indikationsmodell im Grunde genommen nicht konsonant mit Vorstellungen auf psychologischer Seite zur Selbstbestimmung bzw. Bereitschaft zur Selbstöffnung als Voraussetzung für psychologische Interventionen. Psychologischen Vorbehalten gegen das Verordnungsprinzip kommt immerhin entgegen, dass den Psychologen die Feinsteuerung überlassen ist und sie selbständig in Absprache mit Patienten über die Abänderung einer ärztlichen Verordnung befinden können. Zu einem beträchtlichen Teil aber – das bleibt festzuhalten – arbeiten Psychologen mit nach psychologischen Kriterien *unausgewählten* Patienten (vgl. Herrmann-Lingen 2005).

Formen der Delegation

Wird der Delegationsvorgang durch standardisierte Überweisungsregeln ausgelöst, sind mit ihm keine weiteren inhaltlichen Direktiven verbunden, sieht man von der Themensetzung ab, die freilich bereits eine bestimmte Problemauffassung transportiert. Ärztlicherseits ist an die Delegation die Erwartung geknüpft, dass die Aufgabe ausgeführt wird; dass sie darüber hinaus ein bestimmtes Ergebnis zeitigt, mag sicherlich erwünscht sein, löst aber bei Nichterreichen keine rekursiven Schleifen von Delegationsvorgängen aus: „Es wird nicht kontrolliert, inwieweit wir unserer Aufgabe gerecht werden“ (BPS3/145-149). Psychologen heben denn auch hier den professionellen Gestaltungsspielraum hervor, der ihnen bei der Ausführung selbst unter der Bedingung thematischer Vorgaben bleibt:

„... hier wird nicht genau reingeguckt: ‚Haben Sie denn jetzt?‘ – also man weiß natürlich, dass Autogenes Training Autogenes Training und nicht die Progressive Muskelentspannung ist, aber *was* letztendlich in der Entspannungsgruppe für operierte Patienten oder im Nichtrauchertraining oder im Stresskurs usw. *läuft*, hat viel damit zu tun, was wir drei sozusagen jeweils an Erfahrungs- und also auch an persönlichem Hintergrund haben. Weil man das ja in Wattzahlen schlecht ausdrücken kann.“ (BPS1/363-369)

Neben der routinemäßigen Überweisung zu thematisch definierten, als Gruppenveranstaltung konzipierten Programmbestandteilen fordern Ärzte Psychologen für Interventionen bei einzelnen Patienten an. Ob eine solche Anforderung mit der Mitteilung „irgendwas stimmt da nicht“ einhergehe oder mit einer Diagnose „reaktive Depression bei Zustand nach ACVB am 4.6.“, sei arztabhängig. Psychologen ziehen die erste Variante vor, weil mit ihr eine größere Offenheit der Situation gegenüber und der Themensetzung von Patientenseite zu bewahren sei (BPS1/566-578). Wert wird außerdem darauf gelegt,

dass mit der Hinzuziehung eines Psychologen die ärztliche Verantwortung in der Beziehungsarbeit mit dem Patienten nicht endet. Viele Ärzte brauche man daran nicht zu erinnern, manche aber schon (B4/10-58, 100-103).

Seitens der Psychologen ist man also nicht darauf erpicht, an Arztes statt tätig oder gar als „Feuerwehr missbraucht“ zu werden. Letzteres resultiere, wenn ein ärztliches Entlassungsbegehren sowohl zeitlich als auch ergebnisbezogen mit großer Dringlichkeit ausgestattet werde: „Dem Patienten geht es schlecht, kommt mal schnell, damit es ihm besser geht!“ (BPS3/249-250). Dann entstehe eine Auftragslage, die für Psychologen nicht befriedigend zu lösen sei, denn der ärztliche Auftrag sei nicht unbedingt im Sinne des Auftraggebers zu erfüllen: „Es *kann* dann ohne weiteres passieren, dass es dem Patienten hinterher *immer* noch so schlecht geht, vielleicht sogar noch ein bisschen schlechter“ (BPS3/251-252). Auch in einer solchen Situation sei und bleibe der einzelne Patient aber der Klient des Psychologen und nicht etwa der Arzt. Vermeintliche Erfolglosigkeit der psychologischen Intervention könne Verständnislosigkeit bei diesem hervorrufen: „Wieso, da *war* doch ein Psychologe. Wieso heult der denn immer noch?“ (BPS3/891-892).

Das sei eine „nicht gerade erquickliche Auftragslage“, aus der aber immerhin mögliche Friktionen der Delegationsbeziehung zwischen Ärzten und Psychologen ersichtlich sind wie umgekehrt auch die Bedingungen ihres Gelingens: Für Psychologen, Psychotherapeuten zumal, ist die Affiliation zu ihren Klienten, die therapeutische Beziehung zentral. Aufträge, Erwartungen, Wünsche von Dritten sind demgegenüber nachrangig; so will es das berufliche Ideal. In Verbindung mit Interventionen bei einzelnen Patienten können wir festhalten, dass die ärztliche Delegation umso unbestimmter bleiben muss, je mehr die psychologische Tätigkeit der ärztlichen ähnelt und wie Krisenintervention und Einzelgespräch deutlich therapeutische Züge trägt. Diese Form der Delegation kann kaum mehr beinhalten, als dass ein Arzt die Aufmerksamkeit eines Psychologen auf einen Patienten lenkt und um Unterstützung bittet. Was darüber hinausgeht, dessen muss sich ein Psychologe erwehren, will er seinem beruflichen Selbstbild treu bleiben.

Im multidisziplinären Kontext gilt es jedoch zusätzlich, den Anforderungen berufsgruppenübergreifender Kooperation gerecht zu werden. D.h. Psychologen müssen die therapeutische Beziehung als Teil eines Dreiecks betrachten, in dem Erwartungen und Loyalität nach verschiedenen Seiten hin auszutarieren sind. Gerade wenn Psychologen die interdisziplinäre Atmosphäre als kollegial empfinden, kann dies zu Loyalitätsabwägungen führen. So beteiligt sich ein Psychologe auf ärztliche Bitte bereitwillig an der Erörterung einer Situation, in der eine ärztlicherseits für dringlich erachtete medizinische Untersuchung nicht hat durchgeführt werden können, weil der Patient phobisch auf jegliche Annäherung eines Arztes mit einer Spritze reagierte. Einem schließlich gemeinsam skizzierten Lösungsweg stimmt der Psychologe aber nur mit dem Vorbehalt zu, dass von ihm kein manipulatives Verhalten verlangt werde und der Patient mit dem Procedere einverstanden sei (B6/1388-1435; B7/954-968; s.a. Kap. 11.1.3). Bei einer anderen Begebenheit zeigt sich, wie sich ein Psychologe den Gepflogenheiten der Teamsitzungen, dass jeder seine Informationen über Patienten dort mitteile, nicht länger entziehen mag, weil er dies zunehmend als „unbefriedigend“ empfindet. Bislang hatte er sein Wissen über die Entwicklung des Rauchverhaltens von Teilnehmern an seinem NRT dort nicht mitgeteilt. Denn bisher hatte er ihnen stets Verschwiegenheit zugesichert in der Überzeugung, nur dann würden die Teilnehmer sich sicher fühlen und rückhaltlos auch von ihren möglichen Misserfolgen und Widerständen erzählen können. Diese „Präambel“ lasse er jetzt

weg und probiere aus, ob die Verschwiegenheitserklärung dafür tatsächlich notwendig sei, um ggf. kollegial frei berichten zu können. – Immerhin, es ist *seine* Entscheidung und nicht etwa eine ärztliche Anordnung, die Loyalität gegenüber Klienten zugunsten kollegialer Mitteilung und in Anerkennung dessen, dass „Rauchen ein sehr wichtiges Thema“ und „nicht irgendein Faktor“ sei, einzuschränken (B1/208-220; B7/997-1009).

Kommunikative Amtshilfe

Neben unmittelbaren Krankheitserlebnissen kommen in den Gruppenveranstaltungen auch zahlreiche andere Fragen zur Sprache, darunter auffallend häufig Fragen und Sorgen zur medizinischen Diagnostik und Therapie sowie zur bevorstehenden Rückkehr in den Alltag. „Was ist mit mir eigentlich passiert?“, „Wann *kann* ich was wieder?“, „Wann *darf* ich was wieder?“ sind Fragen, in denen sich wie in einem Brennglas Verunsicherung, Unruhe, aber auch Ärger, Unmut und Wut sammeln und zudem der Wunsch nach Normalisierung deutlich wird. Und wenn in einer Gruppendiskussion keiner der Teilnehmer eine dieser Fragen aufwirft, so werden sie von Psychologenseite angeschnitten – ein Hinweis auf den hohen Stellenwert, den die professionelle Seite der Klärung solcher Fragen zumisst. In einer Gruppenveranstaltung kann es zwar kaum darum gehen, individualisierte Antworten zu suchen oder zu geben. Stattdessen werden die Teilnehmer nachdrücklich aufgefordert, sich über die für sie wichtigen Fragen Klarheit zu verschaffen und sich einen „Fahrplan“ für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt zu erfragen. Ähnliche Empfehlungen ergehen, wenn Unsicherheiten laut werden über noch ausstehende oder auch schon durchgeführte diagnostische und therapeutische Maßnahmen, ärztliche Therapievorschlüsse und die Bedeutung und Deutung all dessen. Ersichtlich stehen hier nicht *psychische* Befindlichkeiten, sondern durch die *medizinische* Behandlung ausgelöste und mit dieser eng zusammenhängende Unsicherheiten im Vordergrund, die nun auf genau dieser Ebene – der Information bzw. Informationsaufnahme – angegangen werden. Es gilt, die aus Patientensicht offenbar unzureichende Individualisierung des mit den medizinischen Interventionen entstehenden Informationsbedarfs nachzuholen.²⁷⁵

Von psychologischer Seite wird darauf in zweierlei Weise reagiert: Erstens mit der nachdrücklichen und wiederholten Aufforderung an Patienten, ihre Fragen selbst ernst zu nehmen und den medizinischen Behandlern so lange zu stellen, bis ihr Informationsbedarf gedeckt sei. Deutlich ist darin die Absicht zu erkennen, Patienten zu einer aktiven, verantwortlichen Haltung zu bewegen, um mit ihr und freilich den erfragten Auskünften Handlungssicherheit (zurück) zu erobern (s.a. Kap. 11.1.1). Zweitens geben Psychologen ihrerseits medizinische Informationen, stets gerahmt als Wiederholung, immer in der Sprache informierter Laien sowie im Ton affirmativ, was Sinn, Zweck und Ergebnis der

²⁷⁵ Dass Patienten mangelnde medizinische Information beklagen, dürfe, so erläutert ein Psychologe, nicht unbedingt als Tatsache oder Hinweis darauf interpretiert werden, dass Ärzte tatsächlich nicht ausreichend informiert hätten. Die Patientenbeschwerden seien vermutlich oftmals „übertrieben“ und die Behauptungen, nicht informiert worden zu sein, durchaus ein „Rätsel“. Konfrontierte man einen Stationsarzt mit solchen Klagen, würde der „wahrscheinlich die Hände überm Kopf zusammenschlagen und die Welt nicht mehr verstehen“, weil der nach eigener Einschätzung seiner Informations- und Aufklärungspflicht ausgiebig nachgekommen sei (B1/1340-1348). – Man kann diese Erläuterung, wie sie mir als Zeugin einer ‚Klagestunde‘ gegeben wird, als vorbeugende Interpretationshilfe lesen, in kollegialer und loyaler Absicht den Ärzten gegenüber gegeben, um einem möglichen ‚doctor bashing‘ der Forscherin zuvorzukommen. Man kann sie auch als Hinweis darauf verstehen, wie fragil und voraussetzungsvoll das Gelingen der Kommunikation zwischen Experten und Laien, namentlich Ärzten und Patienten, ist.

medizinischen Intervention, aber auch die medizinische Krankheitserklärung (Risikofaktoren) betrifft. So wird beispielsweise versichert, dass man nach einer Bypass-Operation nach einer gewissen Zeit alles wieder dürfe, manches sogar besser als zuvor gehe, dazu sei die OP da; sie beuge außerdem oftmals einem Infarkt vor, indem für verengte Stellen Umleitungen gelegt würden. Die Bypässe hielten dicht und rissen nicht ab; das Sternum wachse wieder ganz fest zusammen. Infarkt-Patienten dürften damit rechnen, dass ihre Leistungsfähigkeit auch nach der AHB noch geraume Zeit weiter ansteige.

Nicht immer werden solche Informationsgaben von den Teilnehmern ruhig aufgenommen; im Gegenteil entzünden sich daran oft lebhafte Diskussionen mit Einspruch, Widerspruch und mitunter zorniger Zurückweisung der positiven Botschaft. Die psychologische Haltung wird durch solche Reaktionen jedoch nicht irritiert und läuft im Grundsatz auf die oben beschriebene, nachdrückliche Aufforderung zur aktiven Auskunftsbeschaffung bei den ärztlichen Behandlern hinaus.

Unter den Gesichtspunkten der Kommunikation, der Arbeitsteilung (oder auch: der kommunikativen Arbeitsteilung) und ebenso hinsichtlich der Frage konzeptueller Eigenständigkeit der Psychologie sind die beschriebenen Situationen aufschlussreich. Festzuhalten ist, dass in diesem Kontext von psychologischer Seite Patienten kein zusätzlicher, in irgendeiner Form ‚psychologisierender‘ Aspekt angeboten wird, sondern das medizinische Geschehen selbst, die Kerntätigkeiten von Ärzten und der damit zusammenhängende Informationsbedarf von Patienten im Fokus stehen. Erwähnt werden muss auch, dass psychologisch geleitete Gruppengespräche oft die einzigen Foren sind, in denen Patienten derart freimütig ihre Bedenken, Vorbehalte und Unsicherheiten äußern; Ärzte erfahren davon in dieser Form üblicherweise nicht. Insofern leisten Psychologen Ärzten gewissermaßen kommunikative Amtshilfe, und das gleich in mehrfacher Hinsicht: Widerstand und Abwehr gegen ärztliche Maßnahmen, Mitteilungen etc. werden überhaupt erst freigelegt und damit einer diskursiven Verringerung zugänglich gemacht; das grundsätzliche Vertrauen von Patienten in die medizinische Begründung (Besserung, Linderung, Vorbeugung) ärztlicher Diagnostik und Therapie wird zu stärken gesucht; Patienten ihres Rechts auf Fragen zu versichern, sie in ihrer Handlungssicherheit zu bestärken, könnte ihre Kooperationsfähigkeit und Compliance verbessern. Außerdem erkennen Psychologen mit dieser diskursiven Figur die zentrale Bedeutung an, die für Patienten das medizinische Geschehen und die Beziehung zu ihren Ärzten hat – als Quelle sowohl für Verunsicherung als auch zur Wiedererlangung von Sicherheit. Dagegen deuten sie nicht an, dass über den medizinischen Sachverhalt im individuellen Fall nicht selten weniger Gewissheit zu erlangen ist, als es Patienten vielleicht lieb wäre.

Bei der Klärung individueller Ursachen stellen Psychologen in ähnlicher Weise Gewissheit in Aussicht: „Woran hat es bei mir gelegen?“ – diese Fragen an ihre Ärzte zu richten und noch während des Klinikaufenthaltes zu klären, wird Patienten wiederholt anempfohlen. Mit einem „Blick in die Krankenakte“ könnten Ärzte darauf eine Antwort geben und reagierten vermutlich positiv auf das Informationsbegehren, weil sie es als Interesse deuteten, so lautet sinngemäß die Ermutigung. Aus den Reihen von Patienten werden allerdings gegenteilige Erfahrungen angeführt; von ärztlicher Seite seien gerade keine genauen Auskünfte auf die Frage nach Ursachen zu erhalten: „Sie sagen nicht ‚15‘ [als Synonym für Eindeutigkeit], sondern es geht von links bis rechts [zeigt eine Spanne]“,

ereifert sich ein Teilnehmer. ‚Daran *könnte* es gelegen haben‘ sei das Maximum an ärztlicher Festlegung in der Ursachenfrage; das Gewissheitsverlangen bleibt also aus Patientensicht mitunter unerfüllt.²⁷⁶

Abermals ist von Psychologenseite also ein medizinischer Kontext intoniert – diesmal durch die Thematisierung medizinischer Krankheitsursachen in Gestalt von Risikofaktoren – in dem Bestreben, mit der kognitiven auch die Handlungssicherheit von Patienten zu erhöhen. Psychologen tragen so dazu bei, die Erfolgsbedingungen ärztlicher Arbeit zu verbessern, indem Patienten des Expertenstatus‘ ihrer behandelnden Ärzte versichert und sie indirekt dazu aufgefordert werden, ihnen Vertrauen entgegenzubringen (denn eine subjektiv wichtige Frage kann man sinnvollerweise nur an jemanden richten, dem man zutraut, sie beantworten zu können). Von den psychologischen Vorbehalten gegenüber der Erklärungskraft des Risikofaktorenkonzepts tritt in diesem Zusammenhang nichts hervor. Im Gegenteil wird es implizit mit seinen Aussagemöglichkeiten hinsichtlich der Ursachenrekonstruktion als eindeutiger dargestellt, als es ist und als es manchen Ärzten womöglich lieb ist (vgl. Kap. 9.2).

Psychologische Tätigkeiten als Komplemente zum ärztlichen Habitus

Auf der anderen Seite lassen sich psychologische Gruppenangebote – jenseits der thematischen Ausrichtung und ihrem jeweiligen Interventionsziel – als komplementär zur ärztlichen Arbeit interpretieren. Ein Teil psychologischer Tätigkeiten ergibt sich aus der Art und Weise, wie Ärzte Patienten gegenüber auftreten. Während Ärzte gewissermaßen im Diagnostik- und Behandlungsmodus agieren, ist der Modus der Psychologen der der Betrachtung. Sie haben *Zeit*, suggerieren dies zumindest Patienten nicht zuletzt durch ihren Habitus, vermittelt z.B. durch Sprechtempo und -modulation, durch ihre Bewegungen (Ärzte eilen, Psychologen gehen). Sie tragen im Unterschied zu Ärzten selten etwas mit sich herum, sind im Kontakt mit Patienten nicht aktenbewehrt und in ihrer Funktion nicht durch Berufskleidung zu erkennen.²⁷⁷ Teilweise wiederholen sie medizinische Information in explizit nicht-medizinischer Sprache, übersetzen und interpretieren also ärztliche Aufklärung (s.o.). Im Unterschied zum ärztlichen ist ihr Kommunikationsstil

²⁷⁶ Im Patientenbegehrt nach eindeutiger Auskunft in punkto Ursachen ist mitunter der Wunsch nach dem *Ausschluss* bestimmter Ursachen zu erkennen. Das ist z.B. der Fall bei langjährigen Exrauchern, die von ärztlicher Seite gern versichert bekommen würden, dass ihr vormaliges Rauchen als Ursache der Erkrankung keine Rolle (mehr) spiele. Hier steht weniger das Verlangen, etwas genau wissen zu wollen, im Vordergrund, als vielmehr versichert zu bekommen, nach so langer Zeit für die Folgen dieses Verhaltens nicht mehr zur Verantwortung gezogen zu werden, gleichsam auf Verjährung hoffen zu dürfen. Zu ihrer Enttäuschung erhalten Patienten diesen ärztlichen ‚Freispruch‘ nicht immer. (Was argumentativ durchaus inkonsequent ist, da in der sekundärpräventiven Situation mit Blick auf die *Zukunft* Rauchern in Aussicht gestellt wird, ihr Risiko für weitere Krankheitsereignisse verringere sich bei Abstinenz nach soundsoviel Jahren bis auf das von Nichtrauchern.)

²⁷⁷ In Klinik B hatte die ärztliche Leitung allerdings festgelegt, dass Psychologen und Sozialarbeiter weiße Kittel tragen sollten, mit der Begründung, nur so seien sie für Patienten eindeutig als Klinikmitarbeiter zu identifizieren. (Das Tragen des Kittels wurde von ihnen jedoch auch bei Anlässen erwartet, bei denen keine Patienten anwesend sind, wie etwa der Klinikkonferenz.) Mit dem Hinweis, dieses Kleidungsstück sei hinderlich im Patientenkontakt, wird der Erlass im räumlichen Arbeitsbereich der Abteilung nicht befolgt. Suchen Psychologen Patienten auf Stationen auf, grenzen sie die Regel nach eigener Maßgabe ein – bezeichnenderweise wiederum unter Hinweis auf die Qualität der Klientenbeziehung.

strikt non-direktiv. Dies und das Signal, Zeit stehe ausreichend zur Verfügung, mag Patienten dazu ermuntern, psychologische Gruppen mitunter als ein Forum zu benutzen, um Ärger, Frust, Anspannung und Angst derart offen zu äußern, wie es Patienten im Kontakt mit Ärzten sonst nur selten tun. Der Kontrast im Verhalten einzelner Patienten, je nachdem, ob sie ärztlich visitiert werden oder an einer psychologischen Gruppe teilnehmen, kann eklatant sein. Dazu mögen die unterschiedlichen Strukturen von Visite und Gruppe beitragen; davon abgesehen scheint in dieser Gegensätzlichkeit aber auch eine Komplementarität von ärztlichem und psychologischem Habitus zu liegen, die zusammen nichts weniger als zwei Seiten einer Medaille darstellen, die arbeitsteilig inszeniert werden: Weil es Psychologen gibt, können Ärzte im Patientenkontakt einen überwiegend direktiv-befragenden, mitteilenden, anratenden, auffordernden Kommunikationsstil üben, für dessen möglicherweise adverse emotionale Auswirkungen Psychologen ein Ventil bieten. Dass es andererseits nicht unbedingt im Interesse von Patienten wäre, wenn sich der ärztliche dem psychologischen Kommunikationsstil angleiche, davon ist ein Psychologe überzeugt und begründet seine Auffassung damit, dass Patienten von ihren Ärzten ein bestimmtes Auftreten erwarteten und vermutlich höchst verunsichert wären, träten jene ihnen ähnlich „unbestimmt“ entgegen, wie es Psychologen tun (B2/1233-1238).

10.3.3 Diskussion

Schlagen wir abermals den Bogen zu den in Kapitel 5 entwickelten Systematisierungsangeboten der Professionsforschung, um sie auf die Analyse der Arbeitsteilung zwischen Psychologischem und Ärztlichem Dienst anzuwenden. Die Dominanzperspektive Freidsons hebt als Kriterien medizinischer Dominanz auf die Herkunft oder Auswahl des Fachwissens, den Grad funktionaler Interdependenz, die Veranlassung des Tätigwerdens sowie die ärztliche Überwachung der Arbeit einer anderen Berufsgruppe ab. Dem Konkurrenztheorem Abbotts zufolge ist das Ausmaß jurisdiktionaler Beherrschung eines Tätigkeitsfeldes das entscheidende Merkmal zur Abschätzung des professionellen Status' einer Berufsgruppe; jurisdiktionale Beherrschung erweist sich v.a. in den Tätigkeitsmerkmalen Diagnosestellung, Schlussfolgerung und Behandlung. Inwieweit Tausch als drittes Strukturmodell die Arbeitsteilung zwischen Psychologen und Ärzten kennzeichnet, ist anhand des Zugangs zu Klienten, der Eigenständigkeit von Aufgaben und der Veranlassung zum Tätigwerden zu beurteilen.

Dominanzperspektive

Dass Psychologen in der (kardiologischen) Rehabilitation ein Arbeitsfeld gefunden haben, ist originär nicht auf das Risikofaktorenkonzept zurückzuführen, sondern gründet in dem Postulat des Versorgungsbereichs, seiner Arbeit ein bio-psycho-soziales Verständnis von Erkrankung und Therapie zugrunde zu legen. Gleichwohl ist die Präsenz der Psychologie auch dem Risikofaktorenkonzept und damit dem medizinischen Einfluss geschuldet. Von psychologischer Seite wird es immerhin als „unsere offizielle Daseinsberechtigung“ bezeichnet, in dessen Rahmen Psychologen für die Bearbeitung bestimmter Risikofaktoren zuständig sind. Demgegenüber stellt das Themenfeld Krankheitsverarbeitung aus psychologischer Sicht das bedeutendere Arbeitsgebiet dar.

Neben der ärztlichen Rekrutierung rekrutieren auch Psychologen Patienten sowie diese sich selbst. Es bedarf also nicht notwendigerweise einer ärztlichen Verordnung, damit Psychologen tätig werden. Sie führen keine ärztlichen Aufträge aus, wie es z.B. Diätassistentinnen bei der Überwachung der Kostform tun (sollen) oder Sporttherapeuten bei der

Beachtung der Belastungslimitierung. Hinzu kommt, dass Überweisungsanlässe und -kriterien nicht auf medizinisch definierten Parametern beruhen (wie z.B. Lipidprofil und andere durch Ernährung beeinflussbare Parameter oder die herzerkrankungsbegründete Belastungslimitierung), sondern durch bestimmte Verhaltensweisen oder Interventionen konstituiert sind.

Das Fachwissen zur Bearbeitung delegierter Arbeiten stammt – bis auf AT und PMR – vollständig aus der Psychologie; allenfalls fallen von medizinischer Seite grundsätzliche Richtungsentscheidungen, wie z.B. die Präferenz für bestimmte therapeutische Methoden. In beiden Kliniken waren dazu Zweifel zu hören, inwieweit hier von bewusster Auswahl zu sprechen wäre. Welches Fachwissen Psychologen dann im Einzelnen heranziehen, ist teilweise davon bestimmt, was als Problem von medizinischer Seite an sie herangetragen wird (NRT, Stressgruppe). Daneben bestimmt aber auch die berufseigene Problemauffassung die Auswahl des Fachwissens (z.B. zu Krankheitsverarbeitung, psychischen Eigenschaften).

In Klinik A mit ihren arztidiosynkratischen Überweisungspraktiken ist nicht einmal klar, inwieweit überhaupt von Delegation gesprochen werden kann, wenn ein Arzt es maßgeblich der Willensbekundung eines Patienten überlässt, z.B. am NRT teilzunehmen oder nicht. Sich nicht in einer geregelten Delegationsbeziehung zum Ärztlichen Dienst zu befinden, mag für Psychologen im unmittelbaren beruflichen Nahraum Handlungshoheit befördern, birgt aber auch die Gefahr der Marginalisierung.

Die funktionale Interdependenz von ärztlichen und psychologischen Tätigkeiten ist vergleichsweise gering. Psychologen verrichten ihre Arbeit räumlich, zeitlich und zum Teil (z.B. im Gruppen- oder Einzelgespräch) auch thematisch unabhängig von ärztlicher Arbeit. Größere Interdependenz entsteht bei Aufgaben wie Krisenintervention oder – wie es vereinzelt vorkommen kann – direkter psychologischer Assistenz bei einer ärztlichen Untersuchung. Freilich interessieren sich Ärzte für Fortschritte ihrer Patienten bei der Nikotinentwöhnung, kaum jedoch für Inhalt und Resultat bspw. einer Gesprächsgruppe oder gar eines Einzelgesprächs. Interdependenz kann insofern entstehen, als es ärztliche Aufgabe ist, bei Bedarf Nikotinersatzstoffe auszugeben. Außerdem ist das Thema Rauchen vielen Ärzten ein prioritäres Anliegen, so dass sie es von sich aus – also ggf. parallel zu psychologischen Interventionen – thematisieren. Das kann funktional interdependent dann genannt werden, wenn sich die Wirkung der einzelnen Intervention dadurch verstärkt. Sollten sich beide Interventionen in ihrer Wirkung konterkarieren, läge wohl eher dysfunktionale Interdependenz vor.

Ärzte überwachen die Arbeit von Psychologen nicht. Auch ist die informationelle Verschränkung weitaus geringer als z.B. zwischen Bewegungstherapie und Ärztlichem Dienst. Der Umstand, dass Psychologen sich einem eigenen professionellen Klientenethos verpflichtet fühlen, setzt der Weitergabe von Information eine Grenze; zumindest gerät der kollegiale Informationsaustausch, wie er z.B. im Stationsteam in Klinik B üblich ist, dadurch zur Gratwanderung, bei der Psychologen zwischen der Loyalität gegenüber Klienten und der kollegialen Erwartung, dass Information geteilt und mitgeteilt werde, abzuwägen haben. Doch selbst die Mitteilung konstituiert keine Überwachung.

Konkurrenzperspektive

Psychologen sind die einzige der nichtärztlichen Berufsgruppen, die die volle diagnostische Kompetenz hätten, um ihre Klienten selbständig rekrutieren zu können – auch weil

keine dezidiert medizinisch definierten Kriterien die Überweisungsanlässe bilden (s.o.). Dass diese Aufgabe ihnen nicht exklusiv zufällt, ergibt sich allein schon aus der Personalstruktur bzw. -ausstattung.²⁷⁸ Eine pragmatisch verkürzte Form der Teilhabe am diagnostischen Eingangsprozedere stellt das psychologische Screening dar, wie es in Klinik B angewendet wird. Eine darüber hinausgehende psychologische Beteiligung bedeutete eine grundlegende Änderung der konzeptuellen Ausrichtung kardiologischer Rehabilitation in Richtung einer Psychologisierung der Kardiologie. Die rehabilitationspsychologischen Untersuchungen zu Ausmaß und Behandlungsbedürftigkeit psychischer Komorbidität unterstreichen die Notwendigkeit eines psychologischen Screening und daran anschließender gestufter Diagnostik.²⁷⁹ Auf der wissenschaftlichen und fachpolitischen Ebene nehmen sich solche Vorstöße aus als professionelle Emanzipation der psychologischen Expertise von ärztlicher Therapiesteuerung, ohne freilich die gemeinsame Verantwortung für die rehabilitative Aufgabe in Frage zu stellen. Aus dem Blickwinkel der funktionalen Interdependenz ärztlicher und psychologischer Tätigkeiten würde diese mit der Betonung der psychischen Komorbidität steigen, da die Krankheitsspezifität in der Ausrichtung des psychologischen Tätigkeitsbereichs zunähme (die Patientenselektion wäre auf psychische Merkmale gerichtet, die relevant sind in Bezug auf die somatische Grunderkrankung bzw. die Sekundärprävention).

Diagnostisch sind Psychologen aber auch im Weiteren tätig, nicht nur inhaltlich in verschiedener Hinsicht, sondern auch funktional. So können ihre diagnostischen Tätigkeiten die ärztliche ergänzen; sie können dazu führen, dass eine den psychologischen Arbeitsbereich betreffende ärztliche Therapiesteuerung abgeändert wird; sie können aber auch ohne näheren Bezug zur ärztlichen Tätigkeit stehen (z.B. im Einzelgespräch). Schlussfolgerung und Behandlung sind zweifelsohne gleichfalls Bestandteile psychologischer Arbeit. Dennoch beherrschen Psychologen ihr Arbeitsgebiet jurisdiktional lediglich in weiten Teilen, und nicht zur Gänze. Diese Einschränkung ergibt sich nicht aus einer grundsätzlich beschränkten Kompetenz, sondern weil die Psychologen in einem medizinisch gerahmten Feld tätig sind, das sich um die Behandlung einer zuvörderst als somatisch definierten Erkrankung herausgebildet hat. Konzeptuell sind Entwicklungen zu einer verstärkt psychologisierten Krankheitsauffassung zu beobachten;²⁸⁰ dass sie sich auch strukturell und organisatorisch niederschlagen, steht bislang aus.

Jurisdiktionsgrenze ist die strukturell schwache Repräsentanz der Psychologie sowie ihre grundsätzliche Eingebundenheit in ärztliche Therapiesteuerung. Dort, wo Letztere wie in Klinik A nicht personenunabhängig besteht, mag zwar die Jurisdiktion auf Psychologenseite für den eigenen Arbeitsbereich höher sein; der Preis dafür jedoch ist hoch, denn

²⁷⁸ Ob diese der einzige Beschränkungsgrund ist oder darüber hinaus weitere Gründe für eine Beibehaltung der beim Arzt zentralisierten Therapiesteuerung sprächen, kann hier offen bleiben (vgl. Reese et al. 2012b).

²⁷⁹ Siehe dazu den Abschnitt „Klinische Psychologie und das Konzept psychischer Komorbidität“ im Exkurs.

²⁸⁰ Anzeichen dafür sind neben dem Konzept psychischer Komorbidität die langjährige Arbeit nebst Veröffentlichungen der Statuskonferenz Psychokardiologie sowie generell vermehrte Veröffentlichungen mit diesem Tenor (z.B. Herrmann-Lingen et al. 2008; Helmes et al. 2007; Albus, De Backer, Bages, Deter, Herrmann-Lingen et al. 2005; Herrmann-Lingen 2005; Grande, Jordan, Kümmel, Struwe, Schubmann et al. 2004; Grande, Romppel & Barth 2012; Mittag, Budde, Eisenriegler, Engel, Herrmann-Lingen et al. 2004; Langosch et al. 2003).

diese Konstellation geht einher mit der Marginalisierung der Psychologie im Gesamtgeschehen der Klinik. Die Einschränkung der psychologischen Jurisdiktion scheint demnach die Voraussetzung dafür zu sein, dass die Psychologie in nennenswertem Maß am Behandlungsgeschehen beteiligt wird.

Tauschperspektive

Inhalte des Tauschs zwischen Psychologischem und Ärztlichem Dienst stellen wie bei den beiden zuvor analysierten Berufsgruppen der Tätigkeitsbereich und Zeit dar: Ärzte sind nicht bzw. kaum für die Aufgaben zuständig, die zuvor als die zum Arbeitsbereich von Psychologen gehörig beschrieben wurden. Für sie ist damit ein Feld von Tätigkeiten umrissen, das erst durch die Delegation zustande kommt. Für die Medizin wiederum bedeutet die Delegation nicht nur thematische, sondern v.a. auch zeitliche Entlastung. Tauschinhalte sind ebenso wenig wie bei den beiden anderen Berufsgruppen Klienten.

Ansonsten aber ergibt die Analyse der Arbeitsteilung zwischen Psychologischem und Ärztlichem Dienst in der Perspektive des Tauschtheorems ein weniger eindeutiges Bild als bei der Diätassistenten und der Bewegungstherapie. Für diese beiden Berufsgruppen kennzeichnet der Strukturtyp des sequentiellen Tauschs (s. Kap. 5.3) die Beziehung zum Ärztlichen Dienst. Für die Psychologen gilt das nur teilweise und unter bestimmten Bedingungen.

Sequentieller Tausch zwischen Ärztlichem Dienst und einer nichtärztlichen Berufsgruppe liegt vor, wenn die Aufgaben beider jeweils derart verschieden sind, dass keine die Aufgaben der anderen übernehmen könnte und somit wechselseitige Abhängigkeit besteht. Zudem charakterisiert diese Tauschform allerdings auch, dass eine Berufsgruppe – in diesem Fall die ärztliche – den Zugang der anderen zu Klienten reguliert.

Während das erste Kriterium erfüllt ist, regulieren Ärzte mit ihrer Therapiesteuerung für Psychologen den Zugang zu Klienten eben doch nur partiell. In Klinik B existieren, wie gesagt, parallele Rekrutierungswege (psychologischer Screening-Fragebogen, Selbstrekrutierung von Patienten), die nicht nur informell genutzt werden, sondern auch formal bestehen. Die Bedeutung der ärztlichen Therapiesteuerung nach dem Muster des sequentiellen Tauschs erstreckt sich v.a. auf jene Zuweisungsanlässe, die aus medizinischer Sicht prioritär sind und der Agenda des Risikofaktorenkonzepts entsprechen: der Status als Raucher und ein beträchtliches Übergewicht. Eine Ausnahme stellt hier die Standardverordnung der Gesprächsgruppe für operierte Patienten dar, die solchermaßen mit Relevanz ausgezeichnet wiederum auf den professionellen Einfluss der Psychologen hinweist. Für weitere psychologische Angebote verfährt die ärztliche Therapiesteuerung weniger schematisch, und die anderen Rekrutierungsoptionen gewinnen an Bedeutung. Dadurch ändert sich der Strukturtyp vom sequentiellen Tausch in funktionale Differenzierung. Im Modell der funktionalen Differenzierung ist neben der Verschiedenartigkeit der Aufgaben zweier Berufsgruppen charakteristisch, dass keine den Zugang der anderen zu Klienten kontrolliert (s. Kap. 5).

Bei ausgewählten Kooperationsanlässen wie Kriseninterventionen oder der sicher nur vereinzelt auftretenden Assistenz bei diagnostischen Prozeduren ist die Hinzuziehung der Psychologen bzw. ihre Arbeit die Voraussetzung dafür, dass Ärzte mit ihren Kernaufgaben fortfahren können. Mit dieser Konstellation ist der Strukturtyp des produktiven Tauschs vertreten. Dieser zeichnet sich dadurch aus, dass zwei Berufsgruppen gemeinsam Teilleistungen erbringen, die zusammen erst eine Aufgabe erfüllen. Zur Kooperation

sind sie dem Strukturtyp nach nicht verpflichtet; vielmehr behalten sie jeweils die Kontrolle über die eigenen Ressourcen (s. Kap. 5). Dieser Kooperationsvorbehalt bezieht sich auf psychologischer Seite in dem geschilderten Kontext darauf, was das (angenommene) Anliegen des jeweiligen Patienten ist. Der Psychologische Dienst ist hier in der Lage, Erwartungen von ärztlicher Seite hinsichtlich einer ‚Störungsbeseitigung‘ abzuwehren.

Biographisierung: Konzeptuelle Konkurrenz oder Ergänzung zum Risikofaktorenkonzept?

Für die beiden anderen Berufsgruppen, Diätassistenten und Sporttherapeuten, konnte bereits gezeigt werden, dass ihre konzeptuelle Orientierung nicht im Risikofaktorenkonzept aufgeht. Im Fall der Diätassistenten treten der Mäßigkeitsdiskurs und die Rahmung von Essen als soziale und Alltagspraxis hinzu. Bei den Sporttherapeuten spielt die Bezugnahme auf Risikofaktoren von vornherein eine nachgeordnete Rolle; die medizinische Erwartung des organ-fokussierten Trainings steht vielmehr im Vordergrund und prägt die sporttherapeutische Arbeit in weiten Teilen.

Demgegenüber orientiert sich die psychologische Arbeit durchaus zu einem Teil am Risikofaktorenkonzept, organisatorisch und thematisch jedenfalls. Außerdem wird es in seiner Handlungs- und Erklärungsdimension Patienten gegenüber affirmativ kommuniziert (siehe „Kommunikative Amtshilfe“). Daneben aber existieren starke eigenständige fachliche Überzeugungen, die sich auf Krankheitsentstehung und -interpretation sowie therapeutische Ziele beziehen und die für das psychologische Selbstverständnis weitaus bedeutender sind als das Risikofaktorenkonzept. Die Frage ist, wie sich die konzeptuellen Orientierungen zueinander verhalten, ob sie zum Risikofaktorenkonzept z.B. konkurrieren, es ergänzen, überbieten oder nicht vereinbar damit sind. Zu fragen ist außerdem, ob sich aus ihnen disparate Interpretationsangebote und Handlungsempfehlungen für Patienten ergeben. Anhand zweier Merkmale psychologischer Arbeit – der Bezug zum Selbst sowie Angebote zur Sinngebung (Biographie) – sollen diese Fragen kurz erörtert werden.

Mit dem Bezug zum Selbst fordern Psychologen Patienten dazu auf, sich selbst als maßgebliche Instanz ernstzunehmen, sei es in punkto Wahrnehmung, Präferenzbildung oder Entscheidung. Dieser Standpunkt mit gleichermaßen erkenntnistheoretischen wie normativen Bezügen ist grundsätzlich in dem Sinne, dass er universalisierbar und nicht auf den Kontext von Rehabilitation, nicht einmal von Krankheit, begrenzt ist. Als Produkt der westlichen Aufklärung ist er auch nicht exklusiv für Psychologen, sondern jedermann, auch ein Arzt oder eine Diätassistentin – kann ihn sich zu Eigen machen. Als Axiom und sodann systematisch prägt er hingegen nur wenige Disziplinen, darunter die Psychologie.²⁸¹ Ist der Bezug zum Selbst also vereinbar mit dem Risikofaktorenkonzept? Ganz ersichtlich sind mit beidem völlig verschiedene Ebenen thematisiert, das eine halbwegs Krankheitserklärung und Behandlungsbegründung, das andere nichts weniger als eine Weltsicht. *Konzeptuelle Konkurrenz* müssen wir deshalb nicht unterstellen. *Vereinbarkeit* hingegen dürfen wir annehmen, denn nichts spricht für kognitive Dissonanz, wenn jemand das eine glaubt und das andere akzeptiert. Allerdings spricht auch nichts dafür, im Bezug zum Selbst eine *Ergänzung* zum Risikofaktorenkonzept zu sehen. Denn dessen offene Fra-

²⁸¹ Möglicherweise nur Teile davon, nämlich jene Fachtraditionen, für die ein Personkonzept überhaupt maßgeblich ist; das trifft auf eine therapeutische Richtung wie die Gesprächspsychotherapie freilich zu.

gen (s. Kap. 3.3) bedürfen einer Ergänzung auf der Erklärungsebene individueller Ätiologie, Pathogenese und individueller Wirksamkeit von Sekundärprävention und nicht der Ebene von Erkenntnistheorie und Konzepten der Person. *Kollisionen* zwischen beidem ergeben sich erst dann, wenn dem Geltungsanspruch des Risikofaktorenkonzepts das Prinzip individueller Beurteilungs- und Entscheidungshoheit *untergeordnet* werden soll, namentlich das Recht auf eine abweichende Meinung oder gar Unvernunft. In einem expertendominierten Setting wie einer Reha-Klinik ist der Rückgriff auf wissenschaftliche und ärztliche Autorität habitualisiert, und die Problematisierung von Patientenverhalten, das von Expertenempfehlungen abweicht, als Noncompliance ist alltäglich. Diese Haltung ist nicht zwingend, wird aber von den spezifischen Merkmalen der Beziehung zwischen Experten und Laien resp. Ärzten und Patienten begünstigt. Vor diesem Hintergrund kann die psychologische Aufforderung, sich dem eigenen Selbst zuzuwenden, Patienten in Konflikt bringen mit ärztlichen Erwartungen an deren Folgsamkeit; zwangsläufig ist das, wie gesagt, nicht. Zu konstatieren ist, dass sich das psychologische Konzept dem medizinischen allenfalls um den Preis des Konflikts unterordnen lässt.

Das psychologische Angebot zur biographischen Integration der Krankheitserfahrung beschränkt sich auf maieutisches Fragen, weist die Rolle des Sinnkonstruktors also dem Patienten zu. Diese Haltung verzichtet auf den belehrenden, avisiertenden, Rat erteilenden Anteil der Expertenrolle; sie ist gleichwohl gesättigt von der professionellen Überzeugung, dass es einen Sinn in der individuellen Erfahrung von Krankheit zu entdecken gibt. Ohne die philosophischen Implikationen dieser ontologischen Annahme hier diskutieren zu können, steht doch fest, dass Patienten damit von psychologischer Seite ein Sinnangebot unterbreitet wird, das sie sonst von keiner anderen Seite erhalten können (s.a. Bardé 1997: 26ff.).²⁸² Insofern gilt für die Biographisierung ebenfalls, dass sie das Risikofaktorenkonzept nicht (auf gleicher Ebene) ergänzt, auch nicht mit ihm konkurriert, sondern es überbietet, indem es dessen Erklärungsansatz überhaupt erst mit Sinn auszustatten anbietet.

Die konzeptuelle Überlegenheit gehört gewissermaßen zum psychologischen Berufsglauben, der aber nur selten so offen geäußert wird wie in der folgenden Passage:

„... wir Psychologen in so einem Klinikkontext [sind] die Berufsgruppe ..., die den meisten systemischen Überblick hat.“ Damit sei gemeint, „dass es keine andere Berufsgruppe gibt, die neben den Risikofaktoren so breit nach links und rechts und oben und unten und vorne und hinten guckt, was es denn noch gibt an möglichen Mitursachen, dass Gesundheit bleibt oder Krankheit entsteht. Also ich glaube, dass es keine andere Berufsgruppe gibt, die sich so breit Fragen gefallen lässt oder die auch selber stellt. (...) Ich erlebe eigentlich alle anderen Berufsgruppen als vergleichsweise in der Weite der von ihnen gewählten und ihnen auch zugänglichen Fragestellung eingeschränkter als die Psychologen.“ (BPS2/119-134)

In der Stellung der Profession im Versorgungsbereich findet dieses professionelle Selbstbewusstsein kein Pendant.

²⁸² Jedenfalls konzeptuell nicht – personell wohl; soll heißen, auch Ärzte können ihren Patienten Sinnangebote unterbreiten, doch müssen sie sich dann auf etwas außerhalb der wissenschaftlich begründeten Medizin berufen, z.B. auf eine langjährige Berufserfahrung oder eben die Psychologie, auf die Religion oder auch auf die eine oder andere Medizintheorie, die dann allerdings Außenseiterstatus hätte.

10.4 Fazit III

In diesem Kapitel wurde die arbeitsteilige Ausführung der Sekundärprävention untersucht, namentlich die Delegation umfangreicher sekundärpräventiver Aufgaben von der Medizin an nichtärztliche Berufsgruppen. Selbst wenn aus dem Risikofaktorenkonzept die maßgebliche Rehabilitationsprogrammatik abgeleitet ist – so die Überlegung – dann sei es doch eine empirische Frage, ob bei gegebener funktionaler Differenzierung diese im Sinne der Medizin ausgeführt werde. Mit der Hinzuziehung anderer Berufsgruppen kommen möglicherweise weitere Konzepte ins Spiel, die – auch das war eine offene Frage – mit dem Risikofaktorenkonzept eventuell nicht konsonant sind; das war zu untersuchen.

Fragen der Arbeitsteilung und funktionalen Differenzierung in einem arztdominierten Setting wie der kardiologischen Rehabilitation zu untersuchen, hat allerdings zur Voraussetzung, sich auch mit der Beziehung zwischen den einzelnen nichtärztlichen Berufsgruppen und der medizinischen Profession zu befassen. Diese Beziehungen sind gewissermaßen der Unterbau, auf dem spezifische Formen der Arbeitsteilung aufliegen. Zwar wurde nicht in Zweifel gezogen, sondern vielmehr unterstellt, dass in diesem Gefüge die Medizin die dominante Profession sei. Aber – so ist in Kap. 5 hergeleitet worden – die Über- und Unterordnungsbeziehungen können sehr unterschiedlich gestaltet sein, mit erheblichen Konsequenzen für die „Beinfreiheit“ nichtärztlicher Berufsgruppen.

Aus diesen Überlegungen heraus wurden jene nichtärztlichen Berufsgruppen fokussiert, denen bedeutende sekundärpräventive Aufgaben übertragen sind, und die Struktur der Arbeitsteilung zwischen jeweils dem Ärztlichen Dienst und der Diätassistenz, der Sporttherapie sowie dem Psychologischen Dienst analysiert. Die Kriterien der Analyse lieferten drei Theoreme der Professionsforschung: das Dominanzmodell, das Konkurrenz- und das Tauschmodell (vgl. Kap. 5). Angewendet auf die einzelnen Berufsgruppen und ihre Beziehung zum Ärztlichen Dienst wurden berufseigene Konzepte rekonstruiert, die Interdependenz der Tätigkeiten mit ärztlicher Vorgabe und Kontrolle untersucht und schließlich die Merkmale der berufstypischen Arbeitsteilung mit dem Ärztlichen Dienst in der Perspektive von Dominanz, Konkurrenz und Tausch diskutiert.

Spätestens mit Ende dieses Kapitels zeigt sich, dass die auch sprachökonomisch motivierte Bezeichnung *nichtärztliche Berufsgruppen* der Unterschiedlichkeit ihrer Beziehungen zum Ärztlichen Dienst nicht gerecht wird. Sie betont Gemeinsamkeit durch Hervorhebung der Negation einer Eigenschaft, die für die gegenübergestellte Profession *das* definierende Merkmal ist. Die Gemeinsamkeit beschränkt sich weiters darauf, in einem medizinischen Setting nicht die dort maßgebliche Profession zu sein und sich in einer solchermaßen nachrangigen Position zum Ärztlichen Dienst zu befinden. Ein Ergebnis dieses Kapitels ist es hingegen, die Unterschiedlichkeit in den Strukturen multidisziplinärer Arbeitsteilung herausgearbeitet zu haben. Fassen wir noch einmal vergleichend zusammen:

Die *Diätassistenz* ist von den untersuchten Berufsgruppen zweifellos die strukturell schwächste: Eine dreijährige Fachschulausbildung ohne akademischen Abschluss, von vornherein auf die Assistenz zur Medizin festgelegt; ein Themenfeld, das in seinem praktischen Alltagsbezug (Kontrolle und Zubereitung häuslicher, familiärer Ernährung) als angestammte weibliche Domäne gilt, sich in der kardiologischen Reha-Klinik jedoch in einem eher männlich geprägten Umfeld behaupten muss; die fast ausnahmslos weibliche

Besetzung des Berufs – das sind die Anzeichen struktureller Schwäche, die die Diätassistenz im multiprofessionellen, ärztlich dominierten Setting zu gewärtigen hat. Sie ist diejenige Berufsgruppe, deren Tätigkeitsfeld thematisch am deutlichsten durch das Risikofaktorenkonzept strukturiert ist: Ernährungsbezogene Risikofaktoren und ihre Beeinflussung gliedern es und bilden zugleich den Begründungszusammenhang für die Zuwahl dieses Berufes zur kardiologischen Rehabilitation. Dennoch lässt sich die Thematisierung von Ernährung durch die Diätassistenz nicht allein auf eine (ausgelagerte, weiterge-reichte) Funktion medizinischer Therapie verkürzen. Im Hinblick auf berufseigenes Um-setzungswissen und die Umsetzbarkeit diätetischer Prinzipien halten zwei weitere Kon-zepte Einzug in die Arbeit der Diätassistenz: die Mäßigkeitsregel als krankheitsun-spezifische Orientierung der alltäglichen Ernährungspraxis, die konsequenterweise auch auf krankheitsbedingte Ernährungsempfehlungen selbst anzuwenden ist; sodann die Herun-terbrechung der wissenschaftsgespeisten *Ernährungs-* und *Diätebene* auf die alltagsbezo-gene, sowohl für die soziokulturelle als auch personale Identität bedeutsame Ebene von *Essen und Trinken*. Allerdings zeigen sich gerade hier Lücken in der jurisdiktionalen Be-herrschung des eigenen Arbeitsfeldes: Die konzeptuelle Klärung innerhalb der Berufs-gruppe selbst ist unvollständig, und – das wäre der zweite Schritt – folglich gibt es auch keine anhaltenden Anzeichen dafür, dass sich die Diätassistenz gegenüber den anderen mit Aspekten der Ernährung befassten Berufsgruppen (dem Ärztlichen und dem Psycho-logischen Dienst) ins Benehmen setzt und um eine konsistente und einheitliche Perspek-tive ringt oder gar die eigene durchzusetzen versuchte – von einzelnen Ausnahmen in Klinik B, von denen berichtet wurde, abgesehen. Festzuhalten ist jedoch auch, dass die Di-ätassistenz die Instrumentalisierung der Ernährung im Dienste des Risikofaktorenkon-zepts nicht betreibt. Mit pragmatischer und kenntnisreicher Umsetzungsarbeit sucht sie alltags-, also für Laien taugliche Anschlüsse zu schaffen für medizinische Ernährungsin-dikationen. Doch es bleiben Lücken konzeptueller Durchdringung und Bearbeitung: das Verhältnis von geforderter „Eigenverantwortung“ zu Mustern häuslicher geschlechtli-cher Arbeitsteilung etwa, oder die Aufschlüsselung des Kulturthemas Essen (vgl. Kap. 11.1 u. S. 240ff.).

Von den reformulierten Dominanzkriterien Freidsons sind im Verhältnis Diätassistenz – Ärztlicher Dienst manche erfüllt, manche nicht; zudem wurden Unterschiede zwischen den beiden Kliniken herausgearbeitet (vgl. Kap. 10.1.3). Ärztliche Verordnungen (der Kostform, der Teilnahme an Vorträgen und Schulungen) bilden die hauptsächlichen, je-doch nicht exklusiven Auslöser für die Leistungsabgabe der Diätassistenz an Patienten, ärztlich überwacht wird sie nicht. Berichtet wurde vom gelegentlich flexiblen, allerdings informellen, hierarchiebewussten Umgang mit ärztlichen Verordnungen dann, wenn ärztliche Verordnungen der Diätassistenz unschlüssig schienen. Von Freidsons Domi-nanzkriterien nicht erfasst ist jegliche Konzeptionsarbeit, die die Diätassistenz leistet, nämlich für die Um- und Übersetzung medizinisch indizierter Ernährungsregeln zu sor-gen, so dass am Ende Essen und Trinken auf dem Tisch stehen.

Diätassistentinnen beherrschen ihr Arbeitsfeld jurisdiktional, wie gesagt, nicht durchgän-gig. Ausweitungen wären immerhin denkbar mit Blick auf die oben angesprochene kon-zeptuelle Klärung und Verantwortung. Dass sie sich auf die Diagnosestellung des medi-zinischen Anlasses beziehen könnte, erscheint hingegen ausgeschlossen: Den Zugang zu Klienten kontrolliert im Wesentlichen der Ärztliche Dienst. Möglich ist immerhin, dass – wie das unterschiedliche Vorgehen von Klinik A und Klinik B zeigte – sich diese Zugangs-

kontrolle tatsächlich auf medizinische Kriterien beschränkt und nicht durch arztidiosynkratische, zudem intransparente Regeln erweitert wird. Mit einer solchermaßen gezähmten Zugangskontrolle wäre der Strukturtyp des sequentiellen Tauschs – Tätigkeitsfeld gegen Zeit – verwirklicht.

Um auf die Ausgangsfrage nach mit dem Risikofaktorenkonzept eventuell konkurrierenden Konzepten zurückzukommen und zu resümieren: Wendete die Diätassistentin die Konzepte der *Mäßigkeit* sowie des *Essens und Trinkens* durchgängig an, dann stünden diese in zumindest einer gewissen Spannung zum Risikofaktorenkonzept. Mit der ausschließlichen Berufung auf diese ist jedoch nicht zu rechnen, denn das Risikofaktorenkonzept ist von der Diätassistentin als das grundlegende Konzept voll akzeptiert; wäre es das nicht, würden sich gewiss Friktionen mit dem Ärztlichen Dienst, mit der Rehabilitationsprogrammatik, aber auch mit elementaren Berufsüberzeugungen der Diätassistentinnen selbst einstellen.

Von den hier untersuchten Berufsgruppen weist die *Sporttherapie* in ihrem Tätigkeitsfeld den höchsten Interdependenzgrad mit der ärztlichen Arbeit auf: Von medizinischer Seite wird der belastungslimitierte Rahmen gesetzt, der auf der Ebene herzleistungsdefinierter körperlicher Belastung zwischen relativer Sicherheit und Gefährdung zu differenzieren erlaubt. Innerhalb dieses Rahmens sind die Sporttherapeuten mit zwei Trainings- bzw. Übungsarten tätig, die ihnen unterschiedliche Freiräume in der Gestaltung ihrer Arbeit gewähren: gering im FET, ausgeprägt in der GG. Die vergleichsweise hohe Interdependenz ergibt sich aus dem organfokussierten Zweck des Trainings, seiner oft binnen kurzem eintretenden Wirkung, der regelmäßigen Aufzeichnung von patientenindividuellen Leistungsdaten, ggf. auch Störungsdaten im FET und deren Steuerungsrelevanz für ärztliche Therapieentscheidungen. Außerdem ist eine gewisse Kongenialität fundamentaler Ideen kaum zu übersehen: Leistung, (kontrollierte) Belastung, Arbeit – diese Begriffe sind gleichermaßen anschlussfähig an die kardiologische Konzeptualisierung der KHK, die therapeutischen Ziele funktioneller Anpassung an einen leistungsgeschädigten Herzmuskel wie auch die kompensatorische trainingsmäßige Erschließung von Leistungsreserven; und in ihrem Trainingsgebot an ein grundlegendes Konzept des Sports.

Obgleich die Beeinflussung von Risikofaktoren durch regelmäßiges körperliches Training zu seinem Begründungszusammenhang gehört, ist das medizinische Kriterium für die Zuweisung von Klienten zur Sporttherapie allein die körperliche Belastbarkeit und nicht etwa ein Risikofaktor Bewegungsmangel, Bluthochdruck, erhöhtes Cholesterin usw. Für die Sporttherapie gibt es keine zur ärztlichen Zuweisung von Patienten parallelen Rekrutierungsoptionen. Die informationelle Verschränkung der Sporttherapie mit dem Ärztlichen Dienst dient der Kontrolle von Patienten, nicht der Arbeit der Sporttherapeuten. Während die enge Verzahnung von Zweck und Mittel beim FET (das man neben dem Training auch als eine Art fortgesetzter, ärztlich veranlasster Diagnostik auffassen könnte) nur wenig Raum zur Entfaltung sporttherapeutischer Expertise lässt, ist diese umso mehr bei der Gestaltung der GG gefragt. Zwar setzt auch hier die medizinisch begründete Leistungslimitierung den Rahmen für die Arbeit der Sporttherapie – und stellt insofern deren Jurisdiktionsgrenze dar –, doch innerhalb dieses Rahmens gestaltet die Sporttherapie ihren Arbeitsbereich eigenständig. Da das medizinische Zuweisungskriterium objektivierbar ist und sich körperliche Trainingseffekte des FET auch bei averser Motivation von Patienten einstellen, ist die Zuweisung von Klienten zur Sporttherapie transparenter und zuverlässiger als bei der Diätassistentin, obwohl parallele Rekrutierungswege

hier verschlossen sind, insbesondere die Sporttherapie nicht selbständig Klienten rekrutieren kann. Insofern ist die sequentielle Tauschbeziehung – Tätigkeitsbereich gegen Zeit – realisiert.

Gerade die konzeptuelle Nähe – insbesondere im Trainingsanliegen – zwischen Sporttherapie und medizinischen Zielen versperrt ihr allerdings zugleich den Rückgriff auf sportgenuine Konzepte. Seine Eigenständigkeit als Funktionssystem (vgl. Kap. 10.2.1) verliert der Sport, wenn er durch die Medizin instrumentalisiert wird: kein Wettkampf, kein selbstvergessenes Spiel, stattdessen Ehrgeizbegrenzung. Im medizinischen Rahmen ist nur ein entsportlichter Sport funktional, der die Motive des Sporttreibens nicht aufnehmen kann, der die Auswahl der Sportarten und den Modus ihrer Ausführung begrenzt. Deshalb können die sporttherapeutischen Bemühungen um die Rettung des Sportmotivs „Spaß“ nicht überzeugen. Mag auch die medizinische Richtschnur für das Sporttreiben, auf dem Grat zwischen Überforderung und Unterforderung zu balancieren, genuin sportliches Training in ähnlicher Weise anleiten, so unterscheiden sich doch Begründungen und Kontrollerfordernisse: Entgegen dem sporttherapeutischen Ziel, die Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung von Patienten zu stärken, werden sie doch nicht in die Freiheit entlassen. Sporttreiben – so das medizinisch begründete Gebot der Wachsamkeit – sollte in betreuter Form vonstattengehen, betreut von Trägern professionalisierter Leistungsrollen. Damit bleibt selbst sportaktiven Patienten nur der Verbleib in der Publikumsrolle. Auch das wäre im Funktionssystem des Sports anders.

Die *Psychologie* ist mit ihrer teils heilkundlichen Expertise dem Ärztlichen Dienst professionsverwandt. Im Exkurs wurde gezeigt, dass die Klinische Psychologie ihren Professionsstatus in der (kardiologischen) Rehabilitation jedoch bislang nur unvollständig durchsetzen konnte. Jüngste Verlautbarungen konstatieren zwar die feste Verankerung psychologischer Leistungen in der Rehabilitation somatischer Erkrankungen ausweislich von Empfehlungen, Leitlinien und gesetzlichen Vorgaben, stellen zugleich aber fest, dass der psychologische Stellenschlüssel vielfach die aktuellen, wiewohl eher bescheidenen, also pragmatischen Standardsetzungen unterschreitet. Als Manko der bisherigen Entwicklung wird v.a. eine geringe Standardisierung psychologischer Leistungen in der Rehabilitation identifiziert (Bengel et al. 2013; Reese et al. 2012a). Neuere Forschungen zur Prävalenz psychischer Komorbidität bei somatischen Erkrankungen mögen den professionellen Bedeutungsanspruch eindrücklich unterstreichen; die noch ungeklärte Sortierung der unterschiedlichen Hochschulabschlüsse und Qualifikationsniveaus hin auf rehabilitationspsychologische Aufgaben dürfte ihn hingegen ernsthaft unterminieren.

Grundsätzlich sind Psychologen Experten für menschliches Verhalten, im Kontext der Rehabilitation also für Krankheits- und Gesundheitsverhalten, u.U. für dessen sinnhafte Rekonstruktion und v.a., sofern es maladaptiv ist, für seine Veränderung. Daraus ergibt sich, dass die Psychologie einiges an Expertise zur Rehabilitation beizutragen hat, auch zur Arbeit an Risikofaktoren, namentlich lern- und motivationspsychologische Konzepte sowie Kompetenz beim Thema Sucht. Ferner verfügen (Klinische) Psychologen über diagnostisches Wissen, bezogen auf psychische Störungen und Erkrankungen.

Aus dem Risikofaktorenkonzept ergeben sich für Psychologen also einige Arbeitsbereiche. Von der Arbeit an spezifischen Risikofaktoren abgesehen, zielt der psychologische Beitrag auf die Stärkung der „Selbstkompetenz“ von Patienten, auch und gerade im Hinblick darauf, Risikofaktoren durch eigenes Verhalten günstig zu beeinflussen. Die dafür

notwendigen Wissensbestände und Bearbeitungstechniken wählt die Berufsgruppe selbständig aus, berufseigene Problemauffassungen spielen dabei eine wichtige Rolle. Allerdings wurde auch von ärztlichen Richtungsentscheidungen für den psychologischen Tätigkeitsbereich berichtet.

Das Standing der Berufsgruppe erwies sich in den beiden Kliniken als denkbar verschieden. „Marginalisiert und dadurch autonom“ – so etwa lässt sich die seinerzeitige Situation der Psychologin in Klinik A charakterisieren. Dem ärztlichen Gutdünken überlassene Delegationsentscheidungen haben einerseits der Selbstrekrutierung von Patienten für Angebote des Psychologischen Dienstes eine wichtige Funktion zugewiesen. Sie offenbarten allerdings auch die schwache Position der Psychologie gegenüber dem Ärztlichen Dienst, folglich auf dessen Zuweisungskriterien und -entscheidungen keinen Einfluss nehmen zu können; von einem irgendwie gearteten Screening eingangs der Reha-Maßnahme ganz zu schweigen. Dabei sind – im Vergleich mit den beiden anderen Berufsgruppen – die grundsätzlichen Voraussetzungen für den Psychologischen Dienst, Zuweisungskriterien selbst zu formulieren, ggf. auch ein eigenständiges Screening zu verantworten, denkbar günstig. Denn zuweisungs- bzw. screeningrelevant sind ja nicht in erster Linie genuin medizinisch definierte Kriterien wie Lipidprofil, Bluthochdruck oder verbliebene Herzleistung, sondern überwiegend Verhaltensweisen und psychische Dispositionen, Kriterien also, die eindeutig im Jurisdiktionsbereich der Psychologie liegen. In dieser Hinsicht hatte die Psychologische Abteilung in Klinik B bereits damals definitivistische Autorität erlangt, die – so lassen jüngere Lageberichte vermuten (Bengel et al. 2013; Reese et al. 2012a) – auch heute in vielen Reha-Kliniken noch keine Selbstverständlichkeit sind. Dass sie sich dort in absehbarer Zeit zu berufsgruppentypischem Allgemeingut entwickeln könnte, muss eher skeptisch beurteilt werden. Der Verwirklichung jurisdiktionaler Verantwortung steht der bescheidene Stellenschlüssel entgegen, mit dem Psychologische Dienste vielfach auszukommen haben. Das ist der Grund, warum rehabilitationspsychologische Positionspapiere Screening und Zuweisung im Wesentlichen dem Ärztlichen Dienst zuordnen (vgl. Reese et al. 2012b).

Rekapitulieren wir abschließend einige der strukturellen Merkmale, die die Beziehung zwischen Psychologischem und Ärztlichem Dienst charakterisieren. Von den (reformulierten) Dominanzkriterien Freidsons sind praktisch keine erfüllt: Psychologen führen keine ärztlichen Aufträge aus, sie können ärztliche Kooperationsanfragen sogar abwehren, zumindest abändern (z.B. bei Kriseninterventionen), obwohl gerade bei solchen Anlässen eine größere Interdependenz von psychologischer und ärztlicher Tätigkeit entstehen kann. Die Arbeit von Psychologen wird ärztlicherseits nicht überwacht, und die informationelle Verschränkung ist – vielleicht mit Ausnahme von Sitzungen der Stations-teams – geringer als bei den anderen Berufsgruppen: Es gibt keine regelmäßigen schriftlichen Rückmeldungen von psychologischer Seite an Stations- oder Oberärzte. Wie Psychologen z.B. mit Information verfahren, die die Nikotinentwöhnung von Teilnehmern ihrer Veranstaltungen betrifft, liegt im psychologischen Ermessen – obwohl dieses Wissen für Ärzte sicherlich von besonderem Interesse ist. Diese „Informationshoheit“ schließt nicht aus, dass kollegiale Kooperation entsteht, wie geschildert worden ist, es besteht aber keine Bringschuld von psychologischer Seite.

Wie gesagt, Psychologen könnten ihr Tätigkeitsfeld jurisdiktional zur Gänze beherrschen, wären sie in größerer Zahl in der somatischen Rehabilitation vertreten. Überlegen wir, wie sich das Verhältnis der beiden Professionen zueinander dann wohl entwickeln

würde: Wenn die Aufnahmeprozedur ein psychologisches Screening einschließen würde, wäre die diagnostische Kompetenz der Psychologie regelhaft und nicht nur anlassweise gefragt. Mit dem Konzept psychischer Komorbidität, das konsekutiv zum Screening eine weitergehende, abgestufte Diagnostik verlangte, würde sich die kardiologische Rehabilitation zweifellos „psychologisieren“ und gemäß der wissenschaftlichen und fachpolitischen Perspektive einhergehen mit einer professionellen Emanzipation von ärztlicher Therapiesteuerung. Die rehabilitative Aufgabe würde in gemeinsamer Verantwortung wahrgenommen. Es stiege die funktionale Interdependenz beider Tätigkeitsbereiche, denn psychologische Leistungen würden wohl krankheitsspezifischer werden (müssen). Ob sich die Psychologie unter solchen Voraussetzungen ihr widerständiges Element (vgl. S. 285-289) bewahren könnte, ist allerdings fraglich.

Strukturmerkmale des sequentiellen Tauschs, die im Verhältnis von Diätassistenten und Sporttherapie zum Ärztlichen Dienst identifiziert worden sind, charakterisieren in weiten Teilen auch die Form der Arbeitsteilung zwischen Psychologischem und Ärztlichem Dienst: Tätigkeitsfeld gegen Zeit; Ärzte werden außerdem thematisch entlastet (freilich nur, wenn sie dies zulassen). Allerdings: jenseits von Risikofaktoren als therapiesteuerungsrelevanten Merkmalen verfährt die ärztliche Therapiesteuerung mit Blick auf psychologische Leistungen weniger schematisch. Andere Rekrutierungswege, auf die Psychologen Einfluss haben, gewinnen an Bedeutung. An diesem Punkt wandelt sich der Strukturtyp des sequentiellen Tauschs zur funktionalen Differenzierung: Bei Verschiedenartigkeit der Aufgaben kontrolliert keine Berufsgruppe den Zugang der anderen zu Klienten.

Die Psychologie bringt mit der Biographisierung der Krankheitserfahrung eine weitere Perspektive ins Spiel, die für die professionelle Identität weitaus bedeutender als das Risikofaktorenkonzept ist. Psychologen bieten es Patienten als Ergänzung an. Geht man allerdings dem Konzept auf den Grund und denkt seine Implikationen zu Ende, so hatte ich oben argumentiert, dann stößt man auf Konfliktpotential: für Patienten, falls sie dieses Sinnangebot aufgreifen und es über den ärztlich vertretenen Geltungsanspruch des Risikofaktorenkonzepts stellen; für die Psychologen selbst, sollten sie die Implikationen ihres Konzepts offensiv vertreten. Was sie nicht tun.

11 Das Risiko hinter den Risikofaktoren

Nachdem zuvor die Bedeutung des Risikofaktorenkonzepts für die sekundärpräventive Arbeit der verschiedenen Berufsgruppen herausgearbeitet worden ist – strukturell, inhaltlich, im Hinblick auf interprofessionelle Arbeitsteilung –, sollen in diesem Kapitel zwei Aspekte des Risikobegriffs, die schon das vierte Kapitel durchzogen haben, im klinischen bzw. sekundärpräventiven Kontext untersucht werden: nämlich die Zurechnung von Risiken auf individuelle Entscheidungen (11.1) und sodann deren Ambivalenz (11.2). Ein Fazit (11.3) resümiert den Lohn der Lebensstiländerung.

11.1 Die Zurechnung des Risikos

Dass Risiken individuellen Entscheidungen zugerechnet werden können, ist neben der Wahrscheinlichkeit der zweite zentrale Aspekt des Risikobegriffs; diese Eigenschaft erlaubt insbesondere die Abgrenzung vom Begriff der Gefahr (Luhmann 1991; Bonß 1991; s. Kap. 4). Die Zurechenbarkeit der KHK und ihrer Akutereignisse auf Risikofaktoren stellt seit vielen Jahrzehnten das epidemiologische Risikofaktorenkonzept her (s. Kap. 3). Sofern mit Risikofaktoren nicht erblich bedingte Faktoren gemeint sind, sondern solche, die durch individuell steuerbares Verhalten entstehen, sind die dadurch geschaffenen Risiken jenen zurechenbar, die rauchen, sich wenig bewegen, das Falsche und davon zu viel essen.

Ob aus der Zurechenbarkeit schließlich die *Zurechnung* von Risiken auf individuelles Verhalten wird, ist eine Frage nicht mehr nur medizinischer und epidemiologischer Interpretation. Über diese Fachkulturen hinaus muss der Argumentationszusammenhang als Topos institutionalisiert sein, um als Referenz gesellschaftsweit zu wirken. Ob eine Zurechnung dann im Einzelfall akzeptiert, zurückgewiesen, modifiziert oder abgeschwächt wird, wer sie im Zweifelsfall vornimmt, das sind empirische Fragen, von denen im Folgenden einige wenige untersucht werden. Stellen wir zunächst fest, dass eine Denkfigur zur nicht mehr hinterfragten Selbstverständlichkeit geworden ist.²⁸³

In der kardiologischen Rehabilitation wird die Zurechnung zeitlich in zwei Richtungen vorgenommen: rückblickend auf die Entstehung der Erkrankung durch individuelles Verhalten zum einen, angezeigt z.B. durch die Health Professionals wie Laien geläufige, umgangssprachliche Unterscheidung zwischen Erkrankungen, „für die man etwas kann“, und Erkrankungen, „für die man nichts kann“. Im Kontext kardiologischer Rehabilitation werden auf diese Weise z.B. Patienten mit einer Herzklappenerkrankung unterschieden von Patienten mit einer KHK samt verhaltensbedingter Risikofaktoren.

Zum anderen ist es jedoch v.a. die Gestaltung der Zukunft, die während der Rehabilitation thematisch herausgehoben ist. Die o.g. Unterscheidung wird ähnlich auch hier ange-

²⁸³ Die Behauptung lässt sich rasch überprüfen, indem man die Phrase *Herzinfarkt vorbeugen* in das Suchfeld einer beliebigen Internet-Suchmaschine eingibt und sich die Ergebnisse anschaut. Der kleine Test lässt sich ethnomethodologisch ebenso leicht wie aufschlussreich erweitern: a) Überlegen Sie zuvor, mit welchen Ergebnissen Sie rechnen. b) Wären Sie erstaunt, wenn Stellungnahmen zur Infrastruktur des öffentlichen Verkehrs, zur Wegeplanung öffentlicher Bauten, zur Arbeitsplatzgestaltung in Büros und Schulen oder zur Preisgestaltung von Lebensmitteln entsprechend ihres vermuteten gesundheitlichen Schädigungspotentials die ersten Treffer bildeten?

wendet: „Klappenpatienten“, sagt ein Oberarzt, „können selbst wenig tun, bloß ihre Erkrankung annehmen“; Risikofaktoren seien bei dieser Patientengruppe „kein Thema“. Im Gegensatz zur KHK, „die hauptsächlich vom Patienten zu steuern ist“, wie eine Ärztin den Unterschied zu Krebserkrankungen verdeutlicht. Auch eine Psychologin hebt die Beeinflussbarkeit der KHK als Besonderheit und Chance hervor: Anders als einem Krebspatienten könne man einem Herzpatienten „ganz einfach sagen“, dass er „sein weiteres Schicksal zu zwei Dritteln selbst beeinflussen“ könne – vorausgesetzt, er korrigiere seine Risikofaktoren. Lediglich ein Drittel sei nun „wirklich Schicksal“, also unbeeinflussbar wie die Ziehung der Lottozahlen (A12/365-369). Das Merkmal der Erkrankung, durch Patientenverhalten beeinflussbar zu sein, bestimmt demnach auch den therapeutischen Zugang, unterstrichen durch die zum Motto „Gesundheit selber machen“ verdichtete Programmatik kardiologischer Rehabilitation. In diesem Sinne versichert die Leiterin eines Gesundheitsseminars den Teilnehmern,

dass die Herzerkrankung bis zu fünfzig Prozent durch ein „vernünftiges Leben“ beeinflussbar sei. Das kommentiert ein Teilnehmer mit der Bemerkung, dann habe man ja schon „die halbe Miete im Sack“.

„Genau!“ – bestätigt die Leiterin seine Schlussfolgerung (A10/201-203).

Dass mit der Fünfzig-Prozent- bzw. Zwei-Drittel-Aussage Sicherheitsfiktionen mit Hilfe einer wahrscheinlichkeitstheoretisch unklaren Aussage aufgebaut werden, steht auf einem anderen Blatt.²⁸⁴

Der Vorgang der Zurechnung ist konzentriert in dem in der Rehabilitation und darüber hinaus generell in der Gesundheits- und Sozialpolitik eingemieteten Begriff der *Eigenverantwortung*.²⁸⁵ Festzuhalten ist vorerst jedoch, dass z.B. das *people processing* der Organisation Reha-Klinik mit seinen Zuweisungen und Therapieplänen gewiss nicht den Prinzipien einer von Patienten selbst verantworteten Regulierung gehorcht; allenfalls in Klinik A gab es solche Ansätze (s. Kap. 8.2.2). Vielmehr ist der Reha-Aufenthalt mit einem Curriculum vergleichbar, in dessen Verlauf *Eigenverantwortung* erst konstituiert und Patienten dann angetragen wird: „Im Grunde dient die Sekundärprävention, den Patienten zu schulen, auf sich selber ... der muss selber!“, betont eine Ärztin. Wie konsequent dies geschieht, wird im Folgenden untersucht.

²⁸⁴ Der Teilnehmer interpretiert die Aussage in optimistischer Weise, so wie sie von der Leiterin intendiert war, das offenbart seine Bemerkung. Diese zeigt außerdem, dass hier mental addiert wird (ähnlich wie bei den *component sufficient causes* von K. Rothman, vgl. Kap. 3.3.2): Mit der Befolgung der Hinweise zur Lebensstiländerung sei der Sack immerhin zur Hälfte gefüllt. Diese Lesart bestätigt die Leiterin mit ihrem „Genau!“. Die Interpretation mag beruhigend, eingängig oder motivierend sein – möglicherweise funktional im Sinne einer Krankheitsbewältigung –, als Wahrscheinlichkeitsaussage aber ist sie nicht zu interpretieren (vgl. Kap. 4.2.1).

²⁸⁵ Zum Neologismus *Eigenverantwortung* hat Robert Leicht dargelegt, dass das neue Wort gegenüber der alten *Verantwortung* keine Bedeutungserweiterung darstelle: Wenn jemand Verantwortung übernehme, dann stets *für* etwas *vor* jemandem, zur Not eben vor sich selbst. Dass *Eigenverantwortung* dennoch in der Sozial- und Gesundheitspolitik so inflationär in Gebrauch gekommen ist (vgl. Dieterich 2006, Schmidt 2008), führt Leicht auf das politische Programm der Entsolidarisierung zurück. So gesehen, stelle sich *Eigenverantwortung* als Gegenbegriff zu *Solidarität* dar, die – getreu dem Subsidiaritätsprinzip – erst dann einzutreten habe, wenn *Eigenverantwortung* ausgeschöpft sei (Leicht 2003).

11.1.1 Gesundheitsbildung: Transformation von Verhalten in Handlung

Warum sollte *Eigenverantwortung* konstituiert werden müssen, und wie geht das vonstatten? – Verantwortung ist mit den Eigenschaften von *Handlungen* stärker verknüpft als mit *Verhalten*, und dies hat Folgen für die Zuschreibung oder Übernahme von Verantwortung und die Anwendung des Risikobegriffs. Die Begriffe sind nicht trennscharf,²⁸⁶ akzentuieren aber Verschiedenes: Als *Handlung* werden eher singuläre Vorgänge bezeichnet, vom Akteur entworfen nach dem Typus zweckrationalen Handelns, ausgestattet mit Absicht und bewusst ausgeführt (vgl. Vossenkuhl 1985: 221, 229f.). Demgegenüber stellt der Verhaltensbegriff oftmals auf den habituellen oder gewohnheitsmäßigen Charakter von Handlungsvollzügen ab; so auch im Kontext der Medizin und Sekundärprävention. Gemeint sein mag auch, dass jemand etwas tut, ohne sich über Sinn, Zweck und Folgen Gedanken zu machen. Wenn ich einen Apfel oder ein Stück Stollen esse, einen Spaziergang mache, mich über meinen Nachbarn grün und blau ärgere, mir häufig etwas aneigne, das mir nicht gehört – und es ist von meinem Essverhalten, Gesundheitsverhalten, Konflikt- oder Sozialverhalten die Rede, dann sind damit weniger die einzelnen Handlungsvollzüge gemeint, sondern meine im Hinblick auf ihr präventives Potential und ihre Sozialverträglichkeit guten und schlechten Angewohnheiten. Zwar ist Verhalten im Prinzip steuerbar, folglich sind Subjekte für ihr Verhalten auch verantwortlich und werden zur Verantwortung gezogen, sofern andere sich gestört fühlen oder geschädigt werden. Aber es gibt doch Abschwächungen der Verantwortungszuschreibung, unter Umständen sogar Dispens, etwa wenn dem Verhalten eine starke Abhängigkeit oder Sucht zugrunde liegt oder es auf eine Erkrankung zurückgeführt wird. (Wäre bei mir z.B. ADHS diagnostiziert oder wäre ich klaustrophob oder kleptomane veranlagt, würde das in die Beurteilung meines Sozialverhalten vermutlich eine Rolle spielen.)

Mag Verhalten auch gewohnheitsmäßig und manches davon (selbst-)schädigend sein, zum größten Teil gilt es als erlernt; damit ist es prinzipiell offen für Veränderung. Eine kaum überschaubare Anzahl von Verhaltensweisen gilt unter gesellschaftlich selektierten Kriterien (gesund, sozial, ökologisch, gerecht, effizient, übersichtlich usw. usf.) als problematisch und ist deshalb Kandidat für Veränderungsbemühungen vielfältiger Art, die auf individueller wie politischer Ebene ansetzen. Vergleichbare Problematisierungen existieren für Handlungen nicht; allenfalls sollen diese effektiver ausgeführt oder effizienter gestaltet oder geahndet werden (z.B. Steuerhinterziehung). Bestandteil praktisch aller beim Individuum ansetzenden verhaltensbezogenen Veränderungsstrategien ist Aufklärung: über hingenommene und/oder übersehene Konsequenzen eines Verhaltens und deren Kosten (oder Risiken!), über Verhaltensalternativen und deren Vorteile; flankiert von Information und Hilfestellung beim Umlernen. Damit halten die Handlungsattribute Bewusstheit, Absicht und Rationalität Einzug in Bereiche, die zuvor zwar nicht konturlos, jedoch nicht – wie Handlungen – einer Gestaltungsabsicht unterworfen waren. Das ist ebenfalls das Grundmuster jeglicher Gesundheitsbildung, somit auch des edukativen Teils der Rehabilitation. Also wachsen mit der Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme die Verantwortung und die Zuschreibung von Verantwortung für die eigene

²⁸⁶ Sofern man nicht auf den ursprünglichen behavioristischen Verhaltensbegriff rekurriert, der methodologisch auf Beobachtung festgelegt ist und unter Verhalten die Reaktion auf einen Reiz versteht.

Gesundheit.²⁸⁷ „Denken Sie über Ihre Essgewohnheiten nach, beobachten Sie sich!“, empfiehlt eine Diätassistentin ihren Zuhörern und ergänzt diese Aufforderung zur gewissenhaften Selbstevaluation um den Rat, ein Ernährungstagebuch zu führen. „Fachmann in eigener Sache werden“, „Gefahrenquellen erkennen“ sind ähnlich lautende Aufforderungen von Health Professionals, mit denen Patienten ermuntert werden, bisherige alltägliche Verhaltensweisen einer eingehenden Überprüfung zu unterziehen. Nicht immer ist damit allein die Aktivierung kognitiver und analytischer Fähigkeiten gemeint; auch „auf seinen eigenen Körper hören“, also der Selbstwahrnehmung zu vertrauen, ist unter den Ratschlägen.

Information und Aufklärung sind kein Selbstzweck, sondern dienen dem Ziel, Patienten ein Wissen zu vermitteln, welches sie ihre *Eigenverantwortung* akzeptieren und ihre Bereitschaft zur Verhaltensänderung entstehen lässt oder festigt und darüber hinaus die instrumentelle Wissensbasis dafür legt, eine solche Veränderung bewerkstelligen zu können. Das ist das klassische Aufklärungsmotiv, verbunden mit Erwartungen an rationale Verhaltenskonsequenzen, wie es Grundlage nahezu aller präventiven Bemühungen ist (vgl. Kap. 3.4). Erst in diesem aufgeklärten Zustand ließe sich davon sprechen, dass jemand *bewusst* ein Risiko eingeht oder vermeidet dadurch, wie viel und was er isst oder wie viel er sich bewegt. Dass man *nach* der Gesundheitsbildung nicht mehr Unkenntnis vorschützen könne, formulieren auch Patienten. Über die Wirkung der Vorträge sagt einer:

„Und, ich meine, es sind alles erwachsene Menschen, und die können sich das wohl dann ausrechnen, was passiert, wenn ihnen das [die Gesundheitsbildung] egal ist und wenn sie die alten Lebensgewohnheiten fortführen.“ (BPAT1/298-300)

Ein anderer verbindet ausdrücklich Risiko mit Wissen; lege man das gleiche Verhalten an den Tag ohne Wissen darüber, dass es riskant sei, entgehe man auf jeden Fall der Zurechnung (von ihm hier „Fehler“ genannt):

„Und *das* sehe ich als Risiko an: Wenn ich weiß, es kann was passieren, [und mache es trotzdem]. Aber wenn ich von nichts was weiß, kann ich mir nicht vorstellen, dass das irgendwie ein Fehler ist.“ (BPAT2/220-224; Betonung vom Sprecher)

Der Wissensvorsprung, den Ärzte in medizinischen Dingen vor Patienten haben, ist es denn auch, den eine Ärztin als Grund dafür anführt, dass sie „absolut kein Verständnis“ für rauchende Kollegen habe; ähnlich äußert sich ein Sporttherapeut.

Die Stärkung der Zurechnung ist freilich nicht expliziter Bestandteil der Rehabilitationsprogrammatik und auch nicht die explizite Intention der Transformation von Verhalten in Handlung. Explizit zielen Aufklärung und Bewusstmachung auf eine Reflexion über bisheriges Verhalten und sind als solche Bestandteil einer Veränderungsstrategie. Ebenso gehört dazu, ein neues Verhaltensrepertoire über die Einführung von Handlungen aufzubauen. Implizit aber geschieht mehr, da sich an die Vermittlung von Wissen (auch) die Überzeugung knüpft, mit der Mehrung des Wissens steige die Verantwortung des Belehrteten für die intendierte Nutzung des Wissens. Während der explizite Teil nur eine Richtung kennt – Patienten vielfältige Hilfestellung beim Umlernen anzudienen –, ist die

²⁸⁷ Freilich nimmt mit dem Wissen um Handlungsalternativen, zumindest theoretisch, auch die Freiheit zu. Allerdings mehren sich zugleich die Risiken, die mit den in Freiheit getroffenen Entscheidungen einhergehen: Wissen, auf das sie sich stützen, könnte obsolet werden.

Implikation der Verantwortungszuspitzung in zwei Richtungen anschlussfähig – Gelingen wie Misslingen. Sie bietet den Beteiligten (Health Professionals *und* Patienten) ein Reservoir zur Evaluation und Interpretation von Patientenverhalten.

Gelingen und Misslingen werden von allen Beteiligten fast automatisch mit der *Willenskraft* desjenigen verknüpft, der sein Verhalten ändern soll oder will (sic!). Information und Aufklärung mögen unverzichtbar sein in jeglichem Projekt zur Verhaltensänderung; als mindestens ebenso unverzichtbar gilt der *Wille*, solche Veränderungen zu initiieren, einzuüben und beizubehalten. Diese Ansicht teilen Health Professionals mit etlichen Patienten.

In einem Seminar, das Patienten zur Reflexion über ihr Alltagsverhalten anregen soll, kommt die Rede aufs Rauchen. Die Seminarleiterin fragt, wo die Veränderung beginne, wenn man das Rauchen aufgeben wolle. Mehrere Teilnehmer antworten: „Im Kopf, und nur da!“ Die Leiterin übersetzt „Kopf“ mit „Wille“ und bekräftigt, der Wille sei das Ausschlaggebende dabei: „Wenn der Wille nicht da ist, hilft auch das Pflaster nicht.“ Solche Mittel seien zur Unterstützung da, könnten jedoch den Entschluss, aufzuhören, nicht ersetzen. Eine Teilnehmerin bestätigt dies mit der Schilderung ihrer Erfahrung mit Nikotinpflaster, das sie bei einem früheren Entwöhnungsversuch eingesetzt hatte: „130 Mark hab ich in den Sand gesetzt. Es muss im Kopf sein, sonst hilft es gar nicht!“ (A2/223ff.)

Jene Teilnehmer, die sich äußern, akzeptieren offenkundig die ihnen zugewiesene Verantwortung für Verhaltensänderung. Diese muss mit einer *Handlung* gekoppelt werden, nämlich einen Entschluss zu fassen. Die Kopplung ist eng; immerhin schreibt sich eine Teilnehmerin ihren Misserfolg bei einem Entwöhnungsversuch selbst zu: „Es“ war nicht „im Kopf“, d.h. sie war nicht entschlossen genug. Es gibt Hilfsmittel, die bei der Durchsetzung des Willens unterstützen, aber nicht an seine Stelle treten können. Die Gleichsetzung von „im Kopf“ mit einem Willensakt hebt die Veränderung *als Handlung* hervor. Hat sie Erfolg, kann sich die Handlung allmählich als Verhalten habitualisieren. Scheitert sie, gibt es kein Zurück mehr in den Zustand unreflektierten Verhaltens. Die Frau *weiß* jetzt, was sie falsch gemacht hat.

Scheitern hätte demnach als Ausweis mangelnder Entschlusskraft oder von Willenschwäche zu gelten. Überzeugungen, wie sie eine Diätassistentin äußert, sind keine Seltenheit, auch nicht auf Patientenseite:

„Ich sage auch immer, abnehmen oder dergleichen beginnt im Kopf, der Wille, das ist ganz einfach Grundvoraussetzung für alles. Und wenn das nicht da ist, wer nicht gewillt ist, das auch zu tun, dann hat das Ganze keinen Sinn.“ (BAD1/370-372)

Obwohl man viele professionelle Aktivitäten als Beiträge zum „shaping of the will“ wird bezeichnen können (Mol 2010, dort Anm. 12; s.a. Kap. 11.1.2), gilt der Wille eines Menschen im Prinzip als etwas, in das jemand anderes nicht hineinregieren kann: Des Menschen Wille sei sein Himmelreich, heißt es schließlich. Und so lässt sich dann begründen, warum die Zuweisung zu bestimmten Therapiemodulen nicht gegen den Willen von Patienten geschehen sollte (vgl. Kap. 8.3.1):

„Bei der Frage, Nichtrauchertraining ja oder nein, da spielt einfach die Motivation eine Rolle. Und wir können da nicht jemandem etwas aufbürden, was er einfach nicht will.“ (AAD1/289-291)

Ausbleibende Veränderungen können also auf zwei unterschiedliche Willensverfassungen zurückgeführt werden: auf eine Willens*schwäche* einerseits – die Willens*kraft* ist der

positiv belegten Handlungsinitiiierung vorbehalten – und einem negativ gerichteten Willen (etwas Anempfohlenes nicht wollen, sich den Empfehlungen widersetzen) andererseits. Der Zurechnung von Folgen der einen wie der anderen Haltung entgeht man nicht, jedoch fällt die moralische Kommentierung unterschiedlich aus.

Bestandteil der Transformationskultur ist allerdings auch die Anerkennung, dass es vielen Menschen schwer fällt, ihr Verhalten zu ändern. Ohne diese Anerkennung gäbe es wohl kaum die vielfältigen verhaltensbezogenen Hilfestellungen, wie sie in der Rehabilitation (und anderswo) üblich sind. Auf ihr basiert die therapeutische Haltung, die etliche Health Professionals gegenüber Patienten einnehmen, wenn sie ihnen Verständnis signalisieren, dass Verhaltensänderungen schwierig zu bewerkstelligen seien, und sie zugleich ermuntern, in ihrem Bemühen nicht nachzulassen. Mit ihr lassen sich situationsweise die Freiheits- und Verantwortungszumutungen entschärfen, ohne dass diese aufgehoben werden. Das Blatt wendet sich erst, wenn ein Health Professional zu der Einschätzung gelangt, ein Patient „will nicht“; dann enden Kooperations- und Unterstützungsangebote. Davor liegt allerdings ein weites Feld der Präsentation und Evaluation: Patienten stellen ihre Willensverfassungen dar, Health Professionals evaluieren diese im Hinblick darauf, für wie glaubwürdig sie die Selbstdarstellungen oder Bekundungen halten. Diese Vorgänge erweisen sich als nuancenreicher, als man es vielleicht erwarten würde (s. Kap. 11.1.3).

Bevor diese genauer untersucht werden, soll zunächst mit dem *Wollensollen* eine aus der Eigenverantwortung abgeleitete professionelle Botschaft und Erwartung an Patienten im Fokus stehen, die eher an die Möglichkeit des „shaping of the will“ anschließt, als dass sie mit der Überzeugung harmonierte, menschlicher Wille sei von außen schwerlich zu beeinflussen.

11.1.2 *Wollensollen*

Die programmatische Institutionalisierung der Lebensstiländerung in der Rehabilitation setzt sich fort in entsprechenden Erwartungen auf Seiten der Health Professionals, die Patienten als *Wollensollen* entgegentreten. Es ähnelt der von Parsons aus der sozialen Krankenrolle extrahierten Norm, „that measures should be taken to maximize the chances to facilitate recovery or, if the condition is chronic, ... to subject it to proper ‚management““ (Parsons 1975: 262). Damit gleichzusetzen ist das *Wollensollen* meines Erachtens hingegen nicht; der probabilistische Zusammenhang von Maßnahme und Effekt sowie die unter Umständen tiefgreifende Veränderung der Lebensführung mögen das *Wollensollen* gegenüber der Parsons'schen Norm schwächer erscheinen lassen. *Nicht* gleichzusetzen ist es mit der von Schorb und Schmidt-Semisch als „gewolltes Sollen“ bezeichneten Internalisierung von Forderungen nach präventivem Verhalten (Schorb & Schmidt-Semisch 2012: 64; vgl. auch Schmidt 2008: 109ff.).

Das von Health Professionals an Patienten herangetragene *Wollensollen* leitet sich ab aus der Zurechnung und der Aufforderung, Eigenverantwortung zu übernehmen. Wiewohl Patienten vielfach Zustimmung und Übereinstimmung signalisieren und sich vielleicht auf die Chance zur Beeinflussung ihrer Zukunft konzentrieren, entgeht manchen Patienten der Eiertanz nicht, den es bedeutet, einerseits eine Norm zu kommunizieren und andererseits vorzugeben, Patienten könnten sich so oder so entscheiden. Dazu die folgende Szene, die sich in einem Gesundheitsseminar mit dem Titel „Gesundheitsbewusster Lebensstil auch im Alltag“ zugetragen hat:

Ein Teilnehmer hatte seine Überlegungen vorgetragen, wie er zukünftig sein Einkaufsverhalten ändern wolle, um sich schon bei dieser für ihn alltäglichen Verrichtung mehr Bewegung zu verschaffen. Sein Fazit: Man müsse umdenken – und danach sei alles nur noch eine Frage der Organisation. An anderer Stelle des Seminarsgesprächs wirft er ein: Wegen der Krankheit *müsse* man ja nun bewusst mit sich umgehen. Woraufhin ein anderer Teilnehmer korrigiert: „Du *sollst* das tun!“ Aber der erste Patient beharrt: „Nein, *musst* du!“ (A3/994ff.)

Der erste leitet also aus der Zurechnung – die für ihn außer Frage steht – eine Verpflichtung zur Verhaltensänderung ab. Der Verhaltensänderung verleiht er Handlungsattribute (Bewusstheit, Intention). Die Verpflichtung ergibt sich für ihn direkt aus der Erkrankung, vergleichbar dem Handlungsgebot, wenn man Zeuge eines Unfalls wird. Health Professionals mögen Wissen und Information zur Verfügung stellen, als fordernde oder moralische Instanz aber spielen sie für diesen Mann keine Rolle. Es versteht sich von selbst, was er zu tun hat, so seine Darstellung. Der zweite hört aber offenbar das *Wollensollen* und unterscheidet dies als etwas von außen an ihn Herangetragenenes von etwas, das eine selbstverständliche Verpflichtung darstellte. Ob er – wie der erste – bereit wäre, einem selbstverständlichen Gebot zu folgen, zeigt sich hier nicht; wichtig ist ihm zuerst die Abgrenzung dessen, was er hört, von dem, was er mit dem Gehörten anfangen wird.

Die normative Dehnung der Zurechnung zum *Wollensollen* ist auch Thema in der folgenden Sequenz aus einem ähnlichen Seminar („Sinnvoller Umgang mit Genussmitteln“), geleitet von einem Sozialarbeiter:

Gegen Ende der Veranstaltung empfiehlt der Seminarleiter, die Anregungen und Hilfen der Klinik in Anspruch zu nehmen, um sich für den Alltag zu wappnen. Ein Patient bestätigt: Was man hier bekomme, seien alles Empfehlungen, letztlich komme es auf die „Eigenverantwortung“ an, was man damit mache. Genau, bestätigt der Seminarleiter, schließlich seien die Patienten ja erwachsen, die Veränderung „muss von Ihnen kommen“ und diese Haltung müsse zur „Normalität“ werden.

Ein anderer Teilnehmer sagt, es sei doch „komisch“: Einerseits werde man hier „an die Hand genommen“, andererseits seien alles „nur“ Empfehlungen. Das sei doch ein Widerspruch. Der Seminarleiter entgegnet darauf: „Sie schaden *uns* nicht, wenn *Sie* weiterrauen!“, diese Entscheidung liege ganz bei jedem Einzelnen. Abschließend gibt er zu bedenken, dass bei einer Herzerkrankung Patienten es zu fünfzig Prozent selbst in der Hand hätten, ob die Krankheit noch einmal auftrete oder nicht. Das sei doch – im Gegensatz zu vielen anderen Erkrankungen – ein großer Einflussbereich (A3/860ff.).

Zurechnung, Transformation von Verhalten in Handlung und Eigenverantwortung – alle drei Topoi bestimmen diese Szene. Der erste Patient äußert volle Zustimmung zu dem, was der Seminarleiter referiert hat, verstärkt es sogar mit dem Stichwort *Eigenverantwortung*. Der Health Professional nimmt diesen Ball sofort auf und akzentuiert mit dem Hinweis auf den Status der Anwesenden als Erwachsene weiter die Eigenverantwortung. Kindern könnte man noch etwas vorschreiben, Erwachsenen aber nicht. Sie bestimmten ihre Handlungen selbst, so auch die Veränderung von Verhalten. Das mag noch als Deskription erwachsener Autonomie verstanden werden, der Nachsatz jedoch ist unverkennbar eine Forderung. Interessant – allerdings von den Beteiligten hier und auch sonst nie thematisiert – ist die darin enthaltene Annahme, Eigenverantwortung werde allenfalls *jetzt erst* übernommen. Denn die Forderung nach dem, was „Normalität“ werden

müsse, schließt ja die Annahme ein, dass die Angesprochenen zuvor diese Haltung haben vermissen lassen – ausweislich ihrer Erkrankung und ausweislich verhaltensbedingter Risikofaktoren.

Der zweite Patient bringt mit der Bezeichnung „komisch“ das *Wollensollen* zur Sprache, das er als Widerspruch empfindet: In seiner Wahrnehmung passen Paternalismus – „an die Hand genommen“ werden üblicherweise Kinder in Gefahrensituationen, um sicher einen vorgezeichneten Weg zu bewältigen – und der von Klinikseite und auch diesem Health Professional behauptete und betonte Empfehlungscharakter (an Erwachsene gerichtet) von Hinweisen zur Lebensstiländerung nicht zusammen. Es wird nicht deutlich, ob und was ihm von beidem lieber wäre. Seine Beobachtung wird allerdings von niemandem vernehmbar aufgegriffen und vom Seminarleiter zurückgewiesen, indem er erneut auf die Entscheidungshoheit von Patienten hinweist und sie durch diese Wiederholung betont. Seine scharfe Trennung zwischen „uns“ und „Sie“ stellt klar, dass er sich nicht in eine Diskussion über die Strategien der Klinik verwickeln lassen möchte. Vielmehr weist er abermals auf die Bedeutung der Eigenverantwortung von Patienten hin und streicht die Beeinflussbarkeit (quantifiziert mit fünfzig Prozent) als gegeben für KHK-Erkrankte heraus.²⁸⁸

Das *Wollensollen* erstreckt sich u.U. nicht allein auf erwartete Entschlüsse und die Einleitung von Verhaltensänderungen; es wird – wie im folgenden Beispiel – auch für den Vorgang der Informationsbeschaffung kommuniziert:

In der „Einführung in das Gesundheitsseminar“ moniert ein Patient, dass in der Klinik so wenig schriftliches Informationsmaterial [über Lebensstiländerung] ausliege: „Ich muss hinter jedem Scheiß herlaufen!“, ärgert er sich. Der Leiter des Seminars entgegnet, das sei Absicht. Begründung: (1) Das „Verstreuen“ von Informationsmaterial wird für ineffektiv gehalten: „Das liest kein Mensch“, ist er sich sicher. Man will also die Aufmerksamkeit der Patienten auf die Vorträge und Seminare lenken. (2) Jemand, der sich informieren wolle, habe auch Gelegenheit dazu. Die Patienten sollten lernen, sich selbst um ihre Anliegen zu kümmern, erklärt er das Konzept der Klinik. Die Therapeuten seien überzeugt, dass eine Beteiligung an den Seminaren effektiver sei als eine reine Lektüre (A2/584ff.).

Eine gewisse Verknappung in der Verfügbarkeit von Information soll offenbar – so die pädagogische Überlegung – dazu beitragen, dass Patienten eine aktive, willensgesteuerte Haltung bei der Informationssuche und -aufnahme einnehmen: Im Nachgespräch bekräftigt der Seminarleiter den pädagogischen Gedanken: „Es ist doch der Patient, der etwas will!“ Man ersetze „will“ durch „wollen soll“, dann ist die eigentliche Botschaft zu hören.

Patienten haben durchaus die Chance, auf professionelle Anregungen zu stoßen, die ohne Appell an das *Wollensollen* auskommen; das zeigt das nächste Beispiel. Bezeichnenderweise ist dies vor allem in Veranstaltungen der Fall, die von Psychologen geleitet werden, im Folgenden ein Seminar über „Stress als Lebenselixier und Risikofaktor“:

Die Psychologin hebt hervor, dass vor Initiierung einer Veränderung ein anderer Schritt notwendig sei: Man müsse sich darüber klar werden, was man ändern und was man so lassen wolle bzw. müsse, was einem wirklich wichtig und was weniger wichtig sei (A4/1277-1280).

²⁸⁸ Ein weiteres Beispiel für eine addierende Interpretation probabilistischer Ursachen.

Den Teilnehmern werden hier programmatisch zunächst Erkundungen vorgeschlagen: Erkundungen ihres persönlichen Handlungsspielraums, sodann die Erforschung der eigenen Veränderungsbereitschaft und Prioritäten. Freilich ist auch dies eine Aufforderung, die auf Zurechnung, Eigenverantwortung sowie der Transformation von Verhalten in Handlung gründet; doch verzichtet sie auf das Wollensollen. Hervorgehoben ist nicht die Pflicht- sondern die Rechtmäßigkeit, den eigenen Willen zu erkunden und individuelle Ziele zu formulieren.

Zuletzt sei eine Szene wiedergegeben, die vor Augen führt, wie wichtig es manchen Patienten ist, dem Wollensollen zu entgehen und stattdessen ihre Autonomie zu behaupten:

Zur ersten Sitzung eines NRT kommt ein ca. 60-jähriger Teilnehmer etwas zu spät. Beim Eintreten äußert er: „Ich weiß gar nicht, was ich hier soll.“ Diese Worte greift der Psychologe wieder auf, als er den Patienten bittet, sich vorzustellen. Der Teilnehmer sagt, er sei hier, weil „Frau Doktor das wollte“. Er selbst hätte von sich aus keinen Anlass gesehen. Er scheint aber nicht verstimmt zu sein, dass er die Veranstaltung dennoch in seinem Therapieplan vorgefunden hat. Der Psychologe kommentiert dies als ein Beispiel für Fremd- im Gegensatz zu Eigenmotivation. Dann beginnt der Patient zu schildern, warum er sich nicht als Kandidat für diesen Kurs betrachtet: Seit dem [er nennt das genaue Datum, es liegt sechs Wochen zurück] rauche er nicht mehr, nachdem er einen Herzinfarkt erlitten hatte. Zuvor habe er zwanzig bis dreißig Zigaretten pro Tag geraucht. Er habe aufgehört nicht, weil er das *müsse*, sondern weil er es *wolle*. Um seinen Willen zu prüfen, habe er sich Tests unterworfen, z.B. eine Stange Zigaretten in die Schublade gelegt. Über Schmachtsituationen helfe er sich mit „Klümpjes“ hinweg, und er sei erstaunt, dass es ihm so gut gelinge (B1/265ff.).

Als Beobachterin ist man als erstes geneigt, der „Frau Doktor“ in ihrer Verordnungsentcheidung beizupflichten, jedenfalls wähnt man diesen Patienten nicht in einer für ihn unpassenden Veranstaltung: Abgesehen davon, dass die Regularien der Klinik eine Zuweisung vorsehen, währt die Karenz mit ihren sechs Wochen noch nicht so lange, dass von einer Habitualisierung auszugehen wäre. Im Gegenteil, der Patient schildert selbst, mit welcher ungewöhnlichen Maßnahmen er seinen Entzug begleitet. Geradezu spektakulär (und alles andere als lehrbuchmäßig) mutet an, welchen Versuchungen er sich aussetzt, nur um sich selbst der Stärke seines Willens zu versichern. Ihm ist es wichtig, sein Nicht-mehr-Rauchen auf einen eigenen Entschluss und nicht auf ein Drängen anderer zurückzuführen. Das markiert er durch die betonte Unterscheidung zwischen *wollen* und *müssen*. Obwohl sein Herzinfarkt den Anlass zur Abstinenz gegeben hat, darf ihm dieser Schritt offenbar nicht als Unterwerfung unter die Erfordernisse der Erkrankung geraten. Seine Willensstärke muss obsiegen, auch und gerade in einer Phase, die krankheitsbedingt eigentlich durch Schwäche gekennzeichnet ist (von Angst nicht zu sprechen). – Wie hätte er wohl auf ein drängendes *Wollensollen* reagiert? Mit seiner Selbstdarstellung wäre es nicht verträglich gewesen. Hier im NRT wird er damit auch nicht behelligt; stattdessen kann er die Veranstaltung als Bühne nutzen, auf der er seine Entschlusskraft und seine Willensstärke in Szene setzen kann.

11.1.3 Die Interpretation des Willens – und was daraus folgt

Ein dreiwöchiger stationärer Aufenthalt bietet zuhauf Gelegenheiten, zu beobachten und beobachtet zu werden, auf offener Bühne wie auch dahinter. Patienten untereinander und Health Professionals registrieren dabei Bemerkungen und Verhalten und deuten

diese als Willen, Bemühen, Schwäche, schwierige Umstände oder Unwillen, eine Änderung im Verhalten zu initiieren und zu festigen. So schildert ein Patient seine Beobachtungen:

„Es gibt aber auch einige Patienten, (...) von denen habe ich den Eindruck, *aus deren Reden schon irgendwie rausgehört*, dass, wenn die hier die Klinik verlassen, dass sie dann in ihre alten Lebensgewohnheiten verfallen und dass die ... also auch bei den Jüngeren, die vielleicht noch berufstätig sind, dass die wohl auch *nicht gewillt sind*, sich so einer Herzsportgruppe anzuschließen oder sowas. Hörte man auch schon aus deren Äußerungen so heraus, da gibt es doch einige. Ich weiß auch von Patienten, die außerhalb der Klinik dann rauchen. Ich habe einen vom Balkon aus *immer beobachtet*. Jeden Morgen um halb sieben verschwand der hinten in der Siedlung dort und kam dann wieder. Bis ich mitbekam, der raucht, der geht immer eine rauchen dann.“ (BPAT1/275-285; Hervorhebung EB)

Er missbilligt, was er sieht und hört: „Ich habe es auch geschafft von heute auf morgen! [mit dem Rauchen aufzuhören] (...) Ein bisschen Willensstärke gehört schon dazu.“ Freilich bleibt die Missbilligung hier ohne greifbare Konsequenzen, denn sie erlangt keine Kliniköffentlichkeit, und ohnehin ist er als Patient gegenüber Mitpatienten ohne Sanktionsmacht. Aber sie ist eben keine Privatmeinung, sondern reflektiert sehr genau Normen und ihre Grenzen, wie sie in der Rehabilitation vermittelt werden.

Es ist nicht ungewöhnlich, dass Patienten zuweilen striktere Urteile über die Beschaffenheit ihres eigenen Willens oder den anderer fällen als Health Professionals. Je nachdem, wie Health Professionals die ‚Willenslage‘ bei einem Patienten einschätzen, wird über Zurechnung, Verantwortung, Schwäche oder Schuld verhandelt; viele Abstufungen sind möglich. Nicht mit jeder ausgebliebenen Verhaltensänderung wird zwangsläufig die Zurechnung verstärkt. So führt z.B. ein Seminarleiter die Stärke einer Sucht gegenüber der Schwäche des Willens an:

Man wisse, dass die meisten Raucher eigentlich nicht rauchen wollten, trotzdem schafften es so viele nicht, oft seien das gerade die „stärksten Kerle“. Man könne deshalb stolz sein, wenn man es schaffe aufzuhören (A3/905ff.).

Diese Bemerkung führt fortgesetztes Rauchen nicht auf einen Willensakt zurück, sondern im Gegenteil wird angenommen, dieses Verhalten sei nicht einmal vom Raucher selbst gewollt. Selbst „stärkste Kerle“ könnten nicht sicher sein, so viel Willenskraft zu mobilisieren, dass sie der Stärke ihrer Sucht nicht erliegen. – Diese Position eröffnet Verständnis im Fall des Misslingens, das so lange anhält, wie der Versuch des Ausstiegs andauert; es würde enden, sobald der Health Professional den Eindruck gewönne, der „stärkste Kerl“ habe sein Willensobjekt getauscht: vom Ausstieg zum Weiterräumen.

In einem Seminar, geleitet von einer Sozialarbeiterin, sprechen die Teilnehmer kurz über die Bushaltestelle und den Parkplatz als allbekanntes Raucherecken. Ein Teilnehmer kommentiert: Diejenigen, die dort hingingen, hätten keine „Willensstärke“ und glaubten wohl, es könne so schlimm nicht um sie stehen. Die Sozialarbeiterin meint jedoch, dass niemand, der rauche, auch glaube, das sei gesund. Raucher verglichen sich mit anderen und hofften eher, dass es sie selbst nicht treffe. (A10/182ff. oder 195ff.).

Der Teilnehmer interpretiert das fortgesetzte Rauchen einiger Mitpatienten als Willensschwäche, die diese mit einem optimistischen Fehlschluss (vgl. Kap. 4.2.3) zu kaschieren suchten, indem sie sich nicht als Adressaten der dringenden Abstinenzempfehlungen klassifizieren, sondern sie missachten. Die Health Professional ist von dieser Deutung

zwar nicht ganz überzeugt – weil die Raucher selbst davon nicht überzeugt sein könnten –, aber auch sie unterstellt den Rauchern keine mutwillige Missachtung der Empfehlung: Sie negierten nicht das zugrundeliegende Wissen ‚Rauchen ist ungesund‘, sondern lösten die kognitive Dissonanz auf durch einen Rückzug auf das Prinzip Hoffnung.

Die folgende Szene zeichnet sich dadurch aus, dass nicht *über* einen Raucher oder Rauchertypus gesprochen wird, sondern der Teilnehmer eines NRT schildert sein eigenes Zurück und Vor bei der Entwöhnung:

Ein Patient erzählt, er habe gestern geraucht, heute aber noch nicht. Bei ihm funktionieren die nicht mit den Bonbons, letztendlich „muss jeder selber damit fertig werden“. Der Psychologe meint, unter dem Strich habe er sicherlich recht. Ohne die eigene Entscheidung gehe nichts. Allerdings könne ein Kurs wie dieser helfen, die Entscheidung klarer werden zu lassen oder sich zu überlegen, welche schwierigen Situationen auftreten könnten und wie sie zu meistern seien. Der Patient sagt, er habe keine weiteren Fragen (B2/1018ff.).

An der Maxime, die der Patient formuliert – jeder muss selbst damit fertig werden –, ist er selbst, jedenfalls vorübergehend, gescheitert. Seine Willenskraft hat (noch) nicht ausgereicht, er muss sie wieder versammeln für einen neuen Anlauf. Zugleich weist er mit dem Hinweis auf den bei ihm nicht funktionierenden Bonbontrick die angebotene Hilfe als unwirksam zurück. Der Psychologe gibt ihm einesteils recht – die eigene Entscheidung sei das Wichtigste –, wirbt aber andererseits auch für das Potential der Unterstützung. Der Patient nimmt das Angebot jedoch nicht wahr. Für den Patienten steht der Wille als Solitär da, der Psychologe hingegen sieht mit der Kombination von Wille und Hilfe durchaus eine Chance für ein „shaping of the will“. Den Bericht des Patienten über das Rauchen tags zuvor deutet der Psychologe als zwischenzeitlichen Rückfall, nicht als Kapitulation oder gar als Ausdruck dafür, das Ziel der Entwöhnung zurückgewiesen zu haben. Das Angebot des professionellen Beistands kann also aufrechterhalten werden – auch wenn der Patient den im Moment nicht einfordert.

Auch die folgende Szene basiert darauf, dass Patient und Health Professional (hier ein Oberarzt während eines Visitengesprächs) sich unter der Prämisse verständigen, dass der Patient grundsätzlich gewillt sei, das Rauchen aufzugeben. Unterstützenden Maßnahmen hat er sich nicht widersetzt. Dennoch war er bislang nicht in der Lage, einen Schlusspunkt zu setzen. Interessant ist die Szene vor dem Hintergrund, dass der Arzt mehr über die Rauch-Fluchten des Patienten weiß, als dieser dem Arzt zu erkennen gibt.

Der Oberarzt geht mit der Information in das Gespräch, dass der Patient es bislang nicht geschafft hat, das Rauchen einzustellen, denn er wurde dabei zufällig vom Psychologen gesehen, an dessen NRT der Patient teilnimmt, und diese Beobachtung kam während einer Sitzung des Stationsteams zur Sprache. Gleichwohl brachte der Psychologe eine verhalten optimistische Einschätzung vor: Er glaube nicht, dass das Rauchen bei dem betreffenden Patienten ein so gravierendes Problem sei, sondern sich aus dessen jetziger, sehr stressbelasteten Situation erkläre. Rauchen sei seine Art, mit Stress umzugehen. Ansonsten profitiere der Patient sehr gut vom Autogenen Training, er habe deutliche Fortschritte im Entspannen gezeigt, was auch der Patient selbst so berichtet habe.²⁸⁹

²⁸⁹ Die stressauslösende Situation (s.a. S. 305), von der die Rede ist und die zum Zeitpunkt der Visite bereits erfolgreich gemeistert war, war folgende: Eine Einschwemmkatheter-Untersuchung hatte abgebrochen werden müssen, weil der Patient eine panische Angst vor Spritzen hat und der

Das Visitengespräch eröffnet der Oberarzt mit der Mitteilung, der Befund der Einschwemmkatheter-Untersuchung sei sehr gut und deshalb könne von einer Koronarangiographie vorläufig abgesehen werden. Da der Patient kurz vor der Entlassung steht, gibt der Arzt einige Empfehlungen für die künftige Lebensführung, u.a. legt er ihm nahe, den „Nikotinkonsum“ vollständig einzustellen. Das Thema Rauchen vertieft der Arzt mit der Bemerkung, es habe „im Mitarbeiterkreis noch Unklarheit“ darüber geherrscht, ob der Patient noch rauche oder nicht. Der Patient entgegnet, es falle ihm schwer, auf das Rauchen zu verzichten. Er habe aber seit sieben Wochen keine Zigarette mehr geraucht, allerdings ab und zu eine Pfeife. Der Wille sei da. Er habe auch am NRT teilgenommen. Aber der endgültige Verzicht falle ihm durchaus schwer. Auf die Frage, ob ihm das NRT geholfen habe, meint der Patient, das seien auch nur Worte, entscheidend sei der Wille. Der Arzt gibt ihm in diesem Punkt recht und wiederholt seinen Rat, der Patient solle wirklich ganz aufhören. Wenn ihn irgendwann die „Anwandlung“ überkomme und er zum Zigarettenautomaten gehe, solle er an ihn und seine Worte denken: „Gehen Sie dann in die Apotheke und besorgen Sie sich Nikotinkaugummi!“ (B7/618-631; B6/1388-1432)

Der Patient unterscheidet von sich aus deutlich zwischen *Willen* einerseits und Suchtverhalten andererseits, das bisherige Misslingen ordnet er Letzterem zu. Er macht überdies deutlich, dass er die Zuweisung der Verantwortung akzeptiert, indem er den *Willen* als entscheidend herausstreicht und versichert, diesen zu haben. Der Arzt verzichtet darauf, den Patienten mit seinem Hintergrundwissen über dessen Rauchverhalten zu konfrontieren. Stattdessen spricht er von der „Unklarheit im Mitarbeiterkreis“ – eine indirekte Aufforderung an den Patienten, Klarheit zu schaffen, der dieser auch nachkommt. Er bekennt eine Schwäche (es fällt ihm schwer), der er sich bisweilen (ab und zu) ausliefert. Darüber setzt er den Arzt also ins Bild, ohne allerdings Einzelheiten über sein jetziges Rauchverhalten, z.B. Konkretisierung von Ausmaß und Situation, mitzuteilen. Die Formulierung „ab und zu“ sowie die Hinweise auf den Wechsel von der Zigarette zur Pfeife und die Teilnahme am NRT signalisieren dem Arzt das Bemühen um Entwöhnung, unterstrichen durch mehrfache Willensbekundung. Der Arzt lässt durch nichts erkennen, dass er diese Bekundung für zweifelhaft hielte; er bestärkt den Patienten in dessen Problemauffassung, der Wille sei das entscheidende. Sein Rat zum Schluss baut auf einen zweifachen Vorgriff auf: dass der Patient bald aufgehört haben werde und ihn irgendwann eine „Anwandlung überkommt“. Weder Arzt noch Patient deuten die bisherige Schwäche als eine Desavouierung des Willens.²⁹⁰ Deshalb ist die Kooperation nicht gefährdet, die Arbeit am „shaping of the will“ kann fortgesetzt werden.

Schilderung des Oberarztes zufolge jedes Mal, wenn er sich mit der Spritze genähert habe, „steif wie ein Brett“ geworden sei, sich aber sofort wieder entspannte, wenn der Versuch abgebrochen wurde. Dieses Problem kam ebenfalls in der besagten Sitzung des Stationsteams zur Sprache, nicht zuletzt deshalb, weil medizinischerseits der Klärungsbedarf als dringend und das diagnostische Verfahren als alternativlos angesehen wurde. Deshalb wurden Möglichkeiten diskutiert, wie das Angstproblem überwunden werden könnte. Einem erneuten Untersuchungstermin hatte der Patient bereits zugestimmt. Schließlich erbot sich der Psychologe, den Patienten mit Entspannungsübungen darauf vorzubereiten und ihn zur Untersuchung zu begleiten, was auch geschah und Erfolg hatte.

²⁹⁰ Dass dieser Schluss aus der bislang nicht vollzogenen Entwöhnung *nicht* gezogen wird, ist bemerkenswert, denn auf das Argument mit dem folgenden Muster stößt man häufig: Der Wille zur Veränderung ist Voraussetzung für ihren Erfolg. – Die Veränderung scheitert. – Also war wohl der Wille nicht gegeben/nicht stark genug.

Starke Missbilligung hingegen – auch bei Patienten – rufen in der Regel Handlungen hervor, die als Widerstand oder negativer Willen in puncto Verhaltensänderung gedeutet werden, obwohl auch hierbei die Reaktionspalette von Health Professionals nicht auf diese eine Option festgelegt ist. Derartige Beobachtungen werden oftmals kliniköffentlich – in Seminaren und Veranstaltungen – mitgeteilt und verhandelt; regelmäßig geschieht dies ohne aktive Teilnahme derjenigen, deren Handlungen gerade thematisiert werden. Diese mögen nicht anwesend sein, sich wegen Überzeichnungen in der Darstellung nicht angesprochen fühlen oder es vorziehen, still zu bleiben – wie auch immer. Adressaten für eindeutige Botschaften gibt es dennoch, wie die folgende Szene zeigt. In ihr kommt es zu einem regelrechten Schulterschluss zwischen einem Health Professional (einer Oberärztin) und insbesondere einem Teilnehmer einer größeren Diskussionsrunde: Beide sind sich einig in ihrer emotionsgeladenen Verurteilung jener Patienten, die trotz manifester Erkrankung (bislang) weiterrauchen. Ob diese sich unter den Teilnehmern der Veranstaltung befinden, klärt sich nicht auf – und es scheint für die Dynamik der Szene auch nicht von Belang zu sein.

An die Vorführung eines Films, der insbesondere das Rauchen als Risikofaktor für die KHK (und andere Erkrankungen) thematisiert hatte, schließt sich eine längere Sequenz mit Fragen und Diskussionsbeiträgen an. Fragen und Statements werden von Patienten an die Oberärztin gerichtet, die die Veranstaltung leitet.

Ein Patient, der anführt, das Rauchen vor vielen Jahren aufgegeben zu haben, berichtet, hier in der Klinik rauchende Patienten gesehen zu haben; das sei ihm „*völlig unverständlich*“, wie man, wenn man *so eine* Krankheit habe, einen Infarkt durchgemacht und den überlebt habe, dann noch weiterrauchen könnte. Die Oberärztin bestätigt, das sei „*schlimm*“. Es sei wie bei den Patienten mit den amputierten Beinen, „*die*“ rauchten trotzdem weiter. Der Patient ereifert sich weiter: Denen müsste eine *Strafe* auferlegt werden, bei den *Kosten*, die die *verursachten*. Das verstehe er nicht. Und andere seien auch noch verpflichtet, denen zu helfen!

Die Oberärztin bestätigt seine Sichtweise: Es sei *nicht einzusehen*, warum „*die*“ nicht aufhören könnten.

Ein zweiter Patient macht darauf aufmerksam, dass die Zurechnung der KHK auf Rauchen sich nicht konsequent in der Hausordnung widerspiegele: Wenn jemand in der Klinik Alkohol trinke, dann werde er sofort nach Hause geschickt, obwohl der Alkohol vielleicht gar nichts mit der Herzerkrankung zu tun habe. Wenn nun Rauchen der Grund für eine Herzerkrankung sei, müsste das eigentlich konsequent verboten sein in einer Klinik wie dieser.²⁹¹ Eine Patientin ergänzt, sie habe in einem Herzzentrum erlebt, dass dort Patienten hinsichtlich des Rauchens sehr genau kontrolliert worden seien.

Die Oberärztin meint, Patienten, die rauchen *wollten*, ließen sich durch ein Rauchverbot nicht gänzlich davon abhalten. Allerdings: Wenn sie morgens komme und sehe Patienten auf der Eingangstreppe schon rauchen, dann könne sie „*platzen!*“

Eine OP oder ein Herzinfarkt *sollten doch Anlass genug sein, das Rauchen aufzugeben*. Doch immer, wenn es darum gehe, Gewohnheiten abzulegen, erweise sich das als „*extrem schwer*“. Es gebe nichts, auf das Patienten *so aggressiv* reagierten als wenn ihnen gesagt werde, sie sollten mit dem Rauchen aufhören. Sie täten dann, „*als würde man ihnen die Butter vom Brot kratzen*“ und fürchteten wohl einen Verlust

²⁹¹ Rauchen ist den Patienten nicht verboten, es gibt in Klinik A sogar einen Raucherraum (nicht aber in Klinik B). Der liegt versteckt im Keller und kann so gut wie nicht belüftet werden. Auch manche Mitarbeiter nutzen ihn.

an Lebensqualität. (...) Ein „schlechter Lebensstil“ entstehe zwar durchaus früh im Leben, z.B. schon im Elternhaus; eigentlich bestehe er aber aus „nichts weiter als reinen Gewohnheiten“ (A7/460-484, 512-514; Hervorhebungen EB).

Die Interpretation des Verhaltens einiger Mitpatienten, die er hat rauchen sehen, ist für den ersten Patienten gänzlich ohne Fragezeichen: Die reine Unvernunft ist hier am Werke („völlig unverständlich“), denn der Tribut, den die Erkrankung eigentlich fordert, wird nicht entrichtet. Weil das Betragen so unvernünftig ist, kommen keine mildernden Umstände in Betracht, die das fortgesetzte Rauchen vielleicht verständlich machen würden. Er findet es sogar strafwürdig, weil rauchende Patienten sich unsozial verhalten: Mit ihrem individuellen Fehlverhalten verbrauchen sie ungerechtfertigterweise sozial aufgebrauchte Ressourcen. – Man mag dieser Sichtweise zustimmen oder nicht, am meisten überrascht an seinen Äußerungen die Empörung, die sie begleitet. Der doch eher abstrakte, indirekte Schaden, den er als mutmaßliches Mitglied einer gesetzlichen Kranken- und Rentenkasse durch das inkriminierte Verhalten zu gewärtigen hat, macht diese Reaktion nicht recht plausibel. Auch ist unwahrscheinlich, dass er sich als Ex-Raucher, dessen Entwöhnung bereits viele Jahre zurückliegt, erneut in Versuchung geführt sieht, die er nun mit starker Emotion abwehren müsste. Er sieht es als Patientenpflicht an, *guten Willens* zu sein bei der Lebensstiländerung, denn weiterer Schaden für den Kranken und die Solidargemeinschaft muss abgewehrt werden.

Die Oberärztin bestärkt den Teilnehmer in seiner Sichtweise dahingehend, dass unverständlich sei, wenn im Krankheitsfall der Schritt zur Abstinenz nicht vollzogen werde. Sie verschärft den Tatbestand, der nicht verstanden werden kann, durch den Vergleich mit Menschen, denen rauchenshalber ihre Beine amputiert worden sind und die selbst angesichts dieses immensen Verlustes nicht vom Grund allen Übels lassen können. (Diese Patienten gehören nicht zur Klientel der Klinik.) Ihr Unverständnis steigert sich zur Wut – auch auf der emotionalen Ebene zieht sie also mit dem Patienten gleich –, wenn sie am Klinikeingang auf rauchende Patienten treffe. Die Empörung, die die Oberärztin hier öffentlich macht, zeigt an, dass Patienten, die weiterrauchen, ihr Anrecht auf professionelle Unterstützung verwirken. Obwohl in dieser Hinsicht etwas schwankend, kann sie letztlich die Schwierigkeiten, die die Entsagung vom Rauchen mit sich bringt, nicht nachvollziehen. Zwar konzidiert sie zunächst, es sei „extrem schwer“, Gewohnheiten abzulegen; aber das Verständnis reicht nicht weit, denn um einen „schlechten“ in einen guten Lebensstil umzuwandeln, müssten „nichts weiter als reine Gewohnheiten“ aufgegeben werden. Die Oberärztin skizziert nahezu eine Gegnerschaft: Auf ärztliche Vorhaltungen, die doch nur die Dringlichkeit der Verhaltensänderung zum Besten des Patienten herausstreichen sollen, werde aggressiv reagiert, und das auch noch grundlos. Schließlich werde nicht die Butter vom Brot gekratzt (jedenfalls nicht in diesem Zusammenhang, EB), und ein Verlust an Lebensqualität könne die Aufgabe des Rauchens schwerlich bedeuten. Auch sie erwartet *guten Willen* bei der Lebensstiländerung, namentlich die Entsagung vom Rauchen, als selbstverständlichen Tribut an die Erkrankung und vielleicht auch als Zeichen von Sühne (immerhin spricht sie von einem „schlechten Lebensstil“). Der Anblick weiterhin rauchender Patienten empört auch sie sehr: ein Affront,

eine Provokation, das Rauchen selbst, und dann noch auf der Eingangstreppe zur Klinik.²⁹² Die Emotion, die dieser Anblick bei ihr auslöst, wird dann erklärlich, wenn sie das Patientenverhalten als Ausdruck nicht *schwachen Willens*, sondern von *Unwillen* und *Widerstand* gegen ärztliche Führung deutet.

Die Zurechenbarkeit von Krankheitsfolgen auf das Rauchen steht in der ganzen Episode außer Zweifel. Allerdings weisen zwei Teilnehmer darauf hin, dass sie in puncto *Zurechnung* die Klinikregularien als inkonsequent und nicht widerspruchsfrei ansehen. Die Klinik übe Strenge am falschen Objekt, dem Alkohol (Klinikverweis), lasse ihn jedoch vermissen bei dem für die Erkrankung viel bedeutsameren Thema des Rauchens. Das Statement impliziert, dass für Novizen der Abstinenz die Gestaltung der unmittelbaren Umgebung bedeutsam sei und als „shaping of the will“ (s.o.) den individuellen Entschluss unterstützt – oder eben nicht. Die Kritik an der mangelnden Konsequenz der Klinikregeln entkräftet die Oberärztin allerdings: Verbote vermögen nichts gegen den *Willen*, sie zu übertreten. Der Prozess der Verhaltensänderung ist hier gerahmt als ‚Regel und ihre Übertretung‘, und zwar willentliche Übertretung, auch zu deuten als Ablehnung von Veränderung. *Wille* und *Willenskraft* haben also doch nicht zwangsläufig eine positive Konnotation; eine Regel *mit Absicht* zu übertreten oder sich ihr zu entziehen, wird als bewusster Akt ausgeführt und wiegt damit weitaus schwerer als das Scheitern einer Veränderungsbemühung.

11.2 Die Ambivalenz des Risikos

Bonß (1995) und Luhmann (1991) haben beide in ihren Untersuchungen des Risikobegriffs darauf hingewiesen, dass die Ungewissheit, unter der riskante Entscheidungen notgedrungen getroffen werden, einhergeht mit Ambivalenz: Weil die Zukunft entscheidungsabhängig ist und die eigene Entscheidung erhoffte, unerwünschte und außerdem ungekannte Folgen nach sich ziehen kann, ist es unmöglich, zu einer eindeutigen Haltung zu kommen. Ein Wagnis ist die Entscheidung immer; auch der Entschluss, kein Wagnis eingehen zu wollen, bleibt eine riskante Entscheidung, weil man sich nicht sicher sein kann, dass man nicht Anlass haben wird, sie hernach zu bedauern (Bonß 1995: 51ff.; Luhmann 1991: 21f., 25ff.). Damit sind Entscheidungssituationen charakterisiert, die Seefahrer, Kaufleute, Umweltingenieure, Elfmeterschützen, Spekulanten, Verlobte und viele andere zu bestehen haben, wenn etwas auf dem Spiel steht. Ist diese Charakterisierung auch instruktiv für das Verständnis der Praxis des Risikofaktorenkonzepts? Verschiedene Ebenen müssen in Betracht gezogen werden.

²⁹² Dazu kann ich keine eigene Beobachtung beisteuern. Wenn es so vorgekommen ist, wie die Ärztin es hat verlauten lassen, dann ist das in zweierlei Hinsicht bemerkenswert: Der Vorgang offenbart ein beträchtliches Maß an Chuzpe, zumindest Gedankenlosigkeit bei den betreffenden Patienten einerseits; andererseits bei der Organisation einen erstaunlichen Verzicht auf Ausgestaltung und Durchsetzung des Hausrechts (hier ist von Klinik A die Rede). – Wenn ich ansonsten auf die lange Haltbarkeit meiner Daten setze, so nehme ich in diesem Fall an, dass das von der Ärztin geschilderte Szenario (Rauchen auf der Eingangstreppe) von der gesellschaftlichen Entwicklung tatsächlich längst eingeholt worden ist. Man vergegenwärtige sich nur, wie weithin sich die Norm durchgesetzt hat und akzeptiert wird, dass an (quasi-)öffentlichen Orten nicht geraucht wird, oder Raucher z.B. bereit sind, sich auf Bahnsteigen in gelb markierten Vierecken zu versammeln. Letzteres ein durchaus gespenstischer Vorgang.

Aus z.B. klinisch-praktischer Sicht betrachtet entstehen keinerlei Risiken im Umgang mit dem Risikofaktorenkonzept, so wie er im Verlauf der Arbeit dargelegt worden ist: nicht daraus, dass die Programmstruktur der Rehabilitation in großen Teilen aus ihm abgeleitet ist, dass Patienten entsprechend ihrer Risikofaktoren diesem Programm zugewiesen werden, dass Berufsgruppen ihrer Expertise nach Aufgaben unter der Ägide des Risikofaktorenkonzepts ausführen. Es ist für Health Professionals auch nicht riskant, in der Ansprache von Patienten auf verkürzte und vereinfachte Versionen zurückzugreifen, die Botschaft erwünschten bzw. erwarteten Verhaltens über eine Risiken abwägende Information zu stellen. Das bringt ein Psychologe mit folgender Anekdote auf den Punkt:

Einem Teilnehmer am NRT sei vom Arzt gesagt worden: ‚Wenn Sie weiter rauchen, dann garantiere ich Ihnen, dass in drei Jahren Ihre Bypässe wieder dicht sind!‘ Der Patient sei davon so beeindruckt gewesen, dass er bekundet habe, nie wieder eine Zigarette anfassen zu wollen. Er selbst [Psychologe] werde dergleichen nicht sagen, denke „im Stillen“ in so einem Fall aber doch, „Danke, lieber Arzt, dass du dem das so gesagt hast.“ (B4/584-588)

Im Gegenteil wäre eher zu argwöhnen, dass eine differenzierte Informierung ihre eigenen Risiken birgt: nicht verstanden zu werden und die Verhaltensänderung nicht initiieren zu können. Auch von Patientenseite wird ja durchaus das Bedürfnis nach klaren Ansagen formuliert: „Wir wollen keine Märchenstunde! Wir wollen wissen, was wir tun sollen!“ ist zweifelsohne komplementär zur oben angesprochenen Informationspraxis. Wenn Angebot und Nachfrage derart harmonisieren – warum sollten Health Professionals dann das Risiko eingehen, dass ihre Botschaft zur notwendigen Verhaltensänderung nicht verstanden wird?

Wie gesagt, aus klinisch-praktischer Sicht entstehen keine Risiken; aus Patientensicht hingegen schon: Ob es Patienten gelingt, dauerhaft ihr Verhalten zu ändern, ist während des Klinikaufenthalts nicht zuverlässig abzusehen, für Health Professionals nicht und für Patienten selbst auch nicht. Das Risiko des Scheiterns liegt also allein bei ihnen. Der Kern des Scheiterns besteht darin, seine Chancen nicht gewahrt zu haben. In der Selbst- und Fremdwahrnehmung ist es ein Misslingen, das sich noch vergrößert, wenn unrealistische Interpretationen hinzukommen, etwa derart: Jetzt ist alles zu spät, ich bin schuld, ich tue nicht das, was ich und andere von mir erwarten usw. usf.

Doch was ist nun mit der Ambivalenz? Trifft man in der sekundärpräventiven Situation auf riskante Entscheidungen, die ambivalent sind? Ist es riskant und also auch ambivalent, seinen Lebensstil zu ändern? Geht man ein Wagnis ein, um in der Zukunft vielleicht etwas zu gewinnen?

Von der Ambivalenz, die sich einstellt, wenn man sich anschickt, ein Verhalten zu ändern, das einem angewachsen ist, wird jeder ein Lied singen können, der sich schon einmal in einen solchen Versuch hineinbegeben hat, war der nun erfolgreich oder nicht. Ganze Geschäfts- und Tätigkeitsfelder bieten sich zur Bearbeitung der Ambivalenz an, die in solchen Situationen entsteht, seien das nun Weight Watcher, Anonyme Alkoholiker, Tabakentwöhnungsprogramme oder Ambulante Herzsportgruppen. Die Ambivalenz ist einem sicher. Aber geht man auch ein Risiko ein, außer dem, zu scheitern?

Sprachlich bildet sich das nicht ab. Man würde z.B. nicht sagen: „Ich *riskiere* es, (mehr) Sport zu treiben.“²⁹³ Obwohl man genau das tut: Man riskiert etwas, indem man Investitionen tätigt – Zeit, Bemühen, Hoffnung vielleicht, Disziplin, eventuell auch Geld –, die für andere Aktivitäten nun nicht mehr zur Verfügung stehen und von denen man nicht einmal wissen kann, ob sie sich auszahlen werden. Auszahlungen in den Währungen Risikosenkung bzw. Lebensverlängerung bleiben jedenfalls unbekannt: Wie sollte man wissen können, was andernfalls geschehen wäre?

Zusammenhänge solcher Art kommen im Diskurs über Lebensstiländerung in dieser sprachlichen Form (Lebensstiländerung als Risiko) und in dieser Weise ausbuchstabiert nicht vor. Wohl aber wird Ungewissheit thematisiert, auch von Seiten der Health Professionals.²⁹⁴

Eine etwa 45-jährige Teilnehmerin am NRT hat als starke Raucherin unmittelbar vor ihrem Herzinfarkt, der vier Wochen zurückliegt, das Rauchen eingestellt, weil es ihr so schlecht ging. Obwohl sie sich manchmal „am liebsten zehn auf einmal in den Mund stecken würde“, ist sie bislang standhaft geblieben. Sie habe *Angst*, dass es sie ein zweites Mal erwischen könnte. Und das Rauchen sei, abgesehen von einer erblichen Disposition, ihr einziger Risikofaktor. *Man könne ja nicht sicher sein, dass es einen nicht wieder ereile*, aber dennoch wolle sie den Faktor Rauchen „ausschalten“, also das tun, was *sie* tun kann. Der Psychologe unterstützt ihre Haltung (B2/246-255; Hervorhebungen EB).

Diese Patientin, Krankenschwester von Beruf, äußert sich wie aus dem Bilderbuch: Ihr Motiv der Standhaftigkeit – Angst vor einem erneuten Infarkt – ist stärker als ihr Rauchverlangen, mit dem sie durchaus zu kämpfen hat. Ihr Wissen um die Ungewissheit hält sie nicht davon ab, ihre Handlungsmöglichkeit auszuschöpfen. Sie leistet ihren Beitrag, sie leistet Tribut. Es deutet sich darin an, wessen sie sich bei aller Ungewissheit über ihr weiteres Leben ganz gewiss sein darf: Sie ist künftig entlastet von eigener und fremder Verantwortungszuschreibung für ihren Krankheitsverlauf – sofern sie weiterhin standfest bleibt. Ambivalenz scheint in der Schilderung dieser Frau gar nicht erst auf, weil ihr die Ungewissheit über die Zukunft weniger schwer wiegt als der unmittelbare und doppelte Gewinn in der Gegenwart: die wirksame Dämpfung ihrer Angst und die Reuevermeidung. Sie trifft daher auch keine riskante Entscheidung; der Satz „Ich *riskiere*, mit dem Rauchen *aufzuhören*“ wäre in ihrem Fall sinnlos.

Gibt es also gar keine riskanten und damit ambivalenten Entscheidungen zur Lebensstiländerung? Nicht, wenn sie so verfasst sind, wie die eben geschilderte. Doch längst nicht alle Patienten sind sich über das, was sie wollen, was sie einzusetzen und in Kauf zu nehmen bereit sind, derart klar:

²⁹³ Die entgegengesetzte Redeweise hingegen ist sofort verständlich: „Ich *riskiere* es, *keinen* Sport zu treiben“ (siehe unten).

²⁹⁴ Ist es ein Widerspruch, dass Health Professionals mal die Unwägbarkeit des Krankheitsverlaufs betonen, auch bei jemandem, der seine Risikofaktoren „ausschaltet“, ein andermal hingegen Propezeiungen (wie die oben angeführte, s.a. Kap. 9.3) äußern? Auf der inhaltlichen Ebene: ja, auch wenn meine Darstellung hier die individuelle Differenzierung übergeht. In funktionaler Hinsicht lässt sich das Hü und Hott als flexible Reaktion auf Patientenäußerungen und -verhalten deuten, wenn Health Professionals ein „Zurechtrücken“ geboten erscheint; was nur wieder unterstreicht, wie sehr das Ziel der Edukation von Patienten die Selektion von Information bestimmt.

In der Gesprächsgruppe für operierte Patienten äußert ein Teilnehmer, er finde es besonders hart, dass alles, was ihm zuvor Vergnügen bereitet habe – Rauchen, gutes Essen, seine Freizeitgestaltung – „auf einen Schlag“ nicht mehr sein solle. Wenn man schon das Rauchen aufgebe, dann brauche man doch einen Ersatz dafür, z.B. eben gutes Essen. Seine Lebenseinstellung sei, dass er „was vom Leben haben“ wolle. Nur um des Altwerdens auf das zu verzichten, was ihm das gute Leben bedeute und um dessentwillen es sich lohne, alt zu werden, darin sehe er keinen Sinn.

Ein zweiter Teilnehmer ergänzt: Man könne ja, trotz aller „Anstrengungen“, die man vielleicht zu unternehmen bereit sei, um das Risiko zu senken, doch nicht sicher sein, dass sich die Anstrengung auszahle (B2/849-859).

Hier werden zwei ganz andere Entscheidungslagen geschildert, als die, in der die Krankenschwester sich befunden hat. Wie sie zwar thematisiert der zweite Teilnehmer die Ungewissheit, ob sich die „Anstrengung“ auszahlen werde. Er ist sich dessen bewusst, dass Sicherheit hierin nicht zu erlangen ist. Da er aber – und darin anders als die Krankenschwester – (bislang) nicht entdeckt hat, was er in der Gegenwart gewinnen könnte, steckt er tatsächlich in einer klassischen ambivalenten Entscheidungssituation: Ob es sich lohnen wird? Würde er die Entscheidung einst bereuen?

Den ersten Redner treibt hingegen nicht die Ungewissheit um, ob das Anzustrebende mit Bordmitteln denn zu erreichen wäre; vielmehr zweifelt er, ob er das annoncierte Ziel sich überhaupt zu eigen machen soll. Denn nach seinem Dafürhalten machen die Mittel, es zu erreichen, das Ziel selbst zunichte. Lohnt es sich, die Entsagungen der Lebensstiländerung auf sich zu nehmen, wenn sie die Lebenslust abwürgen? Ambivalenz ist hier insofern im Spiel, als der Mann sich in der Ordnung seiner Präferenzen noch nicht ganz sicher zu sein scheint. Es klingt so, als habe er immerhin das Rauchen doch aufgegeben.

Ambivalenz wird in der Reha-Klinik nicht unbearbeitet gelassen; man ist bestrebt, sie zu verringern: Wie die Haltung der Krankenschwester reflektiert – sich auf gegenwärtige Gewinne zu konzentrieren und sich darin nicht von einer ungewissen Zukunft abhalten zu lassen – so sind auch etliche Beiträge von Health Professionals argumentativ verfasst. Wenn die Sporttherapie so nachdrücklich praktisch vermitteln möchte und nicht müde wird zu betonen, dass es ohne „Spaß“ nicht gehe und Sporttreiben unmittelbar positive Wirkungen entfalte, dann wirbt diese Botschaft nicht mit der Wahrscheinlichkeit von Risikosenkung und zu gewinnender Lebenszeit, sondern entkräftet potentielle Risikokalküle mit dem Hinweis auf die Gegenwärtigkeit der Vorteile; ebenso verfahren argumentativ alle Health Professionals, die mit der Arbeit am Lebensstil befasst sind.

Eine weitere Argumentfigur ist hier anzuführen, die im Gesundheitsbildungsprogramm häufig auftaucht. Wenn die Sprache auf „Genussmittel“, wahlweise auf „Alltagsdrogen“, und den „sinnvollen Umgang“ mit ihnen gebracht wird, dann steht auch hier am Ende des Arguments die Reduktion von Ambivalenz. Patienten formulieren rasch die Einsicht, dass der Konsum von „Genussmitteln“ alltäglich sei und diese ihre vermeintliche Sonderstellung längst eingebüßt hätten. Der Genuss ist also dahin, er lässt sich aber wiederherstellen durch Verknappung. So lautet die Schlussfolgerung, in deren Licht Verzicht nicht nur einfach Verzicht ist, sondern Maßhalten der Stilisierung des wahren Genusses zuträglich ist. Wo bliebe da noch Raum für Ambivalenz?

Gehen wir noch einmal zurück zu der Formulierung „Ich riskiere es, (mehr) Sport zu treiben“. Sie ist kontraintuitiv, wie ich oben sagte, jedoch nicht ohne Sinngehalt. Hingegen ist

die entgegengesetzte Redeweise sofort jedem verständlich, der am herrschenden Präventionsdiskurs partizipiert: „Ich riskiere es, weiter zu rauchen/keinen Sport zu treiben/meine Ernährung nicht zu ändern.“ Man glaubt jedenfalls zu verstehen, was gemeint ist. Doch was genau ist gemeint? Worin besteht das Risiko, der potentielle Gewinn? Wo ist die Ambivalenz?

Man riskiert seine (ohnehin schwer angeschlagene) Gesundheit; man riskiert, ein statistisch zu erwartendes Lebensalter nicht zu erreichen; man riskiert, die erzielten Therapieergebnisse zunichte zu machen – diese Argumentform ist uns wohlvertraut. Aber sie entspricht nicht der Form einer riskanten Entscheidung, wie sie oben als Analyse von Bonß und Luhmann referiert wurde, denn die gesundheitsgefährdende und deshalb riskante Entscheidung stellt keine Verbindung her zwischen gegenwärtigem Wagnis und potentiell (zukünftigem) Gewinn. Die ausschließlich negative Begriffsinterpretation von Risiko und Risikofaktor, wie sie für Medizin und Epidemiologie üblich ist (s. Kap. 4.2.4), kommt hierbei augenscheinlich zum Tragen: Ein gegenwärtiges Verhalten (oder nun: eine Handlung) wird mit Blick auf den potentiellen Schaden zu einem Wagnis. Der Gewinn liegt offenbar allein in der Gegenwart, und dass der nur ein vermeintlicher sei (auf dem Sofa zu fläzen statt spazieren zu gehen, sich den Bauch vollzuschlagen statt maßvoll zu essen, zu rauchen statt tief durchzuatmen und alles schmecken zu können usw. usf.), wird die Gesundheitsbildung nicht müde, uns überzeugen zu wollen. Und viele werden dies auch längst zur eigenen Überzeugung, sogar zum eigenen Bedürfnis ausgebildet haben. Steckt man als Rehabilitand, dem Lebensstiländerung angetragen wurde, in diesem Prozess, dann bezieht sich die Ambivalenz allenfalls auf noch nicht stabile Präferenzen in der Gegenwart.

So weit, so gut. Geht man der Formfrage jedoch weiter nach, bleibt zu klären, ob riskantes Verhalten, mit dem es die Sekundärprävention zu tun hat, nicht auch einen zukünftigen Gewinn bereithalten kann. Das ist der Fall, sobald das Ausbleiben eines Schadens als Gewinn gedeutet wird: Obwohl man sich in Gefahr begeben und alle Regeln gesunden Lebens missachtet hat, kommt man nicht darin um, d.h. erreicht ein erkleckliches Alter bei passabler Gesundheit. Der Gewinn erhöht sich noch darum, dass man der Zurechnung entgeht: keine Erkrankung, keine Zurechnung. Ambivalenz kann sich einstellen, weil es ungewiss ist, ob man davonkommt und ob andernfalls nicht doch Reue und Bedauern sich breit machen.

Es ist nicht ersichtlich, dass Patienten mit dem letztgenannten Risikokalkül ernsthaft und in nennenswertem Umfang beschäftigt sind; die Erfahrung, bereits zu Schaden gekommen zu sein, mag das verhindern. Dennoch wird auch dagegen argumentativ Vorkehr getroffen, zum einen mit Hinweisen auf die Gegenwärtigkeit von Schäden riskanten Verhaltens (analog zur Gegenwärtigkeit von Gewinnen, wenn man abnimmt, sich bewegt und aufhört zu rauchen); zum zweiten mit dem „Opa-Beispiel“, das einen festen Topos in dem Reservoir an Argumenten der Health Professionals darstellt:

Ein Sporttherapeut resümiert in einem Gesundheitsseminar den Wissensstand zu gesicherten und ungesicherten Risikofaktoren: „In der Masse kommt das was zusammen!“ [an Gefährdung] Auf das Beispiel mit dem 80-jährigen Opa, der immer geraucht hat [und nicht krank geworden ist], solle man sich lieber nicht berufen. Ein Patient ergänzt, der habe eben „Glück gehabt“. Genau, bestätigt der Sporttherapeut, aber es sei zweifelhaft, ob sich Glück vererbe (A4/485-492).

Glück hat man in der Lotterie, vielleicht in der Liebe – es ist *unverdient*, wie auch sein Gegenteil, das *Unglück*. Wäre der 80-jährige Opa doch erkrankt, würde man das nicht Unglück nennen, allenfalls gerade noch *Pech*, eher aber wäre von *Rechnung*, *Quittung*, möglicherweise sogar *Strafe* die Rede, jedenfalls würde die Zurechnung einsetzen. Welche Vokabeln auch immer einem als passend einfallen, sie entstammen nicht dem „Reich des Zufalls“ (Gigerenzer et al. 1999) oder der Wahrscheinlichkeit, sondern der Wirtschaft oder dem Recht (Verantwortung!). Ebenso im umgekehrten Fall: Jemand gibt sein Risikoverhalten auf, bleibt von weiterer Verschlimmerung der Erkrankung verschont, dann ist das weniger Glück als vielmehr *Belohnung* für Bemühen, eventuell gar *gerechter Lohn*. Erst wenn der ausbleibt, kehrt die Sprache des Zufalls zurück: Das Schicksal ist bisweilen ungerecht.

11.3 Fazit IV: Lebensstiländerung und ihr Lohn

Kehren wir ganz an den Anfang zur Szene mit Herrn D. zurück (S. 1) und den Überlegungen, die sich aus ihr ergeben haben. Auf die Frage des Oberarztes nach seiner, Herrn D.s Krankheitserklärung, wusste dieser keine Erklärung anzugeben, die ihm schlüssig erschien. Und Herr D. nimmt an, dass es dem Oberarzt ähnlich ergehen müsse. Herr D. wusste offenbar um seine Risikofaktoren und hatte Vorkehrung getroffen, damit ihm nicht passiert, was nun doch eingetreten ist: Eine Bypass-Operation war nötig geworden. Dabei hatte er schon in der Vergangenheit Risikofaktoren „ausgeschaltet“. Dass Herr D. nicht bereit gewesen wäre, aus dem Konnex von Erkrankung und persönlicher Lebensweise Konsequenzen zu ziehen, steht hier also gar nicht zur Debatte. Die Frage der Zurechnung stellt sich nicht, weil Herr D. – augenscheinlich in mustergültiger Weise – alles unternommen hatte, was in seiner Macht stand, um die Erkrankung abzuwenden. Es mag außerdem sein, dass Herr D. mit seiner Darstellung jeglicher Annahme, er habe aus der Zurechnung seinerzeit nicht die einzig vernünftigen Konsequenzen für sein Verhalten gezogen, den Boden entziehen wollte. Das ist ihm gelungen, sonst hätte der Oberarzt nicht anerkennend genickt.

Obwohl die Szene von der Vorgeschichte seines Verhaltens und seinem Motiv, es zu verändern, nichts aufdeckt, hat es den Anschein, als sei es präventiv angelegt und nicht darauf abgestellt gewesen, sich einfach ein schöneres Leben zu machen (mehr Golf spielen, weniger arbeiten). Mit welchem Wissen und welcher Gewissheit Herr D. seinerzeit ausgestattet war, ist ebenfalls nicht klar; aber seine Formulierung „Risikofaktoren ausgeschaltet“ lässt in Verbindung damit, dass er sich seine Erkrankung nicht erklären kann, die Interpretation zu, er habe das „Ausschalten“ auch auf das Erkrankungsrisiko bezogen. Damit freilich hätte er sich im Irrtum befunden.

Auf welche Deutungsangebote ist Herr D. im Laufe seiner Rehabilitationsmaßnahme wohl gestoßen? Das ist natürlich Spekulation, ich bin ihm nur sporadisch begegnet. Auf der Basis dessen, was im Verlauf der Arbeit vorgetragen worden ist, bietet sich mehreres an: Sollten die Untersuchungsergebnisse die Auskunft von Herrn D. bestätigt haben, wird die Suche intensiviert worden sein, z.B. in Richtung familiäre Disposition (Lp(a); vgl. Kap. 9.1.2), möglicherweise mit der Konsequenz, seinen LDL-Wert mehr als sonst üblich senken zu wollen. Außerdem wird er dem normalen Therapie- und Bildungsprogramm zugewiesen worden sein, ungeachtet dessen, dass Herr D. über Risikofaktoren und wie man sie „ausschaltet“ offenbar bereits sehr gut informiert und in der Lage war,

sein Wissen auch praktisch umzusetzen. Wird er neues erfahren haben? Manches vielleicht, doch sollte tatsächlich $L_p(a)$ „sein“ Risikofaktor gewesen sein, ist nicht sicher, ob er erfahren hätte, dass die Möglichkeit, diesen „auszuschalten“ sehr begrenzt wären. Dennoch wird man ihn ermutigt haben, alles Lebensstil-Erdenkliche zu tun, um „sein“ Risiko nicht noch zu erhöhen. Einer Zurechnung seiner Erkrankung auf sein Verhalten wird er sich zu erwehren gewusst haben; ist ihm stattdessen die Deutung *Schicksal* (im Sinne von unerklärlich durch Risikofaktoren) angeboten worden? Das ist möglich (vgl. Kap. 9.2). Eindrückliche Quantifizierungen des Beeinflussungspotentials werden, wenn sie ihm zu Ohren gekommen sind, gerade ihn nicht recht ermutigt haben. Aber er durfte *sicher* sein, alles getan zu haben. Und er durfte sich auch *sicher* sein, ebenfalls in Zukunft von Zurechnung freigestellt zu sein.

Es ist vielleicht nicht ohne Ironie, dass nur eine konsequent statistische Lesart des Risikofaktorenkonzepts *allen* eine halbwegs plausible Erklärung bietet: den (deshalb?) Erkrankten, den (trotzdem?) Erkrankten, den Gesundgebliebenen und den (bislang?) Davongekommenen. Bleibt der *Lohn* der Lebensstiländerung damit aus? Wenn es darum geht, sich mit ihr die Zukunft zu verdienen – ja, denn der Zahltag bleibt unbestimmt. Man wird nie wissen, ob es sich lohnt oder nicht lohnt: „Es“ hätte früher oder noch schlimmer kommen können, „es“ wäre vielleicht ausgeblieben. Weil wir auf Zurechnung nicht verzichten, besteht der Lohn immerhin in Reuevermeidung; das ist keine geringe Währung in Zeiten eines verschärften Präventionsdiskurses. Aber es ist auch Falschgeld darunter, eben jenes, das die Zukunft zu verdienen verspricht. Die einzig bare Münze ist das, was sich in der Gegenwart auswirkt. Auch das ist nicht gering zu achten, darauf weisen Health Professionals oftmals hin. Doch ist es abhängig von Präferenzen; zu denen kann freilich die Überzeugung gehören, die Zukunft gestalten zu können...

12 Resümee und Diskussion

Argumentation und Ergebnisse der Studie

Die Studie hat das Risikofaktorenkonzept in der Praxis kardiologischer Rehabilitation untersucht. Vom weiten – und oft unspezifischen – Feld der Prävention einmal abgesehen, dürfte kaum ein anderer Bereich medizinischer Versorgung derart eng mit dem Konzept verklammert sein wie die kardiologische Rehabilitation. Dächte man sich das RFK fort – was bliebe von der kardiologischen Rehabilitation übrig? Manches durchaus, namentlich die medizinische Funktionsdiagnostik, die Bearbeitung von somatischen und psychischen Operationsfolgen, wohl auch die Sozialberatung. Für Indikationen, die nicht mit der Grunderkrankung KHK in Zusammenhang stehen, mögen andere Konzepte im Vordergrund stehen. Mit Blick auf die KHK jedoch verlöre die kardiologische Rehabilitation ein Großteil ihrer Programmatik, ihrer Struktur und – ihrer spezifischen Praxis. Der aus internationaler Perspektive eigentümlich anmutenden sozialrechtlichen Institutionalisierung der medizinischen Rehabilitation in Deutschland kommt das Risikofaktorenkonzept nur zupass: Als nicht genuin medizinischem Versorgungsbereich bietet es ihm einerseits vielfältige und notwendige Anschlüsse zur Medizin, auch und gerade in der Ergänzung akutmedizinischer Aufgaben. Die medizinisch gebotene, unter Finanzierungsanreizen, wie sie in der akutmedizinischen Versorgung vorherrschen, mit jedoch nur geringen Chancen auf Umsetzung ausgestattete Sekundärprävention aufzugreifen, stellt einen solchen Anschluss her. Sobald unter Sekundärprävention mehr verstanden wird, als die Verschreibung eines cholesterinsenkenden Medikaments, hat die medizinische Rehabilitation etwas anzubieten, das im Akutsektor (finanziell) nicht honoriert wird: die Verabreichung von Zeit. Und die ist zweifellos vonnöten, sobald ein Projekt wie *Lebensstiländerung* auf die Agenda gehoben wird. Andererseits bietet das Risikofaktorenkonzept dem Versorgungsbereich Gelegenheit zur Profilschärfung gegenüber dem Akutsektor. Seine Multidisziplinarität ist eine Eigenschaft, die per se positiv gewürdigt und allenfalls kritisch beäugt wird, wenn sie in den Verdacht gerät, schmückende, aber statisch unbedeutende Fassade für eine medizindominierte Institution zu sein.

Die Untersuchung dieser Praxis hat unter zwei Perspektiven stattgefunden: der Wahrscheinlichkeitstheoretischen Fundierung des Risikofaktorenkonzepts und seiner möglichen Funktion als Strukturierungsfolie für die Arbeitsteilung zwischen einer dominierenden Medizin und weiteren nichtärztlichen, gleichwohl mit der Sekundärprävention bzw. Lebensstiländerung befassten Berufsgruppen. Vorangestellt wurde der empirischen Untersuchung eine Darstellung der (akut-)medizinischen Konzeptualisierung der KHK, die aufs engste mit der Bildgebung verbunden ist, sowie das epidemiologisch-medizinische Gemeinschaftswerk der statistischen und pathophysiologischen Modellierung von Risikofaktoren. Es besteht kein Zweifel: Risikofaktoren sind aus der Medizin und der Epidemiologie nicht mehr wegzudenken; sie haben sich darüber hinaus zu Entitäten entwickelt, über die wir vielleicht wenig nachdenken, die dafür unser Denken und möglicherweise Handeln umso mehr beeinflussen. Der Zusammenhang von statistischer und pathophysiologischer Modellierung ist hingegen weniger gut aufgeklärt, als es die an das Risikofaktorenkonzept geknüpften weitreichenden Interventions- und Präventionsansprüche vermuten lassen. Fragen der Kausalität sind – wissenschaftsgeschichtlich und -systematisch betrachtet – erstaunlich unklar geblieben, darunter auch die keineswegs triviale Frage, welcher Kausalitätsbegriff dem Konzept der Risikofaktoren zugrunde

liegt. Pragmatiker und Praktiker beherrschen das Feld und damit auch das Feld der Deutung. Immerhin: Mit Blick auf die sekundärpräventive Problemstellung hat das Konzept der Risikofaktoren etliche Interventionstests bestanden.

Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Ereignis eintritt, über dessen a-priori-Wahrscheinlichkeit hinaus. Das ist die schlicht anmutende Einsicht, aus der sich allerdings weniger schlichte Konsequenzen und Fragen ergeben; darunter die nach den Interpretationen von Wahrscheinlichkeit; sodann die nach den Bedeutungen des Begriffs *Risiko*. Ob und unter welchen Voraussetzungen Wahrscheinlichkeitsaussagen als Aussagen über Individuen getätigt werden können, ist durchaus strittig. Die statistische Version enthält sich ihrer; dennoch hat die Epidemiologie – von der theoretischen Grundierung her eigentlich statistik-geprägt – eine Vielzahl individueller Vorhersagemaße entwickelt, aus denen Wahrscheinlichkeitsaussagen für Individuen abzuleiten sind. Der Medizin werden solche *Risk Scores* für die präventive Praxis angedient; in welchem Maße diese darauf zugreift, ist offen. Die Medizin ihrerseits hat es mit zwei Wahrscheinlichkeitsbegriffen zu tun: Ursprünglich und nach wie vor prädestiniert das Handlungsfeld für Wahrscheinlichkeitsaussagen, die als Äußerungen subjektiver Gewissheitsgrade zu verstehen sind. Mit der Epidemiologisierung der Medizin (nichts weniger bedeuten Risikofaktoren) durchzieht jedoch auch der statistik-affine Wahrscheinlichkeitsbegriff die medizinische Praxis – zumindest für Belange der Begründung und Rechtfertigung (vgl. den Einfluss der *evidence based medicine* in dieser Hinsicht). Wie also gestaltet sich eine Praxis, die derart von der Thematisierung und Behandlung von Risikofaktoren mit Blick auf individuelle Krankheitsverläufe durchzogen ist wie die kardiologische Rehabilitation? Und was nun klingt an, wenn in diesem Zusammenhang der Begriff *Risiko* angeschlagen wird?

Zunächst ist herausgearbeitet worden, in welchem Ausmaß Risikofaktoren die organisationale Programmierung der Rehabilitation prägen. Darüber hinaus ist der Risikofaktorenstatus von Patienten Bestandteil ärztlicher Behandlungssteuerung vor allem zu Beginn der Reha-Maßnahme, der sowohl routiniert als auch flexibel eingesetzt wird. Im weiteren Verlauf nehmen Risikofaktoren in der Bedeutung für die Behandlungssteuerung ab; eine Vielzahl von Themen wird in Visiten angerissen, Risikofaktoren sind ggf. eines davon.

Weil sich an das Konzept weitreichende Aufklärungs- und Lebensstiländerungsambitionen knüpfen, nimmt die Informations- und Diskussionsarbeit mit Patienten breiten Raum ein. Ein großer Teil davon wird zwar in Gruppenveranstaltungen geleistet und gehört zu den Aufgabenbereichen nichtärztlicher Health Professionals. Dennoch ist es aufgrund der herausgehobenen Stellung und Autorität von Ärzten von besonderer Bedeutung, wie sie die Kommunikation mit Patienten über Risikofaktoren gestalten. In dieser Hinsicht wurde v.a. auf die selektive und mitunter opportunistische, eher an instrumentellen als informativen Zielen orientierte Kommunikationsarbeit hingewiesen. Herausgearbeitet wurde außerdem, dass auf Quantifizierungen selten zurückgegriffen wird; Urteile können dennoch mit einem hohen Gewissheitsgrad ausgestattet sein, vornehmlich dann, wenn sie gegenwartsbezogen (be-)wirken wollen, dafür jedoch in die Form einer Aussage über die Zukunft gekleidet sind. Obwohl Ärzten die Unterscheidung zwischen Statistik und Einzelfall natürlich geläufig ist und etwaiges Gewissheitsverlangen von Patienten-seite mit dem Verweis auf die Ungewissheit von Statistik beantwortet wird, kann von einer durchgängig statistischen Lesart des Konzepts auf ärztlicher Seite keine Rede sein.

Die pathogenetische Interpretation von (Risiko-)Faktoren hat Vorrang, so dass die Komponente ihrer Wahrscheinlichkeit in den Hintergrund tritt. Speziell in der sekundärpräventiven Situation mag diese Interpretation nur allzu naheliegen; sie hat allerdings Konsequenzen für die Praxis der Zurechnung der eingetretenen Erkrankung auf durch individuelles Verhalten konstituierte Risikofaktoren.

Zwei Aspekte des Risikobegriffs wurden mit Blick auf ihre Bedeutung in der Praxis kardiologischer Rehabilitation untersucht: die Zurechnung der Entstehung von Risiken auf individuelle Entscheidungen und die Ambivalenz, die den Umgang mit Risiken begleitet. Die Zurechenbarkeit wird mit dem Risikofaktorenkonzept hergestellt; die Zurechnung selbst ist eine Praxis, die flexibel gehandhabt werden kann. Zunächst ist argumentiert worden, dass mit der umfangreichen Bildungsprogrammatik der Rehabilitation die Zurechnung noch gestärkt wird, indem gesundheitsrelevantem Verhalten Handlungsattribute verliehen werden. Flexibilisierungspotential für die Zumutungen der Zurechnung bietet demgegenüber die Interpretation des Willens: Ein Verhalten, das sich als vorübergehende Willensschwäche im Prozess der Verhaltensänderung darstellt bzw. derart aufgefasst wird, wird in der Regel von Hilfsangeboten und verständnisvoller Kommentierung begleitet. Hingegen gefährdet Verhalten, das als dem Veränderungsansinnen entgegengesetzter Wille interpretiert wird, das Kooperationsangebot von Health Professionals an diese Patienten und ruft starke Missbilligung – auch seitens anderer Patienten – hervor.

Obgleich Risikofaktoren und ihre Bearbeitung explizit und implizit ein Projekt der Zukunftsbeeinflussung sind, charakterisiert Ambivalenz die dazugehörigen Entscheidungen nicht in der augenfälligen Weise, wie es ansonsten für den Umgang mit Risiken der Fall ist, wenn potentieller Nutzen und potentieller Schaden gegeneinander abgewogen werden und ein potentiell entgangener Nutzen ebenfalls in die Risikobilanz aufgenommen wird. Es wurde also gefragt, inwiefern *ein Risiko einzugehen* eine sinnvolle Redewendung im Hinblick auf die sekundärpräventive Situation sein kann. Ist es riskant, seinen Lebensstil zu ändern? Worin bestünde der potentielle Gewinn, wenn man es ließe? Fragen dieser Art haben offengelegt, dass in den Diskursen der Gesundheitsbildung auch Ambivalenz bearbeitet, nämlich reduziert wird; in dem Sinne, dass ein größtmöglicher Gegenwartsbezug von Gewinn und Schaden hergestellt wird. So muss die Schlussfolgerung gezogen werden, dass sich das Risikofaktorenkonzept zwar zur Zukunftsbearbeitung anbietet, jedoch in der Praxis ein großer Teil der Abrechnung in der Gegenwart erfolgt, so dass es mit dem Eingehen von Risiken gar nicht so weit her ist.

Ob sich anhand des Risikofaktorenkonzepts die Arbeitsteilung zwischen verschiedenen, mit sekundärpräventiven Aufgaben befassten Berufsgruppen analysieren lässt, ist die zweite Frage, der die Untersuchung nachgegangen ist. In ärztlich geleiteten und medizinisch dominierten Einrichtungen wie es Reha-Kliniken sind, ist gleichwohl die Expertise anderer, ebenfalls therapeutisch tätiger Berufsgruppen von großem Belang. Wichtige Bestandteile des sekundärpräventiven Programms werden von der Medizin zur Ausführung an diese Berufsgruppen delegiert. Wie unter der Bedingung funktionaler Differenzierung diese Delegation vor sich geht, was sie an Vorgaben beinhaltet, ob sie von Kontrolle flankiert ist, ob delegierte Aufgaben im Sinne der Medizin ausgeführt werden, welche berufs-eigenen Konzepte nichtärztliche Berufsgruppen ggf. einbringen und wie diese

mit dem Risikofaktorenkonzept harmonieren – das war Gegenstand dieses Teils der Untersuchung. Unter Zuhilfenahme dreier Theoreme aus der Professionsforschung sind die Beziehungen der Diätassistenten, der Sporttherapie sowie des Psychologischen Dienstes zum Ärztlichen Dienst analysiert worden: Bestimmen Dominanz, Konkurrenz oder Tausch die Formen der Arbeitsteilung? Die Ergebnisse habe ich in Fazit III zusammengefasst und ausführlich diskutiert. Herauszustreichen an dieser Stelle ist die Einsicht, wie vielgestaltig die Beziehungen der einzelnen Berufsgruppen zum Ärztlichen Dienst sind; damit auch die Kooperationsvoraussetzungen und -bedingungen. Diese Vielfalt drohte von der die Unterschiede nivellierenden Bezeichnung als *nichtärztliche Berufsgruppen* zunächst verdeckt zu werden. Eine befriedigende Lösung dafür, dass die Benennung zwar einerseits reflektieren soll, dass eben alle Berufsgruppen in irgendeiner Form der Medizin untergeordnet sind, andererseits Unterordnung nicht gleich Unterordnung und Interdependenz nicht gleich Interdependenz bedeutet, habe ich nicht gefunden. Ich ziehe daraus den Schluss, dass auch bei einem Begriff wie *Team*, der im Kontext multiprofessioneller Arbeitsteilung und Kooperation so gebräuchlich ist, Vorsicht geboten und er auf seinen Nivellierungsgehalt hin zu befragen wäre, wo es doch zuerst gelten würde, die Vielfalt aufzudecken.

Methodisches Vorgehen

Will man Praktiken untersuchen und sich nicht allein auf verbale Auskünfte von Teilnehmern gleich welchen Expertenstatus verlassen, dann ist die teilnehmende Beobachtung die Methode der Wahl. Um die Stärken dieses methodischen Vorgehens voll auszunutzen, wäre eine andere Rhythmisierung von Präsenz und Datenanalyse geboten, als sie für die vorliegende Studie möglich war. Phasen der Teilnahme und Beobachtung sollten sich häufiger mit Phasen einer ersten Auswertung abwechseln, so dass in folgenden Feldphasen Interpretationen überprüft und ggf. modifiziert sowie Fragestellungen angepasst werden können. Die Anbindung an eine Forschungs- oder Arbeitsgruppe, sofern sie die regelmäßige Diskussion von Daten und deren Interpretation erlaubt, kann die Validität der Daten erhöhen und ist insofern ratsam. Mit der Vernetzungsmöglichkeit, die das Internet bietet, ist eine lokale und institutionelle Anbindung dafür nicht mehr die Voraussetzung.

Was die Interviewmethode betrifft, so hat sich die Technik des leitfadengestützten Interviews mit Blick auf die Health Professionals als sehr geeignet erwiesen. Sie knüpft an deren Expertenstatus an, und die Interviewmethode ermöglicht es, Thesen oder Beobachtungen, die aus der Feldforschung gewonnen wurden, diskursiv zu erörtern. Der diskursive Aspekt wie auch die Vielfalt von Perspektiven ließe sich noch stärken, wenn zusätzlich Fokusgruppen durchgeführt werden.

Leitfadeninterviews sind in dieser Studie auch eingesetzt worden, um die Sichtweise von Patienten – über die Möglichkeiten der teilnehmenden Beobachtung und der Anknüpfung informeller Gespräche hinaus – aufzunehmen. Die Wahl dieser Methode wäre zu überdenken eingedenk der oftmals existentiell bedrohlichen Situation, in der sich Menschen befinden, die nach einem akuten Krankheitsereignis eine AHB absolvieren. Bagatellisierungs- und Selbstbehauptungstendenzen treten nicht selten in solchen Interviews auf. Angemessener wäre es wohl gewesen, biographische Interviews und diese zu einem anderen Zeitpunkt als unmittelbar während der Rehabilitationsmaßnahme zu führen. Außerdem ist für die Aufnahme der Patientenperspektive zu berücksichtigen, dass und

wie sie sich über die Zeit entwickelt (s.u. Forschungsagenda, Stichwort Patientenperspektive).

Praxisrelevanz

Generiert eine Studie, die ein Praxisfeld erforscht, automatisch Erkenntnisse, die diesem Praxisfeld Anwendungsbezüge erschließen? – Das hängt von der Fragestellung und von den Ergebnissen ab. Das Risikofaktorenkonzept als *Konzept* gehört nicht zum Bestand von Selbstthematierungen der Rehabilitation; ebenso wenig die Perspektiven, unter denen die Praxis der Konzepts untersucht worden ist: seine wahrscheinlichkeitstheoretische Fundierung und seine Bedeutung für die Strukturierung interprofessioneller Arbeitsteilung. Von dort aus lässt sich also keine Bresche zum Anwendungsbezug schlagen, jedenfalls nicht umstandslos.

Wenn man sich überlegt, welche Fragestellungen für die kardiologische Rehabilitation von Belang sind, dann muss man sich zugleich vergegenwärtigen, dass ganz verschiedene Stakeholder und Akteure das Feld konturieren und bespielen: z.B. Kostenträger, Leistungsanbieter, Angehörige unterschiedlicher Professionen, die wiederum spezialisierte Subgruppen ihrer Profession oder Berufsgruppe bilden, Fachverbände, Patienten zuweisende oder abnehmende Organisationen, schließlich (als passagere Teilnehmer) Menschen, denen eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert und bewilligt worden ist, und nicht zu vergessen: Forschergruppen, die die Leistungsvoraussetzungen und Leistungsabgabe des Feldes in vielfältiger Weise untersuchen und ihre Ergebnisse als Veränderungswissen in die Praxis einspeisen (wollen) (vgl. nur die Tagungsbände des alljährlich von der DRV-Bund veranstalteten Reha-Kolloquiums). Bei der Vielfalt von Akteuren wäre es naiv anzunehmen, dass die Interessen aller Beteiligten konform gehen oder sich auf ein gemeinsames Ziel hin bündeln lassen (vgl. Iseringhausen 2006) – sofern nicht positive oder negative Sanktionen die Selektion von Interessen lenken und sie konformieren. Vor diesem Hintergrund hat auch jene Forschung, die von vornherein einen Anwendungsbezug ihrer Fragestellungen und Ergebnisse herstellt oder deklariert, oftmals festzustellen, dass die Abnahme der Erkenntnisse durch die Praxis stockt (siehe z.B. Quaschnig, Bredehorst, Dibbelt & Glattacker 2014; Müller, Zimmermann, Rundel & Körner 2014; Schweier, Richter & Grande 2014).

Abgesehen davon, dass Erkenntnisse es oft schwerhaben, sich im Geflecht widerstrebender Interessen oder gegenläufiger Anreize durchzusetzen, können sie freilich auch so beschaffen sein, dass aus ihnen gar keine eindeutigen, vielleicht allenfalls widersprüchliche Handlungsorientierungen abzuleiten wären, je nachdem, welcher normative Bezugspunkt gerade in den Vordergrund gerückt wird. Nehmen wir z.B. den Befund, dass wahrscheinlichkeitstheoretische Implikationen des Risikofaktorenkonzepts im klinischen Alltag nicht nur keinerlei Rolle spielen, sondern dass in der Informationsarbeit mit Patienten Quantifizierungen von Risiken von marginaler Bedeutung sind. Wenn überhaupt, werden sie eher nach dem Kriterium „pädagogischer Wirksamkeit“ eingesetzt, als dass sie Bestandteil von Information sind, auf deren Basis Patienten ein abwägendes Urteil fällen könnten. Die ärztliche Botschaft soll v.a. zur Verhaltensänderung überzeugen, nicht die Ergebnisse einer epidemiologischen Metaanalyse wiedergeben, womöglich bezogen auf absolute Risiken – so in etwa die ärztliche Intention (vgl. Kap. 9.3). Das Kriterium möglichst umfassender Wissensvermittlung wird nur selten erfüllt, das Kriterium der Edukation – erklärtes Ziel der Rehabilitationsprogrammatik und zumeist interpretiert als

Patienten überzeugen und schulen, damit sie den sekundärpräventiven Empfehlungen Folge leisten – steht im Vordergrund. Letzteres wäre seinerseits kaum zu erfüllen, wenn das Kriterium der umfassenden Wissensvermittlung die Oberhand gewinnen würde. Führt man in diesen Zusammenhang als weiteren Bezugspunkt *Patientenorientierung* ein und berücksichtigt, dass Aufklärungsbedürfnisse von Patienten, ihr Verlangen nach Eindeutigkeit bzw. ihre Tolerierung von Ungewissheit sehr unterschiedlich ausfallen, dann lässt sich daraus erst einmal keine Handlungsorientierung für die Praxis ableiten, jedenfalls keine, die alle drei Kriterien gleichermaßen zu ihrem Recht kommen ließe. Ob es in dieser Situation weiterhilft, *Shared Decision Making* als anzuwendendes Kommunikationsprinzip zwischen Experten und Laien und als übergreifendes Kriterium ins Rennen zu schicken? Auch das ist fraglich, denn es würde bedeuten, dass in jeder einzelnen Aushandlung zwischen Health Professionals und Patient ausgelotet werden müsste, welche Wissens- und Verhaltenspräferenzen ein Patient hat. Das sprengte nicht nur die Möglichkeiten jeder Organisation, die in ihrem *people processing* auf in vieler Hinsicht standardisierte Abläufe und Gruppenangebote setzt (vgl. Kap. 8). Dabei würde auch übergangen, dass der Beteiligungswunsch von Patienten eine empirische Größe und keine Norm ist: Manche möchten unbedingt und weitreichend einbezogen werden, wenn es um ihre Behandlungs- und Verhaltensplanung geht; andere bevorzugen es, gesagt zu bekommen, was sie tun oder lassen sollen (Stollberg 2008a).

Arbeitsteilung und die Gestaltung der interprofessionellen Kooperation dürften dagegen schon eher an Relevantsetzungen des Praxisfeldes heranreichen. Untersuchungen über einzelne Berufsgruppen innerhalb der Rehabilitation und deren Konzepte sind meines Wissens spärlich an der Zahl. Diese Konzepte genauer zu kennen, sie untereinander zu vergleichen und die Strukturen berufsgruppenübergreifender Arbeitsteilung zu analysieren, können zum Bestandteil von Prozessen der Organisationsentwicklung werden.

Demnach hat die Studie der Praxis nicht mehr anzubieten? Doch, allerdings nicht im Sinne von „Man sollte es lieber so machen“; das wäre allein schon angesichts der empirischen Basis (Anzahl der Kliniken, Alter der Daten) vermessen. Jedoch kann die Untersuchung für die Praxis eine Erzählung über ebenjene Praxis aus ungewohnter Perspektive darstellen, die hinguckt, wo die Beteiligten nicht hingucken können, die Themen und Fragen verknüpft, die im Klinikalltag so nicht verknüpft werden (können) – und im Übrigen auch nicht müssen. Dennoch könnte es für Akteure in und im Umfeld der kardiologischen Rehabilitation durchaus von Interesse sein, sattsam Bekanntes in anderem Licht zu betrachten; vielleicht ist es dann auf einmal nicht mehr so bekannt.

Das Risikofaktorenkonzept hat indes nicht allein diesem Versorgungsbereich seinen Stempel aufgedrückt; Risikofaktoren sind, wie Charles Rosenberg konstatiert hat, zu „protodiseases“ geworden, die Behandlungsbedürftigkeit konstituieren (Rosenberg 2007: 68). Sie prägen darüber hinaus generell unser Verständnis von Gesundheit und Krankheit, indem sich an sie die Bereitschaft knüpft, dieses oder jenes in der Gegenwart zu lassen oder zu tun, im Hinblick auf ein oft unbestimmt wahrscheinliches künftiges Ereignis (Leanza 2010). Da viele Risikofaktoren überdies mit persönlichen Verhaltensweisen und diese wiederum mit Wahlfreiheit verknüpft sind, sind Zuschreibungen persönlicher Verantwortung und moralische Bewertungen (eigene und fremde) im Gesundheits- wie im Krankheitsfall unausweichlich (Rosenberg 2007: 67-69). Risikofaktoren hat jeder von uns, Sünder sind wir alle, und moralische Urteile fällen wir auch viele Male am Tag. Wenn das keinen Praxisbezug konstituiert?!

Kardiologische Rehabilitation – was hat sich seither verändert?

Im Reha-Sektor und seiner Umwelt zeichnen sich nach der Jahrtausendwende einige Änderungen und Verschiebungen ab bzw. sind bereits eingetreten. Sie seien cursorisch resümiert, um sodann abzuschätzen, inwiefern sie die Erkenntnisse der Untersuchung betreffen.

Zusammensetzung der Klientel

Die Anzahl der AHB-Maßnahmen ist seit Ende der 1990er Jahre kontinuierlich und deutlich angestiegen, allerdings hat sich diese Entwicklung nicht gleichermaßen in einem Anstieg kardiologischer AHB-Maßnahmen niedergeschlagen (vgl. Abb. 1). Zur bedeutendsten Zielgruppe für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation gehört jedoch die Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen; ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt im kommenden Jahrzehnt an, da die geburtenstarken 1960er Jahrgänge in diese Altersstufe eintreten (Prognos 2009). Für die Epidemiologie und ihre Akutbehandlung der KHK wird dagegen auch berichtet, dass Akutereignisse sich in höhere Lebensalter verschoben haben und dass – bei sinkender Operationszahl – der Anteil älterer Patienten unter den Operierten gewachsen sei. Sollte der erste Trend den zweiten überwiegen, ergeben sich daraus keine Folgen für den Aufgabenbereich kardiologischer Rehabilitation. Sollte jedoch der zweite Trend die Zusammensetzung der Reha-Klientel stärker beeinflussen, wären durchaus Anpassungen in der Aufgabenstellung zu erwarten: Wenn im höheren Lebensalter so viel von der individuellen Zukunft nicht mehr übrig ist, wird die Bedeutung von Risikofaktoren für die Organisation der Behandlung wohl abnehmen; zumindest wird sich die Begründung ändern und verstärkt einen Gegenwartsbezug annehmen müssen. Auch Inhalt und Ziele der Sporttherapie hätten sich dem Leistungsvermögen einer älteren Klientel anzupassen. Die Abwendung bzw. Verzögerung von Pflegebedürftigkeit dürfte unter diesen Umständen ein wichtiges Ziel der Rehabilitation werden. Steigt der Anteil älterer Patienten in der kardiologischen Rehabilitation, wird sich dies auch in der Zusammensetzung der Kostenträgerschaft niederschlagen. Ob sich daraus programmatische Veränderungen ergeben, ist offen.

Mit der Einführung des DRG-basierten Entgeltsystems für Krankenhausleistungen sind Anreize zur Verkürzung der Verweildauer von stationär aufgenommenen Patienten gesetzt worden (Braun, Rau & Tuschen 2007), die auch dazu hätten führen können, den Verlegungszeitpunkt für AHB-Patienten vorzulegen. Für Reha-Einrichtungen hätten sich damit Patientenmerkmale und folglich Aufgabenzuschnitte merklich verändert („Akutisierung der Reha“) – so ist es befürchtet worden (Fuchs 2004; Klemann 2007; von Eiff et al. 2010). Diese Befürchtung ist nicht eingetreten (von Eiff et al. 2010).

Mit einiger Verzögerung ist die Rentenversicherung darauf aufmerksam geworden, dass bestimmte Versicherten-Gruppen nicht ihrem Anteil entsprechend an Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen, darunter insbesondere Frauen und Menschen mit Migrationshintergrund. Das hat zunächst vor allem Fragen der Zugangssteuerung aufgeworfen (z.B. Grande et al. 2002; Brzoska, Voigtländer, Reutin, Yilmaz-Aslan, Barz et al. 2008; DRV 2011a; Reutin & Schott 2013). Bei steigender Inanspruchnahme erhöht sich darüber hinaus der Anspruch an Rehabilitationskonzepte: Sie müssen der soziokulturellen Rollenvielfalt und Diversität der Rehabilitanden stärker Rechnung tragen (Mittag & Grande 2008; DRV 2009). Damit wäre die kulturelle Einbettung von Lebensstilen und ihrer Änderung thematisch aufgerufen. Träten damit auch andere Risikofaktoren auf den Plan? Das

ist möglich. Dass sich die Art und Weise der Thematisierung von Risikofaktoren – Lebensstilabhängigkeit, Eigenverantwortung, Risikosenkung – ändert, halte ich hingegen für eher unwahrscheinlich. Das Klinikpersonal z.B. moniert bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund bislang eine „fehlende Bereitschaft zur Übernahme von Eigenverantwortung“ (Reutin & Schott 2013: 160). Weitere Barrieren interkultureller Verständigung türmen sich auf (ebd.). Doch wer weiß, vielleicht schärft die noch ungewohnte kulturelle Vielfalt das Bewusstsein für die sozialen Eigenheiten von Lebensstilen; das ist nicht ausgeschlossen und wäre als kulturelle Aufgeklärtheit des Settings sicherlich zu begrüßen. Denkbar ist jedoch auch eine gegenteilige Entwicklung: dass sich die Teilnahme von Migranten als Ausweis gelungener, allerdings einseitiger soziokultureller Anpassung darstellt und das Ergebnis eines nicht medizinisch begründeten, sondern kulturellen Selektionsvorgangs wäre.

Reha-Konzepte

Die Sensibilität von Kostenträgern und Leistungsanbietern für die Diversität von Patientengruppen und deren spezifischen Reha-Bedarf ist zweifellos gestiegen. Davon zeugt eine Reihe von Forschungsprojekten der jüngeren Zeit, die auszuloten haben, ob sich mit angepassten Reha-Konzepten bessere und nachhaltigere Ergebnisse erzielen lassen. Stets mit ausgeflagt ist das Ziel einer verbesserten Patientenorientierung, das sich ja nur aus der Erkenntnis heraus formulieren lässt, bedarfsgerechtere Programme anbieten zu müssen im Hinblick auf Motivationslagen, Fähigkeiten und Problemkonstellationen von Patienten. Im Kern geht es immer um Unterstützung bei der Lebensstiländerung, um die Arbeit an der Adhärenz von Patienten im Hinblick auf sekundärpräventive Empfehlungen. Herausgegriffen seien vier Ansatzpunkte:

(1) Sporttherapie. Der einhellige, über die Jahre stabile Befund lautet, dass es einem Großteil der Patienten nicht gelingt, nach der Rehabilitation im Alltag ein Aktivitätsniveau zu erreichen, das den sekundärpräventiven Empfehlungen auch nur ansatzweise entsprechen würde (Huber o.J.; Sudeck, Höner & Edel 2007; Bjarnason-Wehrens et al. 2007b). Als mögliche Ursachen diskutiert werden u.a., dass die „klassische“ Sporttherapie in der Rehabilitation individuelle und genderspezifische Voraussetzungen für körperliche Aktivitäten zu wenig berücksichtige. Zudem fehle es an Unterstützung in der nachfolgenden Umsetzung. Nicht deutlich adressiert wird allerdings die Frage (insbesondere bei Huber nicht), in welche Richtung denn die Differenz von IST und SOLL zu verringern wäre: Sollen Abstriche bei den Empfehlungen gemacht und diese an subjektive Möglichkeiten und Präferenzen von Patienten angepasst werden, oder sollen Patienten mit veränderten Maßnahmen in die Lage versetzt werden, die vorgegebenen Bewegungsziele doch noch zu erreichen? Die Frage ist, was genau Patientenorientierung eigentlich bedeutet?

(2) Zielvereinbarungen mit Patienten. Sie sollen laut DRV (2009) integraler Bestandteil des Rehabilitationsprozesses sein. Es wird angenommen, dass mit solchen Zielvereinbarungen die Kommunikation zwischen Patienten und Health Professionals weniger anfällig für Missverständnisse ist und Patienten die Umsetzung von Rehabilitationszielen, auch langfristig, erleichtert wird (N.N. 2011; Dibbelt, Dudeck, Glattacker, Greitemann, Jäckel et al. o.J.). In einem mehrjährigen Forschungsprojekt sind akribisch Anforderungen, mögliche Barrieren eruiert und schließlich Umsetzungsschritte erarbeitet worden, zuletzt ein Manual für Health Professionals. Indes ist wohl fraglich, in welchem Umfang dieses Postulat von der Praxis bislang aufgenommen wurde und ob hier in absehbarer Zeit ein stärkeres Commitment zu erwarten ist. Barrieren der Umsetzung auf Seiten der

Kliniken sind benannt: Zeitmangel, kein Motivationszuwachs für Health Professionals und auf Zielformulierung schlecht vorbereitete Rehabilitanden stehen den gesprächsweise zu erarbeitenden Vereinbarungen entgegen (Quaschnig et al. 2014). Begründung und Erwartung des ganzen Vorhabens sind deutlich: durch eine verstärkte Orientierung an Zielen von Patienten deren Erreichung von Rehabilitationszielen insgesamt zu verbessern.

(3) Internetbasierte Motivationshilfen nach Beendigung der Reha-Maßnahme. Auf die institutionelle Inklusion von Patienten während der Rehabilitationsmaßnahme folgt die Rückkehr in den Alltag mit allenfalls regelmäßigen, aber nicht sehr häufigen Arztkontakten und ggf. der (wöchentlichen) Teilnahme an einer ambulanten Herzsportgruppe. Seit langem ist bekannt, dass viele Rehabilitanden daran scheitern, in diesem „therapeutischen Loch“ an Vorsätzen zur Lebensstiländerung festzuhalten und ihr Verhalten entsprechend anzupassen. In den Kommunikationsmöglichkeiten und der Reichweite des Internets wird viel Potential gesehen, um die Motivationsarbeit von Rehabilitationseinrichtungen niedrigschwellig und kostengünstig fortzusetzen oder um bislang wenig genutzte Akteure, nämlich Patienten-Peers, ins Spiel zu bringen (Romppel & Grande 2011). Einmal abgesehen von den spezifischen Adhärenz-Problemen, die das Medium mit sich bringt (Schweier et al. 2014), sind auch bei diesem Ansatz Begründung und Erwartung offensichtlich: Die Adhärenz von Patienten an sekundärpräventive Ziele soll sich erhöhen.

(4) Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen. Auch die schon mehrfach zitierten Praxisempfehlungen (Reese et al. 2012b, vgl. Kap. 10.3) legen ein sehr großes Gewicht darauf, Patienten bei der Ausbildung von Adhärenz zu unterstützen, um namentlich die sekundärpräventiven Ziele der Tabakentwöhnung, der krankheitsangepassten Ernährung und ausreichender Bewegung erreichen zu können.

Allen erwähnten Ansätzen liegt das im Grunde ungelöste Problem zugrunde: Wie lassen sich Erwachsene dazu motivieren, ihre Lebensführung unter dezidiert medizinische Kriterien zu stellen? Das Wissen um eine Vielzahl von Faktoren, die eine solche Wende begünstigen oder erschweren können, mag mächtig angewachsen und kaum mehr überschaubar sein. Der Stein der Weisen, der für alle Patienten(-gruppen) gleichermaßen eine einzige *best practice* offenbarte, ist bislang nicht darunter gewesen, und solch ein Fund kann auch nicht ernsthaft erwartet werden. Bei aller Verschiedenartigkeit herbeigezogener Annahmen und vorgeschlagener oder angewandter Strategien gibt es einen gemeinsamen Nenner: den Willen von Patienten entweder überhaupt erst formen zu wollen oder ihm zum Handlungsdurchbruch zu verhelfen. In dieser Hinsicht hat sich gegenüber dem Aufgabenzuschnitt der Health Professionals zum Zeitpunkt der Forschung nichts geändert. Er würde sich erst dann ändern, wenn sich die Strategie der Polypill durchsetzte (s. S. 72ff.). Oder wenn der Versorgungsbereich das Edukationsziel aufgäbe. Weder mit dem einen noch dem anderen ist in absehbarer Zeit ernsthaft zu rechnen. Und über die monetären Kosten der ersten sowie die politischen Kosten beider Optionen wäre auch erst einmal nachzudenken.

Berufsgruppen

Interdisziplinarität wird anhaltend als positiv bewertetes Proprium von Rehabilitationseinrichtungen herausgestrichen, dessen Potential für die Qualität von Behandlungsprozessen und im Hinblick auf Patientenorientierung sich allerdings erst bei hinreichend

entwickelter Kooperation und Teamkultur entfalten könne. Eine Arbeitsgruppe um Mirjam Körner und KollegInnen ist langfristig mit dieser Thematik befasst, unter Anwendung von überwiegend quantitativen Methoden (Körner & Bengel 2004; Körner et al. 2005; Körner 2006, 2012; Körner & Wirtz 2013; Körner, Bütof, Müller, Zimmermann & Bengel 2014). Die Analyse von Hemmnissen und Widerständen bei der Entfaltung normativ aufgepolsterter Teamkultur bleibt hingegen eigentümlich unterbestimmt. Man erfährt nichts z.B. über Kooperationsvoraussetzungen, die Verschiedenartigkeit von Kooperationsbeziehungen je nachdem, welche Berufsgruppen beteiligt sind; nichts darüber, was „gute Kooperation“ ausmacht. Das Thema „Hierarchie“ wird in die Analyse wenig einbezogen. Das methodische Instrument der Abfrage stößt hier möglicherweise an seine Grenzen; mit stärker diskursiven Forschungsmethoden (z.B. Fokusgruppen, auch Feldforschungen) ließe sich eventuell mehr zutage fördern.

Dass sich an den Beiträgen der einzelnen, in dieser Arbeit berücksichtigten Berufsgruppen zur Risikofaktorenarbeit zwischenzeitlich etwas geändert hat, ist in inhaltlicher Hinsicht zu erwarten, als Anpassung an dynamisch sich entwickelndes Fachwissen (Ernährungsempfehlungen, Sport- und Trainingsarten, Medikationen, Grenzwerte z.B.). Technologische Entwicklungen im Kommunikationsbereich werden den rechnergestützten Zugriff auf Information vermutlich erleichtert und quantitativ erhöht haben. Ob sich darüber hinaus an der Positionierung der einzelnen Berufsgruppen im interdisziplinären Gefüge von Reha-Kliniken etwas geändert hat, wäre zu eruieren. Möglicherweise hat das Gewicht der Sporttherapie zugenommen, weil der Risikofaktor Bewegungsmangel einen Bedeutungszuwachs erfahren hat. Dass die verhaltene Akademisierung, die sich der Diätassistenz im Zuge des Bolognaprozesses eröffnet hat, bereits auf das Berufsfeld in der Rehabilitation durchschlägt, ist eher unwahrscheinlich und wäre vielleicht am ehesten in Kliniken mit Indikationen aus dem Bereich der Stoffwechselerkrankungen zu erwarten. Die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie sind in Kap. 10.3 erörtert worden; die jüngeren Beiträge mit auch professionspolitischem Gehalt (Bengel et al. 2013; Reese et al. 2012a, 2012b) lassen keinen Zweifel daran aufkommen, dass die Psychologie die Agenda des Risikofaktorenkonzepts zur Sekundärprävention voll unterstützt. Sie stellt ihre Expertise ganz in den Erfolg der Sekundärprävention, der Optimierung von Risikofaktoren und einer an Risikofaktoren ausgerichteten Lebensstiländerung.

Leitlinien

Von den Leitlinien, auf die ich mich im Verlauf der Arbeit als aktuellen State of the Art für Deutschland bezogen habe, sind zentrale Dokumente auch heute noch gültig, so z.B. die Leitlinien der DGK (2007) und der DGPR (2007). Hinzugekommen ist 2009 eine Leitlinie der DGPR „Körperliche Aktivität zur Sekundärprävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen“ (siehe http://www.dgpr.de/fileadmin/user_upload/DGPR/Leitlinien/LL_Koerperliche_Aktivitaet_CRCS078.PDF, Abruf 03.05.2014). Von der Nationalen VersorgungsLeitlinie zur Chronischen KHK existiert mittlerweile die Version 1.13 in der 2. Auflage, veröffentlicht im Juli 2013; eine weitere Überarbeitung ist für 2014 angekündigt (siehe <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-004.html>, Abruf 03.05.2014).

Von Seiten der DRV hat die KTL von 2007 bis heute Bestand, ebenso zentrale Dokumente wie das Rahmenkonzept zur Rehabilitation, zu AHB-Indikationen und Reha-Therapiestandards, zum Gesundheitstraining und zu Strukturanforderungen an Reha-Einrichtungen (DRV 2009, 2010a, 2010b, 2010d, 2010f). Mir ist nicht bekannt, dass es unterdessen zu

einer Integration der Leitlinienarbeit verschiedener Akteure gekommen wäre (vgl. Kap. 2.3). Eine solche wäre allerdings überfällig.

Forschungsagenda

Dass eine Untersuchung mit der Formulierung neuer Fragen (oder der Umformulierung bisheriger) endet, ist nichts Ungewöhnliches: Nicht nur weiß man um die Schwächen der abgeschlossenen Untersuchung; vielmehr gehört es zum Prozess wissenschaftlicher Forschung, dass nicht allein Fragen beantwortet, sondern auch neue entdeckt werden. Das ist umso mehr der Fall, wenn mit Methoden wie z.B. der teilnehmenden Beobachtung geforscht worden ist, die eher auf Exploration als auf Hypothesenüberprüfung angelegt sind.

Health Care Teams

Rehabilitationseinrichtungen zeichnen sich mehr als andere Einrichtungen der Krankenversorgung durch ihre Multiprofessionalität aus; Kostenträger und Leistungsverantwortliche wie die DRV unterstreichen dieses Proprium als auszeichnendes Merkmal des gesamten Versorgungsbereichs, das eine integrierte und deshalb in besonderem Maße problemangepasste Leistungsabgabe sicherstellen soll. Die Norm interdisziplinärer teamförmiger Kooperation wird üblicherweise funktionalistisch begründet; ihre Orientierungsstiftung und Bindungswirkung für die Praxis scheint jedoch begrenzt zu sein. Forschung, die dieses als Desiderat untersucht, sollte sich nicht auf eine funktionalistische Perspektive begrenzen, sondern sie um machttheoretische Fragestellungen erweitern (vgl. Nugus et al. 2010). Eine besonders interessante Volte entsteht, wenn Aktivitäten zur Teamentwicklung und der Diskurs darüber ihrerseits als Praktiken analysiert werden, mit denen Berufsgruppen in Organisationen ihre Domänengrenzen verhandeln, sie verschieben oder befestigen (vgl. Finn 2008; Finn et al. 2010).

Health Professionals – Patienten

Das Thema, auf das (nicht nur, aber auch) in der Rehabilitation fast alles früher oder später zuläuft, ist die Ungewissheit über die Adhärenz von Patienten. Viele Eigenheiten der Kommunikation zwischen Health Professionals und Patienten sind nur vor diesem Hintergrund zu verstehen. Für die Beteiligten mag es sich um Alltagsphänomene handeln, der Beobachterperspektive erscheinen sie jedoch eigentümlich. Diese Eigentümlichkeit herauszuarbeiten, schärft das Verständnis für das vermeintlich Vertraute.

So sind z.B. moralische Implikationen in den Argumentationen zur Lebensstiländerung ein häufiges Phänomen, nicht zuletzt in Verbindung mit Ad-hoc-Evaluationen zur Adhärenz von Patienten, auch der Patienten untereinander. Diese Dimension der Kommunikation ist in der vorliegenden Arbeit nur angedeutet worden. Es wäre lohnend, sie genauer zu untersuchen, namentlich den Gehalt und die Differenzierung moralischer Urteile sowie ihre Zuteilung (wem durch wen?) und Wirkung (s.a. Schmidt 2008; Schorb & Schmidt-Semisch 2012). Moralische Kommunikation ist häufiger Bestandteil von präventiver und sozialer Arbeit und stets mit dem Ziel verknüpft, Verhaltensänderung erreichen zu wollen. Bis auf Kollateralschäden werde damit jedoch wenig erreicht (Hafen 2013).

Health Professionals sind keine Heiligen und nicht notwendigerweise qua Beruf oder Rolle zum Vorbild berufen, um für „gesunden Lebensstil“ oder „erfolgreiche Lebenssti-

länderung“ zu werben. Raucher, Dicke, Sportmuffel, Hektiker gibt es auch unter den Beschäftigten einer Reha-Klinik, und das nicht allein im Verwaltungstrakt. Obwohl die damit verbundenen Verhaltensweisen eher verborgen, jedenfalls nicht offen zur Schau gestellt werden (dürfen) – soweit sie sich überhaupt verbergen lassen –, machen sich Patienten ihr eigenes Bild davon, ob Health Professionals Wasser predigen und Wein trinken. Im Zusammenhang mit den oft moralisch getönten und fordernden Botschaften zur Lebensstiländerung sind solche Beobachtungen nicht trivial (vgl. Hafen 2013). Zu untersuchen wäre, ob und wie Reha-Kliniken als Organisationen Vorkehrung zur Unterscheidung von Vorder- und Hinterbühne treffen, ob und wie Mitarbeiter daran mitwirken, wie diese Tatsache vor/mit Patienten kommuniziert wird und in welcher Weise Patienten untereinander solche Beobachtungen oder Vermutungen thematisieren.

Vertrauen gilt als eine Schlüsselkategorie für das Verständnis dessen, was die Beziehung zwischen Professionellen und ihren Klienten, zwischen Ärzten und Patienten ausmacht (Stichweh 2000; di Luzio 2005; Lee & Lin 2009; Vogd 2012). Wie aber steht es eigentlich in umgekehrter Richtung? Wollen Health Professionals Patienten vertrauen? Und wenn ja, was hindert sie daran, das zu tun? Der Klinikalltag bietet allfällig Gelegenheiten, Vertrauen zu zeigen, zu simulieren, zu entziehen. Zugleich gibt es eine Tendenz zu generalisiertem Misstrauen Patienten gegenüber: mit Blick auf die Zuverlässigkeit ihrer Auskünfte, die Aufrichtigkeit ihrer Motive, ihre Bereitschaft zur Lebensstiländerung. Daraus erwachsen möglicherweise Beschwerden für die temporären Arbeitsbündnisse zwischen Health Professionals und Patienten (vgl. Sandman et al. 2012; Lutfey 2005).

Patientenperspektive

Während bei Health Professionals die Organisationszugehörigkeit auf längere bis lange Zeit abstellt, sind Patienten passagere Teilnehmer am Organisationsgeschehen, deren Klinikaufenthalt nur den Einstieg in die Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung darstellt. Daten, die in der Klinik von Patienten aufgenommen werden, sind lediglich Momentaufnahmen, die zwar für den Diskurs zwischen Health Professionals und Patienten sehr aufschlussreich sind, aber eigentlich keine Rückschlüsse für die weitere Entwicklung von Patienten gestatten. Deren eigentliche Geschichte im Umgang mit der Erkrankung entfaltet sich erst in der langen Zeit danach (Lawton, Peel, Parry & Douglas 2008). Dabei stehen die Sorge um die eigene Gesundheit und die Wahrnehmung diesbezüglicher Risiken, wie sie z.B. auch im Klinikkontext zum Ausdruck kommen, mit tatsächlichem (Gesundheits-)Verhalten eher kontraintuitiv in Zusammenhang (Ferrer et al. 2013). Von längerfristigen Verläufen weiß man v.a., dass ein hoher Anteil der Rehabilitanden nicht erfolgreich ist bei der Lebensstiländerung. Welche Unterstützung Patienten erwarten, vermissen bzw. hilfreich fänden, ist z.T. bekannt (Romppel & Grande 2011), Wissen über tatsächliche langfristige Verläufe aber ist kaum verfügbar. Davon zu erfahren, wäre nicht zuletzt für Health Professionals in Reha-Kliniken von Interesse.

Risikokommunikation

Die vorliegende Studie hat sich über weite Strecken mit dem Risikobegriff, seiner und der Interpretation von Risikofaktoren befasst und den Umgang mit Ungewissheit gestreift. All diese Themen stehen nach wie vor auf der Forschungsagenda, wie zahlreiche Veröffentlichungen der letzten Jahre anzeigen (z.B. Peter & Funcke 2013; Ferrer et al. 2013; Nassehi 2013; Austin, Reventlow, Sandøe & Brodersen 2013 und weitere Beiträge des Schwerpunktthemas *Health care through the ‚lens of risk‘* der Zeitschrift *Health, Risk &*

Society; Zinn 2011; Visschers et al. 2009). Für die Risikokommunikation konnte gezeigt werden, dass Health Professionals nur zögernd und allenfalls selektiv von Quantifizierungen Gebrauch machen. Noch ist wenig bekannt, wie überhaupt Patienten Risikoausagen von Health Professionals interpretieren, seien sie nun quantifiziert oder durch qualitative Ausdrücke bestimmt (vgl. Barilli, Savadori, Pighin, Bonalumi, Ferrari et al. 2010). Risk Scores legen allerdings die individuelle quantifizierte Risikoabschätzung nahe (s. Kap. 3.3.4). Ihr Gebrauch war zur Zeit der Forschung in der Rehabilitation noch nicht üblich; das hat sich möglicherweise – auch generell für die Sekundärprävention – geändert. Die Implikationen wären zu untersuchen (vgl. Holmberg & Parascandola 2010; Holmberg, Bischof & Bauer 2013; Saukko, Farrimond, Evans & Qureshi 2012).

- AACPR (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation) (1999). *Guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs* (3. Aufl.): Human Kinetics.
- Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago, London: University of Chicago Press.
- Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings. *Social Science & Medicine*, 32(8), 899-908.
- Abel, T.; Abraham, A. & Sommerhalder, K. (2006). Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hg.), *Gesundheitliche Ungleichheit* (S. 185-198). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Abholz, H.-H. (1982). Konzeptionelle und ethische Probleme des Risikofaktorenkonzepts in seiner therapeutischen Anwendung. In H.-H. Abholz, D. Borgers, W. Karmaus & J. Korporal (Hg.), *Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse* (S. 182-192). Berlin: de Gruyter.
- Abholz, H.-H.; Borgers, D.; Karmaus, W. & Korporal, J. (Hg.) (1982). *Risikofaktorenmedizin – Konzept und Kontroverse*. Berlin: de Gruyter.
- Abookire, S.A.; Karson, A.S.; Fiskio, J. & Bates, D.W. (2001). Use and monitoring of „statin“ lipid-lowering drugs compared with guidelines. *Archives of Internal Medicine*, 161, 53-58.
- ACC/AHA (American College of Cardiology/ American Heart Association) (2002). Guideline update for the management of patients with chronic stable angina: A report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 107, 149-158.
- Adler, P.A. & Adler, P. (1994). Observational techniques. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Hg.), *Handbook of qualitative research* (S. 377-392). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Agar, M.H. (1980). *The professional stranger. An informal introduction to ethnography*. New York: Academic Press.
- AHA (American Heart Association – Central Committee for Medical and Community Programs) (1961). *Dietary fat and its relation to heart attacks and stroke*. New York: American Heart Association.
- Ahlbom, A. (1984). Criteria of causal associations in epidemiology. In L. Nordenfelt & B.I. Lindahl (Hg.), *Health, disease, and causal explanations in medicine* (S. 93-98). Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Ahlbom, A. & Norell, S. (1991). *Einführung in die moderne Epidemiologie*. München: MMV.
- AK KliPs in der Rehabilitation (2004, 29.04.2004). *Klinische Psychologen und Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation – Aufgaben und Stellenbedarf in den somatischen Kliniken*. Position des AK KliPs in der Rehabilitation. Expertengespräch, initiiert von der Bundespsychotherapeutenkammer, in Zusammenarbeit mit dem AK Klinische Psychologie in Rehabilitationskliniken (BDP) und der FG Klinische Psychologie und Psychotherapie (DGPs). Online: <http://www.psychologie-aktuell.info/reha/wp-content/uploads/2010/06/ak_stellungnahme.pdf> (Abruf: 10.04.2014, archiviert bei WebCite®²⁹⁵ <<http://www.webcitation.org/62upCb3m6>>).
- AK KliPs in der Rehabilitation (2005, 09.11.2005). *Resolution zum Entwurf der KTL 2006*. PDF-Dokument, Abruf 28.01.2009.
- AK KliPs in der Rehabilitation (2006). *Stellungnahme zum Entwurf einer Weiterbildung Klinische Somatopsychologie*. PDF-Dokument, heruntergeladen 28.01.2009.
- AkdÄ (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft) (2004). Koronare Herzkrankheit – Empfehlungen zur Prophylaxe und Therapie der stabilen koronaren Herzkrankheit. *Arzneiverordnung in der Praxis*, 31(Sonderheft 1, Januar 2004).
- Alam, M.; Lee, V.V.; Elayda, M.A.; Shahzad, S.A.; Yang, E.Y. et al. (2012). Association of gender with morbidity and mortality after isolated coronary artery bypass grafting. A propensity score matched analysis. *International Journal of Cardiology*, Jan 10 [Epub ahead of print].
- Albus, C.; De Backer, G.; Bages, N.; Deter, H.-C.; Herrmann-Lingen, C.; Oldenburg, B. et al. (2005). Psychosoziale Faktoren bei koronarer Herzkrankheit – wissenschaftliche Evidenz und Empfehlungen für die klinische Praxis. *Gesundheitswesen*, 67, 1-8.
- Alfermann, D. (2006). Psychosoziale Entwicklung und ihre Bedeutung für die Geschlechterordnung im Sport. In I. Hartmann-Tews & B. Rulofs (Hg.), *Handbuch Sport und Geschlecht* (S. 68-77). Schorndorf: Hofmann.

²⁹⁵ WebCite erwartet, dass in Bibliographien beide URLs genannt werden, der Original-Link und die kurze Archiv-Kennung (vgl. www.webcitation.org). Die Mühe der Archivierung habe ich mir nur bei ausgewählten Dokumenten gemacht, Leitlinien etwa oder Stellungnahmen.

- Allen, D. & Hughes, D. (2002). *Nursing and the division of labour in healthcare*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Allen, D.; Wainwright, M. & Hutchison, T. (2011). ‚Non-compliance‘ as illness management: Hemodialysis patients‘ descriptions of adversarial patient–clinician interactions. *Social Science & Medicine*, 73(1), 129-134.
- Alpert, J.S. & Thygesen, K. (2000). Myocardial infarction redefined. A consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the Redefinition of Myocardial Infarction. *European Heart Journal*, 21, 1502-1513.
- Amann, K. & Hirschauer, S. (1997). Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. In S. Hirschauer & K. Amann (Hg.), *Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie* (S. 7-52). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Ambrose, J.A. (1996). Coronary pathophysiology and angiographic correlations in acute myocardial infarction. In V. Fuster, R. Ross & E.J. Topol (Hg.), *Atherosclerosis and coronary artery disease* (Bd. 1, S. 797-805). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Anand, S.S.; Islam, S.; Rosengren, A.; Franzosi, M.G.; Steyn, K. et al. on behalf of the INTERHEART Investigators (2008). Risk factors for myocardial infarction in women and men: Insights from the INTERHEART study. *European Heart Journal*, 29(7), 932-940.
- Andersohn, F.; Schlattmann, P.; Roll, S.; Müller-Riemenschneider, F.; Binting, S. & Willich, S.N. (2010). Regional variation of mortality from ischemic heart disease in Germany from 1998 to 2007. *Clinical Research in Cardiology*, 99(8), 511-518.
- Anderson, J.L.; Muhlestein, J.B.; Carquist, J.; Allen, A.; Trehan, S.; Nielson, C. et al. (1999). Randomized secondary prevention trial of azithromycin in patients with coronary artery disease and serological evidence for Chlamydia pneumoniae infection: The Azithromycin in Coronary Artery Disease: Elimination of Myocardial Infection with Chlamydia (ACADEMIC) study. *Circulation*, 99(12), 1540-1547.
- Anderson, K.M.; Odell, P.M.; Wilson, P.W. & Kannel, W.B. (1991). Cardiovascular disease risk profiles. *American Heart Journal*, 121, 293-298.
- Anderson, T.J.; Grégoire, J.; Hegele, R.A.; Couture, P.; Mancini, G.B. et al. (2012). 2012 update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. *Canadian Journal of Cardiology*, 29(2), 151-167.
- Aragam, K.G.; Mosucci, M.; Smith, D.E.; Riba, A.L.; Zainea, M. et al. (2011). Trends and disparities in referral to cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention. *American Heart Journal*, 161(3), 544-551.e542.
- Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness*, 17(3), 393-404.
- Aronowitz, R.A. (1998). The social construction of coronary heart disease risk factors. In R.A. Aronowitz (Hg.), *Making sense of illness* (S. 111-144). Cambridge: Cambridge University Press.
- Aronowitz, R.A. (2010). Die Vermengung von Krankheits- und Risikoerfahrung. In M. Lengwiler & J. Madarász (Hg.), *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik* (S. 355-383). Bielefeld: Transcript. (Zuerst: Aronowitz, R.A. (2009). The converged experience of risk and disease. *Milbank Quarterly*, 87(2), 417-442).
- Aronowitz, R.A. (2011). The Framingham heart study and the emergence of the risk factor approach to coronary heart disease, 1947-1970. *Revue d'histoire des sciences*, 64(2), 263-295.
- Artaud-Wild, S.M.; Connor, S.L.; Sexton, G. & Connor, W.E. (1993). Differences in coronary mortality can be explained by differences in cholesterol and saturated fat intakes in 40 countries but not in France and Finland. A paradox. *Circulation*, 88, 2771-2779.
- Ashworth, P. (1995). The meaning of „participation“ in participant observation. *Qualitative Health Research*, 5(3), 366-387.
- Aspelund, T.; Gudnason, V.; Magnusdottir, B.; Andersen, K.; Thorsson, B. et al. (2009). *Explaining the massive declines in coronary heart disease mortality rates in Iceland, 1981–2006*. Paper presented at the XXII Nordic-Baltic Congress of Cardiology, Reykjavik, Island.
- Aspinwall, L.G. & Brunhart, S.M. (1996). Distinguishing optimism from denial: Optimistic beliefs predict attention to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(10), 993-1003.
- Assmann, G.; Schulte, H.; Cullen, P. & Seedorf, U. (2007). Assessing risk of myocardial infarction and stroke: New data from the Prospective Cardiovascular Münster (PROCAM) study. *European Journal of Clinical Investigation*, 37(12), 925-932.
- Atkinson, P. & Hammersley, M. (1994). Ethnography and participant observation. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Hg.), *Handbook of qualitative research* (S. 248-261). Thousand Oaks, CA: Sage.

- ATP III (Adult Treatment Panel III, Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults) (2001). Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. *Journal of the American Medical Association*, 285(19), 2486-2497.
- Austin, L.C.; Reventlow, S.; Sandøe, P. & Brodersen, J. (2013). The structure of medical decisions: Uncertainty, probability and risk in five common choice situations. *Health, Risk and Society*, 15(1), 27-50.
- Ayanian, J.Z. & Cleary, P.D. (1999). Perceived risks of heart disease and cancer among cigarette smokers. *Journal of the American Medical Association*, 281(11), 1019-1021.
- Ayton, P. & Wright, G. (1994). Subjective probability: What should we believe? In G. Wright & P. Ayton (Hg.), *Subjective probability* (S. 163-183). Chichester: Wiley.
- Backett, K. (1992). Taboos and excesses: Lay health moralities in middle class families. *Sociology of Health and Illness*, 14(2), 255-274.
- Backett, K.C. & Davison, C. (1995). Lifecourse and lifestyle: The social and cultural location of health behaviours. *Social Science & Medicine*, 40(5), 629-638.
- Badura, B. (1984). Life-style and health: Some remarks on different viewpoints. *Social Science & Medicine*, 19(4), 341-347.
- Badura, B. (1993). Systemgestaltung im Gesundheitswesen: das Beispiel Krankenhaus. In B. Badura, G. Feuerstein & T. Schott (Hg.), *System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung* (S. 28-40). Weinheim: Juventa.
- Badura, B. (1994). Patientenorientierte Systemgestaltung im Gesundheitswesen. In B. Badura & G. Feuerstein (Hg.), *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung* (S. 255-310). Weinheim: Juventa.
- Badura, B. & Feuerstein, G. (2007). Gesundheit und Gesellschaft. In H. Joas (Hg.), *Lehrbuch der Soziologie* (S. 395-418). Frankfurt/M.: Campus.
- Badura, B.; Grande, G.; Janßen, H. & Schott, T. (1995). *Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer kardiologischer Rehabilitation*. Weinheim: Juventa.
- Badura, B.; Hart, D. & Schellschmidt, H. (1999). *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens*. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Badura, B.; Iseringhausen, O. & Strodtholz, P. (2006). Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4. Aufl., S. 183-219). Weinheim: Juventa.
- Baer, F.M. & Rosenkranz, S. (2011). Koronare Herzkrankheit und akutes Koronarsyndrom. In E. Erdmann (Hg.), *Klinische Kardiologie* (8. Aufl., S. 13-72). Heidelberg: Springer.
- Baessler, A.; Fischer, M.; Hengstenberg, C.; Holmer, S.; Hubauer, U. et al. (2001a). Die stationäre Rehabilitation verbessert die Umsetzung der Therapierichtlinien zur Sekundärprävention bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung. *Zeitschrift für Kardiologie*, 90, 646-654.
- Baessler, A.; Hengstenberg, C.; Holmer, S.; Fischer, M.; Mayer, B. et al. (2001b). Long-term effects of in-hospital cardiac rehabilitation on the cardiac risk profile. A case-control study in pairs of siblings with myocardial infarction. *European Heart Journal*, 22, 1111-1118.
- Bakhai, A.; Hill, R.A.; Dundar, Y.; Dickson, R. & Walley, T. (2005). Percutaneous transluminal coronary angioplasty with stents versus coronary artery bypass grafting for people with stable angina or acute coronary syndromes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jan. 25(1), CD004588.
- Balady, G.J.; Williams, M.A.; Ades, P.A.; Bittner, V.; Comoss, P. et al. (2007). Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update. *Circulation*, 115, 2675-2682.
- Balcon, R.; Beyar, R.; Chierchia, S.; De Scheerder, I. et al. for the Study Group of the Working Group on Coronary Circulation (1997). Recommendations on stent manufacture, implantation and utilization. *European Heart Journal*, 18(10), 1536-1547.
- Bandosz, P.; O'Flaherty, M.; Drygas, W.; Rutkowski, M.; Koziarek, J. et al. (2012). Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation: Modelling study. *British Medical Journal*, 344, d8136.
- Banse, G. (1996). Herkunft und Anspruch der Risikoforschung. In G. Banse (Hg.), *Risikoforschung zwischen Disziplinarität und Interdisziplinarität: Von der Illusion der Sicherheit zum Umgang mit Unsicherheit* (S. 15-72). Berlin: Edition Sigma.
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (Hg.) (2005). *Rehabilitation und Teilhabe: Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag (3. Aufl.).
- Baraldi, C.; Corsi, G.; Esposito, E. (1998). *GLU: Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

- Bardé, B. (1997). Leben nach dem Herzinfarkt. Eine Einzelfallstudie. In P. Kutter (Hg.), *Psychoanalyse interdisziplinär* (S. 19-49). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bardé, B. & Jordan, J. (2003). *Psychodynamische Beiträge zu Ätiologie, Verlauf und Psychotherapie der koronaren Herzkrankheit*. Frankfurt/M.: VAS.
- Barilli, E.; Savadori, L.; Pighin, S.; Bonalumi, S.; Ferrari, A. et al. (2010). From chance to choice: The use of a verbal analogy in the communication of risk. *Health, Risk & Society*, 12(6), 546-559.
- Barlösius, E. (1992). Naturthema Ernährung und Kulturthema Essen. *Medizin Mensch Gesellschaft*, 17(2), 91-98.
- Barlösius, E. (1999). *Soziologie des Essens. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung*. Weinheim: Juventa.
- Barnett, E. & Halverson, J. (2001). Local increases in coronary heart disease mortality among blacks and whites in the United States, 1985-1995. *American Journal of Public Health*, 91(9), 1499-1506.
- Barth, J. (2006). Ziele und Behandlungserwartungen von psychisch belasteten und depressiven Patienten in der kardiologischen Rehabilitation. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 27(3), 280-297.
- Barth, J. (2008). Psychotherapie bei depressiven Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Weiterhin sinnvoll? *Psychotherapeut*, 53(3), 216-220.
- Barth, J.; Härter, M. & Bengel, J. (2006). *Effektivität und Effizienz einer leitlinienorientierten Behandlung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und komorbiden depressiven Störungen. Projektbericht PRO-TeCD*. Freiburg: Universität Freiburg, Institut für Psychologie.
- Barth, J.; Härter, M.; Paul, J. & Bengel, J. (2005). Behandlung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit und komorbider Depression in der Rehabilitation. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 55(9/10), 416-424.
- Barth, J.; Schumacher, M. & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66, 802-813.
- Baumann, W. (1992). Medizinische Rehabilitation und Psychologie. In H. Weber-Falkensammer (Hg.), *Psychologische Therapieansätze in der Rehabilitation* (S. 1-10). Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Baumeister, H. & Härter, M. (2005). Auswirkungen komorbider psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 14, 1-15.
- Baumeister, H.; Höfler, M.; Jacobi, F.; Wittchen, H.-U.; Bengel, J. & Härter, M. (2004). Psychische Störungen bei Patienten mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(1), 33-41.
- Beaglehole, R.; Bonita, R. & Kjellström, T. (1993). *Basic epidemiology*. Genf: WHO.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (1994). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Bechmann, G. (1997a). Einleitung: Risiko – ein neues Forschungsfeld? In G. Bechmann (Hg.), *Risiko und Gesellschaft. Grundlagen und Ergebnisse interdisziplinärer Risikoforschung* (2. Aufl.; S. VII-XXIX). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bechmann, G. (1997b). Risiko als Schlüsselkategorie in der Gesellschaftstheorie. In G. Bechmann (Hg.), *Risiko und Gesellschaft. Grundlagen und Ergebnisse interdisziplinärer Risikoforschung* (2. Aufl.; S. 237-276). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Becker, H.S. (1961). *Boys in white: Student culture in medical school* Chicago: University of Chicago Press.
- Becker, H.S. & Geer, B. (1970). Participant observation and interviewing: A comparison. In W.J. Filsted (Hg.), *Qualitative methodology: Firsthand involvement with the social world* (S. 133-142). Chicago: Rand McNally.
- Beckermann, A. (1999). Philosophie des Geistes. In H. J. Sandkühler (Hg.), *Enzyklopädie der Philosophie* (Bd. 2, S. 1154-1159). Hamburg: Meiner.
- Becker-Mrotzek, M. (1992). Kommunikation und Sprache in Institutionen. Ein Forschungsbericht zur Analyse institutioneller Kommunikation. Teil III: Arbeiten zur Kommunikation in medizinischen Institutionen. *Deutsche Sprache*, 20(3 u. 4), 275-286 u. 336-369.
- Begenau, J.; Schubert, C. & Vogd, W. (2005). *Medizinsoziologie der ärztlichen Praxis*. Bern: Hans Huber.
- Begenau, J.; Schubert, C. & Vogd, W. (2010). Einleitung: Die Arzt-Patient-Beziehung aus soziologischer Sicht. In J. Begenau, C. Schubert & W. Vogd (Hg.), *Die Arzt-Patient-Beziehung* (S. 7-33). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bellisle, F. (2009). Infrequently asked questions about the Mediterranean diet. *Public Health Nutrition*, 12(9A), 1644-1647.
- Benfante, R. (1992). Studies of cardiovascular disease and cause-specific mortality trends in Japanese-American men living in Hawaii and risk factor comparisons with other Japanese populations in the Pacific region: A review. *Human Biology*, 64(6), 791-805.

- Bengel, J. (1997). Aufgaben der Rehabilitationspsychologie in Versorgung und Forschung. In R. Weitkunat, J. Haisch & M. Kessler (Hg.), *Public Health und Gesundheitspsychologie* (S. 358-365). Bern: Hans Huber.
- Bengel, J.; Gall, H.; Grande, G.; Küch, D.; Mittag, O. et al. (2013). Aus-, Fort- und Weiterbildung „Psychologie in der Rehabilitation“. Positionspapier der DGRW. *Rehabilitation, epub first*(11).
- Bengel, J. & Stegie, R. (2003). Psychologie in der Rehabilitation (Ausbildung und Forschung). In A. Schorr (Hg.), *Psychologie als Profession* (S. 471-480). Bern: Hans Huber.
- Bengel, J. & Willmann, H. (2000). Konzeption einer Weiterbildung „Rehabilitationspsychologie“ bzw. „Klinische Psychologie in der Rehabilitation“ (Postgraduierung). In AK KliPs in der Rehabilitation – Fachgruppe der Sektion Klinische Psychologie im Bund Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V. (Hg.), *Kompetenz und Qualität klinischer Psychologie in der Rehabilitation. Beiträge zur 18. Jahrestagung des AK KliPs in der Rehabilitation, 26.-28.02. 1999*, (S. 216-232). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Bennett, K.; Kabir, Z.; Unal, B.; Shelley, E.; Critchley, J. et al. (2006). Explaining the recent decrease in coronary heart disease mortality rates in Ireland, 1985–2000. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*, 322-327.
- Berger, P. (Hg.) (1990). *Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile*. Göttingen: Schwartz.
- Bergner, E. (2002). „Ich war da“ – Überlegungen zur Authentizität von Daten teilnehmender Beobachtung. In D. Schaeffer & G. Müller-Mundt (Hg.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung* (S. 375-389). Bern: Hans Huber.
- Bergner, E. & Staender, J. (1996). *Schnittstellen in der kardiologischen Versorgung. Eine Analyse am Beispiel zweier Versorgungsregionen* (Projektbericht). Bielefeld: Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Public Health, Universität Bielefeld.
- Bergner, E.; Siering, U. & Staender, J. (2002). Was kann eine Leitlinie bewirken? In E. Bergner, U. Siering, J. Staender & G. Feuerstein, *Behandlungsleitlinien und klinischer Alltag. Eine medizinsoziologische Untersuchung am Beispiel der kardiologischen Versorgung in Deutschland* (Projektbericht) (S. 69-104). Bielefeld: Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Public Health, Universität Bielefeld.
- Berkman, L.F. (1982). Social network analysis and coronary heart disease. *Advances in Cardiology, 29*, 37-49.
- Berkman, L.F. & Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology, 109*(2), 186-203.
- Bernoulli, J. (1899 [1713]). *Wahrscheinlichkeitsrechnung (Ars conjectandi). Dritter und vierter Theil* (übersetzt u. herausgegeben v. R. Haussner). Leipzig: Verlag Wilhelm Engelmann.
- Bertrand, M.E.; Simoons, M.L.; Fox, K.A.; Wallentin, L.C.; Hamm, C.W.; McFadden, E. et al. (2002). Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal, 23*, 1809-1840.
- Bette, K.-H. (1995). Beobachtungs- und Reflexionsdefizite im Sportsystem. In J. Winkler & K. Weis (Hg.), *Soziologie des Sports* (S. 75-89). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bette, K.-H. (1999). *Systemtheorie und Sport*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bhopal, R.S. (2002). Cause and effect: The epidemiological approach. In R.S. Bhopal (Hg.), *Concepts of epidemiology – an integrated introduction to the ideas, theories, principles and methods of epidemiology* (S. 98-132). Oxford: Oxford University Press.
- Biesalski, H.K.; Fürst, P.; Kasper, H. et al. (Hg.) (1995). *Ernährungsmedizin*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Bischoff, B.; Silber, S.; Richartz, B.M.; Pieper, L.; Klotsche, J. & Wittchen, H.U. (2006). Inadequate medical treatment of patients with coronary artery disease by primary care physicians in Germany. *Clinical Research in Cardiology, 95*, 405-412.
- Bissell, P.; May, C.R. & Noyce, P.R. (2004). From compliance to concordance: Barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. *Social Science & Medicine, 58*(4), 851-862.
- Bitzer, E.M.; Aster-Schenck, I.-U.; Klosterhuis, H.; Dörning, H. & Rose, W. (2002). Entwicklung einer evidenzbasierten Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation – Phase 1: Bewertende Literaturanalyse. *Rehabilitation, 41*, 226-236.
- Bitzer, E.M.; Brüggemann, S.; Klosterhuis, H. & Dörning, H. (2006). Akzeptanz und Praktikabilität der Leitlinie für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit. *Rehabilitation, 45*(4), 203-212.
- Bitzer, E.M.; Dierks, M.L.; Heine, W.; Becker, P.; Vogel, H.; Beckmann, U. et al. (2009). Teilhabebefähigung und Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation – Empfehlungen zur Stärkung von Patientenschulungen. *Rehabilitation, 48*, 202-210.
- Bitzer, E.M.; Klosterhuis, H.; Dörning, H. & Rose, S. (2003). Entwicklung einer evidenzbasierten Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation – Phase 2: Vergleichende Analyse des Ist-Zustandes der in der

- kardiologischen Rehabilitation erbrachten Leistungen auf der Basis der KTL-Statistik. *Rehabilitation*, 42(2), 83-93.
- Bjarnason-Wehrens, B.; Bott, D.; Benesch, L. et al. (2007a). Long-term results of a three-week intensive cardiac out-patient rehabilitation program in motivated patients with low social status. *Clinical Research in Cardiology*, 96(2), 77-85.
- Bjarnason-Wehrens, B.; Grande, G.; Loewel, H.; Völler, H. & Mittag, O. (2007b). Gender-specific issues in cardiac rehabilitation: Do women with ischaemic heart disease need specially tailored programmes? *European Journal of Preventive Cardiology*, 14(2), 173-171.
- Bjarnason-Wehrens, B.; Held, K. & Karoff, M. (2006). Herzgruppen in Deutschland – Status quo und Perspektiven. *Herz*, 31, 559-565.
- Bjarnason-Wehrens, B.; Mayer-Berger, W.; Meister, E.R.; Baum, K.; Hambrecht, R. & Gielen, S. (2004). Einsatz von Kraftausdauertraining und Muskelaufbautraining in der kardiologischen Rehabilitation. Empfehlungen der DGPR. *Zeitschrift für Kardiologie*, 93, 357-370.
- Bjarnason-Wehrens, B.; Predel, H.-G.; Graf, C.; Günther, D. & Rost, R. (1999). Änderung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch ein vierwöchiges kardiales Rehabilitationsprogramm der Phase II. *Zeitschrift für Kardiologie*, 88, 113-122.
- Björck, L.; Rosengren, A.; Bennett, K.; Lappas, G. & Capewell, S. (2009). Modelling the decreasing coronary heart disease mortality in Sweden between 1986 and 2002. *European Heart Journal*, 30, 1046-1056.
- Black, N. (1994). Editorial: Why we need qualitative research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48, 425-426.
- Blankenhorn, D.H.; Azen, S.P.; Kramsch, D.M.; Mack, W.J.; Cashin-Hemphill, L. et al. (1993). Coronary angiographic changes with lovastatin therapy. The Monitored Atherosclerosis Regression Study (MARS). *Annals of Internal Medicine*, 119(10), 969-976.
- Blau, P. & Scott, W.R. (1963). *Formal organizations: A comparative approach*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. London: Routledge.
- Bliesener, T. (1982). *Die Visite – ein verhandelter Dialog: Initiativen von Patienten und Abweisungen durch das Personal*. Tübingen: Narr.
- Bliesener, T. & Köhle, K. (1986). *Die ärztliche Visite: Chance zum Gespräch*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bloor, M. (1978). On the analysis of observational data: A discussion of the worth and uses of inductive techniques and respondent validation. *Sociology*, 12, 545-552.
- Bock, B.C.; Albrecht, A.E.; Traficante, R.M.; Clark, M.M.; Pinto, B.M. et al. (1997). Predictors of exercise adherence following participation in a cardiac rehabilitation program. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 60-75.
- Bogner, A.; Littig, B. & Menz, W. (Hg.) (2002). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Böhler, S.; Scharnagl, H.; Freisinger, F.; Stojakovic, T.; Glaesmer, H. et al. for the DETECT Study group (2007). Unmet needs in the diagnosis and treatment of dyslipidemia in the primary care setting in Germany. *Atherosclerosis*, 190(2), 397-407.
- Bollinger, H. & Hohl, J. (1981). Auf dem Weg von der Profession zum Beruf. Zur Deprofessionalisierung des Ärzte-Standes. *Soziale Welt*, 32, 440-464.
- Bond, L. & Nolan, T. (2011). Making sense of perceptions of risk of diseases and vaccinations: A qualitative study combining models of health beliefs, decision-making and risk perception. *BMC Public Health*, 11, 943.
- Böner, G. & Rauch, B. (2007). Nachsorge und Integrierte Versorgung. In B. Rauch, M. Middeke, G. Böner, M. Karoff & K. Held (Hg.), *Kardiologische Rehabilitation* (S. 242-244). Stuttgart: Thieme.
- „Bonner Erklärung“ zum „Unbehagen in der Psychotherapie“ (2006). Beschlossen von Teilnehmern des Symposiums „Das Unbehagen in der (Psychotherapie-)Kultur“ am 17./18. März 2006 in Bonn-Röttgen.
- Bonneux, L. (2007). Cardiovascular risk models: Moral implications of models based on absolute risk could be better understood. *British Medical Journal*, 335(7611), 107-108.
- Bonß, W. (1991). Unsicherheit und Gesellschaft – Argumente für eine soziologische Risikoforschung. *Soziale Welt*, 42(2), 259-277.
- Bonß, W. (1995). *Vom Risiko: Unsicherheit und Ungewißheit in der Moderne*. Hamburg: Hamburger Edition.
- Bonß, W. (1996). Die Rückkehr der Unsicherheit. Zur gesellschaftstheoretischen Bedeutung des Risikobegriffs. In G. Banse (Hg.), *Risikoforschung zwischen Disziplinarität und Interdisziplinarität: Von der Illusion der Sicherheit zum Umgang mit Unsicherheit* (S. 165-184). Berlin: Edition Sigma.

- Bonzel, T.; Erbel, R.; Hamm, C.; Levenson, B.; Neumann, F.-J.; Rupprecht, H.-J. et al. (2008). Leitlinie der DGK: Perkutane Koronarinterventionen (PCI). *Clinical Research in Cardiology*, 97, 513-547.
- Borelli, B.; Hayes, R.B.; Dunsiger, S. & Fava, J.L. (2010). Risk perception and smoking behavior in medically ill smokers: A prospective study. *Addiction*, 105(6), 1100-1108.
- Borgers, D. (1995). Risikofaktormedizin und Prävention. In D. Borgers & M. Berger (Hg.), *Cholesterin. Risiko für Prävention und Gesundheitspolitik* (S. 179-190). Berlin: Blackwell Wissenschafts-Verlag.
- Borgers, D. (1999a). Das Risikofaktormodell der Arteriosklerose und die praktische Medizin. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 31, 7-17.
- Borgers, D. (1999b). KHK-Prävention: Rationalität einer risikobasierten Behandlungsstrategie. Die neue europäische Leitlinie (1998) zur KHK-Primärprävention. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 75, 185-188.
- Borgetto, B. & Kälble, K.-H. (2007). *Medizinsoziologie*. Weinheim: Juventa.
- Bosk, C.L. (2006). Avoiding conventional understandings: The enduring legacy of Eliot Freidson. *Sociology of Health and Illness*, 28(5), 637-646.
- Bossert, T.; Krieg, P.; Sandhaus, T.; Klügl, S. & Hekmat, K. (2010). Acute coronary complications after percutaneous coronary intervention (PCI). *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon*, 58, V22.
- Bouillon, K.; Singh-Manoux, A.; Jokela, M.; Shipley, M.; Batty, G.D. et al. (2011). Decline in low-density lipoprotein cholesterol concentration: Lipid-lowering drugs, diet, or physical activity? Evidence from the Whitehall II study. *Heart*, 97(11), 923-930.
- Boulton, M.; Fitzpatrick, R. & Swinburn, C. (1996). Qualitative research in health care: II. A structured review and evaluation of studies. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2(3), 171-179.
- Bourdieu, P. (1987). *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bourgeault, I.L. & Mulvale, G. (2006). Collaborative health care teams in Canada and the US: Confronting the structural embeddedness of medical dominance. *Health Sociology Review*, 15(5), 481-495.
- BPTK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2004). Protokoll / Bericht über das Expertengespräch zur psychologisch-psychotherapeutischen Versorgung in der stationären medizinischen Rehabilitation, *Expertengespräch, initiiert von der Bundespsychotherapeutenkammer, in Zusammenarbeit mit dem AK Klinische Psychologie in Rehabilitationskliniken (BDP) und der FG Klinische Psychologie und Psychotherapie (DGPs)*. 29.04.2004 beim VDR in Frankfurt/M. Online: <<http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/klinische-ps.html>> (Abruf 14.04.2014).
- BQS-Report Koronarchirurgie. (2009). *30-Tage-Letalität*. Online: <http://www.bqs-outcome.de/2008/ergebnisse/leistungsbereiche/koronarchirurgie/buaw/index_html/0011_QI.html> (Abruf 11.04.2013).
- Brand, A.; Brand, H.; Schröder, P. & Laaser, U. (2006). Epidemiologische Verfahren in den Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4. Aufl., S. 255-300). Weinheim: Juventa.
- Braun, T.; Rau, F. & Tuschen, K.H. (2007). Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz. *Krankenhaus-Report*, 7, 3-22.
- Braunwald, E. (1997). Shattuck Lecture: Cardiovascular medicine at the turn of the millennium: Triumphs, concerns, and opportunities. *New England Journal of Medicine*, 337, 1360-1369.
- Brause, M. (2009). *Königsweg zum Herzen? Der Einfluss nichtmedizinischer Merkmale auf die Versorgung mit invasiven kardiologischen Leistungen*. Bern: Hans Huber.
- Breakwell, G.W. (2000). Risk communication: Factors affecting impact. *British Medical Bulletin*, 56(1), 110-120.
- Brewer, N.T.; Chapman, G.B.; Gibbons, F.X.; Gerrard, M.; McCaul, K.D. & Weinstein, N.D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. *Health Psychology*, 26(2), 136-145.
- Brindle, P.; Beswick, A.; Fahey, T. & Ebrahim, S. (2006). Accuracy and impact of risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease: A systematic review. *Heart*, 92(12), 1752-1759.
- Brindle, P.; Emberson, J.; Lampe, F.; Walker, M.; Whincup, P. et al. (2003). Predictive accuracy of the Framingham coronary risk score in British men: Prospective cohort study. *British Medical Journal*, 327(7426), 1267-1270.
- Brindle, P. & Fahey, T. (2002). Primary prevention of coronary heart disease. Unevaluated screening inhibits informed consent. *British Medical Journal*, 325(7355), 56-57.
- Brindle, P.; McConnachie, A.; Upton, M.N.; Hart, C.L.; Davey Smith, G. & Watt, G.C. (2005). The accuracy of the Framingham risk-score in different socioeconomic groups: A prospective study. *British Journal of General Practice*, 55(520), 838-845.

- British Cardiac Society, British Hypertension Society, Diabetes UK, HEART UK, Primary Care Cardiovascular Society & Stroke Association (2005). JBS 2: Joint British Societies' guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice. *Heart*, 91(suppl 5), v1-v52.
- Bröckling, U. (2008). Vorbeugen ist besser... Zur Soziologie der Prävention. *Behemoth. A Journal on Civilization*, 2008(1), 38-48.
- Broom, A. (2006). Reflections on the centrality of power in medical sociology: An empirical test and theoretical elaboration. *Health Sociology Review*, 15(5), 496-505.
- Brown, B.G. & Fuster, V. (1996). Impact of management in stabilization and regression of coronary disease. In V. Fuster, R. Ross & E.J. Topol (Hg.), *Atherosclerosis and coronary artery disease* (Bd. 1, S. 191-207). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Brown, J.P.; Clark, A.M.; Dalal, H.; Welch, K. & Taylor, R.S. (2012). Effect of patient education in the management of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *European Journal of Preventive Cardiology*, Epub ahead of print May 22 2012.
- Bruckenberg, E. (1998). *Herzbericht 1997 mit Transplantationschirurgie* (10. Bericht). Hannover: Krankenhausaussschuß der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden der Länder.
- Bruckenberg, E. (2011). *Herzbericht 2010* (23. Bericht). Hannover.
- Brun, W. (1994). Risk perception: Main issues, approaches and findings. In G. Wright & P. Ayton (Hg.), *Subjective probability* (S. 295-320). Chichester: Wiley.
- Brünner, G. (2005). Arzt-Patient-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation. In M. Neises, S. Ditz & T. Spranz-Fogasy (Hg.), *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde* (S. 90-109). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Brunner, J. & Steger, F. (2006). Johannes Heinrich Schultz (1884-1970), Begründer des Autogenen Trainings. Ein biographischer Rekonstruktionsversuch im Spannungsfeld von Wissenschaft und Politik. *Bios*, 19(1), 16-25.
- Bryman, A. (1988). *Quantity and quality in social research*. London: Unwin Hyman.
- Brzoska, P.; Voigtländer, S.; Reutin, B.; Yilmaz-Aslan, Y.; Barz, I. et al. (2008). *Rehabilitative Versorgung und Frühberentung von Menschen mit Migrationshintergrund*. Unveröffentlichter Abschlussbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Online: <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-f402-rehabilitation-migrationshintergrund.pdf?__blob=publicationFile> (Abruf 25.04.2014).
- Buchholz, M.B. (1999). *Psychotherapie als Profession*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Buchwalsky, R. & Blümchen, G. (1994). *Rehabilitation in Kardiologie und Angiologie*. Berlin: Springer.
- Bucksch, J. & Schneider, S. (Hg.) (2014). *Walkability. Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune*. Bern: Hans Huber.
- Budde, H.G.; Hamerle, A. & Keck, A. (1992). Motivierung zur ambulanten Herzgruppe – ein Beitrag zur Evaluation der stationären Rehabilitation von Koronarpatienten der Arbeiterrentenversicherung. In B. Häussler, F. Schliehe, H. Brennecke et. al. (Hg.), *Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen* (S. 401-406). Berlin: Springer.
- Bundesärztekammer (Hg.) (2010). *Placebo in der Medizin – eine Stellungnahme*. Online: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/placebo_lf_1_17012011.pdf> (Abruf 30.12.2013).
- Burke, G.L.; Edlavitch, S.A. & Crow, R.S. (1989). The effects of diagnostic criteria on trends in coronary heart disease morbidity: The Minnesota Heart Survey. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(1), 17-24.
- Buschmann-Steinhage, R. (2000). Psychotherapie und Medizinische Rehabilitation – das Psychotherapeutenengesetz. Statement bei der Aktuellen Stunde. In AK KliPs in der Rehabilitation – Fachgruppe der Sektion Klinische Psychologie im Bund Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V. (Hg.), *Kompetenz und Qualität klinischer Psychologie in der Rehabilitation. Beiträge zur 18. Jahrestagung des AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation vom 26.-28.02.1999* (S. 234-236). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Cachay, K. & Thiel, A. (2000). *Soziologie des Sports. Zur Ausdifferenzierung und Entwicklungsdynamik des Sports der modernen Gesellschaft*. Weinheim: Juventa.
- Califf, R.M.; Armstrong, P.W.; Carver, J.R.; D'Agostino, R.B. & Strauss, W.E. (1996). 27th Bethesda Conference: Matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary disease events. Task Force 5: Stratification of patients into high, medium and low risk subgroups for purposes of risk factor management. *Journal of the American College of Cardiology*, 27(5), 1007-1019.
- Calnan, M. & Williams, S. (1991). Style of life and the salience of health: An exploratory study of health related practices in households from differing socio-economic circumstances. *Sociology of Health and Illness*, 13(4), 506-529.

- Campaner, R. & Galavotti, M.C. (2012). Evidence and the assessment of causal relations in the health sciences. *International Studies in the Philosophy of Science*, 26(1), 27-45.
- Canto, J.G. & Iskandrian, A.E. (2003). Major risk factors for cardiovascular disease: Debunking the "only 50%" myth. *Journal of the American Medical Association*, 290(7), 947-949.
- Capewell, S.; Beaglehole, R.; Seddon, M. & McMurray, J. (2000). Explanation for the decline in coronary heart disease mortality rates in Auckland, New Zealand, between 1982 and 1993. *Circulation*, 102, 1511-1516.
- Capewell, S. & Graham, H. (2010). Will cardiovascular disease prevention widen health inequalities? *Public Library of Science Med*, 7(8), e1000320.
- Capewell, S.; Hayes, D.K.; Ford, E.S.; Critchley, J.A.; Croft, J.B. et al. (2009). Life-years gained among US adults from modern treatments and changes in the prevalence of 6 coronary heart disease risk factors between 1980 and 2000. *American Journal of Epidemiology*, 170(2), 229-236.
- Capewell, S.; Morrison, C.E. & McMurray, J.J. (1999). Contribution of modern cardiovascular treatment and risk factor changes to the decline in coronary heart disease mortality in Scotland between 1975 and 1994. *Heart*, 81, 380-386.
- Caplan, P. & Keane, A. (1999). Health professionals' concepts of healthy eating. In B.M. Köhler, E. Feichtinger, E. Dowler & G. Winkler (Hg.), *Public health and nutrition*. (S. 228-242). Berlin: Edition Sigma.
- Caplan, R.L. (1984). Chiropractic. In J.W. Salmon (Hg.), *Alternative medicines. Popular and policy perspectives* (S. 80-113). New York: Tavistock.
- Carleton, R.A.; Lasater, T.M.; Assaf, A.R.; Feldman, H.A. & McKinlay, S.M. for the Pawtucket Heart Health Program Writing Group (1995). The Pawtucket Heart Health Program: Community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. *American Journal of Public Health*, 85, 777-785.
- Carmel, S. (2006). Boundaries obscured and boundaries reinforced: Incorporation as a strategy of occupational enhancement for intensive care. *Sociology of Health and Illness*, 28(2), 154-177.
- Casper, S.; Kuhn, J.; Kühn, W. & Merguet, P. (1999). Psychische Störungen bei internistischen und orthopädischen Patienten – Komorbidität und ihre Bedeutung für die Klinische Psychologie in der Rehabilitation. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 31(1), 101-118.
- Casscells, W.; Schoenberger, A. & Graboys, T. (1978). Interpretation by physicians of clinical laboratory results. *New England Journal of Medicine*, 299, 999-1000.
- Chamberlain, J.M. (2009). *Doctoring medical governance: Medical self-regulation in transition*. New York: Nova Science Publishers.
- Chambers, J.R. & Windschitl, P.D. (2004). Biases in social comparative judgments: The role of nonmotivated factors in above-average and comparative-optimism effects. *Psychological Bulletin*, 130(5), 813-838.
- Chambers, J.R.; Windschitl, P.D. & Suls, J. (2003). Egocentrism, event frequency, and comparative optimism: When what happens frequently is „more likely to happen to me“. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(11), 1343-1356.
- Chambless, L.E.; Folsom, A.R.; Sharett, A.R.; Sorlie, P.; Couper, D. et al. (2003). Coronary heart disease risk prediction in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(9), 880-890.
- Chandler, C.C.; Greening, L.; Robison, L.J. & Stoppelbein, L. (1999). It can't happen to me ... or can it? Conditional base rates affect subjective probability judgments. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 5(4), 361-378.
- Charlton, B.G. (1995). A critique of Geoffrey Rose's „population strategy' of preventive medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88, 607-610.
- Charlton, B.G. (1996). Attribution of causation in epidemiology: Chain or mosaic? *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 105-107.
- Chauhan, U.; Baker, D.; Lester, H. & Edwards, R. (2010). Exploring uptake of cardiac rehabilitation in a minority ethnic population in England: A qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(1), 68-74.
- Choudry, N.K.; Setoguchi, S.; Levin, R.; Winkelmayer, W.C. & Shrank, W.H. (2008). Trends in adherence to secondary prevention medications in elderly post-myocardial infarction patients. *Pharmacoeconomics and Drug Safety*, 17(12), 1189-1196.
- Chow, C.K.; Lock, K.; Teo, K.; Subramanian, S.V.; McKee, M. & Yusuf, S. (2009). Environmental and societal influences acting on cardiovascular risk factors and disease at a population level: A review. *International Journal of Epidemiology*, 38(6), 1580-1594.

- Clark, A.M.; Hartling, L.; Vandermeer, B. & McAlister, F.A. (2005). Meta-analysis: Secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Annals of Internal Medicine*, 143(9), 659-672.
- Clifford, J. & Marcus, G.E. (Hg.) (1986). *Writing culture*. Berkeley: University of California Press.
- Coburn, D. (1992). Freidson then and now: An „internalist“ critique of Freidson’s past and present views of the medical profession. *International Journal of Health Services*, 22(3), 497-512.
- Coburn, D. (2006). Medical dominance then and now: Critical reflections. *Health Sociology Review*, 15(5), 432-443.
- Coles, K.A.; Knuiman, M.W.; Plant, A.J.; Riley, T.V.; Smith, D.W. & Divitini, M.L. (2003). A prospective study of infection and cardiovascular diseases: The Busselton Health Study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 10(4), 278-282.
- Collinson, D.; Dowie, J.; Holroyd, F. & Collings, S. (1980). *Risk and rationality*. Walton Hall: Open University Press.
- Conrad, J. (Hg.) (1983). *Gesellschaft, Technik und Risikopolitik*. Berlin: Springer.
- Conrad, P. (2007). Eliot Freidson’s revolution in medical sociology. *Health*, 11(2), 141-144.
- Conroy, R.M.; Pyörälä, K.; Fitzgerald, A.P.; Sans, S.; Menotti, A.; De Backer, G. et al. (2003). Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: The SCORE project. *European Heart Journal*, 24(11), 987-1003.
- Cook, K.S.; Moris, P.J. & Kinne, S. (1982). An exchange analysis of emergent occupational groups: The case of new health care providers. In J. Roth (Hg.), *Research in the sociology of health care* (Bd. 2: Changing structures of health service occupations, S. 1-29). Greenwich, London: JAI Press.
- Cooney, M. Y.; Dudina, A.L. & Graham, I.M. (2009). Value and limitations of existing scores for the assessment of cardiovascular risk. A review for clinicians. *Journal of the American College of Cardiology*, 54, 1209-1227.
- Cosmides, L. & Tooby, J. (1996). Are humans good intuitive statisticians after all? Rethinking some conclusions from the literature on judgment under uncertainty. *Cognition*, 58, 1-73.
- Critchley, J.A. & Capewell, S. (2004). Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004(1), CD003041.
- Critchley, J.A. & Capewell, S. (2012). WITHDRAWN: Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(Feb 15), CD003041.
- Critchley, J.A.; Capewell, S. & Unal, B. (2003). Life-years gained from coronary heart disease mortality reduction in Scotland – prevention or treatment? *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(6), 583-590.
- Crow, R.S.; Hannan, P.J.; Jacobs, D.R.; Lee, S.M.; Blackburn, H. & Luepker, R.V. (2005). Eliminating diagnostic drift in the validation of acute in-hospital myocardial infarction – implication for documenting trends across 25 years: The Minnesota Heart Survey. *American Journal of Epidemiology*, 161(4), 377-388.
- Crowson, C.S.; Therneau, T.M.; Matteson, E.L. & Gabriel, S.E. (2007). Demystifying risk – understanding and communicating medical risks. *Nature Clinical Practice. Rheumatology*, 3(3), 181-187.
- CTT (Cholesterol Treatment Trialists’) Collaborators (2008). Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18.686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: A meta-analysis. *Lancet*, 371, 117-125.
- Currier, J.W. & Faxon, D.P. (1995). Restenosis after percutaneous transluminal coronary angioplasty: Have we been aiming at the wrong target? *Journal of the American College of Cardiology*, 25(2), 516-520.
- Dabhadkar, K.C.; Kulshreshtha, A.; Ali, M.K. & Narayan, K.M. (2011). Prospects for a cardiovascular disease prevention polypill. *Annual Review of Public Health*, 32, 23-38.
- Daemen, J.; Boersma, E.; Flather, M.; Booth, J.; Stables, R. et al. (2008). Long-term safety and efficacy of percutaneous coronary intervention with stenting and coronary artery bypass surgery for multivessel coronary artery disease: A meta-analysis with 5-year patient-level data from the ARTS, ERACI-II, MASS-II, and SoS trials. *Circulation*, 118(11), 1146-1154.
- D’Agostino, R.B.; Grundy, S.; Sullivan, L.M.; Wilson, P.; CHD Risk Prediction Group (2001). Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: Results of a multiple ethnic groups investigation. *Journal of the American Medical Association*, 286(2), 180-187.
- D’Agostino, R.B.; Russell, M.W.; Huse, D.M.; Ellison, C.; Silbershatz, H.; Wilson, P.W. et al. (2000). Primary and subsequent coronary risk appraisal: New results from the Framingham Study. *American Heart Journal*, 139(2, Part 1), 272-281.
- Danesh, J.; Collins, R. & Peto, R. (1997). Chronic infections and coronary heart disease: Is there a link? *Lancet*, 350(9075), 430-436.

- Danesh, J.; Whincup, P.; Lewington, S.; Walker, M.; Lennon, L. et al. (2002). Chlamydia pneumoniae IgA titres and coronary heart disease; prospective study and meta-analysis. *European Heart Journal*, 23(5), 371-375.
- Dang Tran, P.; Leclerc, A.; Chastang, J.F. & Goldberg, M. (1998). Regional disparities in cardiovascular risk factors in France: A five-year analysis of the GAZEL cohort. *European Journal of Epidemiology*, 14, 535-543.
- Daston, L. (1987). The domestication of risk: Mathematical probability and insurance, 1650-1830. In L. Krüger, L. Daston & M. Heidelberger (Hg.), *The probabilistic revolution* (Bd. 1: Ideas in history, S. 237-260). Cambridge, MA: MIT Press.
- D'Aunno, T. (1992). The effectiveness of human service organizations. A comparison of models. In Y. Hasenfeld (Hg.), *Human services as complex organizations* (S. 341-361). Newbury Park: Sage.
- Davey Smith, G. & Egger, M. (1996). Commentary: Understanding it all – health, meta-theories, and mortality trends. *British Medical Journal*, 313(1584-1585).
- Davies, C. (1982). The regulation of nursing work: A historical comparison of Britain and the USA. In J. Roth (Hg.), *Research in the sociology of health care* (Bd. 2: Changing structures of health service occupations, S. 121-160). Greenwich, London: JAI Press.
- Davison, C.; Davey Smith, G. & Frankel, S. (1991). Lay epidemiology and the prevention paradox: The implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health and Illness*, 13(1), 1-19.
- Davison, C.; Frankel, S. & Davey Smith, G. (1992). The limits of lifestyle: Re-assessing 'fatalism' in the popular culture of illness prevention. *Social Science & Medicine*, 34, 675ff.
- Dawber, T.R. (1980). *The Framingham Study*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Dawber, T.R. & Kannel, W.B. (1962). Atherosclerosis and you: Pathogenetic implications from epidemiologic observations. *Journal of the American Geriatrics Society*, 10(10), 805-821.
- Dawber, T.R. & Kannel, W.B. (1972). Current status of coronary prevention. Lessons from the Framingham Study. *Preventive Medicine*, 1, 499-512.
- Dawber, T.R.; Kannel, W.B.; Revotskie, N.; Stokes, J.; Kagan, A. & Gordon, T. (1959). Some factors associated with the development of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 49(10), 1349-1356.
- Dawber, T.R.; Meadors, G.F. & Moore, F.E. (1951). Epidemiological approaches to heart disease: The Framingham Study. *American Journal of Public Health*, 41(March), 279-286.
- Dawber, T.R.; Moore, F.E. & Mann, G.V. (1957). Coronary heart disease in the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 47 (Suppl), 4-23.
- De Backer, G.; Ambrosioni, E.; Borch-Johnsen, K.; Brotons, C.; Cifkova, R. et al. (2003). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Journal of Preventive Cardiology*, 10(1), Suppl. S1-S78.
- de Finetti, B. (1974a). The true subjective probability problem. In C.A. Staël von Holstein (Hg.), *The concept of probability in psychological experiments* (S. 15-23). Dordrecht: Reidel.
- de Finetti, B. (1974b). *Theory of probability. A critical introductory treatment* (Bd. I). London: John Wiley & Sons.
- de Lorgeril, M. & Salen, P. (2011). Mediterranean diet in secondary prevention of CHD. *Public Health Nutrition*, 14, 2333-2337.
- de Lorgeril, M.; Salen, P.; Paillard, F.; Laporte, F.; Boucher, F. & de Leiris, J. (2002). Mediterranean diet and the French paradox: Two distinct biogeographic concepts for one consolidated scientific theory on the role of nutrition in coronary heart disease. *Cardiovascular Research*, 54(3), 503-515.
- de Ridder, D.; Schreurs, K. & Bensing, J. (2000). The relative benefits of being optimistic: Optimism as a coping resource in multiple sclerosis and Parkinson's disease. *British Journal of Health Psychology*, 5, 141-155.
- De Vogli, R. & Marmot, M.G. (2008). Should socioeconomic factors be considered as traditional risk factors for cardiovascular disease, as confounders, or as risk modifiers? *Dialogues in Cardiovascular Medicine*, 13(2), 103-110.
- de Vries, H.; van Osch, L.; Eijmael, K.; Smerecnik, C. & Candel, M. (2012). The role of risk perception in explaining parental sunscreen use. *Psychology and Health*, 27(11), 1342-1358.
- DeLisa, J.A.; Currie, D.M. & Martin, G.M. (1998). Rehabilitation medicine. Past, present and future. In J.A. DeLisa & B.M. Gans (Hg.), *Rehabilitation medicine: Principles and practice* (S. 3-31). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Dent, M. (2006). Disciplining the medical profession? Implications of patient choice for medical dominance. *Health Sociology Review*, 15(5), 458-468.

- Dent, T.H. (2010). Predicting the risk of coronary heart disease I. The use of conventional risk markers. *Atherosclerosis*, 213(2), 345-351.
- Deppermann, A. & Spranz-Fogasy, T. (2011). Doctors' questions as display of understanding. *Communication & Medicine*, 8(2), 111-122.
- Deutscher, I. (1970). Words and deeds: Social science and social world. In W.J. Filsted (Hg.), *Qualitative methodology: Firsthand involvement with the social world* (S. 27-51). Chicago: Rand McNally.
- Deutscher, S.; Ostrander, L.D. & Epstein, F.H. (1970). Familial factors in premature coronary heart disease – a preliminary report from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 91, 233-237.
- Dewe, B.; Ferchhoff, W. & Radke, F.-O. (Hg.) (1992). *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*. Opladen: Leske u. Budrich.
- DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) (2004). *Ernährungsbericht*. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft.
- DGK (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie/Herz-Kreislaufforschung) (2007). *Pocket-Leitlinien: Risikoadjustierte Prävention von Herz- und Kreislauferkrankungen*. Online: <http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_pocket/2007_pll_8_herz-kreislauferkrankungen.pdf> (Abruf 09.11.2011, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/634CyONzy>>).
- DGK (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie/Herz-Kreislaufforschung) (1998). Leitlinie: Koronare Herzkrankheit /Angina pectoris. *Zeitschrift für Kardiologie*, 87, 907-911.
- DGK (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie/Herz-Kreislaufforschung) (2000). Leitlinie: Diagnostik und Therapie des akuten Herzinfarktes in der Prähospitalphase. *Zeitschrift für Kardiologie*, 89, 364-370.
- DGK (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie/Herz-Kreislaufforschung) (2001). *Stellungnahme der DGK für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu „Über-, Unter- und Fehlversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung“*. Online: <<http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/befragung/id-nummern/120.pdf>> (Abruf 02.02.2012).
- DGPR (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen) (2007). Deutsche Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen (DLL-KardReha). *Clinical Research in Cardiology, Suppl. 2*, III/1-III/54. Online: <http://www.dgpr.de/fileadmin/user_upload/DGPR/Leitlinien/RehaLL.pdf> (Abruf 09.11.2011, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/634E5q9YZ>>).
- DGPR (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen) (1991a). Die Komponenten einer umfassenden kardiologischen Rehabilitation in der Phase II nach WHO. *Herz/Kreislauf*, 23(10), 337-341.
- DGPR (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen) (1991b). Voraussetzungen für die Realisierung des Konzeptes der "umfassenden Betreuung" in der kardiologischen stationären Rehabilitation (Anschlußheilbehandlung Phase II – WHO). Offizielles Positionspapier der DGPR. *Herz/Kreislauf*, 23(6).
- DGPR (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen) (1993). *Vorlage für die Arbeitsgruppe „Interdisziplinäres Team“*. 20. Wissenschaftliche Jahrestagung der DGPR in Waldkirch.
- DGPR (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen) (1995). Weiterentwicklung der Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen. Bericht über die 20. Wissenschaftliche Jahrestagung der DGPR. *Deutsche Rentenversicherung*, 95(7-8), 469-490.
- DGPR (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen) (1997). Empfehlungen der DGPR zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation (AHB). *Herz/Kreislauf*, 29(1).
- DGPR (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen) (2002). *Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation (Teil I-IV)*. Online: <www.dgpr.de/fileadmin/user_upload/DGPR/Leitlinien/DGPR-Empfehlungen_Standards_Prozessqualitaet_2002.pdf> (Abruf 20.12.2011, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/644hJXshG>>).
- DGPR (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen) (2011). *13. Verzeichnis der DGPR-Mitgliedseinrichtungen mit Verzeichnis der zertifizierten Herz-Kreislauf-Rehabilitationskliniken und ambulanten kardiologischen Rehabilitationszentren in Deutschland nach dem Qualitätsstandard der DGPR und Verzeichnis für herzkranken Diabetiker (Internetversion)*. Online: <http://www.dgpr.de/fileadmin/user_upload/PDF-Files_allgemein/13_Klinikverzeichnis_PLZ-Internetversion.pdf> (Abruf 30.01.2012).

- DGPR (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen) (o.J.). *Richtlinien zur Methodik der Bewegungstherapie in stationärer Rehabilitation von Herzpatienten*. Dr. K. Meyer für die Arbeitsgruppe Stationäre Bewegungstherapie der DGPR.
- di Luzio, G. (2004). The irresistible decline of the medical profession? An empirical investigation of its autonomy and economic situation in the changing German welfare state. *German Politics*, 13(3), 419-448.
- di Luzio, G. (2005). Professionalismus – eine Frage des Vertrauens? In M. Pfadenhauer (Hg.), *Professionelles Handeln* (S. 69-86). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- di Luzio, G. (2008). Medical dominance and strategic action: The fields of nursing and psychotherapy in the German health care system. *Sociology of Health & Illness*, 30(7), 1022-1038.
- Dibbelt, S.; Schaidhammer, M.; Fleischer, C. & Greitemann, B. (2010). Patient-Arzt-Interaktion in der Rehabilitation: Gibt es einen Zusammenhang zwischen wahrgenommener Interaktionsqualität und langfristigen Behandlungsergebnissen? *Rehabilitation*, 49, 315-325.
- Dibbelt, S.; Dudeck, A.; Glattacker, M.; Greitemann, B.; Jäckel, W. et al. (o.J.). *Partizipative Zielvereinbarung mit PatientInnen in der Rehabilitation. Manual für Ärzte, Therapeuten und Pflegende*. Online: < http://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/08_institute/qm-sozmed/Abgeschlossene_Projekte/ParZivar/ManualParZivar.pdf> (Abruf 27.04.2014).
- Dietrich, K. & Heinemann, K. (Hg.) (1989). *Der nichtsportliche Sport: Beiträge zum Wandel im Sport*. Schorn-dorf: Hofmann.
- Dietz, R. & Rauch, B. (2003). Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung (2003) der DGK in Kooperation mit der DGPR und der DGTHG. *Zeitschrift für Kardiologie*, 92(6), 501-521.
- Digel, H. (1984). Gesellschaftliche Entwicklung und die Aufgabe des Sportvereins. In Der Kultursminister des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.), *Sportentwicklung. Einflüsse und Rahmenbedingungen. Eine Expertenbefragung* (S. 52-65). Köln: Greven Verlag.
- Digel, H. (1995). *Sportwissenschaft heute: Eine Gegenstandsbestimmung*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Döhler, M. (1997). *Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich*. Frankfurt/M.: Campus.
- Doll, R. (2002). Proof of causality: Deduction from epidemiological observation. *Perspectives in Biology and Medicine*, 45(4), 499-515.
- Döll, S.; Haaf, H.-G. & Schliehe, F. (2002). Medical rehabilitation services of the German pension insurance institutes. In VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) (Hg.), *Medial rehabilitation in Germany – experiences and development* (S. 9-29). Frankfurt/M.: VDR.
- Donat, K. (1993). Die historische Entwicklung der stationären kardiologischen Rehabilitation. In K. Donat, W. Geißler, K. Kothe & E. O. Krasemann (Hg.), *Die Geschichte der kardiologischen Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung der Bewegungstherapie* (S. 72-105). Mainz: Verlag Kirchheim.
- Donat, K. (1993). Körperliche Belastung zur Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In K. Donat, W. Geißler, K. Kothe & E. O. Krasemann (Hg.), *Die Geschichte der kardiologischen Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung der Bewegungstherapie* (S. 48-71). Mainz: Verlag Kirchheim.
- Donovan, J.L. & Blake, D.R. (1992). Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision-making? *Social Science & Medicine*, 34(5), 507-513.
- Dorresteijn, J.A.; Visseren, F.L.; Wassink, A.M.; Gondrie, M.J.; Steyerberg, E.W. et al. (2013). Development and validation of a prediction rule for recurrent vascular events based on a cohort study of patients with arterial disease: The SMART risk score. *Heart*, April 10 (Epub ahead of print).
- Doubrawa, R. (1995). Klinische Psychologie in Rehabilitationskliniken: Psychotherapie und/oder psychologische Beratung? In E. Bürckstümmer, J. Burmeister, G. Winkler & K. Würthner (Hg.), *Psychotherapie in Rehabilitationseinrichtungen: Beiträge der 13. Psychologischen Arbeitstagung des AK Klinische Psychologie in Rehabilitationseinrichtungen* (S. 37-44). Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Doubrawa, R. (2006). Die Anfänge der Reha-Psychologie – Entwicklung eines neuen Tätigkeitsfeldes der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hg.), *Reha-Psychologie im Wandel. Rückblick – Überblick – Ausblick* (S. 20-37). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Douglas, M. (1992). *Risk and blame: Essays in cultural theory*. London: Routledge.
- Douglas, M. & Wildavsky, A. (1982). *Risk and culture. An essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkeley: University of California Press.

- Downs, J.R.; Clearfield, M.; Weis, S.; Whitney, E.; Shapiro, D.R.; Beere, P.A. et al. (1998). Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: Results of AFCAPS/TexCAPS (Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study). *Journal of the American Medical Association*, 279(20), 1615-1622.
- Doyle, J.T. (1966). Etiology of coronary disease: Risk factors influencing coronary disease. *Modern Concepts in Cardiovascular Disease*, 35, 81-86.
- Doyle, J.T.; Dawber, T.R.; Kannel, W.B.; Heslin, A.S. & Kahn, H.A. (1961). Cigarette smoking and coronary heart disease: Combined experience of the Framingham and Albany studies. *New England Journal of Medicine*, 266, 796-801.
- Drummond, M.F.; O'Brien, B.; Stoddart, G.L. & Torrance, G.W. (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press.
- DRV (Deutsche Rentenversicherung – Bund) (2005). *Leitlinienreport: Leitlinie für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit*. Online: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/35734/publicationFile/2096/II_khk_leitlinienreport_download.pdf> (Abruf 02.11.2011, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/62tRUAHon>>).
- DRV (Deutsche Rentenversicherung – Bund) (2007a). *Erhebung der Strukturqualität von stationären Rehabilitationseinrichtungen (Kardiologie)*. Online: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/36058/publicationFile/2030/2007_kardiologie.pdf> (Abruf 02.11.2011, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/62tSCbPmz>>).
- DRV (Deutsche Rentenversicherung – Bund) (2007b). *KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation*. Online: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/35530/publicationFile/2102/kti_2007_pdf.pdf> (Abruf 02.11.2011, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/62tRla3dN>>).
- DRV (Deutsche Rentenversicherung – Bund) (2008a). *Medizinische Voraussetzungen der AHB*. Online: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/36720/publicationFile/2266/ahb_indikationskatalog.pdf> (Abruf 02.11.2011, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/62tXqhxH8>>).
- DRV (Deutsche Rentenversicherung – Bund) (2008b). *Rahmenkonzeption Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge „IRENA“ incl. „Curriculum Hannover“*. Online: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_reha/05_fachinformationen/03_infos_fuer_reha_einrichtungen/_downloads/nachsorge/rahmenkonzeption_irena.html> (Abruf 14.04.2014).
- DRV (Deutsche Rentenversicherung – Bund) (2009). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Online: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/35684/publicationFile/2127/rahmenkonzept_medizinische_reha.pdf> (Abruf 02.11.2011, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/62tL03uuw>>).
- DRV (Deutsche Rentenversicherung – Bund) (2010a). *Anschlussrehabilitation-Indikationen (AHB) im Schwerpunkt Kardiologie und Angiologie*. Online: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/DRV/de/Inhalt/Rehabilitation/kliniken/hochstufen/detail_indikationsspektrum.html?nn=37110> (Abruf 02.11.2011, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/62tWzJ7Qk>>).
- DRV (Deutsche Rentenversicherung – Bund) (2010b). *Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation: Koronare Herzkrankheit*. Online: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/135152/publicationFile/23980/kardiologie_khk.pdf> (Abruf 02.11.2011, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/62tPAKhhq>>).
- DRV (Deutsche Rentenversicherung – Bund) (2010c). *Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung: Rehabilitationsbedürftigkeit bei koronarer Herzkrankheit (KHK)*. Online: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/35952/publicationFile/12755/leitlinien_rehabeduerftigkeit_khk_langfassung_pdf.pdf> (Abruf 02.11.2011, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/62tUfpkfT>>).
- DRV (Deutsche Rentenversicherung – Bund) (2010d). *Reha-Therapiestandards Koronare Herzkrankheit. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung*. Online: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/35716/publicationFile/2087/II_khk_download.pdf> (Abruf 02.11.2011, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/62tU551uK>>).
- DRV (Deutsche Rentenversicherung – Bund) (2010e). *Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rehabilitation 2008 (Band 174)*. Berlin: DRV-Bund.
- DRV (Deutsche Rentenversicherung – Bund) (2010f). *Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Stationäre medizinische Reha-Einrichtungen*. Online: <<http://>

- www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208182/publicationFile/11642/2010_Brosch%C3%BCre_Strukturanforderungen.pdf> (Abruf 14.03.2014).
- DRV (Deutsche Rentenversicherung – Bund) (2011a). *Reha-Bericht Update 2011. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Online: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/131498/publicationFile/24584/reha_bericht_update_2011.pdf> (Abruf 02.11.2011, archiv. bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/62tZ3MS3i>>).
- DRV (Deutsche Rentenversicherung – Bund) (2011b). *Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rehabilitation 2010* (Band 184). Berlin: DRV-Bund.
- DRV (Deutsche Rentenversicherung – Bund) (n.d.). *Integrierte Versorgung aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund*. Online: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/91120/publicationFile/11157/kardiologische_reha_reinmann.pdf> (Abruf 02.11.2011, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/62tYjOBCA>>).
- Ducimetière, P. & Richard, J.L. (1992). Dietary lipids and coronary disease: Is there a French paradox? *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 2, 195-201.
- Dusseldorp, E.; van Elderen, T.; Maes, S.; Meulman, J. & Kraaij, V. (1999). A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease. *Health Psychology*, 18(5), 506-519.
- Dyer, A.R. (1975). An analysis of the relationship of systolic blood pressure, serum cholesterol, and smoking to 14-year mortality in the Chicago Peoples Gas Company Study. II. Coronary and cardiovascular-renal mortality in two competing risk models. *Journal of Chronic Diseases*, 28, 571-578.
- Eborall, H.C. & Will, C.M. (2011). ‚Prevention is better than cure, but ... ‘: Preventive medication as a risk to ordinariness? *Health, Risk & Society*, 13(7-8), 653-668.
- Ebrahim, S. & Davey Smith, G. (1997). Systematic review of randomized controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *British Medical Journal*, 314, 1666-1674.
- Ebrahim, S. & Davey Smith, G. (2001). Exporting failure? Coronary heart disease and stroke in developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 30(2), 201-205.
- Ebrahim, S.; Taylor, F.; Ward, K.; Beswick, A.; Burke, M. & Davey Smith, G. (2011). Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jan 19(1), CD001561.
- Eddy, D.M. (1982). Probabilistic reasoning in medicine: Problems and opportunities. In D. Kahneman, P. Slovic & A. Tversky (Hg.), *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (S. 249-267). Cambridge: Cambridge University Press.
- Edwards, A.; Elwyn, G. & Mulley, A. (2002). Explaining risks: Turning numerical data into meaningful pictures. *British Medical Journal*, 324, 827-830.
- Egner, U.; Gerwinn, H. & Buschmann-Steinhage, R. (2006). Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rehabilitation*, 45, 221-231.
- Egner, U.; Gerwinn, H.; Müller-Fahrnow, W. & Schliehe, F. (1998). Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung für den Bereich der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 37(Suppl. 1), S2-S7.
- Eichler, K.; Zoller, M.; Tschudi, P. & Steurer, J. (2007). Barriers to apply cardiovascular prediction rules in primary care: A postal survey. *BMC Family Practice*, 8, 1.
- Elias, N. & Dunning, E. (2003). *Sport und Spannung im Prozess der Zivilisation*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Ellis, S.G. (1996). The role of coronary angiography. In V. Fuster, R. Ross & E.J. Topol (Hg.), *Atherosclerosis and coronary artery disease* (Bd. 2, S. 1433-1450). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Elston, M.A. (1992). The politics of professional power: Medicine in a changing health service. In J. Gabe, M. Calnan & M. Bury (Hg.), *The sociology of the health service* (S. 58-88). London: Routledge.
- Elwood, J.M. (1992). *Causal relationships in medicine. A practical system for critical appraisal*. Oxford: Oxford University Press.
- Emberson, J.R.; Whincup, P.H.; Morris, R.W. & Walker, M. (2003). Re-assessing the contribution of serum total cholesterol, blood pressure and cigarette smoking to the aetiology of coronary heart disease: Impact of regression dilution bias. *European Heart Journal*, 24(19), 1719-1726.
- Emberson, J.R.; Whincup, P.; Morris, R.W.; Walker, M. & Ebrahim, S. (2004). Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease. *European Heart Journal*, 25(6), 484-491.
- Emerson, R.M.; Fretz, R.I. & Shaw, L.L. (2011). *Writing ethnographic fieldnotes*. Chicago: University of Chicago Press (2. Aufl.).

- Enbergs, A.; Liese, A.; Heimbach, M.; Kerber, S.; Scheld, H.H. et al. (1997). Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit auf dem Prüfstand. Ergebnisse der EUROASPIRE-Studie in der Region Münster. *Zeitschrift für Kardiologie*, 86, 284-291.
- Engel, S. (2000). Entwicklung von psychologischen Prozessstandards in der kardiologischen Rehabilitation. Stufenschema für psychologische Interventionen in der kardiologischen Rehabilitation. In AK KliPs in der Rehabilitation – Fachgruppe der Sektion Klinische Psychologie im Bund Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V. (Hg.), *Kompetenz und Qualität klinischer Psychologie in der Rehabilitation. Beiträge zur 18. Jahrestagung des AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation vom 26.-28.02.1999* (S. 192-215). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- ENRICHD Investigators (2003). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3106-3116.
- Epstein, A.J.; Polsky, D.; Yang, F.; Yang, L. & Groeneveld, P.W. (2011). Coronary revascularization trends in the United States, 2001-2008. *Journal of the American Medical Association*, 305(17), 1769-1776.
- Epstein, F.H. (1982). Die Entwicklung des Konzepts der Risikofaktoren. In H.-H. Abholz, D. Borgers, W. Karmaus & J. Korporal (Hg.), *Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse* (S. 2-6). Berlin: de Gruyter.
- Epstein, F.H. (1992a). Contribution of epidemiology to understanding coronary heart disease. In M. Marmot & P. Elliott (Hg.), *Coronary heart disease epidemiology. From aetiology to public health* (S. 20-32). Oxford: Oxford University Press.
- Epstein, F.H. (1992b). Lebensstiländerung als Sekundärprävention – die epidemiologische Perspektive. *Prävention und Rehabilitation*, 4(2), 47-49.
- Epstein, S.E.; Quyyumi, A.A. & Bonow, R.O. (1989). Sudden cardiac death without warning. *New England Journal of Medicine*, 321(5), 320-324.
- Erlinger, T.P. & Appel, L.J. (2005). Dietary patterns und coronary heart disease risk. In M.G. Marmot & P. Elliott (Hg.), *Coronary heart disease epidemiology. From aetiology to public health* (2. Aufl., S. 207-219). Oxford: Oxford University Press.
- ESC (European Society of Cardiology) (1996). Acute myocardial infarction: Pre-hospital and in-hospital management. The task force on the management of acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 17(January), 43-63.
- Etzioni, A. (Hg.) (1969). *The semi-professions and their organizations*. New York: Free Press.
- EUROASPIRE Study Group (1997). A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease. *European Heart Journal*, 18, 1569-1582.
- EUROASPIRE I and II Group (2001). Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet*, 357, 995-1001.
- EUROASPIRE II Study Group (2001). Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries; principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. *European Heart Journal*, 22(7), 554-572.
- Europäische Kommission (2011). *Demography Report 2010 – Older, more numerous and diverse Europeans*. Luxemburg.
- Evans, A.S. (1993). *Causation and disease: A chronological journey*. New York, London: Plenum Medical Book Company.
- Fagerlin, A.; Ubel, P.A.; Smith, D.M. & Zikmund-Fisher, B.J. (2006). Making numbers matter: Present and future research in risk communication. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl. 1), S47-S56.
- Fagot, A.M. (1984). About causation in medicine: Some shortcomings of a probabilistic account of causal explanation. In L. Nordenfelt & B.I. Lindahl (Hg.), *Health, disease, and causal explanations in medicine* (S. 101-126). Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Falk, E.; Shah, P.K. & Fuster, V. (1996). Pathogenesis of plaque disruption. In V. Fuster, R. Ross & E.J. Topol (Hg.), *Atherosclerosis and coronary artery disease* (Bd. 1, S. 491-507). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Farquhar, J.W.; Fortmann, S.P.; Maccoby, N.; Haskell, W.L.; Williams, P.T. et al. (1985). The Stanford Five-City Project: Design and methods. *American Journal of Epidemiology*, 122, 323-334.
- Farrimond, H.; Saukko, P.M.; Qureshi, N. & Evans, P.H. (2010). Making sense of being at 'high risk' of coronary heart disease within primary prevention. *Psychology and Health*, 25(3), 289-304.
- Feinstein, A.R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Disease*, 23(7), 455-468.
- Feinstein, A.R. (1983). An additional basic science for clinical medicine: I. The constraining fundamental paradigms. *Annals of Internal Medicine*, 99, 393-397.

- Ferket, B.S.; Colkesen, E.B.; Visser, J.J.; Spronk, S.; Kraaijenhagen, R.A. et al. (2010). Systematic review of guidelines on cardiovascular risk assessment: Which recommendations should clinicians follow for a cardiovascular health check? *Archives of Internal Medicine*, 170(1), 27-40.
- Ferrer, R.A.; Portnoy, D.B. & Klein, W.M. (2013). Worry and risk perceptions as independent and interacting predictors of health protective behaviors. *Journal of Health Communication*, 18(4), 397-409.
- Ferrières, J. (2004). The French paradox: Lessons for other countries. *Heart*, 90(1), 107-111.
- Feuerstein, G. (1993). Systemintegration und Versorgungsqualität. In B. Badura, G. Feuerstein & T. Schott (Hg.), *System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung* (S. 41-67). Weinheim: Juventa.
- Fiedler, K. (1988). The dependence of the conjunction fallacy on subtle linguistic factors. *Psychological Research*, 50, 123-129.
- Fielding, N.G. & Fielding, J.L. (1986). *Linking data*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fine, G.A. (1987). *With the boys: Little League baseball and preadolescent culture*. Chicago: Chicago University Press.
- Fine, G.A. (1993). Ten lies of ethnography. Moral dilemmas of field research. *Journal of Contemporary Ethnography*, 22(3), 267-294.
- Fine, G.A. (1999). Field labor and ethnographic reality. *Journal of Contemporary Ethnography*, 28(5), 532-539.
- Finn, R. (2008). The language of teamwork: Reproducing professional divisions in the operating theatre. *Human Relations*, 61(1), 103-130.
- Finn, R.; Learmonth, M. & Reedy, P. (2010). Some unintended effects of teamwork in healthcare. *Social Science & Medicine*, 70(8), 1148-1154.
- Fischer, H. (1983). Feldforschung. In H. Fischer (Hg.), *Ethnologie. Eine Einführung* (S. 69-88). Berlin: Dietrich Reimer Verlag.
- Fischhoff, B. (1995). Risk perception and communication unplugged: Twenty years of process. *Risk Analysis*, 15(2), 137-145.
- Fischhoff, B. (2009). Risk perception and communication. In R. Detels, R. Beaglehole, M.A. Lansang & M. Gulliford (Hg.), *Oxford textbook of public health* (5. Aufl.; S. 940-952). Oxford: Oxford University Press.
- Fischhoff, B. (2010). Judgment and decision making. *Wily Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 1, 1-12.
- Fischhoff, B.; Lichtenstein, S.; Slovic, P.; Read, S. & Combs, B. (1978). How safe is safe enough? A psychometric study of attitudes towards technological risks and benefits. *Policy Sciences*, 9, 127-152.
- Fischler, C. (1988). Food, self and identity. *Social Science Information*, 27, 275-292.
- Fisher, S. & Dundas Todd, A. (Hg.) (1983). *The social organization of doctor-patient communication*. Washington, D.C.: Center for Applied Linguistics.
- Fletcher, R.H.; Fletcher, S.W. & Wagner, E.H. (1996). *Clinical epidemiology*. Baltimore: Williams & Wilkins (3. Aufl.).
- Fleury, J.; Lee, S.M.; Matteson, B. & Belyea, M. (2004). Barriers to physical activity maintenance after cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 24(5), 296-305.
- Flick, U. (2002). Qualität qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung – Diskussionsstand und Perspektiven. In D. Schaeffer & G. Müller-Mundt (Hg.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung* (S. 393-411). Bern: Hans Huber.
- Flick, U. (2003). Triangulation in der qualitativen Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 309-318). Reinbek: Rowohlt (2. Aufl.).
- Flood, A.B. & Fennell, M.L. (1995). Through the lenses of organizational sociology: The role of organizational theory and research in conceptualizing and examining our health care system. *Journal of Health and Social Behavior*, 35 (Extra Issue: Forty years of medical sociology: The state of the art and directions for the future), 154-169.
- Ford, E.S.; Ajani, U.A.; Croft, J.B.; Critchley, J.A.; Labarthe, D.R. et al. (2007). Explaining the decrease in US deaths from coronary disease, 1980-2000. *New England Journal of Medicine*, 356(23), 2388-2398.
- Ford, E.S. & Capewell, S. (2011). Proportion of the decline in cardiovascular mortality disease due to prevention versus treatment: Public health versus clinical care. *Annual Review of Public Health*, 32, 5-22.
- Ford, E.S. & Capewell, S. (2007). Coronary heart disease mortality among young adults in the US from 1980 through 2002. *Journal of the American College of Cardiology*, 50(22), 2128-2132.
- Forrester, J.S.; Merz, C.N.; Bush, T.L.; Cohn, J.N.; Hunninghake, D.B. et al. (1996). 27th Bethesda Conference: Matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary disease events. Task Force 4: Efficacy of risk factor management. *Journal of the American College of Cardiology*, 27(5), 991-1006.

- Fortmann, S.P.; Flora, J.A.; Winkleby, M.A.; Schooler, C.; Taylor, C.B. & Farquhar, J.W. (1995). Community intervention trials: Reflections on the Stanford Five-City Project experience. *American Journal of Epidemiology*, 142(6), 576-586.
- Fortmann, S.P. & Varady, A.N. (2000). Effects of a community-wide health education program on cardiovascular disease morbidity and mortality. *American Journal of Epidemiology*, 152(316-323).
- Franco, O.H.; Bonneux, L.; De Laet, C.; Peeters, A.; Steyerberg, E.W. & Mackenbach, J.P. (2004). The Polymeal: A more natural, safer, and probably tastier (than the Polypill) strategy to reduce cardiovascular disease by more than 75%. *British Medical Journal*, 329(7480), 1447-1450.
- Franco, O.H.; der Kinderen, A.J.; De Laet, C.; Peeters, A. & Bonneux, L. (2007). Primary prevention of cardiovascular disease: Cost-effectiveness comparison. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 23(1), 71-79.
- Franke, E. (1986). Sport und Gesundheit – Einführung in ein medizin-soziologisches Buch. In E. Franke (Hg.), *Sport und Gesundheit* (S. 9-15). Reinbek: Rowohlt.
- Franke, E. & Bisler, W. (1986). Patientendenken oder Akteurseuphorie. Über den Einfluß von Gesundheitsvorstellungen auf die Sportmotivation. In E. Franke (Hg.), *Sport und Gesundheit* (S. 16-40). Reinbek: Rowohlt.
- Franks, P.; Ferant, A.F.; Fiscella, K.A.; Shields, C.G.; Tancredi, D.J. & Epstein, R.M. (2006). Studying physician effects on patient outcomes: Physician interactional style and performance on quality of care indicators. *Social Science & Medicine*, 62(2), 422-432.
- Franz, I.-W. & Halle, M. (2007). Ambulante Herzgruppen. In B. Rauch, M. Middeke, G. Bönner, M. Karoff & K. Held (Hg.), *Kardiologische Rehabilitation* (S. 237-241). Stuttgart: Thieme.
- Franz, I.-W. (1998). Rehabilitation bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In H. Delbrück & E. Haupt (Hg.), *Rehabilitationsmedizin* (2. Aufl., S. 135-185). München: Urban & Schwarzenberg.
- Frasure-Smith, N.; Lespérance, F.; Gravel, G.; Masson, A.; Juneau, M. et al. (2000). Depression and health-care costs during the first year following myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(5), 471-478.
- Frasure-Smith, N.; Lespérance, F.; Prince, R.H.; Verrier, P.; Garber, R.A. et al. (1997). Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet*, 350, 473-479.
- Freidson, E. (1968). Medical personnel. In D.L. Sills (Hg.), *International Encyclopedia of the Social Sciences* (Bd. 10, S. 105-120). New York: Macmillan & Free Press.
- Freidson, E. (1970). *Professional dominance. The social structure of medical care*. New York: Atherton Press.
- Freidson, E. (1979). *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession* (engl. Original 1970). Stuttgart: Enke.
- Freidson, E. (1986). *Professional powers. A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago, London: University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn: Theory, prophecy, and policy*. Cambridge: Polity Press.
- Freidson, E. (2001a). Divisions of labor. In E. Freidson (Hg.), *Professionalism – the third logic* (S. 36-60). Cambridge: Polity Press.
- Freidson, E. (2001b). The assault on professionalism. In E. Freidson (Hg.), *Professionalism – the third logic* (S. 179-196). Cambridge: Polity Press.
- Frentzel-Beyme, R. (1985). *Einführung in die Epidemiologie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Friedman, M.; Thoresen, C.E.; Gill, J.J. et al. (1984). Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in postmyocardial infarction patients. *American Heart Journal*, 108(2), 237-248.
- Fuchs, H. (2004). Konsequenzen der DRG-Einführung für die angrenzenden Versorgungsbereiche Rehabilitation und Pflege. In J. Klauber, J. (Hg.), *Krankenhaus-Report 2003* (S. 187-209). Stuttgart: Schattauer.
- Fuchs, P. (2008). Prävention – Zur Mythologie und Realität einer paradoxen Zuvorkommenheit. In I. Saake & W. Vogd (Hg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung* (S. 363-378). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fuster, V.; Gotto, A.M.; Libby, P.; Loscalzo, J. & McGill, H.C. (1996). 27th Bethesda Conference: Matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary disease events. Task Force 1: Pathogenesis of coronary disease: The biologic role of risk factors. *Journal of the American College of Cardiology*, 27(5), 964-976.
- Fye, W.B. (1996). A historical perspective on atherosclerosis and coronary artery disease. In V. Fuster, R. Ross & E.J. Topol (Hg.), *Atherosclerosis and coronary artery disease* (Bd. 1, S. 1-12). Philadelphia: Lippincott-Raven.

- Gabe, J. (1995). Health, medicine and risk: The need for a sociological approach. In J. Gabe (Hg.), *Medicine, health and risk. Sociological approaches* (S. 1-17). Oxford: Blackwell.
- Gaissmaier, W.; Wegwarth, O.; Skopec, D.; Müller, A.-S.; Broschinski, S. & Politi, M.C. (2012). Numbers can be worth a thousand pictures: Individual differences in understanding graphical and numerical representations of health-related information. *Health Psychology, 31*(3), 286-296.
- Gans, H.J. (1999). Participant observation in the era of „ethnography“. *Journal of Contemporary Ethnography, 28*(5), 540-548.
- Gaziano, T.A.; Bitton, A.; Anand, S.S.; Abrahams-Gessel, S. & Murphy, A. (2010). Growing epidemic of coronary heart disease in low- and middle-income countries. *Current Problems in Cardiology, 35*(2), 72-115.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2008). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). Fassung vom 17. Juli 2008/16. Oktober 2008, in Kraft getreten am 17. Januar 2009. *Bundesanzeiger, 2009*(8), 212ff.
- Gebauer, G. (1986). Festordnung und Geschmacksdistinktionen. Die Illusion der Integration im Freizeitsport. In G. Hortleder & G. Gebauer (Hg.), *Sport – Eros – Tod* (S. 113-143). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Geertz, C. (1987). Dichte Beschreibung. Bemerkungen zu einer deutenden Theorie von Kultur. In C. Geertz (Hg.), *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme* (S. 7-43). Frankfurt/M.: Suhrkamp (zuerst 1973).
- Geertz, C. (1990). *Die künstlichen Wilden. Der Anthropologe als Schriftsteller*. München, Wien: Carl Hanser Verlag (zuerst 1988).
- Gerber, U. & von Stünzner, W. (1999). Entstehung, Entwicklung und Aufgaben der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann (Hg.), *Gesundheitswissenschaften* (S. 9-64). Berlin: Springer.
- Gerdes, N. & Weis, J. (2000). Zur Theorie der Rehabilitation. In J. Bengel & U. Koch (Hg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften* (S. 41-68). Berlin: Springer.
- Gerlach, A. (2005). Akademisierung ohne Professionalisierung? Die Berufswelt der ersten Pflegeakademikerinnen in Deutschland. In H. Bollinger, A. Gerlach & M. Pfadenhauer (Hg.), *Gesundheitsberufe im Wandel* (S. 71-102). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Gerrard, M.; Gibbons, F.X. & Reis-Bergan, M. (1999). The effect of risk communication on risk perceptions: The significance of individual differences. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs, 1999*(25), 94-100.
- Gigerenzer, G. (1994). Why the distinction between single-event probabilities and frequencies is important for psychology (and vice versa). In G. Wright & P. Ayton (Hg.), *Subjective probability* (S. 129-161). Chichester: Wiley.
- Gigerenzer, G.; Gaissmaier, W.; Kurz-Milcke, E.; Schwartz, L.M. & Woloshin, S. (2007). Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Psychological Science in the Public Interest, 8*(2), 53-96.
- Gigerenzer, G. & Hoffrage, U. (1995). How to improve Bayesian reasoning without instruction: Frequency formats. *Psychological Review, 102*(4), 684-704.
- Gigerenzer, G.; Swijink, Z.; Porter, T.; Daston, L.; Beatty, J. & Krüger, L. (1999). *Das Reich des Zufalls. Wissen zwischen Wahrscheinlichkeiten, Häufigkeiten und Unschärfen*. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Gilovich, T.; Griffin, D. & Kahneman, D. (Hg.) (2002). *Biases. The psychology of intuitive judgment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Giroud, D.; Li, J.M.; Urban, P. et al. (1992). Relationship of site of acute myocardial infarction to the most severe coronary arterial stenosis at prior angiography. *American Journal of Cardiology, 69*, 729-732.
- Gitt, A.; Jünger, C.; Smolka, W. & Bestehorn, K. (2010). Prevalence and overlap of different lipid abnormalities in statin-treated patients at high cardiovascular risk in clinical practice in Germany. *Clinical Research in Cardiology, 99*(11), 723-733.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gleichmann, U.; Gleichmann, S.; Mannebach, H. & Baller, D. (1998). Lebensstiländerung als kausaler Therapieansatz der koronaren Herzkrankheit. *Zeitschrift für Kardiologie, 87*(Suppl. 2), 125-135.
- Göckenjan, G. & Dreßke, S. (2005). Seelsorge im Krankenhaus – Zeit haben von Berufs wegen. In H. Bollinger, A. Gerlach & M. Pfadenhauer (Hg.), *Gesundheitsberufe im Wandel* (S. 239-262). Frankfurt/M.: Mabuse.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Garden City, NY: Doubleday.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books.
- Goffman, E. (1989). On fieldwork. *Journal of Contemporary Ethnography, 18*(2), 123-132.

- Gohlke, H. (2004). Prävention durch Lebensstiländerung: Was ist gesichert? *Herz*, 29, 139-144.
- Gohlke, H.; Jarmatz, H.; Zaumseil, J.; Bestehorn, K.; Jansen, C. & Hasford, J. (2000). Einfluss eines optimierten Schnittstellenmanagements auf die Langzeiteffektivität der kardiologischen Rehabilitation. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 125, 1452-1456.
- Gohlke, H.; Kübler, W.; Mathes, P.; Meinertz, T.; Schuler, G. et al. (2001). Empfehlungen zur umfassenden Risikoverringerung für Patienten mit koronarer Herzerkrankung, Gefäßerkrankungen und Diabetes. Herausgegeben vom Vorstand der DGK. *Zeitschrift für Kardiologie*, 90, 148-149.
- Gold, R.L. (1958). Roles in sociological field observations. *Social Forces*, 36, 217-223.
- Goldberg, J. & Fischhoff, B. (2000). The long-term risks in the short-term benefits: Perceptions of potentially addictive activities. *Health Psychology*, 19(3), 299-303.
- Goldsmith, D.J.; Lindholm, K.A. & Bute, J.J. (2006). Dilemmas of talking about lifestyle changes among couples coping with a cardiac event. *Social Science & Medicine*, 63(8), 2079-2090.
- Gordis, L. (2009). *Epidemiology*. Philadelphia: Saunders (3. Aufl.).
- Gordon, T.; Castelli, W.P.; Hjortland, M.C.; Kannel, W.B. & Dawber, T.R. (1977). Predicting coronary heart disease in middle-aged and older persons. *Journal of the American Medical Association*, 238(6), 497-499.
- Gordon, T.; Kagan, A.; Garcia-Palmieri, M.; Kannel, W.B.; Zukel, W.J. et al. (1981). Diet and its relation to coronary heart disease and death in three populations. *Circulation*, 63, 500-515.
- Gosnell, T. & Nejadmalayeri, A. (2010). Macroeconomic news and risk factor innovations. *Managerial Finance*, 36(7), 566-582.
- Graham, I.M.; Atar, D.; Borch-Johnsen, K.; Boysen, G.; Burell, G. et al. (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 14(Supp 2), E1-E40.
- Graham, I.M.; Cooney, M.T.; Dudina, A. & Squarta, S. (2009). What is my risk of developing cardiovascular disease? *European Journal of Preventive Cardiology*, 16(2 suppl.), S2-S7.
- Graham, I.M.; Stewart, M.; Hertog, M.G.; Cardiovascular Round Table Task Force (2006). Factors impeding the implementation of cardiovascular prevention guidelines: Findings from a survey conducted by the European Society of Cardiology. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 13(5), 839-845.
- Grande, G. (1996). *Gesundheitsmessungen. Zur differentiellen Validität ärztlicher und Patientenurteile in der kardiologischen Rehabilitation*. Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Grande, G. & Badura, B. (2001). *Die Rehabilitation der KHK aus gesundheitssystemanalytischer Perspektive*. Frankfurt/M.: VAS.
- Grande, G.; Jordan, J.; Kümmel, M.; Struwe, C.; Schubmann, R. et al. (2004). Evaluation der deutschen Typ-D-Skala (DS14) und Prävalenz der Typ-D-Persönlichkeit bei kardiologischen und psychosomatischen Patienten sowie Gesunden. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54(11), 413-422.
- Grande, G.; Leppin, A.; Mannebach, H.; Romppel, M. & Altenhöner, T. (2002). *Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Rehabilitation (Abschlussbericht)*. Bielefeld: NRW-Forschungsverbund Rehawissenschaften. Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.
- Grande, G. & Romppel, M. (2008). Subjektive Konzepte von Patienten, Ärzten und Sozialdienstmitarbeitern über qualitätsrelevante Merkmale der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58(2), 51-57.
- Grande, G. & Romppel, M. (2010). Die Wahrheit liegt im Auge des Betrachters? Qualität in der Rehabilitation aus Sicht der Patientinnen und Patienten. *Rehabilitation*, 49, 376-382.
- Grande, G.; Romppel, M. & Barth, J. (2012). Association between Type D personality and prognosis in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and metaanalysis. *Annals of Behavioral Medicine* 43, 299-310.
- Greene, J.A. (2007). *Prescribing by numbers. Drugs and the definition of disease*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Greening, L. & Chandler, C.C. (1997). Why it can't happen to me: The base rate matters, but overestimating skill leads to underestimating risk. *Journal of Applied Social Psychology*, 27(9), 760-780.
- Greenland, P.; Knoll, M.D.; Stamler, J.; Neaton, J.D.; Dyer, A.R. et al. (2003). Major risk factors as antecedents of fatal and nonfatal coronary heart disease events. *Journal of the American Medical Association*, 290(7), 891-897.
- Greenland, S. & Robins, J. (1994). Invited commentary: Ecologic studies – biases, misconceptions, and counterexamples. *American Journal of Epidemiology*, 139(8), 747-760.

- Grewe, A. & Stahl, S. (2005). Zukunft aus der Geschichte? Die Beharrlichkeit einer Professionalisierungs-idee als konstitutives Element von Hochschulbildungskonzepten für die Pflege. In H. Bollinger, A. Gerlach & M. Pfadenhauer (Hg.), *Gesundheitsberufe im Wandel* (S. 55-69). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Grimm, J. & Grimm, W. (1893). *Deutsches Wörterbuch* (Bd. 14, R – Schiefe, Sp. 1042). Leipzig: Hirzel.
- Grobe, T.G.; Gerhardus, A.; A'Walelu, O.; Meisinger, C. & Krauth, C. (2008). Stationäre Behandlung des Akuten Myokardinfarktes – ein Vergleich unterschiedlicher Datenquellen. *Gesundheitswesen*, 70, e37-e47.
- Grundmann, R. (1999). Wo steht die Risikosoziologie? *Zeitschrift für Soziologie*, 28(1), 44-59.
- Grundy, S.; Cleeman, J.I.; Bairey Merz, C.N.; Brewer, H.R.; Clark, L.T. et al. for the Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program (2004). Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *Circulation*, 110, 227-239.
- Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. (1997). *The new language of qualitative method*. New York: Oxford University Press.
- Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. (1998). Standing our middle ground. *Journal of Contemporary Ethnography*, 27(3), 416-421.
- Güldenpfennig, S. (2000). *Sport: Kritik und Eigensinn*. Sankt Augustin: Academia.
- Güldenpfennig, S. (2007). Die Einheit in der Vielfalt. Kultureller Sinn des Sports als Gegenstand der Sportwissenschaft. *Sportwissenschaft*, 37(3), 322-329.
- Gülich, E. (1999). „Experten“ und „Laien“: Der Umgang mit Kompetenzunterschieden am Beispiel medizinischer Kommunikation. In Konferenz der deutschen Akademien der Wissenschaften und der Sächsischen Akademie der Wissenschaften (Hg.), *Werkzeug Sprache. Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht* (S. 165-196). Hildesheim: Georg Olms Verlag.
- Gwyn, R. & Elwyn, G. (1999). When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in a general practice encounter. *Social Science & Medicine*, 49(4), 437-447.
- Haag, G. (1989). Ausbildung des Psychologen für eine Zusammenarbeit mit Ärzten: Was haben Psychologen in der interdisziplinären Zusammenarbeit Ärzten zu bieten? In VDR (Hg.), *Klinische Psychologen und Ärzte als Team in der Rehabilitationsklinik* (S. 23-31). Frankfurt/M.: Dissertationsdruck Darmstadt.
- Hacking, I. (1975). *The emergence of probability: A philosophical study of early ideas about probability, induction and statistical inference*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hacking, I. (1990). *The taming of chance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hafen, M. (2013). Ethik in Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4(8), 284-288.
- Hafferty, F.W. & Light, D.W. (1995). Professional dynamics and the changing nature of medical work. *Journal of Health and Social Behavior*, 35 (Extra Issue: Forty years of medical sociology: The state of the art and directions for the future), 132-153.
- Hahmann, H.W.; Bönner, G. & Haberecht, O. (2011). Kardiologische Rehabilitation. In E. Bruckenberg (Hg.), *Herzbericht 2010* (S. 202-206). Hannover.
- Hahn, D.; Baumeister, H. & Härter, M. (2007). Behandlungsmotivation von körperlich kranken Patienten mit komorbiden psychischen Störungen. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Hg.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (S. 71-82). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Halfmann, J. & Japp, K.P. (Hg.) (1990). *Risikante Entscheidungen und Katastrophenpotentiale: Elemente einer soziologischen Risikoforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Halle, M.; Schmidt-Trucksäss, A.; Hambrecht, R. & Berg, A. (Hg.) (2008). *Sporttherapie in der Medizin. Evidenzbasierte Prävention und Therapie*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Halvorsen, P.A.; Selmer, R. & Kristiansen, I.S. (2007). Different ways to describe the benefits of risk-reducing treatment. A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 146(12), 848-856.
- Hambrecht, R. (2004). Sport als Therapie. *Herz*, 29(4), 381-390.
- Hamm, C.W. (2004a). Leitlinien: Akutes Koronarsyndrom (ACS). Teil 1: Akutes Koronarsyndrom ohne persistierende ST-Hebung. *Zeitschrift für Kardiologie*, 93, 72-90.
- Hamm, C.W. (2004b). Leitlinien: Akutes Koronarsyndrom (ACS). Teil 2: Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung. *Zeitschrift für Kardiologie*, 93, 324-341.
- Hamm, C.W.; Albrecht, A.; Bonzel, T.; Kelm, M.; Lange, H. et al. (2008). Leitlinie der DGK: Diagnostische Herzkatheteruntersuchung. *Clinical Research in Cardiology*, 97, 475-512.

- Hamm, C.W.; Bassand, J.-P.; Agewall, S.; Bax, J.; Boersma, E. et al. (2011). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 32 2999–3054.
- Hammersley, M. (1992). *What's wrong with ethnography? Methodological explorations*. London: Routledge.
- Hammersley, M. (1999). Not bricolage but boatbuilding. Exploring two metaphors for thinking about ethnography. *Journal of Contemporary Ethnography*, 28(5), 574-585.
- Hampel, K. (1983). *Professionalisierungstendenzen in den Krankenpflegeberufen. Ein theoretischer und empirischer Beitrag zu neuen Berufsbildern in den paramedizinischen Berufen*. Münster: Lit.
- Hannan, E.L.; Racz, M.J.; Gold, J.; Cozzens, K.; Stamato, N.J. et al. (2010). Adherence of catheterization laboratory cardiologists to American College of Cardiology/American Heart Association guidelines for percutaneous coronary interventions and coronary artery bypass graft surgery: What happens in actual practice? *Circulation*, 121(2), 267-275.
- Hansen, H. (1982). Epidemiology as causal research? In H.-H. Abholz, D. Borgers, W. Karmaus & J. Korporel (Hg.), *Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse* (S. 51-56). Berlin: de Gruyter.
- Hanses, A. (2012). Gesundheit als soziale Praxis. Zur Relevanz von Interaktions- und Wissensordnungen professionellen Handelns als soziale Praxis. In A. Hanses & K. Sander (Hg.), *Interaktionsordnungen: Gesundheit als soziale Praxis* (S. 34-51). Wiesbaden: Springer VS.
- Harald, K.; Koskinen, S.; Jousilahti, P.; Torppa, J.; Vartiainen, E. & Salomaa, V. (2008). Changes in traditional risk factors no longer explain time trends in cardiovascular mortality and its socioeconomic differences. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 251-257.
- Harper, S.; Lynch, J.W. & Davey Smith, G. (2011). Social determinants and the decline of cardiovascular diseases: Understanding the links. *Annual Review of Public Health*, 32, 39-69.
- Harris, A.J. & Hahn, U. (2011). Unrealistic optimism about future life events: A cautionary note. *Psychological Review*, 118(1), 135-154.
- Harris, P. (1996). Sufficient grounds for optimism? The relationship between perceived controllability and optimistic bias. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(1), 9-52.
- Harrison, S. & Ahmad, W.I. (2000). Medical autonomy and the UK state 1975 to 2025. *Sociology*, 34, 129-146.
- Härter, M. & Baumeister, H. (2007). Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Hg.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (S. 1-13). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Härter, M.; Baumeister, H. & Bengel, J. (Hg.) (2007). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Härter, M.; Baumeister, H.; Reuter, K.; Wunsch, A. & Bengel, J. (2002). Epidemiologie komorbider psychischer Störungen bei Rehabilitanden mit muskuloskeletalen und kardiovaskulären Erkrankungen. *Rehabilitation (Stuttgart)*, 41, 367-374.
- Hasenfeld, Y. (1972). People processing organizations: An exchange approach. *American Journal of Sociology*, 37(June), 256-263.
- Hasenfeld, Y. (1992). The nature of human service organizations. In Y. Hasenfeld (Hg.), *Human services as complex organizations* (S. 3-23). Newbury Park: Sage.
- Haskell, W.L.; Alderman, E.L.; Fair, J.M.; Maron, D.J. et al. (1994). Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease. Stanford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP). *Circulation*, 89, 975-990.
- Haug, M.R. (1973). Deprofessionalization: An alternate hypothesis for the future. In P. Halmos (Hg.), *Professionalisation and social change* (The Sociological Review Monograph 20, S. 195-211). Staffordshire: University of Keele.
- Haverkamp, N. & Willimczik, K. (2005). Vom Wesen zum Nicht-Wesen des Sports. Sport als ontologische Kategorie und als kognitives Konzept. *Sportwissenschaft*, 35(3), 271-290.
- Hayes, M.V. (1992). On the epistemology of risk: Language, logic and social science. *Social Science & Medicine*, 35(4), 401-407.
- Heart Protection Study Collaborative Group (2002). MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20.536 high-risk individuals: A randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 360, 7-22.
- Hedbäck, B.E.; Perk, J.; Engvall, J. & Areskog, N.-H. (1990). Cardiac rehabilitation after coronary artery bypass grafting: Effects on exercise performance and risk factors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 71, 1069-1073.
- Heidrich, J.; Behrens, T.; Raspe, F. & Keil, U. (2005). Knowledge and perception of guidelines and secondary prevention of coronary heart disease among general practitioners and internists. Results from a

- physician survey in Germany. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 12(6), 521-529.
- Heidrich, J.; Liese, A.D.; Kalic, M.; Winter-Enbergs, A.; Wellmann, J. et al. (2002). Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit. Ergebnisse der EuroASPIRE I- und II-Studien in der Region Münster. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 127(13), 667-672.
- Heinrichs, N. & Hahlweg, K. (2003). Klinische Psychologie (Ausbildung und Forschung). In A. Schorr (Hg.), *Psychologie als Profession* (S. 299-312). Bern: Hans Huber.
- Held, K.; Müller-Fahrnow, W.; Karoff, M. & Nowossadeck, E. (1999). CARO – die DGPR-Studie: Ergebnisse der Sekundärprävention. *Prävention und Rehabilitation*, 11(4), 223-225.
- Helfand, M.; Buckley, D.I.; Freeman, M.; Fu, R.; Rogers, K. et al. (2009). Emerging risk factors for coronary heart disease: A summary of systematic reviews conducted for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 151(7), 498-507.
- Hellmeier, W.; Brand, H. & Laaser, U. (1993). Epidemiologische Methoden der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis* (S. 91-110). Weinheim: Beltz.
- Helmes, A.; Schumacher, M. & Bengel, J. (2007). Interventionen bei psychischen Belastungen und Störungen bei körperlichen Erkrankungen. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Hg.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (S. 83-95). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Hennekens, C.H. & DeMets, D. (2011). Statistical association and causation: Contributions of different types of evidence. *Journal of the American Medical Association*, 305(11), 1134-1135.
- Heran, B.S.; Chen, J.M.; Ebrahim, S.; Moxham, T.; Oldrige, N. et al. (2011). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jul 6(7), CD001800.
- Herrmann-Lingen, C. (2000). Biopsychosoziale Faktoren in Genese und Manifestation der koronaren Herzkrankheit. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46(4), 315-330.
- Herrmann-Lingen, C. (2005). Psychotherapie bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. *Psychotherapeut*, 50, 81-99.
- Herrmann-Lingen, C. (2008). Psychosomatik der koronaren Herzkrankheit. *Psychotherapeut*, 53(2), 143-156.
- Herrmann-Lingen, C.; Albus, C. & Titscher, G. (Hg.) (2008). *Psychokardiologie. Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen* (unter Mitarbeit von Annegret Boll-Klatt u. Peter Kampits). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Herrmann-Lingen, C. & Buss, U. (2002). *Angst und Depressivität im Verlauf der koronaren Herzkrankheit* (Bd. 5). Frankfurt/M.: VAS.
- Hibbeler, B. (2010). Vorsorge und Rehabilitation: Kassen legen erstmals Statistik vor. *Deutsches Ärzteblatt*, 107(49), A2426-A2428.
- Hill, A.B. (1965). The environment and disease: Association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 7-12.
- Hill, G.B.; Millar, W. & Connelly, J. (2003). „The great debate“: Smoking, lung cancer, and cancer epidemiology. *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 20(2), 367-386.
- Hilleboe, H.E.; James, G.; Doyle, J.T. & Center, C.H. (1954).I. Project design for public health research. *American Journal of Public Health*, 44, 851-863.
- Hillis, L.D.; Smith, P.K.; Anderson, J.L.; Bittl, J.A.; Bridges, C.R. et al. (2011). 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Executive Summary. *Journal of the American College of Cardiology*, 58(2584-2614).
- Hippisley-Cox, J.; Coupland, C.; Robson, J. & Brindle, P. (2010). Derivation, validation, and evaluation of a new QRISK model to estimate lifetime risk of cardiovascular disease: Cohort study using QR-research database. *British Medical Journal*, 341, c6624.
- Hirschauer, S. (2001). Ethnografisches Schreiben und die Schweigsamkeit des Sozialen. Zu einer Methodologie des Beschreibens. *Zeitschrift für Soziologie*, 30(6), 429-452.
- Hirschauer, S. (2002). Grundzüge der Ethnographie und die Grenzen verbaler Daten. In D. Schaeffer & G. Müller-Mundt (Hg.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung* (S. 35-46). Bern: Hans Huber.
- Hirschauer, S. (2005). On doing being a stranger: The practical constitution of civil inattention. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 35, 41-67.
- Hirschauer, S. & Amann, K. (Hg.) (1997). *Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Hitzler, R. (1999). Welten erkunden. Soziologie als (eine Art) Ethnologie der eigenen Gesellschaft. *Soziale Welt*, 50(4), 473-483.

- Hoffrage, U. & Gigerenzer, G. (1998). Using natural frequencies to improve diagnostic inferences. *Academic Medicine*, 73(5), 538-540.
- Hollmann, W. (2006). Herz und Sportmedizin – historische Entwicklungen und Perspektiven. *Herz*, 31, 500-506.
- Holmberg, C.; Bischof, C. & Bauer, S. (2013). Making predictions, computing populations. *Science, Technology & Human Values*, 38(3), 398-420.
- Holmberg, C.; Harttig, U.; Schulze, M.B. & Boeing, H. (2011). The potential of the internet for health communication: The use of an interactive on-line tool for diabetes risk prediction. *Patient Education and Counseling*, 83(1), 106-112.
- Holmberg, C. & Parascandola, M. (2010). Individualised risk estimation and the nature of prevention. *Health, Risk & Society*, 12(5), 441-452.
- Hopf, C. (2003). Qualitative Interviews – ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 349-360). Reinbek: Rowohlt (2. Aufl.).
- Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567.
- Hotze, E. (2001). *Gratwanderung auf umkämpftem Terrain: Professionalisierungs- und Deprofessionalisierungsprozesse der Pflegeberufe in rehabilitativen Versorgungsbereichen*. Dissertation, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- House, J.S.; Robbins, C. & Metzner, H.L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.
- Howick, J.; Glasziou, P. & Aronson, J.K. (2009). The evolution of evidence hierarchies: What can Bradford Hill's 'guidelines for causation' contribute? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 102(5), 186-194.
- Howson, C. & Urbach, P. (1994). Probability, uncertainty and the practice of statistics. In G. Wright & P. Ayton (Hg.), *Subjective probability* (S. 39-51). Chichester: Wiley.
- Hozawa, A.; Folsom, A.R.; Sharrett, R. & Chambless, L.E. (2007). Absolute and attributable risks of cardiovascular disease incidence in relation to optimal and borderline risk factors: Comparison of African American with white subjects – Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Archives of Internal Medicine*, 167(6), 573-579.
- Hu, F.B.; Manson, J.E. & Willett, W.C. (2001). Types of dietary fat and risk of coronary heart disease: A critical review. *Journal of the American College of Nutrition*, 20(1), 5-19.
- Huber, G. (o.J.). *Passung der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation in Abhängigkeit von Bewegungsverhalten und Patientenpräferenzen*. Abschlussbericht. DRV-Bund. Online: <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main_reha_ep_huber> (Abruf 26.04.2014).
- Hübel, M.; Kauderer-Hübel, M. & Weber-Falkensammer, H. (1988). Gesundheitstraining: Bedeutung der Prävention in der Klinischen Rehabilitation – Umsetzungsaspekte. *Deutsche Rentenversicherung*, 88(4-5), 167-178.
- Hulscher, M.E.; Wensing, M.; van der Weijden, T. & Grol, R. (2007). WITHDRAWN: Interventions to implement prevention in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jul 18(1), CD000362.
- Hunink, M.G.; Goldmann, L.; Tosteson, A.N.; Mittleman, M.A. et al. (1997). The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980-1990. The effect of secular trends in risk factors and treatment. *Journal of the American Medical Association*, 277(7), 535-542.
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (2006). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4. Aufl., S. 749-780). Weinheim: Juventa.
- Hutchison, B.; Birch, S.; Evans, C.E.; Goldsmith, L.J.; Markham, B.A. et al. (1998). Selective opportunistic screening for hypercholesterolemia in primary care practice. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(10), 817-825.
- Huy, C.; Diehm, C. & Schneider, S. (2012). Herz-Kreislauf-Prävention beim Hausarzt? Erste Ergebnisse einer Studie zu Einstellungen, Angeboten, Erfolgen und Problemen in der Praxis. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137(1-2), 17-22.
- Huy, C.; Thiel, A.; Diehm, C. & Schneider, S. (2010). Adhärenz-Defizite auf allen Ebenen: Aktueller Interventionsbedarf in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 135(43), 2119-2124.
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen). (2008). *Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Koronare Herzkrankheit*. Köln: IQWiG.

- Iseringhausen, O. (2006). *Die Qualität der Qualität: Anspruch und Wirklichkeit des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen. Eine gesundheitswissenschaftlich-soziologische Analyse*. Dissertation, Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Jäckel, W.H. & Gerdes, N. (2002). Identifying bad apples or striving for excellence – quality management in rehabilitation. In VDR (Hg.), *Medical rehabilitation in Germany – Experiences and development* (Bd. 38, S. 97-108). Frankfurt/M.: VDR.
- Jäger, A. (1999). *Umfassende Ernährungsumstellung und Veränderung des Lipidprofils. Eine Interventionsstudie zur Sekundärprävention und Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit*. Unveröffentlichte Dissertation, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf.
- Jahnen, A. (1998). *Ernährungsberatung zwischen Gesundheit und Gesellschaft: Vorschläge für eine neue Standortbestimmung*. Frankfurt/M.: VAS.
- Janssen, E.; van Osch, L.; Lechner, L.; Candel, M. & de Vries, H. (2012). Thinking versus feeling: Differentiating between cognitive and affective components of perceived cancer risk. *Psychology and Health*, 27(7), 767-783.
- Janssen, V.; De Gucht, V.; Dusseldorp, E. & Maes, S. (2012). Lifestyle modification programmes for patients with coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Preventive Cardiology*, Epub ahead of print 28 September 2012.
- Janz, N. K. & Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Japp, K.P. (2000). *Risiko*. Bielefeld: Transcript.
- Jaquish, C.E. (2007). The Framingham Heart Study, on its way to becoming the gold standard for cardiovascular genetic epidemiology? *BMC Medical Genetics*, 2007(8), 63.
- Jay, M. (1992). Die skopischen Ordnungen der Moderne. *Leviathan*, 20, 178-195.
- Jean, Y.A. (2004). Inclusive intake screening: Shaping medical problems into specialist-appropriate cases. *Sociology of Health and Illness*, 26(4), 385-410.
- Jeffrey, R. (1987). Risk and human rationality. *The Monist*, 70, 223-236.
- JNC VI (Joint National Committee on Prevention, Development, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Institutes of Health) (1997). The sixth report of the JNC. *Archives of Internal Medicine*, 157(Nov 24), 2413-2446.
- JNC VII (Joint National Committee on Prevention, Development, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute) (2003). Seventh report of the JNC. *Hypertension*, 42, 1206-1252.
- Jolliffe, J.A.; Rees, K.; Taylor, R.S.; Thompson, D.R.; Oldrige, N. & Ebrahim, S. (2001). Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001(1), CD001800.
- Jolly, K.; Taylor, R.; Lip, G. Y.; Greenfield, S.; Raftery, J. et al. (2007). The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation Study (BRUM). Home-based compared with hospital-based cardiac rehabilitation in a multi-ethnic population: Cost-effectiveness and patient adherence. *Health Technology Assessment*, 11(35), 1-118.
- Jones, D.A. & West, R.R. (1996). Psychological rehabilitation after myocardial infarction: Multicentre randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 313, 1517-1521.
- Jones, D.S. (2000). Visions of a cure – Visualization, clinical trials, and controversies in cardiac therapeutics, 1968-1998. *Isis*, 91(3), 504-541.
- Jungermann, H. & Slovic, P. (1993). Charakteristika individueller Risikowahrnehmung. In W. Krohn & G. Krücken (Hg.), *Risikante Technologien: Reflexion und Regulation* (S. 79-100). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Jungermann, H. & Slovic, P. (1997). Die Psychologie der Kognition und Evaluation von Risiko. In G. Bechmann (Hg.), *Risiko und Gesellschaft. Grundlagen und Ergebnisse interdisziplinärer Risikoforschung* (2. Aufl.; S. 167-207). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kahle, W.; Leonhardt, H. & Platzer, W. (1986). *Taschenatlas der Anatomie für Studium und Praxis* (Bd. 2: Innere Organe). Stuttgart: Thieme, dtv (5. Aufl.).
- Kahneman, D.; Slovic, P. & Tversky, A. (Hg.) (1982). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kahneman, D. & Tversky, A. (1973). On the psychology of prediction. *Psychological Review*, 80, 237-251.
- Kahneman, D. & Tversky, A. (1982). Subjective probability: A judgment of representativeness. In D. Kahneman, P. Slovic & A. Tversky (Hg.), *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (S. 32-47). Cambridge: Cambridge University Press.

- Kälble, K. (2005). Modernisierung durch wissenschaftsorientierte Ausbildung an Hochschulen. Zum Akademisierungsprozess der Gesundheitsberufe in Pflege und Therapie. In H. Bollinger, A. Gerlach & M. Pfadenhauer (Hg.), *Gesundheitsberufe im Wandel* (S. 31-53). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Kannel, W.B. (1992). The Framingham experience. In M. Marmot & P. Elliott (Hg.), *Coronary heart disease epidemiology. From aetiology to public health* (S. 67-82). Oxford: Oxford University Press.
- Kannel, W.B.; Dawber, T.R.; Kagan, A.; Revotskie, N. & Stokes, J.I. (1961). Factors of risk in the development of coronary heart disease – six-year follow-up experience. *Annals of Internal Medicine*, 55, 33-50.
- Kannel, W.B.; Dawber, T.R. & McNamara, P. (1966). Detection of the coronary prone adult: The Framingham study. *Journal of the Iowa Medical Society*, 56, 26-34.
- Kannel, W.B.; McGee, D. & Gordon, T. (1976). A general cardiovascular risk profile: The Framingham study. *American Journal of Cardiology*, 38(July), 46-51.
- Kannel, W.B.; Neaton, J.D.; Wentworth, D.; Thomas, H.E.; Stamler, J. et al. (1986). Overall and coronary heart disease mortality rates in relation to major risk factors in 325.348 men screened for the MRFIT. *American Heart Journal*, 112(4), 825-836.
- Kaplan, G.A. (1988). Social contacts and ischaemic heart disease. *Annals of Clinical Research*, 20, 131-136.
- Kaplan, G.A. & Keil, J.E. (1993). Socioeconomic factors and cardiovascular disease: A review of the literature. *Circulation*, 88(4, Pt 1), 1973-1998.
- Kaplan, R.M. & Ong, M. (2007). Rationale and public health implications of changing CHD risk factor definitions. *Annual Review of Public Health*, 28, 321-344.
- Kappetein, A.P.; Feldman, T.E.; Mack, M.J. et al. (2011). Comparison of coronary bypass surgery with drug-eluting stenting for the treatment of left main and/or three-vessel disease: 3-year follow-up of the SYNTAX trial. *European Heart Journal*, 32(17), 2125-2134.
- Karhausen, L.R. (2000). Causation: The elusive grail of epidemiology. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3(1), 59-67.
- Karhausen, L.R. (2001). Causation in epidemiology: A socratic dialogue. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 704-706.
- Karmaus, W. (1979). Das Konzept der Risikofaktoren als möglicher Beitrag zur Ätiologieforschung. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 4, 6-42.
- Karoff, M.; Held, K. & Bjarnason-Wehrens, B. (2007). Cardiac rehabilitation in Germany. *European Journal of Preventive Cardiology*, 14(1), 18-27.
- Kaufman, J.S. & Poole, C. (2000). Looking back on „causal thinking in the health sciences“. *Annual Review of Public Health*, 21, 101-119.
- Kaufmann, F.W. & Kijanski, H.D. (1988). Rehabilitation und Gesundheitserziehung/Gesundheitstraining. *Deutsche Rentenversicherung*, 88(4-5), 318-340.
- Kaufmann, F.-X. (1986). The relationship between guidance, control and evaluation. In F.-X. Kaufmann et al. (Hg.), *Guidance, control, and evaluation in the public sector. The Bielefeld interdisciplinary project* (S. 211-228). Berlin: de Gruyter.
- Kawachi, I. & Berkman, L.F. (2000). Social cohesion, social capital, and health. In L.F. Berkman & I. Kawachi (Hg.), *Social epidemiology* (S. 174-190). Oxford: Oxford University Press.
- Keane, A. (1997). Too hard to swallow? The palatability of healthy eating advice. In P. Caplan (Hg.), *Food, health and identity* (S. 172-192). London: Routledge.
- Keck, M. & Budde, H. G. (1999). Ambulante Herzgruppen nach stationärer kardiologischer Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttgart)*, 38, 79-87.
- Kelle, U. & Kluge, S. (1999). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske u. Budrich.
- Kesteloot, H.; Sans, S. & Kromhout, D. (2006). Dynamics of cardiovascular and all-cause mortality in Western and Eastern Europe between 1970 and 2000. *European Heart Journal*, 27, 107-113.
- Ketola, E.; Laatikainen, T. & Vartiainen, E. (2010). Evaluating risk for cardiovascular diseases – vain or value? How do different cardiovascular risk scores act in real life. *European Journal of Public Health*, 20(1), 107-112.
- Keys, A. (1953). Prediction and possible prevention of coronary disease. *American Journal of Public Health*, 43(November), 1399-1407.
- Keys, A. (1980). *Seven countries. A multivariate analysis of death and coronary heart disease*. Cambridge, Mass.; London: Harvard University Press.
- Keys, A. & Keys, M. (1975). *How to eat well and stay well the Mediterranean way*. Garden City, New York: Doubleday.

- Keys, A.; Menotti, A.; Karvonen, M.J.; Aravanis, C.; Blackburn, H. et al. (1986). The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *American Journal of Epidemiology*, 124, 903-915.
- Khattab, A.A.; Knecht, M.; Meier, B.; Windecker, S.; Schmid, J.-P. et al. (2012). Persistence of uncontrolled cardiovascular risk factors in patients treated with percutaneous interventions for stable coronary artery disease not receiving cardiac rehabilitation. *European Journal of Preventive Cardiology*, *Epub ahead of print April 30 2012*.
- Khot, U.N.; Khot, M.B.; Bajzer, C.T.; Sapp, S.K.; Ohman, E.M. et al. (2003). Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 290(7), 898-904.
- Kieser, A. (1995). Der situative Ansatz. In A. Kieser (Hg.), *Organisationstheorien* (S. 155-183). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kijanski, H.-D. (2000). Zukunft von approbierten und nicht approbierten Psycholog(inn)en in Rehabilitationskliniken. Statement bei der Aktuellen Stunde. In AK KliPs in der Rehabilitation – Fachgruppe der Sektion Klinische Psychologie im Bund Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V. (Hg.), *Kompetenz und Qualität klinischer Psychologie in der Rehabilitation. Beiträge zur 18. Jahrestagung des AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation vom 26.-28.1999* (S. 237-245). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Kijanski, H.-D. & Haupt, E. (1998). Gesundheitstraining: Information, Motivation und Schulung des Patienten in der Rehabilitation. In H. Delbrück & E. Haupt (Hg.), *Rehabilitationsmedizin: ambulante, teilstationäre, stationäre* (S. 191-217). München: Urban & Schwarzenberg.
- King, J.C.; Nelson, T.R.; Heye, M.L.; Turturro, T.C. & Titus, M.N. (1998). Prescriptions, referrals, order writing, and the rehabilitation team function. In J.A. DeLisa & B.M. Gans (Hg.), *Rehabilitation medicine: Principles and practice* (S. 269-285). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- King, K.B.; Rowe, M.A.; Kimble, L.P. & Zerwic, J.J. (1998). Optimism, coping, and long-term recovery from coronary artery surgery in women. *Research in Nursing & Health*, 21(1), 15-26.
- Kirchgäßler, K.-U. (1985). Kausalerklärungen in soziogenetischen Krankheitstheorien. In H.-U. Deppe, U. Gerhardt & P. Novak (Hg.), *Medizinische Soziologie* (Jahrbuch 4, S. 167-193). Frankfurt/M.: Campus.
- Kittel, J. & Karoff, M. (2007). Modelle zur beruflichen Wiedereingliederung. In B. Rauch, M. Middeke, G. Bönner, M. Karoff & K. Held (Hg.), *Kardiologische Rehabilitation* (S. 233-236). Stuttgart: Thieme.
- Kivimäki, M.; Ferrie, J.E.; Shipley, M.; Gimeno, D.; Elovainio, M. et al. (2008). Effects on blood pressure do not explain the association between organizational justice and coronary heart disease in the Whitehall II Study. *Psychosomatic Medicine*, 70(1), 1-6.
- Kivimäki, M.; Nyberg, S.T.; Batty, G.D.; Shipley, M.; Ferrie, J.E. et al. (2011). Does adding information on job strain improve risk prediction for coronary heart disease beyond the standard Framingham risk score? The Whitehall II study. *International Journal of Epidemiology*, 40(6), 1577-1584.
- Klapper, B. (2003). *Die Aufnahme im Krankenhaus: People-Processing, Kooperation und Prozessgestaltung*. Bern: Hans Huber.
- Klatetzki, T. (2010). Zur Einführung: Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen als Typus. In T. Klatetzki (Hg.), *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen* (S. 7-24). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klatetzki, T. & Tacke, V. (2005a). Einleitung. In T. Klatetzki & V. Tacke (Hg.), *Organisation und Profession* (S. 7-30). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klatetzki, T. & Tacke, V. (Hg.) (2005b). *Organisation und Profession*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klein, W.W. (2001). Secondary prevention: Is inpatient rehabilitation effective or are lifestyle changes to be replaced by drugs? *European Heart Journal*, 22(13), 1063-1064.
- Klemann, A. (2007). *Management sektorübergreifender Kooperationen. Implikationen und Gestaltungsempfehlungen für erfolgreiche Kooperationen an der Schnittstelle von Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation*. Wegscheid: WIKOM.
- Klemperer, D. (2005). Shared decision making und Patientenzentrierung – vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. Teil 1: Modelle der Arzt-Patient-Beziehung. *Balint-Journal*, 6(3), 71-79.
- Klesse, C.; Baumeister, H.; Bengel, J. & Härter, M. (2008). Somatische und psychische Komorbidität. Bedeutung für Diagnose und Behandlung. *Psychotherapeut*, 53, 49-62.
- Klotter, C. (2007). *Einführung Ernährungspsychologie*. München: Reinhardt.
- Klusen, N.; Fließgarten, A. & Nebling, T. (Hg.) (2009). *Informiert und selbstbestimmt: Der mündige Bürger als mündiger Patient*. Baden-Baden: Nomos.

- Knecht, M. (2010). „‘Vor Ort’ im Feld“? Zur Kritik und Reakzentuierung des Lokalen als europäisch-ethnologischer Schlüsselkategorie. *Österreichische Zeitschrift für Volkskunde*, LXIV/113(1), 23-49.
- Knecht, M. (2012). Ethnographische Praxis im Feld der Wissenschafts-, Medizin- und Technikanthropologie. In S. Beck, J. Niewöhner & E. Sorensen (Hg.), *Science and technology studies: Eine sozialanthropologische Einführung* (S. 245-274). Bielefeld: Transcript.
- Koch, K. (1999). Warum Ärzte gegen Viren mit Antibiotika vorgehen. *Deutsches Ärzteblatt*, 96(27), A-1822-A-1824.
- Koenig, C. J. (2011). Patient resistance as agency in treatment decisions *Social Science & Medicine*, 72(7), 1105-1114.
- Koerfer, A.; Albus, C.; Obliers, R.; Thomas, W. & Köhle, K. (2008). Kommunikationsmuster der medizinischen Entscheidungsfindung. In S. Niemeier & H. Diekmannshenke (Hg.), *Profession und Kommunikation* (S. 121-156). Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Koerfer, A.; Köhle, K. & Obliers, R. (1994). Zur Evaluation von Arzt-Patienten-Kommunikation – Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In A. Redder & I. Wiese (Hg.), *Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse* (S. 53-94). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Köhle, K. & Begemann-Deppe, M. (Hg.) (1982). *Das Gespräch während der ärztlichen Visite: Empirische Untersuchungen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Köhler, B.M. (1997). Health, nutrition, and the development of poverty in Germany. In B.M. Köhler, E. Feichtinger, E. Barlösius & E. Dowler (Hg.), *Poverty and food in welfare societies* (S. 99-112). Berlin: Edition Sigma.
- Köhler, B.M.; Oltersdorf, U. & Papastefanou, G. (Hg.) (2000). *Ernährungsberichterstattung in der Bundesrepublik*. Berlin.
- Körner, M. (2006). *Teamanalyse und Teamentwicklung in der medizinischen Rehabilitation*. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Körner, M. (2012). *Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation: Abschlussbericht*. Freiburg: Technische Informationsbibliothek u. Universitätsbibliothek.
- Körner, M. & Bengel, J. (2004). Teamarbeit und Teamerfolg bei multi- und interdisziplinären Teams in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttgart)*, 43, 348-357.
- Körner, M.; Schüpbach, H. & Bengel, J. (2005). Berufsgruppenübergreifende Kooperation in der medizinischen Rehabilitation. Überblick zum Forschungs- und Entwicklungsstand. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13(4), 158-166.
- Körner, M. & Wirtz, M. (2013). Entwicklung und psychometrische Überprüfung einer Skala zur Erfassung der internen Partizipation in interprofessionellen Teams. In DRV-Bund (Hg.), *22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 4.-6. März in Mainz* (S. 25-217). Online: <http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_22_reha_kolloqu.pdf> (Abruf 28.04.2014).
- Körner, M.; Bütof, S.; Müller, C.; Zimmermann, L. & Bengel, J. (2014). Interprofessionelle Teamarbeit zur Behandlung von chronischen Erkrankungen – Ein systematisches Review. In DRV-Bund (Hg.), *23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 10.-12. März 2014 in Karlsruhe* (S. 301-302). Online: <http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main_reha_kollo_tb&chmenu=ispvwNavEntriesByHierarchy202> (Abruf 27.04.2014).
- Korporal, J. & Zink, A. (1982). Zur theoretischen und empirischen Fundierung des Konzepts der Risikofaktoren koronarer Herzkrankheiten. In H.-H. Abholz, D. Borgers, W. Karmaus & J. Korporal (Hg.), *Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse* (S. 38-50). Berlin: de Gruyter.
- Korsukéwitz, C. (2011). Medizinische Rehabilitation kardiologischer AHB-Patienten der Deutschen Rentenversicherung. In E. Brucknerberger (Hg.), *Herzbericht 2010* (S. 185-201). Hannover.
- Korsukéwitz, C.; Rohwetter, M. & Rauch, B. (2007). Voraussetzungen und Indikationen zur Durchführung einer kardiologischen Rehabilitation. In B. Rauch, M. Middeke, G. Bönner, M. Karoff & K. Held (Hg.), *Kardiologische Rehabilitation* (S. 14-21). Stuttgart: Thieme.
- Kotseva, K.; Wood, D.; De Backer, G. & De Bacquer, D. (2012). Use and effects of cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease: Results from the EUROASPIRE III survey. *European Journal of Preventive Cardiology*, Epub ahead of print 19 June 2012.
- Kotseva, K.; Wood, D.; De Backer, G.; De Bacquer, D.; Pyörälä, K.; Keil, U. for the EUROASPIRE Study Group (2009a). Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: A comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet*, 373(9667), 929-940.

- Kotseva, K.; Wood, D.; De Backer, G.; De Bacquer, D.; Pyörälä, K. et al. (2009b). EUROASPIRE III: A survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 16(2), 121-137.
- Koula-Jenik, H.; Miko, M.; Kraft, M. & Schulz, R.-J. (Hg.) (2006). *Leitfaden Ernährungsmedizin*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Kowal, S. & O'Connell, D.C. (2003). Zur Transkription von Gesprächen. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 437-447). Reinbek: Rowohlt (2. Aufl.).
- Kramer, M.S. & Lane, D.A. (1992). Causal propositions in clinical research and practice. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(6), 639-649.
- Krause-O'Shaughnessy, I.-M.; Rugulies, R.; Siegrist, J. & Hertel, L. (1996). Ornish-Diätprogramm – welche Auswirkungen ergeben sich für den Patienten? In M.-L. Götz & U. Rabast (Hg.), *Klinik und Therapie bei Herz-Kreislaufkrankungen und assoziierten Risikofaktoren. Ernährung im Alter und alternative Ernährungsformen* (S. 97-108). Berlin: Deutrich.
- Kreuter, M.W. & Strecher, V.J. (1995). Changing inaccurate perceptions of health risk: Results from a randomized trial. *Health Psychology*, 14(1), 56-63.
- Krieger, N. (1994). Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Social Science & Medicine*, 39(7), 887-903.
- Krieger, N. & Zierler, S. (1997). The need for epidemiologic theory. *Epidemiology*, 8(2), 212-214.
- Krohn, W. & Krücken, G. (1993). Risiko als Konstruktion und Wirklichkeit. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Risikoforschung. In W. Krohn & G. Krücken (Hg.), *Riskante Technologien: Reflexion und Regulation* (S. 9-44). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kromhout, D. (1999). On the waves of the Seven Countries Study. A public health perspective on cholesterol. *European Heart Journal*, 20, 796-802.
- Kronenfeld, J.J. & Glick, D.C. (1991). Perceptions of risk: Its applicability in medical sociological research. *Research in the Sociology of Health Care*, 9, 307-334.
- Krücken, G. (1996). Der soziologische Ansatz in der Risikoforschung. In G. Banse (Hg.), *Risikoforschung zwischen Disziplinarität und Interdisziplinarität: Von der Illusion der Sicherheit zum Umgang mit Unsicherheit* (S. 185-192). Berlin: Edition Sigma.
- Krüger, L.; Daston, L.J. & Heidelberger, M. (Hg.) (1987a). *The probabilistic revolution* (Bd. 1: Ideas in history). Cambridge, MA, London: MIT Press.
- Krüger, L.; Daston, L.J. & Heidelberger, M. (Hg.) (1987b). *The probabilistic revolution* (Bd. 2: Ideas in sciences). Cambridge, MA, London: MIT Press.
- Kuch, B.; v. Scheidt, W.; Ehmann, A.; Kling, B.; Greschik, C.; Hoermann, A. et al. (2009). Extent of the decrease of 28-day case fatality of hospitalized patients with acute myocardial infarction over 22 years. Epidemiological versus clinical view: The MONICA/KORA Augsburg Infarction Registry. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcome*, 2, 313-319.
- Kuckartz, U. (1997). Qualitative Daten computergestützt auswerten: Methoden, Techniken, Software. In B. Friebertshäuser & A. Prengel (Hg.), *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 584-595). Weinheim: Juventa.
- Kulkarni, S.P.; Alexander, K.P.; Lytle, B.W.; Heiss, G. & Peterson, E.D. (2006). Long-term adherence with cardiovascular drug regimens. *American Heart Journal*, 151(1), 185-191.
- Küpper-Nybelen, J.; Rothenbacher, D.; Hahmann, H.; Wüsten, B. & Brenner, H. (2003). Veränderungen von Risikofaktoren nach stationärer Rehabilitation bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 128(28/29), 1525-1530.
- Kuulasmaa, K.; Tunstall-Pedoe, H.; Dobson, A.; Fortmann, S.; Sans, S. et al. (2000). Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary event-rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet*, 355(February 26), 675-687.
- La Rosa, J.C.; He, J. & Vupputuri, S. (1999). Effect of statins on risk of coronary disease: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 282(24), 2340-2346.
- Laatikainen, T.; Critchley, J.; Vartiainen, E.; Salomaa, V.; Ketonen, M. & Capewell, S. (2005). Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Finland between 1982 and 1997. *American Journal of Epidemiology*, 162(8), 764-773.
- Labisch, A. (1992). *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt/M.: Campus.
- Ladwig, K.-H.; Emeny, R.T.; Häfner, S. & Lacruz, M.E. (2011). Depression. Ein nach wie vor unterschätztes Risiko für die Entwicklung und Progression der koronaren Herzkrankheit. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54(1), 59-65.

- Lafeber, M.; Spiering, W.; Singh, K.; Guggilla, R.K.; Patil, V.; Webster, R. for the SPACE collaboration (2012). The cardiovascular polypill in high-risk patients. *European Journal of Preventive Cardiology*, 19(6), 1234-1242.
- Lang, T.; Ducimetière, P.; Arveiler, D.; Amouyel, P.; Ferrières, J. et al. (1999). Trends and geographical disparities in France: Are results concordant when different definitions of events are used? *International Journal of Epidemiology*, 28, 1050-1058.
- Langenheilm, H.; Stähler, T.; Ritz, N. & Peters, R. (1997). Die Sparmaßnahmen im Reha-Bereich und ihre Auswirkungen auf das Reha-Geschehen. *Deutsche Rentenversicherung*, 97(1-2), 13-42.
- Langosch, W.; Budde, H.G. & Linden, W. (2003). *Psychologische Interventionen zur koronaren Herzkrankheit*. Frankfurt/M.: VAS.
- LaPiere, R.T. (1934). Attitudes vs. actions. *Social Forces*, 13, 230-237.
- Lapp, H. & Krakau, I. (2010). *Das Herzkatheterbuch*. Stuttgart: Thieme (3. Aufl.).
- Larson, M.S. (1977). *The rise of professionalism: A sociological analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Last, J.M. (Hg.) (1995). *A dictionary of epidemiology*. Oxford: Oxford University Press (3. Aufl.).
- Lau, C. (1989). Risikodiskurse: Gesellschaftliche Auseinandersetzungen um die Definition von Risiken. *Soziale Welt*, 40(3), 418-436.
- Law, M.R. & Wald, N.J. (1999). Why heart disease mortality is low in France: The time lag explanation. *British Journal of General Practice*, 318, 1471-1476.
- Lawlor, D.A.; Whincup, P.; Emberson, J.R.; Rees, K.; Walker, M. & Ebrahim, S. (2004). The challenge of secondary prevention for coronary heart disease in older patients: Findings from the British Women's Heart and Health Study and the British Regional Heart Study. *Family Practice*, 21(5), 582-586.
- Lawton, J. (2002). Colonising the future: Temporal perceptions and health-relevant behaviours across the adult lifecourse. *Sociology of Health and Illness*, 24(6), 714-733.
- Lawton, J.; Peel, E.; Parry, O.; & Douglas, M. (2008). Shifting accountability: A longitudinal qualitative study of diabetes causation accounts. *Social Science & Medicine*, 67(1), 47-56.
- Leanza, M. (2009). Kants Schlafgewohnheiten – Krankheitsprävention als Selbsttechnologie. *Sociologia Internationalis: Internationale Zeitschrift für Soziologie, Kommunikations- und Kulturforschung*, 47(2), 259-285.
- Leanza, M. (2010). Die Gegenwart zukünftiger Erkrankungen. In B. Paul & H. Schmidt-Semisch (Hg.), *Risiko Gesundheit: Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft* (S. 241-262). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft.
- Lee Splansky, G.; Corey, D.; Yang, Q.; Atwood, L.D.; Cupples, L.A. et al. (2007). The Third Generation Cohort of the National Heart, Lung, and Blood Institute's Framingham Heart Study: Design, recruitment, and initial examination. *American Journal of Epidemiology*, 165(11), 1328-1335.
- Lee, Y.-Y. & Lin, J.L. (2009). The effects of trust in physician on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes. *Social Science & Medicine*, 68(6), 1060-1068.
- Lee, Y.-Y. & Lin, J.L. (2010). Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient-physician relationships and health outcomes. *Social Science & Medicine*, 71(10), 1811-1818.
- Lehmkuhler, S.H. (2002). *Die Gießener Ernährungsstudie über das Ernährungsverhalten von Armutshaushalten (GESA): Qualitative Fallstudien*. Online: <<http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2002/825/>> (Abruf 04.07.2008).
- Lengwiler, M. & Beck, S. (2008). Historizität, Materialität und die Hybridität von Wissensspraxen. Die Entwicklung europäischer Präventionssysteme im 20. Jahrhundert. *Geschichte und Gesellschaft*, 34, 489-523.
- Lengwiler, M. & Madarász, J. (2010). Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik. In M. Lengwiler & J. Madarász (Hg.), *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik* (S. 9-28). Bielefeld: Transcript.
- Leppin, A. (1994). *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens. Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen*. Weinheim: Juventa.
- Lespérance, F.; Frasure-Smith, N.; Koszycki, D. et al. (2007). Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: The Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial. *Journal of the American Medical Association*, 297, 367-379.
- Levack, W.M.; Dean, S.G.; Siegert, R.J. & McPherson, K.M. (2011). Navigating patient-centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation: How clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities. *Patient Education and Counseling*, 85(2), 206-213.

- Levi, F.; Chatenoud, L.; Bertuccio, P.; Lucchini, F.; Negri, E. & La Vecchia, C. (2009). Mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world: An update. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 16(3), 333-350.
- Levy, D.; Lee Splansky, G.; Strand, N.K.; Atwood, L.D.; Benjamin, E.J. et al. (2010). Consent for genetic research in the Framingham Heart Study. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 152A(5), 1250-1256.
- Lewin, S. & Reeves, S. (2011). Enacting ‚team‘ and ‚teamwork‘: Using Goffman’s theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. *Social Science & Medicine*, 72(10), 1595-1602.
- Lewington, S.; Clarke, R.; Qizilbas, N.; Peto, R. & Collins, R. (2002). Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*, 360, 1903-1913.
- Leyland, A.H. & Lynch, J.W. (2009). Why has mortality from coronary heart disease in young adults levelled off? *British Medical Journal*, 339, b2515.
- Libby, P. & Theroux, P. (2005). Pathophysiology of coronary artery disease. *Circulation*, 111(6), 3481-3488.
- Lie, R.K. (1991). Patterns of theory change in biomedicine: A case study from cardiology. *Synthese*, 89, 75-88.
- Liebing, D. & Vogel, H. (1995). Zur Weiterentwicklung der Gesundheitsbildung im Rahmen medizinischer Rehabilitation der Rentenversicherung. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*(29), 18-25.
- Liew, S.M.; Doust, J. & Glasziou, P. (2011). Cardiovascular risk scores do not account for the effect of treatment: A review. *Heart*, 97(9), 689-697.
- Lilienfeld, D.E.; & Stolley, P.D. (1994). *Foundations of epidemiology*. Oxford: Oxford University Press (3. Aufl.).
- Lincoln, Y.S. & Denzin, N.K. (1994). The fifth moment. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Hg.), *Handbook of qualitative research* (S. 575-586). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Linden, W.; Stossel, C. & Maurice, J. (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease. A meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 156(Apr 6), 745-752.
- Lindley, D.V. (1974). *Einführung in die Entscheidungstheorie*. Frankfurt/M., New York: Herder & Herder.
- Lindley, D.V. (1994). Foundations. In G. Wright & P. Ayton (Hg.), *Subjective probability* (S. 3-15). Chichester: Wiley.
- Linke, A. & Hambrecht, R. (2008). Koronare Herzkrankheit. In M. Halle, A. Schmidt-Trucksäss, R. Hambrecht & A. Berg (Hg.), *Sporttherapie in der Medizin. Evidenzbasierte Prävention und Therapie* (S. 59-68). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Little, W.C.; Downes, T.R. & Applegate, R.J. (1991). The underlying coronary lesion in myocardial infarction: Implications for coronary angiography. *Clinical Cardiology*, 14, 868-874.
- Lloyd-Jones, D.M. (2010). Cardiovascular risk prediction: Basic concepts, current status, and future directions. *Circulation*, 121, 1768-1777.
- Loewenstein, G.F.; Weber, E.U.; Hsee, C.K. & Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 127(2), 267-286.
- Long, D.; Forsyth, R.; Iedema, R. & Carroll, K. (2006). The (im)possibilities of clinical democracy. *Health Sociology Review*, 15(5), 506-519.
- Lotfi, S.; Dohmen, G.; Oster, O.; Moza, A.; Spillner, J.W. & Autschbach, R. (2009). Cardiac surgery in octogenarians – risks and benefits in a heterogeneous group. *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon*, 56, P142.
- Lowe, L.P.; Greenland, P.; Ruth, K.J.; Dyer, A.R.; Stamler, R. & Stamler, J. (1998). Impact of major cardiovascular disease risk factors, particularly in combination, on 22-year mortality in women and men. *Archives of Internal Medicine*, 158(18), 2007-2014.
- Löwel, H. (2006). *Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Löwel, H.; Dobson, A.; Keil, U.; Herman, B. et al. (1993). Coronary heart disease case fatality in four countries. *Circulation*, 88(6), 2524-2531.
- Löwel, H.; Lewis, M.; Härtel, U. & Hörmann, A. (1994). Herzinfarkt-Patienten ein Jahr nach dem Ereignis. Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Augsburger Herzinfarktregisters. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 136(3), 29-34.
- Löwel, H.; Meisinger, C.; Heier, M.; Hörmann, A. & v. Scheidt, W. (2006). Herzinfarkt und koronare Sterblichkeit in Süddeutschland. Ergebnisse des bevölkerungsbasierten MONICA/KORA-Herzinfarktregisters 1991 bis 1993 und 2001 bis 2003. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(10), A616-A622.

- Lozano, R.; Murray, C.J.; Lopez, A.D. & Satoh, T. (2001). *Miscoding and misclassification of ischemic heart disease mortality*: WHO, Global Programme on Evidence for Health Policy, Working Paper No. 12.
- Luepker, R.V.; Apple, F.S.; Christenson, R.H. et al. (2003). Case definitions for acute coronary heart disease in epidemiology and clinical research studies. *Circulation*, 108, 2543-2549.
- Luepker, R.V.; Rastam, L.; Hannan, P.J.; Murray, D.M.; Gray, C. et al. (1996). Community education for cardiovascular disease prevention. Morbidity and mortality results from the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Epidemiology*, 144, 351-362.
- Luhmann, N. (1991). *Soziologie des Risikos*. Berlin: de Gruyter.
- Lupton, D.A. (1993). Risk as moral danger: The social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*, 23, 425-435.
- Lupton, D.A. (2005). Lay discourses and beliefs related to food risks: An Australian perspective. *Sociology of Health and Illness*, 27(4), 448-494.
- Lupton, D.A. & Chapman, S. (1995). 'A healthy lifestyle might be the death of you': Discourses on diet, cholesterol control and heart disease in the press and among lay people. *Sociology of Health and Illness*, 17(4), 477-494.
- Lutfey, K. (2005). On practices of 'good doctoring': Reconsidering the relationship between provider roles and patient adherence. *Sociology of Health and Illness*, 27(4), 421-447.
- Lynch, J.W.; Davey Smith, G.; Harper, S. & Bainbridge, K. (2006). Explaining the social gradient in coronary heart disease: Comparing relative and absolute risk approaches. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5), 436-441.
- Lynch, J.W.; Kaplan, G.A.; Cohen, R.D.; Tuomilehto, J. & Salonen, J.T. (1996). Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all-cause mortality, cardiovascular mortality, and acute myocardial infarction? *American Journal of Epidemiology*, 144(10), 934-942.
- Macdonald, K.M. (1995). *The sociology of the professions*. London: Sage.
- MacIsaac, A.I.; Thomas, J.D. & Topol, E.J. (1993). Toward the quiescent coronary plaque. *Journal of the American College of Cardiology*, 22(4), 1228-1241.
- MacMahon, B. & Trichopoulos, D. (1996). *Epidemiology: Principles and methods*. Boston: Little Brown.
- Maddox, T.M. & Ho, P.M. (2009). Medication adherence and the patient with coronary artery disease: Challenges for the practitioner. *Current Opinion in Cardiology*, 24(5), 468-472.
- Magnus, P. & Beaglehole, R. (2001). The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics: Time to end the "only-50%" myth. *Archives of Internal Medicine*, 161(22), 2657-2660.
- Mannebach, H. (1988). *Hundert Jahre Herzgeschichte. Entwicklung der Kardiologie 1887-1987*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mannebach, H. (1995). *Untersuchung über die Struktur des ärztlichen Denkens und Handelns, dargestellt am Beispiel der Kardiologie*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Mannebach, H.; Hamm, C. & Horstkotte, D. (2000a). 15. Bericht über die Leistungszahlen der Herzkatheterlabore in der Bundesrepublik Deutschland. *Zeitschrift für Kardiologie*, 89, 55-61.
- Mannebach, H.; Hamm, C. & Horstkotte, D. (2000b). 16. Bericht über die Leistungszahlen der Herzkatheterlabore in der Bundesrepublik Deutschland. *Zeitschrift für Kardiologie*, 89, 976-978.
- Manuel, D.G.; Rosella, L.C.; Hennessy, D.; Sanmartin, C. & Wilson, K. (2012). Predictive risk algorithms in a population setting: An overview. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 859-865.
- Maretzki, T.W. (1989). Cultural variation in biomedicine: The *Kur* in West Germany. *Medical Anthropology Quarterly*, 3(1), 22-35.
- Mariolakou, A. & Muthny, F. A. (2008). *Gestaltung bedarfsgerechter psychosozialer Fortbildung für die Reha-Fachkräfte: Ein Fortbildungs-Manual für Psychologen und Psychotherapeuten in der Rehabilitation*. Lenggerich: Pabst.
- Marmot, M.G. & Winkelstein Jr., W. (1975). Epidemiologic observations on intervention trials for prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 101(3), 177-181.
- Martin, G.P. & Finn, R. (2011). Patients as team members: Opportunities, challenges and paradoxes of including patients in multi-professional healthcare teams. *Sociology of Health & Illness*, 33(7), 1050-1065.
- Masia, R.; Pena, A.; Marrugat, J. et al. (1998). High prevalence of cardiovascular risk factors in Gerona, Spain, a province with low myocardial infarction incidence. REGICOR investigators. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(11), 707-715.
- Mathar, T. & Jansen, Y.J. (2010). Introduction: Health promotion and prevention programmes in practice. In T. Mathar & Y.J. Jansen (Hg.), *Health promotion and prevention programmes in practice* (S. 9-27). Bielefeld: Transcript.

- Mathes, P. & Thiery, J. (2005). Die Rolle des Lipidstoffwechsels in der Prävention der koronaren Herzerkrankung. *Zeitschrift für Kardiologie*, 94(Suppl. 3), III/43-III/55.
- Mäurer, H.-C. (1989). Die Einbeziehung von Psychologen in Rehabilitationskliniken: Anlass, Schwierigkeiten, Erfahrungen, ganz persönliche Erinnerungen. In VDR (Hg.), *Klinische Psychologen und Ärzte als Team in der Rehabilitationsklinik* (S. 5-12). Frankfurt/M.: Dissertationsdruck Darmstadt.
- Mausner, J.S. & Bahn, A.K. (1985). *Epidemiology. An introductory text*. Philadelphia: Saunders Company (2. Aufl.).
- Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (2008). *Nationale Verzehrstudie II. Ergebnisbericht, Teil 1*. Karlsruhe: Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel.
- Maxwell, J.A. (1992). Understanding and validity in qualitative research. *Harvard Educational Review*, 62(3), 279-300.
- Mayntz, R. & Rosewitz, B. (1988). Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems. In R. Mayntz, B. Rosewitz, U. Schimank & R. Stichweh (Hg.), *Differenzierung und Verselbständigung: Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme* (S. 117-179). Frankfurt/M.: Campus.
- Mays, N. & Pope, C. (1996a). Rigour and qualitative research. In N. Mays & C. Pope (Hg.), *Qualitative research in health care* (S. 10-19). London: BMJ Publishing Group.
- Mays, N. & Pope, C. (1996b). Observational methods in health care settings. In N. Mays & C. Pope (Hg.), *Qualitative research in health care* (S. 20-27). London: BMJ Publishing Group.
- McDonough, J.R.; Hames, C.G.; Stulb, S.C. & Garrison, G.E. (1963). Cardiovascular disease in field study in Evans County, Georgia. *Public Health Report*, 78, 1051-1059.
- McElduff, P.; Jaefarnezhad, M. & Durrington, P.N. (2006). American, British and European recommendations for statins in the primary prevention of cardiovascular disease applied to British men studied prospectively. *Heart*, 92(9), 1213-1218.
- McGiffin, D.J. & Kirklin, J.K. (1996). Chronic stable angina: The role of bypass surgery. In V. Fuster, R. Ross & E.J. Topol (Hg.), *Atherosclerosis and coronary artery disease* (Bd. 2, S. 1543-1557). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- McGill Jr., H.C. (1996). Major risk factors and primary prevention: Overview. In V. Fuster, R. Ross & E.J. Topol (Hg.), *Atherosclerosis and coronary artery disease* (Bd. 1, S. 25-41). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Mendis, S.; Thygesen, K.; Kuulasmaa, K.; Giampaoli, S.; Mähönen, M. et al. (2011). World Health Organization definition of myocardial infarction: 2008–09 revision. *International Journal of Epidemiology*, 40(1), 139-146.
- Mennell, S.; Murcott, A. & van Otterloo, A. (1992). *The sociology of food: Eating, diet and culture*. London: Sage.
- Menotti, A.; Keys, A.; Kromhout, D.; Blackburn, H.; Aravanis, C. et al. (1993). Inter-cohort differences in coronary heart disease mortality in the 25-year follow-up of the seven countries study. *European Journal of Epidemiology*, 9(5), 527-536.
- Menotti, A.; Lanti, M.; Kromhout, D.; Blackburn, H.; Jacobs, D.R. et al. (2008). Homogeneity in the relationship of serum cholesterol to coronary deaths across different cultures: 40-year follow-up of the Seven Countries Study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 15(6), 719-725.
- Menotti, A.; Lanti, M.; Kromhout, D.; Blackburn, H.; Nissinen, A. et al. (2007). Forty-year coronary mortality trends and changes in major risk factors in the first 10 years of follow-up in the seven countries study. *European Journal of Epidemiology*, 22(11), 747-754.
- Mensink, G.B.; Burger, M.; Beitz, R.; Henschel, Y. & Hintzpeter, B. (2002). *Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Mensink, G.B.; Hermann-Kunz, E. & Thamm, M. (1998). Der Ernährungssurvey. *Das Gesundheitswesen*, 60, 83-86.
- Mente, A.; de Koning, L.; Shannon, H.S. & Anand, S.S. (2009). A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Archives of Internal Medicine*, 169(7), 659-669.
- Meuser, M. & Nagel, U. (1994). Expertenwissen und Experteninterview. In R. Hitzler, A. Honer & C. Maeder (Hg.), *Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit* (S. 180-192). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Meuser, M.; Nagel, U. (1997). Das ExpertInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In B. Friebertshäuser & A. Prengel (Hg.), *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 481-491). Weinheim: Juventa.

- Meuser, M.; Nagel, U. (2002). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S. 71-94). Opladen: Leske u. Budrich (zuerst 1991).
- Meyer, C. & Schareika, N. (2009). Neoklassische Feldforschung: Die mikroskopische Untersuchung sozialer Ereignisse als ethnographische Methode. *Zeitschrift für Ethnologie*, 134, 79-102.
- Miettinen, O.S. (1985). *Theoretical epidemiology*. Albany: Delmar Publishers.
- Mintz, S. (2003). Eating communities: The mixed appeals of sodality. In T. Döring, M. Heide & S. Mühleisen (Hg.), *Eating culture. The poetics and politics of food* (S. 19-34). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Mittag, O. (2003). Ergebnisse zur Versorgungsqualität in der kardiologischen Rehabilitation bei Frauen und Männern: Sind Frauen benachteiligt? *Rehabilitation*, 42, 204-210.
- Mittag, O.; Budde, H.-G.; Eisenriegler, E.; Engel, S.; Herrmann-Lingen, C. et al. (2004). Ein Fragebogenset zur Erfassung (Screening) psychischer Störungen und sozialer Probleme von Patienten in der kardiologischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 43(6), 375-383.
- Mittag, O.; China, C.; Hoberg, E.; Juers, E.; Kolenda, K.-D. et al. (2006). Outcomes of cardiac rehabilitation with versus without a follow-up intervention rendered by telephone (Luebeck follow-up trial): Overall and gender-specific effects. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29(4), 195-302.
- Mittag, O. & Grande, G. (2008). PatientInnenorientierung in der Rehabilitation – Die Genderperspektive. *Rehabilitation*, 47, 98-108.
- Mittag, O.; Schramm, S.; Böhmen, S.; Hüppe, A.; Meyer, T. & Raspe, H. (2011). Medium-term effects of cardiac rehabilitation in Germany: Systematic review and meta-analysis of results from national and international trials. *European Journal of Preventive Cardiology*, 18(4), 587-593.
- Mittelmarm, M.B.; Hunt, M.K.; Heath, G.W. & Schmid, T.L. (1993). Realistic outcomes: Lessons from community-based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular diseases. *Journal of Public Health Policy*, 14, 437-462.
- Mittelstraß, J. (Hg.) (1980-1996). *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie* (Bd. 1-4). Stuttgart: Metzler.
- Mohan, R.; Walter, P.J.; Vandermaast, B.; Amsel, B.J. & Vanaken, D. (1992). Isolierte Koronarchirurgie bei 75jährigen und älteren Patienten: Ist das Alter per se eine Kontraindikation? *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon*, 40(6), 365-370.
- Mol, A. (2002). Cutting surgeons, walking patients. Some complexities involved in comparing. In J. Law & A. Mol (Hg.), *Complexities. Social studies of knowledge practices* (S. 218-257). Durham: Duke University Press.
- Mol, A. (2010). Moderation or satisfaction? Food ethics and food facts. In S. Vandamme, S. van de Vathorst & I. de Beaufort (Hg.), *Whose weight is it anyway? Essays on ethics and eating* (S. 121-132). Löwen: Acco Academic.
- Montanari, M. (2006). *Food is culture*. New York: Columbia University Press.
- Montgomery, A.A.; Fahey, T.; Brindle, P.; Davey Smith, G. & Ebrahim, S. (2004). Coronary risk scores. *Lancet*, 363(9408), 572-573.
- Morgan, M.G. & Henrion, M. (1990). *Uncertainty. A guide to dealing with uncertainty in quantitative risk and policy analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Morrison, E.W. & Milliken, F.J. (2003). Speaking up, remaining silent: The dynamics of voice and silence in organizations. *Journal of Management Studies*, 40(6), 1353-1358.
- Mörth, I. (Hg.) (1994). *Das symbolische Kapital der Lebensstile: Zur Kulturosoziologie der Moderne nach Pierre Bourdieu*. Frankfurt/M.: Campus.
- Mosca, L.; Benjamin, E.J.; Berra, K.; Bezanson, J.L.; Dolor, R.J. et al. (2011). Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women—2011 update (AHA-guideline). *Circulation*, 123, 1243-1263.
- Moschovitis, A.; Cook, S. & Meier, B. (2010). Percutaneous coronary interventions in Europe in 2006. *EuroIntervention*, 6, 189-194.
- Mrazek, J. (1986). Psyche, Gesundheit und Sport. Zur subjektiven Wahrnehmung des Gesundheitsversprechens durch den Sport. In E. Franke (Hg.), *Sport und Gesundheit* (S. 86-97). Reinbek: Rowohlt.
- Mrazek, J. (1989). Sport als Gesundheitsverhalten – Beispiel Jogging. In K. Dietrich & K. Heinemann (Hg.), *Der nichtsportliche Sport: Beiträge zum Wandel im Sport* (S. 111-119). Schorndorf: Hofmann.
- MRFIT Research Group (1982). Multiple risk factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results. *Journal of the American Medical Association*, 248(12), 1465-1477.
- Mueller, M.J. & Trautwein, E.A. (2005). *Gesundheit und Ernährung: Public health nutrition*. Stuttgart: Ulmer.

- Mulkay, M.; Ashmore, M. & Pinch, T. (1991). Measuring the quality of life. In M. Mulkay (Hg.), *Sociology of Science* (S. 183-203). Buckingham: Open University Press.
- Mullen, P.D.; Mains, D.A. & Velez, R. (1992). A meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education. *Patient Education and Counselling*, 19, 143-162.
- Müller, C.; Zimmermann, L.; Rundel, M. & Körner, M. (2014). Förderfaktoren und Barrieren interprofessioneller Kooperation in Rehabilitationskliniken – Eine Befragung von Führungskräften. In DRV-Bund (Hg.), 23. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium*, 10.-12. März 2014 in Karlsruhe (S. 306-308). Online: <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main_reha_kollo_tb&chmenu=ispvwNavEntriesByHierarchy202> (Abruf 27.04.2014).
- Müller, H.-P. (1989). Lebensstile: Ein neues Paradigma der Differenzierungs- und Ungleichheitsforschung? *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 41, 53-71.
- Müller-Mundt, G. (2002). Experteninterviews oder die Kunst der Entlockung „funktionaler Erzählungen“. In D. Schaeffer & G. Müller-Mundt (Hg.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung* (S. 267-283). Bern: Hans Huber.
- Müller-Nordhorn, J. (2005). *Regionale Trends der kardiovaskulären Mortalität: Bedeutung für das Versorgungsmanagement von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Berlin.
- Müller-Nordhorn, J.; Binting, S.; Roll, S. & Willich, S.N. (2008). An update on regional variation in cardiovascular mortality within Europe. *European Heart Journal*, 29, 1316-1326.
- Müller-Riemenschneider, F., Andersohn, F. & Willich, S.N. (2010a). Trends in age-standardised and age-specific mortality from ischaemic heart disease in Germany. *Clinical Research in Cardiology*, 99(9), 545-551.
- Müller-Riemenschneider, F.; Holmberg, C.; Rieckmann, N.; Kliems, H.; Rufer, V. et al. (2010b). Barriers to routine risk-score use for healthy primary care patients. Survey and qualitative study *Archives of Internal Medicine*, 170(8), 719-724.
- Müller-Riemenschneider, F.; Meinhard, C.; Damm, K.; Vauth, C.; Bockelbrink, A. et al. (2010c). Effectiveness of nonpharmacological secondary prevention of coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 17(6), 688-700.
- Müller-Riemenschneider, F.; Reinhold, T. & Willich, S.N. (2011). Medikamentenfreisetzende Stents der 2. Generation – neu, aber auch kosteneffektiv? *Herz*, 36, 254-261.
- Murray, D.M. (1995). Design and analysis of community trials: Lessons from the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Epidemiology*, 142(6), 569-575.
- Myrtek, M. (2000). *Das Typ-A-Verhaltensmuster und Hostility als eigenständige Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit* (Bd. 2). Frankfurt/M.: VAS.
- Narayan, K.M.; Mensah, G.A.; Sorensen, S.; Cheng, Y.J.; Vinicor, F. et al. (2005). Combination pharmacotherapy for cardiovascular disease prevention: Threat or opportunity for public health? , 29(5, Supplement 1), 134-138.
- Narins, C.R.; Holmes Jr.; D.R. & Topol, E.J. (1998). A call for provisional stenting. The balloon is back! *Circulation*, 97, 1298-1305.
- Nassehi, A. (Hg.) (2013). *Gefährdete Gesundheit*. Kursbuch 175. Hamburg: Murmann.
- Neumeyer-Gromen, A.; Bräunlich, A.; Zeeb, H. & Razum, O. (2006). Theorie und Praxis der Epidemiologie. Teil I: Systematik theoretischer Grundlagen der Epidemiologie als zentrale Fachdisziplin von „Public Health“. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1(3), 190-197.
- Neuner-Jehle, S.; Senn, O.; Wegwarth, O.; Rosemann, T. & Steurer, J. (2011). How do family physicians communicate about cardiovascular risk? Frequencies and determinants of different communication formats. *BMC Family Practice*, 12, 15.
- Nexøe, J.; Gyrd-Hansen, D.; Kragstrup, J.; Kristiansen, I.S. & Nielsen, J.B. (2002). Danish GPs' perception of disease risk and benefit of prevention. *Family Practice*, 19(1), 3-6.
- Nexøe, J.; Halvorsen, P.A. & Kristiansen, I.S. (2007). Critiques of the risk concept – valid or not? *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(6), 648-654.
- Neyman, J. (1977). Frequentist probability and frequentist statistics. *Synthese*, 36, 97-131.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2008 (reissued 2010)). Lipid modification: Cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. NICE (Hg.) *Clinical Guideline 67*.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2010). Prevention of cardiovascular disease. NICE (Hg.) *Public Health Guideline 25*.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2011). Hypertension: Clinical management of primary hypertension in adults. NICE (Hg.) *Clinical Guideline 127*.

- Nicod, M. (1980). Gastronomically speaking: Food studied as a medium of communication. In M. Turner (Hg.), *Nutrition and lifestyles* (S. 53-66). London: Applied Science Publishers.
- Niewöhner, J. (2010). Über die Spannungen zwischen individueller und kollektiver Intervention: Herzkreislaufprävention zwischen Gouvernamentalität und Hygienisierung. In M. Lengwiler & J. Madarász (Hg.), *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik* (S. 307-324). Bielefeld: Transcript.
- N.N. (2011). PARZIVAR: Entwicklung und Evaluation eines Trainingsmoduls zur partizipativen Vereinbarung von Zielen in der stationären medizinischen Rehabilitation. Abschlussbericht. Online: <http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_parzivar_final_mit_logo.pdf> (Abruf 27.04.2014).
- Nordgren, L.F.; van der Pligt, J. & van Harreveld, F. (2007). Unpacking perceived control in risk perception: The mediating role of anticipated regret. *Journal of Behavioral Decision Making*, 20(5), 533-544.
- Nordmann, A.J.; Suter-Zimmermann, K.; Bucher, H.C.; Shai, I.; Tuttle, K.R. et al. (2011). Meta-analysis comparing Mediterranean to low-fat diets for modification of cardiovascular risk factors. *American Journal of Medicine*, 124(9), 841-851.
- Norell, S. (1984). Models of causation in epidemiology. In L. Nordenfelt & B.I. Lindahl (Hg.), *Health, disease, and causal explanations in medicine* (S. 129-135). Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Norell, S. (1995). *Workbook of epidemiology*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Norris, R.M. (2001). Dissent from the consensus on the redefinition of myocardial infarction. *European Heart Journal*, 22, 1626-1627.
- Nugus, P., Greenfield, D., Travaglia, J., Westbrook, J. & Braithwaite, J. (2010). How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care. *Social Science & Medicine*, 71, 898-909.
- Numerato, D.; Salvatore, D. & Fattore, G. (2012). The impact of management on medical professionalism: A review. *Sociology of Health & Illness*, 34(4), 626-644.
- NVL KHK (Nationale VersorgungsLeitlinie) (2011). Chronische KHK. Langfassung. Version 1.11. *Nationale VersorgungsLeitlinien*. Online: <<http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/nvl-archiv/vorversionen-khk/nvl-khk-lang-1.11.pdf>> (Abruf 30.11.2011, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/63ZweR1yG>>).
- Oberhänsli, M.; Puricel, S.; Togni, M. & Cook, S. (2011). Koronare Stent-Thrombosen. Was gibt es Neues 2011? *Herz*, 36, 241-253.
- O'Brien, A.; Fries, E. & Bowen, D. (2000). The effect of accuracy of perceptions of dietary-fat intake on perceived risk and intentions to change. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(5), 465-473.
- O'Flaherty, M.; Bishop, J.; Redpath, A.; McLaughlin, T.; Murphy, D. et al. (2009). Coronary heart disease mortality among young adults in Scotland in relation to social inequalities: Time trend study. *British Medical Journal*, 339, B2613.
- O'Flaherty, M.; Ford, E.S.; Allender, S.; Scarborough, P. & Capewell, S. (2007). Coronary heart disease trends in England and Wales from 1984 to 2004: Concealed levelling of mortality rates among young adults. *Heart*, 94(2), 178-181.
- Oldridge, N.B.; Guyatt, G.H.; Fischer, M.E. & Rimm, A.A. (1988). Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: Combined experience of randomized clinical trials. *Journal of the American Medical Association*, 260(7), 945-950.
- Olin Lauritzen, S. & Sachs, L. (2001). Normality, risk and the future: Implicit communication of threat in health surveillance. *Sociology of Health and Illness*, 23(4), 497-516.
- Olsen, J. (1993). Some consequences of adopting a conditional deterministic causal model in epidemiology. *European Journal of Public Health*, 3(3), 204-209.
- Olsen, J. (2003). What characterises a useful concept of causation in epidemiology? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(86-88).
- Oltersdorf, U. (1995). *Ernährungsepidemiologie*. Stuttgart: Ulmer.
- Opie, A. (2000). *Thinking teams, thinking clients*. New York: Columbia University Press.
- Oriol-Zerbe, C. & Abholz, H.H. (2007). Primary prevention of cardiovascular diseases by lipid-lowering treatment in German general practice: Results from GPs ignoring guidelines and risk calculators. *European Journal of General Practice*, 13(1), 27-34.
- Ornish, D.; Brown, S.E.; Scherwitz, L.W.; Billings, J.H.; Armstrong, W.T. et al. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet*, 336(July 21), 129-133.
- Ornish, D.; Scherwitz, L.W.; Billings, J.H.; Brown, S.E.; Gould, K.L. et al. (1998). Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 280, 2001-2007.

- Orth-Gomér, K. (2001). Coronary risk factor modification after the acute event — why are effects not maintained? *European Heart Journal*, 22, 276-279.
- Otte, G. (2004). *Sozialstrukturanalysen mit Lebensstilen. Eine Studie zur theoretischen und methodischen Neuorientierung der Lebensstilforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Palmieri, L.; Bennett, K.; Giampaoli, S. & Capewell, S. (2010). Explaining the decrease in coronary heart disease mortality in Italy between 1980 and 2000. *American Journal of Public Health*, 100(4), 684-692.
- Pannen, S. (2000). Psychologisches Screening in der orthopädischen Rehabilitation. Erfahrungen mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). In AK KliPs in der Rehabilitation – Fachgruppe der Sektion Klinische Psychologie im Bund Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V. (Hg.), *Kompetenz und Qualität klinischer Psychologie in der Rehabilitation. Beiträge zur 18. Jahrestagung des AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation vom 26.-28.02.1999* (S. 14-27). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Parascandola, M. (1998). Epidemiology: Second-rate science? *Public Health Reports*, 113(4), 312-320.
- Parascandola, M. (2004). Two approaches to etiology: The debate over smoking and lung cancer in the 1950s. *Endeavour*, 28(2), 81-86.
- Parascandola, M. (2011). Causes, risks, and probabilities: Probabilistic concepts of causation in chronic disease epidemiology. *Preventive Medicine*, 53(4-5), 232-234.
- Parascandola, M. & Weed, D.L. (2001). Causation in epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(12), 905-912.
- Parsons, T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 53(1), 257-278.
- Patel, M.R.; Dehmer, G.J.; Hirshfeld, J.W.; Smith, P.K.; Spertus, J.A. et al. (2009). ACCF/SCAI/STS/AATS/AHA/ASNC 2009 appropriateness criteria for coronary revascularization. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(6), 530-553.
- Patterson, D.L.H. & Treasure, T. (1991). The culprit coronary artery lesion. *Lancet*, 338(Nov 30), 1379-1380.
- Paul, O.; Lepper, M.H.; Phelsh, W.H. et al. (1963). A longitudinal study of coronary heart disease. *Circulation*, 28, 20-31.
- Perk, J.; De Backer, G.; Gohlke, H.; Graham, I.M.; Zeljko, R. et al. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Journal of Preventive Cardiology*, 19(4), 585-667.
- Perrow, C. (1965). Hospitals: Technology. Structure. Goals. In J. March (Hg.), *Handbook of organizations* (S. 910-971). Chicago: Rand McNally & Co.
- Peter, A.-M. (1992). *Arbeitsteilung im Krankenhaus aus strafrechtlicher Sicht*. Baden-Baden: Nomos.
- Peter, C. & Funcke, D. (Hg.) (2013). *Wissen an der Grenze. Zum Umgang mit Ungewissheit und Unsicherheit in der modernen Medizin*. Frankfurt/M.: Campus.
- Peterson, L.J.; Helweg-Larsen, M.; Volpp, K.G. & Kimmel, S.E. (2012). Heart attack risk perception biases among hypertension patients: The role of educational level and worry. *Psychology and Health*, 27(6), 737-751.
- Pfadenhauer, M. (2005a). De-Professionalisierung durch Lernkulturalisierung. Zur Herausforderung des medizinischen Standes durch Life Long Learning. In H. Bollinger, A. Gerlach & M. Pfadenhauer (Hg.), *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen*. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Pfadenhauer, M. (Hg.) (2005b). *Professionelles Handeln*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pfadenhauer, M. (2009). Das Experteninterview: ein Gespräch auf gleicher Augenhöhe. In R. Buber & H.H. Holzmüller (Hg.), *Qualitative Marktforschung: Konzepte – Methoden – Analysen* (S. 449-461). Wiesbaden: Gabler.
- Piepoli, M.F. (2005). Exercise rehabilitation in heart disease: The real „polypill“ for primary and secondary prevention. *Monaldi Archives of Chest Diseases*, 64(2), 88-93.
- Piepoli, M.F.; Corrà, U.; Adamopoulos, S.; Benzer, W.; Bjarnason-Wehrens, B. et al. (2012). Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular diseases. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery. *European Journal of Preventive Cardiology, Epub ahead of print*, 1-18.
- Piepoli, M.F.; Corrà, U.; Benzer, W.; Bjarnason-Wehrens, B.; Dendale, P. et al. (2010). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: From knowledge to implementation. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 17(1), 1-17.
- Plüss, C.E.; Billing, E.; Held, C.; Henriksson, P.; Kiessling, A. et al. (2011). Long-term effects of an expanded cardiac rehabilitation programme after myocardial infarction or coronary artery bypass surgery: A five-year follow-up of a randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation*, 25(1), 79-87.

- Poole, C. (2010). On the origin of risk relativism. *Epidemiology*, 21(1), 3-9.
- Pooling Project Research Group (1978). Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight and ECG abnormalities to incidence of major coronary events: Final report of the Pooling Project. *Journal of Chronic Diseases*, 31, 201-306.
- Pope, C. & Mays, N. (1995). Reaching the parts other methods cannot reach: An introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medical Journal*, 311(1 July), 42-45.
- Porter, T.M. (1986). *The rise of statistical thinking*. Princeton: Princeton University Press.
- Porter, T.M. (2010). Lebensversicherung, medizinische Tests und das Management der Mortalität. In M. Lengwiler & J. Madarász (Hg.), *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik* (S. 55-84). Bielefeld: Transcript. (Zuerst 2000 erschienen als: Life insurance, medical testing, and the management of mortality. In: L. Daston (Hg.), *Biographies of scientific objects* (S. 226-247). Chicago: Chicago University Press).
- Prahl, H.-W. & Setzwein, M. (1999). *Soziologie der Ernährung*. Opladen: Leske u. Budrich.
- Prior, L.; Wood, F.; Gray, J.; Pill, R. & Hughes, D. (2002). Making risk visible: The role of images in the assessment of (cancer) genetic risk *Health, Risk & Society*, 4(3), 241-258.
- Prognos AG (2009). *Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Studie im Auftrag von DEGEMED, VDPK NRW, VDPKT*. Online: <http://www.rehatag.de/images/stories/PDF/Publikationen_2012/prognos-studie%20med%20reha_aug%202009_kurzfassung.pdf> (Abruf 25.04.2014).
- Prottas, J.M. (1979). *People processing. The street-level bureaucrat in public service bureaucracies*. Lexington: Lexington Books.
- Prugger, C.; Heidrich, J.; Wellmann, J.; Dittrich, R.; Brand, S.M. et al. (2012). Trends in cardiovascular risk factors among patients with coronary heart disease: Results from the EUROASPIRE I, II, and III surveys in the Münster region. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(17), 303-310.
- Psychrembel. (1994). *Klinisches Wörterbuch*. Berlin: de Gruyter (257. Aufl.).
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1998). *Ernährungspsychologie. Eine Einführung*. Göttingen: Hogrefe (2. Aufl.).
- Puska, P.; Salonen, J.; Nissinen, A. & Tuomilehto, J. (1983). The North Karelia Project. *Preventive Medicine*, 12, 191-195.
- Quaschnig, K.; Bredehorst, M.; Dibbelt, S. & Glattacker, M. (2014). Praxis der Zielorientierung in der medizinischen Rehabilitation: Eine empirische Bestandsaufnahme. In DRV-Bund (Hg.), 23. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 10.-12. März 2014 in Karlsruhe* (S. 220-221). Online: <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main_reha_kollo_tb&chmenu=ispvwNavEntriesByHierarchy202> (Abruf 27.04.2014).
- Quasthoff, U.M. (1990). Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip. Zum Verhältnis von „Alltag“ und „Institution“ am Beispiel der Verteilung des Rederechts in Arzt-Patient-Interaktionen. In K. Ehlich, A. Koerfer, A. Redder & R. Weingarten (Hg.), *Medizinische und therapeutische Kommunikation* (S. 66-81). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Raine, R.; Hutchings, A. & Black, N. (2003). Is publicly funded health care really distributed according to need? The example of cardiac rehabilitation in the UK. *Health Policy*, 63(1), 63-72.
- Rammstedt, O. (1992). Risiko. In J. Ritter (Hg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie* (Bd. 8, Sp. 1045-1050). Basel: Schwabe.
- Rauch, B.; Middeke, M.; Bönner, G.; Karoff, M. & Held, K. (Hg.) (2007). *Kardiologische Rehabilitation. Standards für die Praxis nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V. (DGPR)*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Rauch, B.; Schneider, S.; Gitt, A.; Liebhart, C.; Jünger, C. et al. (2005). Short-term cardiac rehabilitation after myocardial infarction – results from the acute coronary syndrom registry. *European Heart Journal*, 26(Abstr. Suppl.), 503.
- Ravnskov, U. (2008). The fallacies of the lipid hypothesis. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 42(4), 236-239.
- Ray, K.K.; Kondapally Seshasai, S.R.; Erqou, S.; Sever, P.; Jukema, J.W. et al. (2010). Statins and all-cause mortality in high-risk primary prevention. A meta-analysis of 11 randomized controlled trials involving 65 229 participants. *Archives of Internal Medicine*, 170(12), 1024-1031.
- Razum, O., Breckenkamp, J. & Brzoska, P. (2011). *Epidemiologie für Dummies*. Weinheim: Wiley-VCH Verlag (2. Aufl.).
- Razum, O.; Brzoska, P. & Breckenkamp, J. (2011). Die Professionalisierung der Epidemiologie in Deutschland im Kontext von Public Health. In T. Schott & C. Hornberg (Hg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland* (S. 145-158). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Reardon, S. (2011). Experts debate polypill: A single pill for global health? *Science*, 333(6051), 1813.
- Redder, A. & Wiese, I. (Hg.) (1994). *Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Reese, C.; Jäckel, W.H. & Mittag, O. (2012a). Die somatische Rehabilitation als Arbeitsfeld für Psychologen: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zu Strukturen und Praxis in der stationären orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 51(3): 142-150.
- Reese, C.; Mittag, O.; Bengel, J.; Boll-Klatt, A.; Cordes, C. et al. (2012b). Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Koronare Herzerkrankung. Online: <<http://www.uniklinik-freiburg.de/aqms/live/Praxisempfehlungen.html>> (Abruf 28.03.2014).
- Reese, C.; Spieser, A. & Mittag, O. (2012c). Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzerkrankung: Zusammenfassung der Evidenz und der Empfehlungen aus systematischen Übersichtsarbeiten und Leitlinien. *Rehabilitation*, 51(6), 405-414.
- Rehbein, J. (1993). Ärztliches Fragen. In P. Löning & J. Rehbein (Hg.), *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses* (S. 311-364). Berlin: de Gruyter.
- Reifart, N. (2011). Europäische Leitlinien zur Myokard-Revaskularisation. *Herz*, 36, 265-266.
- Reiner, Z.; Catapano, A.L.; De Backer, G.; Graham, I.; Taskinen, M.R. et al. (2011). ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *European Heart Journal*, 32, 1769-1818.
- Reitsma, J.B.; Dalstra, J.A.; Bonsel, G.J.; van der Meulen, J.H.; Koster, R.W. et al. (1999). Cardiovascular disease in the Netherlands, 1975 to 1995: Decline in mortality, but increasing numbers of patients with chronic conditions. *Heart*, 82(1), 52-56.
- Rellecke, E.-M. (1985). Selbstverantwortung und Mitbestimmung des Patienten bei seiner Behandlung. Praktische Nutzenanwendung der Analyse ärztlicher Gespräche. In P. Löning & S.-F. Sager (Hg.), *Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Ein Hamburger Workshop* (S. 39-83). Hamburg: Helmut Buske Verlag.
- Renaud, S. & de Lorgeril, M. (1992). Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. *Lancet*, 339, 1523-1526.
- Renner, B.; Knoll, N. & Schwarzer, R. (2000). Age and body make a difference in optimistic health beliefs and nutrition behaviors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7(2), 143-159.
- Reutin, B. & Schott, T. (2013). *Reha bei türkischen Migrant(inn)en aus Sicht des Klinikpersonals*. In T. Schott & O. Razum (Hg.), *Migration und medizinische Rehabilitation* (S. 111-161). Weinheim: Beltz Juventa.
- Rief, W. (2006). Psychische Aspekte bei körperlichen Krankheiten – Leitlinien in der Verhaltensmedizin. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(1), 13-22.
- Rief, W.; Hautzinger, M.; Rist, F.; Rockstroh, B. & Wittchen, H.-U. (2007). Klinische Psychologie und Psychotherapie: Eine Standortbestimmung in der Psychologie. *Psychologische Rundschau*, 58(4), 249-259.
- Rittner, V. (1985). Sport und Gesundheit. Zur Ausdifferenzierung des Gesundheitsmotivs im Sport. *Sportwissenschaft*, 15(2), 136-154.
- Roethlisberger, F.J. & Dickson, W.J. (1939). *Management and the worker*. Cambridge: Harvard University Press.
- Romppel, M. & Grande, G. (2011). *Patientenorientierte Interventionen zur Lebensstilmodifikation bei KHK – Subjektive Konzepte zu Inhalten, Methoden und Setting nachhaltiger Sekundärprävention im Alltag*. Abschlussbericht zum Vorhaben. Leipzig, Hannover: HTWK Leipzig, FAS. Technische Informationsbibliothek u. Universitätsbibliothek Hannover.
- Roncaglioni, M.C.; Avanzini, F.; Roccatagliata, D.; Monesi, L.; Tamayo-Benitez, D. et al. (2004). How general practitioners perceive and grade the cardiovascular risk of their patients. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 11(3), 233-238.
- Rosamond, W.D.; Chambless, L.E. & Folsom, A.R. (1999). Correspondence. *Lancet*, 354(September 4), 864-865.
- Rosamond, W.D.; Chambless, L.E.; Folsom, A.R.; Cooper, L.S. et al. (1998). Trends in the incidence of myocardial infarction and in mortality due to coronary heart disease, 1987 to 1994. *New England Journal of Medicine*, 339(13), 861-867.
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1), 32-38.
- Rose, G. (1992). Strategies of prevention: The individual and the population. In M. Marmot & P. Elliott (Hg.), *Coronary heart disease epidemiology. From aetiology to public health* (S. 311-324). Oxford: Oxford University Press.
- Rose, J.P. (2012). Debiasing comparative optimism and increasing worry for health outcomes. *Journal of Health Psychology*, 17(8), 1121-1131.
- Rosen, D. & Saunders, D. (2010). Risk factor contributions in portfolio credit risk models. *Journal of Banking and Finance*, 34(2), 336-349.

- Rosenberg, C.E. (2007). Banishing risk. In C.E. Rosenberg (Hg.), *Our present complaint. American medicine, then and now* (S. 60-76). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2004). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Hans Huber.
- Rosenman, R.H. & Friedman, M. (1963). Behavior patterns, blood lipids, and coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 184, 934.
- Rosenman, R.H.; Friedman, M.; Straus, R.; Jenkins, C.D.; Zyzanski, S.J. et al. (1970). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study. A follow-up experience of 4 and one-half years. *Journal of Chronic Diseases*, 23, 173-190.
- Rössel, J. & Otte, G. (Hg.) (2011). *Lebensstilforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rost, R.; Hartmann, T.; Horstmann, G.; Koll, U. & Bjarnason-Wehrens, B. (1999). Der Bedarf an ambulanter kardiologischer Anschlußrehabilitation in einem großstädtischen Ballungsgebiet. *Zeitschrift für Kardiologie*, 88(1), 34-43.
- Rothman, A.J. & Kiviniemi, M.T. (1999). Treating people with information: An analysis and review of approaches to communicating health risk information. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, 25, 44-51.
- Rothman, D.J. & Blumenthal, D. (Hg.) (2010). *Medical professionalism in the new information age*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Rothman, K.J. (1976). Causes. *American Journal of Epidemiology*, 104, 587-592.
- Rothman, K.J. & Greenland, S. (Hg.) (1998). *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rothman, K.J.; Greenland, S. & Lash, T.L. (2008). *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (3. Aufl.).
- Rothschuh, K.E. (1978). *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*. Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- Rothstein, W.G. (2003). *Public health and the risk factor: A history of an uneven medical revolution*. Rochester: Rochester University Press.
- Rozanski, A.; Blumenthal, J.A.; Davidson, K.W.; Saab, P.G. & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45(5), 637-651.
- Rugulies, R. (1998). *Die psychosoziale Dimension der koronaren Herzkrankheit und die Chancen multiprofessioneller Intervention*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Rugulies, R. (2001). Risikofaktoren, Chlamydien und soziopsychophysiologische Zusammenhänge. Eine Übersicht und Kritik der epidemiologischen Erforschung der koronaren Herzkrankheit. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 34, 19-39.
- Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor of coronary heart disease: A review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(1), 51-61.
- Rugulies, R.; Scherwitz, L.; Siegrist, J.; Benesch, L.; Hertel, L. & Cremer, P. (1996). Lebensstiländerung bei Koronarkranken. Auswirkungen auf Krankheitsverlauf und kardiovaskuläre Risikofaktoren. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 138, 598-602.
- Russell, D.; Springer, K.W. & Greenfield, E.A. (2010). Witnessing domestic abuse in childhood as an independent risk factor for depressive symptoms in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 34(6), 448-453.
- Saake, I. (2003). Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion. *Soziale Welt*, 54, 429-446.
- Sabik, J.F.; Blackstone, E.H.; Gillinov, A.M.; Banbury, M.K.; Smedira, N.G. & Lytle, B.W. (2006). Influence of patient characteristics and arterial grafts on freedom from coronary reoperation. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 131, 90-98.
- Sager, H.B.; Linsel-Nitschke, P.; Mayer, B.; Lieb, W.; Franzel, B. et al. (2010). Physicians' perception of guideline-recommended low-density lipoprotein target values: Characteristics of misclassified patients. *European Heart Journal*, 31(10), 1266-1273.
- Saikku, P.; Leinonen, M.; Mattila, K.; Ekman, M.R.; Nieminen, M.S. et al. (1988). Serological evidence of an association of a novel Chlamydia, TWAR, with chronic coronary heart disease and acute myocardial infarction. *Lancet*, 332(8618), 983-986.
- Sakidalski, B. (1994). Inanspruchnahme und Akzeptanz von ambulanten kardiologischen Nachsorgeprogrammen bei Versicherten der Angestelltenversicherung. In W. Müller-Fahrnow (Hg.), *Medizinische Rehabilitation. Versorgungsstrukturen, Bedarf und Qualitätssicherung* (S. 175-181). Weinheim: Juventa.
- Salhani, D. & Coulter, I. (2009). The politics of interprofessional working and the struggle for professional autonomy in nursing. *Social Science & Medicine*, 68, 1221-1228.

- Samani, N.J.; Erdmann, J.; Hall, A.S.; Hengstenberg, C.; Mangino, M. et al. for the Wellcome Trust Case Control Consortium & Cardiogenics Consortium (2007). Genomewide association analysis of coronary artery disease *New England Journal of Medicine*, 357, 443-453.
- Sanderson, B.K. & Bittner, V. (2005). Women in cardiac rehabilitation: Outcomes and identifying risk for dropout. *American Heart Journal*, 150, 1052-1058.
- Sandman, L.; Granger, B.B.; Ekman, I. & Munthe, C. (2012). Adherence, shared decision-making and patient autonomy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 15(2), 115-127.
- Saner, H. (Hg.) (1993). *Kardiale Rehabilitation*. Stuttgart: Thieme.
- Sanjek, R. (Hg.) (1991). *Fieldnotes: The making of anthropology*. Ithaca: Cornell University Press.
- Sankar, A. (1986). Out of the clinic into the home: Control and patient-physician communication. *Social Science & Medicine*, 22(9), 973-982.
- Sans, S.; Kesteloot, H.; Kromhout, D. on behalf of the Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe (1997). The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. *European Heart Journal*, 18, 1231-1248.
- Sanz, G.; Fuster, V.; Guzmán, L.; Guglietta, A.; Arnáiz, J.A. et al. (2011). The fixed-dose combination drug for secondary cardiovascular prevention project: Improving equitable access and adherence to secondary cardiovascular prevention with a fixed-dose combination drug. Study design and objectives. *American Heart Journal*, 162(5), 811-817.
- Sapre, N.; Mann, S. & Elley, C.R. (2009). Doctors' perceptions of the prognostic benefit of statins in patients who have had myocardial infarction. *Internal Medicine Journal*, 39(5), 277-282.
- Sauer, G. & Gysan, D.B. (2007). Ambulante Rehabilitation. In B. Rauch, M. Middeke, G. Bönner, M. Karoff & K. Held (Hg.), *Kardiologische Rehabilitation* (S. 227-229). Stuttgart: Thieme.
- Saukko, P.M.; Farrimond, H.; Evans, P.H. & Qureshi, N. (2012). Beyond beliefs: Risk assessment technologies shaping patients' experiences of heart disease prevention. *Sociology of Health & Illness*, 34(4), 560-575.
- Savage, L.J. (1972 (1954)). *The foundations of statistics*. New York: Dover Publications (2. überarb. Aufl.).
- Savitz, D.A. (1994). In defense of black box epidemiology. *Epidemiology*, 5(5), 550-552.
- Savitz, D.A. (1997). The alternative to epidemiologic theory: Whatever works. *Epidemiology*, 8(2), 210-212.
- Scandinavian Simvastatin Survival Study (1994). Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet*, 344, 1383-1389.
- Schaeffer, D. (1990). *Psychotherapie zwischen Mythologisierung und Entzauberung. Therapeutisches Handeln im Anfangsstadium der Professionalisierung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schaeffer, D. (1994). Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In D. Schaeffer (Hg.), *Public Health und Pflege: zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen* (S. 103-126). Berlin: Edition Sigma.
- Schaeffer, D. & Müller-Mundt, G. (Hg.) (2002). *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern: Hans Huber.
- Schaff, H.V. (1996a). Acute myocardial infarction: The role of bypass surgery. In V. Fuster, R. Ross & E.J. Topol (Hg.), *Atherosclerosis and coronary artery disease* (Bd. 2, S. 1157-1164). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Schaff, H.V. (1996b). The role of bypass surgery for unstable angina. In V. Fuster, R. Ross & E.J. Topol (Hg.), *Atherosclerosis and coronary artery disease* (Bd. 2, S. 1359-1363). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Schaub, E. (1997). Rehabilitation der Rentenversicherung im Zeichen der Spargesetze: Umbruch und Perspektiven. *Deutsche Rentenversicherung*, 97(5-6), 265-276.
- Scheffer, T. (2002). Das Beobachten als sozialwissenschaftliche Methode – Von der Grenzen der Beobachtbarkeit und ihrer methodischen Bearbeitung. In D. Schaeffer & G. Müller-Mundt (Hg.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung* (S. 351-374). Bern: Hans Huber.
- Scheffer, T. & Meyer, C. (2011). Tagungsbericht: Soziologische vs. ethnologische Ethnographie – Zur Belastbarkeit und Perspektive einer Unterscheidung. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 11(2), Art. 25 [46 Absätze].
- Scheller, B.; Levenson, B.; Joner, M.; Zahn, R.; Clauss, V. et al. (2011). Medikamente freisetzende Stents und mit Medikamenten beschichtete Ballonkatheter. Positionspapier der DGK 2011. *Der Kardiologe*, 5, 411-435.
- Scherwitz, L. (1992). Können Lebensstiländerungen die Progression der Atherosklerose aufhalten? *Prävention und Rehabilitation*, 4(2), 50-56.

- Scherwitz, L.W.; Brusis, O.A.; Kesten, D.; Safian, P.A.; Hasper, E. et al. (1995). Lebensstiländerung bei Herzinfarktpatienten im Rahmen der stationären und ambulanten Rehabilitation – Ergebnisse einer deutschen Pilotstudie. *Zeitschrift für Kardiologie*, 84(3), 216-221.
- Schimank, U. (1988). Die Entwicklung des Sports zum gesellschaftlichen Teilsystem. In R. Mayntz, B. Rosewitz, U. Schimank & R. Stichweh (Hg.), *Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme* (S. 181-232). Frankfurt/M.: Campus.
- Schimank, U. (1992). Größenwachstum oder soziale Schließung? Das Inklusionsdilemma des Breitensports. *Sportwissenschaft*, 22(1), 32-45.
- Schimank, U. (1995). Die Autonomie des Sports in der modernen Gesellschaft. Eine differenzierungstheoretische Problemskizze. In J. Winkler & K. Weis (Hg.), *Soziologie des Sports: Theorieansätze, Forschungsergebnisse und Forschungsperspektiven* (S. 59-71). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schlich, T. (1996). Die Konstruktion der notwendigen Krankheitsursache: Wie die Medizin Krankheit beherrschen will. In C. Borck (Hg.), *Anatomien medizinischen Wissens* (S. 201-229). Frankfurt/M.: Fischer.
- Schlicht, W. & Brand, R. (2007). *Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit: Eine interdisziplinäre Einführung*. Weinheim: Juventa.
- Schliehe, F. (2006). Das Klassifikationssystem der ICF. *Rehabilitation*, 45, 258-271. doi:210.1055/s-2006-940105.
- Schliehe, F. & Röckelein, E. (1998). Einleitung und Durchführung der Rehabilitation. In H. Delbrück & E. Haupt (Hg.), *Rehabilitationsmedizin* (S. 29-68). München: Urban & Schwarzenberg.
- Schliehe, F.; Schäfer, H.; Buschmann-Steinhage, R. & Döll, S. (2000). *Aktiv Gesundheit fördern*. Stuttgart: Schattauer.
- Schmalohr, E. (2007). Klinische Psychologie und Psychotherapie zwischen Psychologie und Medizin. *Report Psychologie*, 32(10), 440-450.
- Schmermund, A. (2004). Kardiorespiratorische Fitness. Die Bedeutung des Sports für die Gesundheit. *Herz*, 29(4), 365-372.
- Schmidt, B. (2008). *Eigenverantwortung haben immer die Anderen. Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen*. Bern: Hans Huber.
- Schmidt, C. (2003). Analyse von Leitfadeninterviews. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 447-456). Reinbek: Rowohlt (2. Aufl.).
- Schmidt-Semisch, H. & Schorb, F. (Hg.) (2008). *Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schöffski, O. & Greiner, W. (2007). *Das QALY-Konzept als prominentester Vertreter der Kosten-Nutzwert-Analyse*. In O. Schöffski & J.-M. G. v.d. Schulenburg (Hg.), *Gesundheitsökonomische Evaluation* (3. Aufl., S. 95-137). Berlin: Springer.
- Schöler, J. H. (2006). *Über die Anfänge der Schwedischen Heilgymnastik in Deutschland*. Universität Münster, Münster.
- Schönle, C. (Hg.) (2004). *Rehabilitation*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Schorb, F. & Schmidt-Semisch, H. (2012). Die Problematisierung gesundheitlicher Risiken. In A. Hanses & K. Sander (Hg.), *Interaktionsordnungen: Gesundheit als soziale Praxis* (S. 53-69). Wiesbaden: Springer VS.
- Schott, T. (1996). *Rehabilitation und die Wiederaufnahme der Arbeit. Eine sozialespidemiologische Untersuchung über den Erfolg medizinischer Rehabilitation nach Herzerkrankungen bei der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit*. Weinheim: Juventa.
- Schott, T.; Badura, B.; Schwager, H.-J.; Wolf, P. & Wolters, P. (Hg.) (1996). *Neue Wege in der Rehabilitation. Von der Versorgung zur Selbstbestimmung chronisch Kranker*. Weinheim: Juventa.
- Schott, T. & Hornberg, C. (Hg.) (2011). *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schott, T.; Iseringhausen, O. & vom Orde, A. (2002). Kontinuität und Prozeßqualität in der Behandlung der chronischen Herzerkrankung: Der Zugang zur Rehabilitation und die Schnittstelle zum Alltag. *Rehabilitation (Stuttgart)*, 41, 140-147.
- Schuler, G. (2002). Primäre und sekundäre Prävention: Körperliche Aktivität. *Zeitschrift für Kardiologie*, 91(Suppl. 2), II/30-II/39.
- Schuler, G. (2005). Körperliche Aktivität. *Zeitschrift für Kardiologie*, 94(Suppl 3), III/11-III/14.
- Schuler, G.; Hambrecht, R.; Schlierf, R. et al. (1992). Regular physical exercise and low-fat diet. Effects on progression of coronary artery disease. *Circulation*, 86, 1-11.

- Schwaab, B.; Waldmann, A.; Katalinic, A.; Sheikhzadeh, A. & Raspe, H. (2011). In-patient cardiac rehabilitation versus medical care – a prospective multicentre controlled 12 months follow-up in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 18(4), 581-588.
- Schwartz, S. & Griffin, T. (1986). *Medical thinking. The psychology of medical judgment and decision making*. New York: Springer Verlag.
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions – a systematic overview. *Psychology & Health*, 9(3), 161-180.
- Schweier, R.; Richter, C. & Grande, G. (2014). Strategien der Reichweitensteigerung für internetbasierte Interventionen – Wie wirksam sind Patientenschulung und E-Mail-Reminder? In DRV-Bund (Hg.), 23. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium*, 10.-12. März 2014 in Karlsruhe (S. 252-253). Online: <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main_reha_kollo_tb&chmenu=ispvwNavEntriesByHierarchy202> (Abruf 27.04.2014).
- Schweitzer, J. (1998). *Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen*. Weinheim: Juventa.
- Scott, S.; Prior, L.; Wood, F. & Gray, J. (2005). Repositioning the patient: The implications of being ‚at risk‘. *Social Science & Medicine*, 60(8), 1869-1879.
- Scott, W.R. (1986). *Grundlagen der Organisationstheorie*. Frankfurt/M.: Campus.
- Scott, W.R. (2005). Evolving professions: An institutional field approach. In T. Klatetzki & V. Tacke (Hg.), *Organisation und Profession* (S. 119-141). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Scott, W.R. & Backman, E.V. (1991). Institutional theory and the medical care sector. In S.S. Mick (Hg.), *Innovations in health care delivery. Insights for organization theory* (S. 20-52). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Seale, C. & Silverman, D. (1997). Ensuring rigour in qualitative research. *European Journal of Public Health*, 7(4), 379-384.
- Sebregts, E.H.; Falger, P.R. & Bär, F.W. (2000). Risk factor modification through nonpharmacological interventions in patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 425-441.
- Seeliger, W. (1988). *Die „Volksheilstätten-Bewegung“ in Deutschland um 1900: Zur Ideengeschichte der Sanatoriumstherapie für Tuberkulose*. München: Profil.
- Selwyn, A.P. & Braunwald, E. (1998). Ischemic heart disease. In A. Fauci (Hg.), *Harrison's principles of internal medicine* (S. 1365-1375). New York: McGraw-Hill.
- Senay, I. & Kaphingst, K.A. (2009). Anchoring-and-adjustment bias in communication of disease risk. *Medical Decision Making*, 29(2), 193-201.
- Serruys, P.W.; Morice, M.C.; Kappetein, A.P.; Colombo, A.; Holmes, D.R. et al. for the SYNTAX Investigators (2009). Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. *New England Journal of Medicine*, 360(1), 961-972.
- Setzwein, M. (2004). *Ernährung – Körper – Geschlecht. Zur sozialen Konstruktion von Geschlecht im kulinarischen Kontext*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Shah, N.D.; Dunlay, S.M.; Ting, H.H.; Montori, V.M.; Thomas, R.J.; Wagie, A.E. et al. (2009). Long-term medication adherence after myocardial infarction: Experience of a community. *American Journal of Medicine*, 122(10), 961.e967-913.
- Sheehan, J.; Kearney, P.M.; Sullivan, S.O.; Mongan, C.; Kelly, E. & Perry, I.J. (2005). Acute coronary syndrome and chronic infection in the Cork coronary care case-control study. *Heart*, 91(1), 19-22.
- Shepherd, J.; Cobbe, S.M.; Ford, I.; Isles, C.G.; Lorimer, A.R. et al. (1995). Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *New England Journal of Medicine*, 333, 1301-1307.
- Shimazu, T.; Kuriyama, S.; Hozawa, A.; Ohmori, K.; Sato, Y. et al. (2007). Dietary patterns and cardiovascular disease mortality in Japan: A prospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 36(3), 600-609.
- Siegel, D.; Grady, D.; Browner, W.S.; Hulley, S.B. (1988). Risk factor modification after myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine*, 109(3), 213-218.
- Siering, U.; Staender, J.; Bergner, E. (2002). Leitfadenorientierte Interviews – eine geeignete Methode zur Ergründung der Handlungsrelevanz von Therapiestandards in der Kardiologie? In D. Schaeffer & G. Müller-Mundt (Hg.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung* (S. 285-304). Bern: Hans Huber.
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (2007). *Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease: A national clinical guideline*. Edinburgh: SIGN.

- Silverman, D. (1989). Telling convincing stories: A plea for cautious positivism in case-studies. In B. Glassner & J.D. Moreno (Hg.), *The qualitative-quantitative distinction in the social sciences* (S. 57-77). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Sinclair, L.B.; Lingard, L.A. & Mohabeer, R.N. (2009). What's so great about rehabilitation teams? An ethnographic study of interprofessional collaboration in a rehabilitation unit. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(7), 1196-1201.
- Singh-Manoux, A.; Nabi, H.; Shipley, M.; Guéguen, A.; Sabia, S. et al. (2008). The role of conventional risk factors in explaining social inequalities in coronary heart disease: The relative and absolute approaches to risk. *Epidemiology*, 19(4), 599-605.
- Sinzinger, H.; Derfler, K.; Laimer, H.; Seyfried, H. & Maier, M. (2010). Risk charts – very popular but useless? *Vasa*, 39(4), 287-289.
- Siontis, G.C.; Tzoulaki, I.; Siontis, K.C. & Ioannidis, J.P. (2012). Comparisons of established risk prediction models for cardiovascular disease: Systematic review. *British Medical Journal*, 344, e3381.
- Skolbekken, J.-A. (1995). The risk epidemic in medical journals. *Social Science & Medicine*, 40(3), 291-305.
- Skolbekken, J.-A. (1998). Communicating the risk reduction achieved by cholesterol reducing drugs. *British Medical Journal*, 316, 1956-1958.
- Skrabaneck, P. (1991). Risk-factor epidemiology: Science or non-science? In The Social Affairs Unit, Manhattan Institute (Hg.), *Health, lifestyle and environment: Countering the panic* (S. 47-56).
- Skrabaneck, P. (1994). The emptiness of the black box. *Epidemiology*, 5(5), 553-555.
- Skrabaneck, P. & McCormick, J. (1998). *Follies and fallacies in medicine*. Whithorn: Tarragon Press (3. Aufl.).
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 211, 453-458.
- Slovic, P.; Finucane, M.L.; Peters, E. & MacGregor, D.G. (2004). Risk as analysis and risk as feelings: Some thoughts about affect, reason, risk, and rationality. *Risk Analysis*, 24(2), 311-322.
- Slovic, P.; Fischhoff, B. & Lichtenstein, S. (1976). Cognitive processes and societal risk taking. In J.S. Carol & J.W. Payne (Hg.), *Cognition and social behavior* (S. 165-184). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Slovic, P.; Fischhoff, B. & Lichtenstein, S. (1982). Facts versus fear: Understanding perceived risk. In D. Kahneman, P. Slovic & A. Tversky (Hg.), *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (S. 463-489). Cambridge: Cambridge University Press.
- Smith, S.C.; Benjamin, E.J.; Bonow, R.O.; Braun, L.T.; Creager, M.A. et al. (2011). AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update. *Journal of the American College of Cardiology*, 58(23), 2432-2446.
- Smolina, K.; Wright, F.L.; Rayner, M. & Goldacre, M.J. (2012). Determinants of the decline in mortality from acute myocardial infarction in England between 2002 and 2010: Linked national database study. *British Medical Journal*, 344, d8059.
- Song, Z.; Brassard, P. & Brophy, J.M. (2008). A meta-analysis of antibiotic use for the secondary prevention of cardiovascular diseases. *Canadian Journal of Cardiology*, 24(5), 391-395.
- Sorensen, G.; Emmons, K.; Hunt, M.K. & Johnston, D. (1998). Implications of the results of community intervention trials. *Annual Review of Public Health*, 19, 379-416.
- Sox, H.C.; Blatt, M.A.; Higgins, M.C. & Marton, K.I. (1988). *Medical decision making*. Stoneham, MA: Butterworth Publishers.
- Sparks, P.; Shepherd, R.; Wieringa, N. & Zimmermanns, N. (1995). Perceived behavioral-control, unrealistic optimism and dietary change – an exploratory-study. *Appetite*, 24(3), 243-255.
- Spellerberg, A. (1996). *Soziale Differenzierung durch Lebensstile: Eine empirische Untersuchung zur Lebensqualität in West- und Ostdeutschland*. Berlin: Ed. Sigma.
- Spöhring, W. (1989). *Qualitative Sozialforschung*. Stuttgart: Teubner.
- Spradley, J.P. (1980). *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Spranz-Fogasy, T. (2005). Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In M. Neises, S. Ditz & T. Spranz-Fogasy (Hg.), *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde* (S. 17-47). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Staender, J. (2011). Krankenhaus und Public Health. In T. Schott & C. Hornberg (Hg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland* (S. 345-366). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Stagl, J. (1980). Szientistische, hermeneutische und phänomenologische Grundlagen der Ethnologie. In W. Schmied-Kowarzik & J. Stagl (Hg.), *Grundfragen der Ethnologie. Beiträge zur gegenwärtigen Theorie-Diskussion* (S. 1-38). Berlin: Dietrich Reimer Verlag.
- Stamler, J. (1985). The marked decline in coronary heart disease mortality rates in the United States, 1968-1981; summary of findings and possible explanations. *Cardiology*, 72(1-2), 11-22.

- Stamler, J. (1992). Established major coronary risk factors. In M. Marmot & P. Elliott (Hg.), *Coronary heart disease epidemiology. From aetiology to public health* (S. 35-66). Oxford: Oxford University Press.
- Stamler, J. & Epstein, F.H. (1972). Coronary heart disease: Risk factors as guides to preventive action. *Preventive Medicine*, 1, 27-48.
- Starr, C. (1969). Social benefit versus technological risk. What is our society willing to pay for safety? *Science*, 165, 1232-1238.
- StBA (Statistisches Bundesamt) (1998). *Rehabilitationsmaßnahmen 1995*. Wiesbaden: Kohlhammer.
- StBA (Statistisches Bundesamt) (2008). *Gesundheit. Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen* (Fachserie 12, Reihe 6.1.2). Online: <<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/VorsorgeRehabilitation/GrunddatenVorsorgeReha2120612077004,property=file.pdf>> (Abruf 30.01.2012, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/655EiU0e6>>).
- StBA (Statistisches Bundesamt) (2010). *Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen: Eckdaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2010*. Online: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/VorsorgeReha/Tabellen/Content75/VorsorgeRehaJahreVer_C3_A4nderung,templateId=renderPrint.psml> (Abruf 30.01.2012, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/655F4CoCo>>).
- Stehbens, W.E. (1985). The concept of cause in disease. *Journal of Chronic Diseases*, 38(11), 947-950.
- Stehbens, W.E. (1987). An appraisal of the epidemic rise of coronary heart disease and its decline. *Lancet*, 329(8533), 606-611
- Stehbens, W.E. (1991). Imprecision of the clinical diagnosis of coronary heart disease in epidemiological studies and atherogenesis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(10), 999-1006.
- Stephoe, A.; Hamer, M.; O'Donnell, K.; Venuraju, S.; Marmot, M.G. & Lahiri, A. (2010). Socioeconomic status and subclinical coronary disease in the Whitehall II epidemiological study. *Public Library of Science One*, 5(1), e8874.
- Stephoe, A. & Marmot, M. (2002). The role of psychobiological pathways in socio-economic inequalities in cardiovascular disease risk. *European Heart Journal*, 23, 13-25.
- Sterdt, E.; Brandes, I.; Dathe, R. & Walter, U. (2010). Nachsorge im Rahmen der kardiologischen Rehabilitation – Ansätze von Prävention und Gesundheitsförderung. *Rehabilitation*, 49, 87-94.
- Stuedel, J. (1967). Therapeutische und soziologische Funktionen der Mineralbäder im 19. Jahrhundert. In W. Artelt & W. Rüegg (Hg.), *Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts* (S. 82-97). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Stevenson, F.A.; Barry, C.A.; Britten, N.; Barber, N. & Bradley, C.P. (2000). Doctor-patient communication about drugs: The evidence for shared decision making. *Social Science & Medicine*, 50(6), 829-840.
- Stewart, A.W.; Kuulasmaa, K. & Beaglehole, R. (1994). Ecological analysis of the association between mortality and major risk factors of cardiovascular disease. *International Journal of Epidemiology*, 23(3), 505-516.
- Stichweh, R. (1988). Inklusion in Funktionssysteme der modernen Gesellschaft. In R. Mayntz, B. Rosewitz, U. Schimank & R. Stichweh (Hg.), *Differenzierung und Verselbständigung: Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme* (S. 261-293). Frankfurt/M.: Campus.
- Stichweh, R. (1990). Sport – Ausdifferenzierung, Funktion, Code. *Sportwissenschaft*, 20(4), 373-389.
- Stichweh, R. (1995). Sport und Moderne. In J. Hinsching & F. Borkenhagen (Hg.), *Modernisierung und Sport* (S. 13-27). Sankt Augustin: Academia-Verlag.
- Stichweh, R. (2000). Professionen im System moderner Gesellschaft. In R. Merten (Hg.), *Systemtheorie Sozialer Arbeit* (S. 29-38). Opladen: Leske + Budrich.
- Stichweh, R. (2005). Wissen und die Professionen in einer Organisationsgesellschaft. In T. Klatetzki & V. Tacke (Hg.), *Organisation und Profession* (S. 31-44). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Stollberg, G. (1997). Natural and deliberate health. Coping with health in German autobiographies from the 18th and 19th century. *Dynamis: acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandum*, 17, 193-211.
- Stollberg, G. (2008a). Informed Consent und Shared Decision Making. Ein Überblick über medizinische und sozialwissenschaftliche Literatur. *Soziale Welt*, 59(4), 397-411.
- Stollberg, G. (2008b). Kunden der Medizin? Der Mythos vom mündigen Patienten. In I. Saake & W. Vogd (Hg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung* (S. 345-362). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Stone, A.F.; Mendall, M.A.; Kaski, J.C.; Edger, T.M.; Risley, P. et al. (2002). Effect of treatment for Chlamydia pneumoniae and Helicobacter pylori on markers of inflammation and cardiac events in patients with acute coronary syndromes: South Thames Trial of Antibiotics in Myocardial Infarction and Unstable Angina (STAMINA). *Circulation*, 106(10), 1219-1223.
- Stone, J.A.; Cyr, C.; Friesen, M.; Kennedy-Symonds, H.; Stene, R. et al. (2001). Canadian guidelines for cardiac rehabilitation and atherosclerotic heart disease prevention: A summary. *Canadian Journal of Cardiology*, Jun 17(Suppl B), 3B-30B.
- Strauss, A.L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: Fink, UTB.
- Strauss, A.L.; Fagerhaugh, S.; Suczek, B. & Wiener, C. (1997). *Social organization of medical work*. New Brunswick, London: Transaction Publishers.
- Streck, B. (1985). Netzwerk: Der transaktionale Einspruch gegen das Paradigma der struktural-funktionalen Ethnologie. *Anthropos*, 80, 569-586.
- Street, R.L.; Krupat, E.; Bell, R.A.; Kravitz, R.L. & Haidet, P. (2003). Beliefs about control in the physician-patient relationship: Effect on communication in medical encounters. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 609-616.
- Sudeck, G.; Höner, O. & Edel, K. (2007). Integration theoriegeleiteter edukativer Maßnahmen in die kardiologische Sport- und Bewegungstherapie. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 23, 94-98.
- Suppes, P. (1994). Qualitative theory of subjective probability. In G. Wright & P. Ayton (Hg.), *Subjective probability* (S. 17-37). Chichester: Wiley.
- Susser, M. (1973). *Causal thinking in the health sciences: Concepts and strategies of epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Susser, M. (1987). Epidemiology in the United States after World War II: The evolution of a technique. In M. Susser (Hg.), *Epidemiology, health, and society*. Oxford: Oxford University Press.
- Susser, M. (1991). What is a cause and how do we know one? A grammar for pragmatic epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 133(7), 635-648.
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2000/2001). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung (Gutachten)*.
- Syme, S.L. (1996). Rethinking disease: Where do we go from here? *Annals of Epidemiology*, 6(5), 463-468.
- Syme, S.L.; Marmot, M.G.; Kagan, A.; Kato, H. & Rhoads, G. (1975). Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: Introduction. *American Journal of Epidemiology*, 102(6), 477-480.
- Tam, C.C. & Lopman, B.A. (2003). Determinism versus stochasticism: In support of long coffee breaks. (Editorial). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 477-478.
- Taylor, F.; Ward, K.; Moore, T.H.; Burke, M.; Davey Smith, G.; Casas, J.P. et al. (2011). Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jan. 19(1), CD004816.
- Taylor, R.S.; Brown, A.; Ebrahim, S.; Jolliffe, J.A.; Noorani, H. et al. (2004). Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Medicine*, 116, 682-692.
- ten Have, P. (1991). Talk and institution: A reconsideration of the „asymmetry“ of doctor-patient interaction. In D. Boden & D.H. Zimmerman (Hg.), *Talk and social structure. Studies in ethnomethodology and conversation analysis* (S. 138-163). Oxford: Polity Press.
- ten Have, P. (1993). Fragen von Ärzten. In P. Löning & J. Rehbein (Hg.), *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses* (S. 373-383). Berlin: de Gruyter.
- Tezcan-Güntekin, H. (2010). „Da muss man denen erst mal den Wind aus den Segeln nehmen!“ – Wie Ärzte mit informierten Patienten umgehen. In J. Begenau, C. Schubert & W. Vogd (Hg.), *Die Arzt-Patient-Beziehung* (S. 95-111). Stuttgart: Kohlhammer.
- Thielmann, M.; Massoudy, P.; Lehmann, N.; Marr, A.; Kleikamp, G. et al. (2008). Prognostic impact of previous percutaneous coronary interventions on coronary artery bypass graft surgery: A multicentric analysis from the German federal state North Rhine-Westphalia. *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon* 56, V11.
- Thiem, A.; Attmann, T. & Cremer, J. (2011). Moderne Koronarchirurgie in Zusammenhang mit der SYNTAX-Studie und aktuellen Leitlinien. *Herz*, 36, 669-676.
- Thom, S.; Field, J.; Poulter, N.; Patel, A.; Prabhakaran, D. et al. (2012). Use of a Multidrug Pill In Reducing cardiovascular Events (UMPIRE): Rationale and design of a randomised controlled trial of a cardiovascular preventive polypill-based strategy in India and Europe. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2012 Oct 4. [Epub ahead of print].

- Uthoff, H.; Staub, D.; Socrates, D.; Meyerhans, A.; Bundi, B. et al. (2010). PROCAM-, FRAMINGHAM-, SCORE- and SMART-risk score for predicting cardiovascular morbidity and mortality in patients with overt atherosclerosis. *Vasa*, 39(4), 325-333.
- Vaartjes, I.; O'Flaherty, M.; Grobbee, D.E.; Bots, M.L. & Capewell, S. (2011). Coronary heart disease mortality trends in the Netherlands 1972-2007. *Heart*, 97(7), 569-573.
- van Buuren, F. (2010). 25. Bericht über die Leistungszahlen der Herzkatheterlabore in der Bundesrepublik Deutschland. *Der Kardiologe*, 4, 502-508.
- van de Werf, F.; Ardissino, D.; Betriu, A.; Cokkinos, D.V.; Falk, E. et al. (2003). Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 24(1), 28-66.
- van de Werf, F.; Bax, J.; Betriu, A.; Blomstrom-Lundqvist, C.; Crea, F. et al. (2008). Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 29, 2909-2945.
- van den Hoogen, P.C.; Feskens, E.J.; Nagelkerke, N.J.; Menotti, A.; Nissinen, A.; Kromhout, D.; for the Seven Countries Study Research Group (2000). The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in different parts of the world. *New England Journal of Medicine*, 342(1), 1-8.
- van der Pligt, J. (1998). Perceived risk and vulnerability as predictors of precautionary behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 3, 1-14.
- van Maanen, J. (1988). *Tales of the field: On writing ethnography*. Chicago: Chicago University Press.
- van Rossum, C.T.; Shipley, M.J.; van de Mheen, H.; Grobbee, D.E. & Marmot, M.G. (2000). Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 178-184.
- van Steenkiste, B.; van der Weijden, T.; Stoffers, H.E. & Grol, R. (2004a). Barriers to implementing cardiovascular risk tables in routine general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 22, 32-37.
- van Steenkiste, B.; van der Weijden, T.; Timmermans, D.; Vaes, J.; Stoffers, J. & Grol, R. (2004b). Patients' ideas, fears and expectations of their coronary risk: Barriers for primary prevention. *Patient Education and Counseling*, 55, 301-307.
- Vartiainen, E.; Jousilahti, P.; Alfthan, G.; Sundvall, J.; Pietinen, P. & Puska, P. (2000). Cardiovascular risk factor changes in Finland, 1972-1997. *International Journal of Epidemiology*, 29(1), 49-56.
- Vartiainen, E.; Laatikainen, T.; Peltonen, M.; Juolevi, A.; Männistö, S. et al. (2010). Thirty-five-year trends in cardiovascular risk factors in Finland. *International Journal of Epidemiology*, 39, 504-518.
- Vartiainen, E.; Puska, P.; Jousilahti, P.; Korhonen, H.J.; Tuomilehto, J. & Nissinen, A. (1994). Twenty-year trends in coronary risk factors in north Karelia and in other areas of Finland. *International Journal of Epidemiology*, 23(3), 495-504.
- VDD (Verband der Diätassistenten) (2010). VDD-Berufsrichtlinien. Online: <http://www.vdd.de/fileadmin/downloads/091110_Downloads/Berufsrichtlinien.pdf> (Abruf 18.04.2014).
- VDD (Verband der Diätassistenten) (2014). VDD-Fortbildungsangebote. Online: <<http://www.vdd.de/ausbildung-weiterbildung/fortbildungsangebote/>> (Abruf 18.04.2014).
- VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) (1985). *Gesundheit selber machen. Allgemeines Programm zum Gesundheitstraining*. Offenbach/M.: Jünger.
- VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) (1992). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Frankfurt/M.: VDR.
- VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) (1996). *VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 1994* (Bd. 114). Frankfurt/M.: VDR.
- VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) (1997). *Grundlagen der Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation*. Unveröffentlichtes Manuskript. Frankfurt/M.
- VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) (1999). *VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 1997* (Bd. 126). Frankfurt/M.: VDR.
- VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) (2000). *Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation. Instrumente und Verfahren* (Bd. 18). Frankfurt/M.: VDR.
- VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) (2002). *VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2000* (Bd. 138). Frankfurt/M.: VDR.

- VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) (2003a). *Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation. Checkliste und Manual der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale für das Peer Review-Verfahren der somatischen Indikationen* (Bd. 41). Frankfurt/M.: VDR (4. überarb. Aufl.).
- VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) (2003b). *Report Qualitätssicherung in der Praxis der medizinischen Rehabilitation*. Frankfurt/M.: VDR & BfA.
- VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) (2006). *VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2004* (Bd. 154). Frankfurt/M.: VDR.
- VDR/Reha-Kommission (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) (1991). *Abschlussberichte – Band III: Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“*. Teilband 1 „Krankheiten des Kreislaufsystems“. Online: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/35630/publicationFile/2140/konzepte_erwachsene_kreislauf.pdf> (Abruf 02.11.2011, archiviert bei WebCite® <<http://www.webcitation.org/62tM4qyvU>>).
- VDR/Reha-Kommission (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) (1992). *Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Frankfurt/M.: VDR.
- Verschuren, W.M.; Jacobs, D.R.; Bloemberg, B.P.; Kromhout, D.; Menotti, A. et al. (1995). Serum total cholesterol and long-term coronary heart disease mortality in different cultures. Twenty-five-year follow-up of the seven countries study. *Journal of the American Medical Association*, 274(2), 131-136.
- Vestvold Heartcare Study Group (2003). Influence on lifestyle measures and five-year coronary risk by a comprehensive lifestyle intervention programme in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 10(6), 429-437.
- Viera, A.J.; Sheridan, S.L.; Edwards, T.; Solimand, E.Z.; Harris, R. & Furberg, C.D. (2011). Acceptance of a polypill approach to prevent cardiovascular disease among a sample of U.S. physicians. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(1), 10-15.
- Visschers, V.H.; Meertens, R.M.; Passchier, W.W. & de Vries, N.N. (2009). Probability information in risk communication: A review of the research literature. *Risk Analysis*, 29(2), 267-287.
- Vogd, W. (2002). Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie*, 31(4), 294-315.
- Vogd, W. (2005). Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften – Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. *Soziale Systeme*, 11(2), 236-271.
- Vogd, W. (2009). Qualitative Evaluation im Gesundheitswesen zwischen Trivialisierung und angemessener Komplexität. *Zeitschrift für qualitative Forschung*, 10(1), 19-44.
- Vogd, W. (2010). Rahmungen – Sterben im Modus des „als ob“. In J. Begenau, C. Schubert & W. Vogd (Hg.), *Die Arzt-Patient-Beziehung* (S. 129-142). Stuttgart: Kohlhammer.
- Vogd, W. (2012). Vertrauen unter komplexen Reflexionsverhältnissen oder: Die gesellschaftliche Konditionierung der Arzt-Patient-Interaktion. In A. Hanses & K. Sander (Hg.), *Interaktionsordnungen: Gesundheit als soziale Praxis* (S. 71-85). Wiesbaden: Springer VS.
- Vogel, H. (1989). Zum Selbstverständnis des Klinischen Psychologen in der Rehabilitationsklinik. In VDR (Hg.), *Klinische Psychologen und Ärzte als Team in der Rehabilitationsklinik* (S. 47-67). Frankfurt/M.: Dissertationsdruck Darmstadt.
- Vogel, H. (1993a). Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Situation und Zukunftsperspektiven. *Prävention und Rehabilitation*, 5(1), 1-13.
- Vogel, H. (1998). Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation. In H. Delbrück & E. Haupt (Hg.), *Rehabilitationsmedizin: ambulant, teilstationär, stationär* (S. 117-131). München: Urban & Schwarzenberg.
- Vogel, H. (1999). Das Psychotherapeutengesetz und seine Bedeutung für die Klinische Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. In AK KliPs in der Rehabilitation – Fachgruppe der Sektion Klinische Psychologie im Bund Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V. (Hg.), *Somatoforme Störungen – Diagnostik und Therapie in der Rehabilitation. Beiträge zur 17. Jahrestagung des AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation* (S. 277-307). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Völler, H. (1999). Nach der Reha der alte Schlendrian. Interview mit H. Völler zur PIN-Studie. *Cardio News*, 7.
- Völler, H.; Reibis, R.; Pittrow, D.; Jannowitz, C.; Wegscheider, K. et al. (2009). Secondary prevention of diabetic patients with coronary artery disease in cardiac rehabilitation: Risk factors, treatment and target level attainment. *Current Medical Research and Opinion*, 25(4), 879-890.

- Vollmöller, T. (2007). Die Schnittstelle Krankenhaus – Rehabilitation. *Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht*, 2007(3/4), 70-76.
- vom Orde, A.; Schott, T. & Iseringhausen, O. (2002). Behandlungsergebnisse der kardiologischen Rehabilitation und Kosten-Wirksamkeits-Relationen. Ein Vergleich stationärer und ambulanter Versorgungsformen. *Rehabilitation*, 41, 119-129.
- von Eiff, W.; Schüring, S. & Niehues, C. (2010). *Vorläufiger Abschlussbericht REDIA III*. Münster: WWU Münster, Institut für Krankenhausmanagement.
- von Engelhardt, D. (1996). Gesunde Lebensführung als Präventivmedizin. Antike Diätetik im Ausgang von Galen. In H. Schott (Hg.), *Meilensteine der Medizin* (S. 107-113). Dortmund: Harenberg Verlag.
- von Engelhardt, D. (1996). Gesunde Lebensführung als Präventivmedizin. Antike Diätetik im Ausgang von Galen. In H. Schott (Hg.), *Meilensteine der Medizin* (S. 107-113). Dortmund: Harenberg Verlag.
- von Engelhardt, D. (2001). Ernährungskonzepte und Lebensqualität in kulturhistorischer Sicht. In G. Neumann, A. Wierlacher & R. Wild (Hg.), *Essen und Lebensqualität. Natur- und kulturwissenschaftliche Perspektiven* (S. 49-66). Frankfurt/M.: Campus.
- Vossenkuhl, W. (1985). Praxis. In E. Martens, H. Schnädelbach (Hg.), *Philosophie* (S. 217-261). Reinbek: Rowohlt.
- Wald, D.S.; Morris, J.K. & Wald, N.J. (2012). Randomized polypill crossover trial in people aged 50 and over. *Public Library of Science One*, 7(7), e41297.
- Wald, N.J. & Law, M.R. (2003). A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *British Medical Journal*, 326, 1419-1424.
- Wald, N.J. & Wald, D.S. (2010). The polypill concept. *Postgraduate Medical Journal*, 86(257-260).
- Wang, Y. & Wang, Q.J. (2004). The prevalence of prehypertension and hypertension among US adults according to the new joint national committee guidelines: New challenges of the old problem. *Archives of Internal Medicine*, 164, 2126-2134.
- Warner, L.M.; Schüz, B.; Aiken, L.; Ziegelmann, J.P.; Wurm, S. et al. (2013). Interactive effects of social support and social conflict on medication: Adherence in multimorbid older adults. *Social Science & Medicine*, online 18 March 2013.
- WBP (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie) (2000). Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Erwachsenen. *Deutsches Ärzteblatt*, 97(1-2), A 59.
- WBP (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie) (2002). Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Erwachsenen. *Deutsches Ärzteblatt*, 99, A 3132.
- WBP (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie) (2007). Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie: Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie. Version 2.6: Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie.
- Wegwarth, O.; Gaissmaier, W. & Gigerenzer, G. (2011). Deceiving numbers: Survival rates and their impact on doctors' risk communication. *Medical Decision Making*, 31(3), 386-394.
- Wegwarth, O. & Gigerenzer, G. (2009). „Zu Risiken und Nebenwirkungen ...“ – Wie informiert sind Ärzte und Patienten? In N. Klusen, A. Fließgarten & T. Nebling (Hg.), *Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient* (S. 123-138). Baden-Baden: Nomos.
- Weidemann, H. (1990). Gesundheitsbildung in der kardiologischen Rehabilitation. Inhalt und Methodik. *Prävention*, 13(2), 48-51.
- Weidemann, H. (1996). *Qualitätskontrolle von Rehabilitation und Sekundärprävention nach PTCA oder ACVB*. Darmstadt: Steinkopff.
- Weiner, K. & Martin, P. (2008). A genetic future for coronary heart disease? *Sociology of Health and Illness*, 30(2), 380-395.
- Weinstein, N.D. (1984). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3(5), 431-457.
- Weinstein, N.D. (2000). Perceived probability, perceived severity, and health-protective behavior. *Health Psychology*, 19(1), 65-74.
- Weinstein, N.D. & Klein, W.M. (1995). Resistance of personal risk perceptions to debiasing interventions. *Health Psychology*, 14(2), 132-140.
- Weinstein, N.D.; Kwitel, A.; McCaul, K.D.; Magnan, R.E.; Gerrard, M. & Gibbons, F.X. (2007). Risk perceptions: Assessment and relationship to influenza vaccination. *Health Psychology*, 26(2), 146-151.
- Weiss, M. & Fitzpatrick, R. (1997). Challenges to medicine: The case of prescribing. *Sociology of Health and Illness*, 19(3), 297-327.
- Wenaweser, P. & Windecker, S. (2008). Acute coronary syndromes. Management and secondary prevention. *Herz*, 33(1), 25-37.

- Wenger, N.K.; Froelicher, E.S.; Smith, L.K. et al. (1995). Cardiac rehabilitation as secondary prevention. Agency for Health Care Policy and Research and National Heart, Lung, and Blood Institute. *Clinical Practice Guideline. Quick Reference Guide for Clinicians*, 1995 October(17), 1-23.
- Wenger, N.K.; Speroff, L. & Packard, B. (1993). Cardiovascular health and disease in women. *New England Journal of Medicine*, 329(4), 247-256.
- Werkö, L. (2008). End of the road for the diet-heart-hypothesis? *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 42(4), 250-255.
- West, C. (1983). „Ask me no questions...“ An analysis of queries and replies in physician-patient dialogues. In S. Fisher & A.Dundas Todd (Hg.), *The social organization of doctor-patient communication* (S. 75-106). Washington: Center for Applied Linguistics.
- West, C. (1984). *Routine complications. Troubles with talk between doctors and patients*. Bloomington: Indiana University Press.
- Westerhout, C.M.; Gnarp, J.; Chang, W.C.; FitzPatrick, S.; Barnathan, E.S. et al. (2007). No prognostic significance of chronic infection with Chlamydia pneumoniae in acute coronary syndromes: Insights from the Global Utilization of Strategies to Open Occluded Arteries IV Acute Coronary Syndromes trial. *American Heart Journal*, 154(2), 306-312.
- Wheatley, E.E. (2006). *Bodies at risk. An ethnography of heart disease*. Aldershot: Ashgate.
- White, P.D.; Sprague, H.B.; Stamler, J.; Stare, F.J. et al. (1959). *A statement on arteriosclerosis, main cause of 'heart attacks' and 'strokes'*. New York: National Health Education Council.
- White, S.; Bissell, P.; Anderson, C. (2010). Patients' perspectives on cardiac rehabilitation, lifestyle change and taking medicines: Implications for service development *Journal of Health Service Research and Policy*, 15(Suppl. 2), 47-53.
- WHO (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Genf: WHO. 2005 in dt. Übersetzung vom DIMDI herausgegeben: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Online: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf> (Abruf 11.10.2011).
- WHO (2002). WHO Health Data 2002: Indikatoren des Gesundheitswesens. Altersstandardisierte Sterbefälle durch ischämische Herzkrankheiten, unter 65 Jahre. Online: <<http://www.gbe-bund.de>>.
- WHO Expert Committee on Rehabilitation after Cardiovascular Diseases. (1993). *Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries*. Genf: WHO Technical Report Series 381.
- Whyte, W.F. (1955). *Street corner society: The social structure of an Italian slum*. Chicago: Chicago University Press.
- Wiesing, U. (2004). *Wer heilt, hat Recht? Über Pragmatik und Pluralität in der Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Wiesner, G. & Bittner, E.K. (2004). Lebenserwartung, vorzeitig verlorene Lebensjahre und vermeidbare Sterblichkeit im Ost-West-Vergleich. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47(3), 266-278.
- Wiesner, G.; Grimm, J. & Bittner, E. (1999). Zum Herzinfarktgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland: Prävalenz, Inzidenz, Trend, Ost-West-Vergleich. *Gesundheitswesen*, 61(Sonderheft 2), S72-S78.
- Wigge, P. (2005). Zur angemessenen Vergütung für Radiologen. *RöFo – Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der bildgebenden Verfahren*, 177(2), 290-293.
- Wijeyesundera, H.C.; Machado, M.; Farahati, F.; Wang, X.; Witteman, W. et al. (2010). Association of temporal trends in risk factors and treatment uptake with coronary heart disease mortality, 1994–2005. *Journal of the American Medical Association*, 303, 1841-1847.
- Wijns, W.; Kolh, P.; Danchin, N.; Di Mario, C.; Falk, V. et al. (2010). Guidelines on myocardial revascularization. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*, 31, 2501-2555.
- Wilensky, H.L. (1964). The professionalization of everyone? *American Journal of Sociology*, 70, 137-158.
- Wilhelmsen, L. & Johansson, S. (1992). Secondary prevention of coronary heart disease: Drug intervention and life-style modification. In M. Marmot & P. Elliott (Hg.), *Coronary heart disease epidemiology. From aetiology to public health* (S. 397-414). Oxford: Oxford University Press.
- Will, C.M. (2005). Arguing about the evidence: Readers, writers and inscription devices in coronary heart disease risk assessment. *Sociology of Health and Illness*, 27(6), 780-801.
- Wille, G. & Buschmann, H.-J. (1998). Kardiologische Rehabilitation im Wandel. *Deutsche Angestellten-Versicherung*, 98(9), 342-352.
- Williams, S.J. (1995). Theorising class, health and lifestyle: Can Bourdieu help us? *Sociology of Health and Illness*, 17(5), 577-604.

- Williams, T. & Clarke, V.A. (1997). Optimistic bias in beliefs about smoking. *Australian Journal of Psychology*, 49(2), 106-112.
- Willich, S.N.; Müller-Nordhorn, J.; Kulig, M.; Binting, S. et al. (2001). Cardiac risk factors, medication, and recurrent clinical events after acute coronary disease. *European Heart Journal*, 22, 307-313.
- Willimczik, K. (2007). Die Vielfalt des Sports. Kognitive Konzepte der Gegenwart zur Binnendifferenzierung des Sports. *Sportwissenschaft*, 37(1), 19-37.
- Willimczik, K. (2008). Der Sportbegriff – zwischen Analytik und Ideologie. *Sportwissenschaft*, 38(1), 89-97.
- Willis, E. (1983). *Medical dominance: The division of labour in Australian health care*. Sydney: Allen & Unwin.
- Willson, M. (2005). Indulgence. In D. Kulick & A. Meneley (Hg.), *Fat. The anthropology of an obsession* (S. 153-167). New York: Penguin.
- Wilson, P.W.; D'Agostino, R.B.; Levy, D. et al. (1998). Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation*, 97, 1837-1847.
- Wilt, T.J.; Bloomfield, H.E.; MacDonald, R.; Nelson, D.; Rutks, I. et al. (2004). Effectiveness of statin therapy in adults with coronary heart disease. *Archives of Internal Medicine*, 164(13), 1427-1436.
- Wing, S.; Barnett, E.; Casper, M. & Tyroler, H.A. (1992). Geographic and socioeconomic variation in the onset of decline of coronary heart disease mortality in white women. *American Journal of Public Health*, 82, 204-209.
- Wing, S.; Casper, M.; Riggan, W.; Hayes, C. & Tyroler, H.A. (1988). Socioenvironmental characteristics associated with the onset of decline of ischemic heart disease mortality in the United States. *American Journal of Public Health*, 78, 923-926.
- Winkleby, M.A.; Feldman, H.A. & Murray, D.M. (1997). Joint analysis of three U.S. community intervention trials for reduction of cardiovascular disease risk. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50, 645-658.
- Winter, C. (1995). Berufsgruppenübergreifende Kooperation als Qualitätsmerkmal für die Prozesse in der stationären Rehabilitation. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 1995(29), 74-83.
- Winter, C. (1997). *Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation: Konsensfähige Leitlinien für die Praxis*. Neuwied: Luchterhand.
- Wise, J. (2005). Polypill holds promise for people with chronic disease. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(12), 885-887.
- Wolcott, H.F. (1980). *Ethnographic research in education*. Washington: AERA.
- Wolcott, H.F. (1990). *Writing up qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wolcott, H.F. (1994). Description, analysis, and interpretation in qualitative inquiry. In H. F. Wolcott (Hg.), *Transforming qualitative data. Description, analysis, and interpretation* (S. 9-54). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wolff, S. (1999). Subjektivität für alle praktischen Zwecke. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 24(4), 5-24.
- Wolff, S. (2003). Wege ins Feld und ihre Varianten. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 334-349). Reinbek: Rowohlt (2. Aufl.).
- Wolinsky, F.D. (1993). The professional dominance, deprofessionalization, proletarianization, and corporatization perspectives: An overview and synthesis. In F.W. Hafferty & J.B. McKinley (Hg.), *The changing medical profession* (S. 11-24). New York: Oxford University Press.
- Wolters, J. (2000). Zukunft von approbierten und nicht approbierten Psycholog(inn)en in Rehabilitationskliniken. Statement bei der Aktuellen Stunde. In AK KliPs in der Rehabilitation – Fachgruppe der Sektion Klinische Psychologie im Bund Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V. (Hg.), *Kompetenz und Qualität klinischer Psychologie in der Rehabilitation. Beiträge zur 18. Jahrestagung des AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation vom 26.-28.02.1999* (S. 246-252). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Wood, D.; De Backer, G.; Faergeman, O.; Graham, I.; Mancina, G. & Pyörälä, K. (1998). Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *European Heart Journal*, 19, 1434-1503.
- Woodward, M.; Brindle, P.; Tunstall-Pedoe, H. for the SIGN group on risk estimation (2007). Adding social deprivation and family history to cardiovascular risk assessment: The ASSIGN score from the Scottish Heart Health Extended Cohort (SHHEC). *Heart*, 93(2), 172-176.
- Worringen, U. (2003). Psychologie in der Rehabilitation (Berufspraxis). In A. Schorr (Hg.), *Psychologie als Profession* (S. 481-493). Bern: Hans Huber.
- Worringen, U. (2006). Psychologische Aufgaben in der medizinischen Rehabilitation. In AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hg.), *Reha-Psychologie im Wandel. Rückblick – Überblick – Ausblick* (S. 104-108). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

- Worringen, U. & Küch, D. (2010). Psychologie in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund. *RV aktuell*, 2010(7), 223-227.
- Worth, R.M.; Kato, H.; Rhoads, G.; Kagan, A. & Syme, S.L. (1975). Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: Mortality. *American Journal of Epidemiology*, 102(6), 481-490.
- Wunsch, A.; Rundel, M.; Härter, M. & Bengel, J. (2002). Screening psychischer Störungen in der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttgart)*, 41, 375-381.
- Wynne, B. (1983). Technologie, Risiko und Partizipation. Zum gesellschaftlichen Umgang mit Unsicherheit. In J. Conrad (Hg.), *Gesellschaft, Technik und Risikopolitik* (S. 156-187). Berlin: Springer.
- Yusuf, S.; Hawken, S.; Ôunpuu, S. et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *Lancet*, 364, 937-952.
- Yusuf, S.; Pais, P.; Afzal, R.; Xavier, D.; Teo, K. et al. (2009). Effects of a polypill (Polycap) on risk factors in middle-aged individuals without cardiovascular disease (TIPS): A phase II, double-blind, randomised trial. *Lancet*, 373, 1341-1351.
- Yusuf, S.; Reddy, S.; Ôunpuu, S. & Anand, S.S. (2001a). Global burden of cardiovascular diseases. Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*, 104, 2746-2753.
- Yusuf, S.; Reddy, S.; Ôunpuu, S. & Anand, S.S. (2001b). Global burden of cardiovascular diseases. Part II: Variations in cardiovascular disease by specific ethnic groups and geographic regions and prevention strategies. *Circulation*, 104, 2855-2864.
- Zabell, S.L. (2000). The rise of modern probability theory. *Studies in the History of Philosophy and Modern Physics*, 31(1), 109-116.
- Zaman, M.J.; Brunner, E.J. & Hemingway, H. (2008). Cardiovascular disease: Overview and trends. In H.K. Heggenhougen (Hg.), *International Encyclopedia of Public Health* (S. 511-538). Amsterdam: Elsevier/Academic Press.
- Zedler, J. H. (1742). *Grosses vollständiges Universal-Lexicon Aller Wissenschaften und Künste* (Bd. 31). Leipzig, Halle.
- Zeymer, U.; Jünger, C.; Zahn, R.; Bauer, T.; Besthorn, K. et al. (2011). Effects of a secondary prevention combination therapy with an aspirin, an ACE inhibitor and a statin on 1-year mortality of patients with acute myocardial infarction treated with a beta-blocker. Support for a polypill approach. *Current Medical Research and Opinion*, 27(8), 1563-1570.
- Zeymer, U.; Zahn, R.; Gitt, A.; Dech, M. & Senges, J. (2010). Aktuelle Versorgungsstruktur der Therapie des akuten Herzinfarkts in Deutschland. *Der Kardiologe*, 4, 231-235.
- Zikmund-Fisher, B.J.; Fagerlin, A. & Ubel, P.A. (2010). Risky feelings: Why a 6% risk of cancer does not always feel like 6%. *Patient Education and Counseling*, 81(Supp. 1), S87-S93.
- Zinn, J.O. (2011). Das Ende der Rationalität? Zum Wandel wissenschaftlicher und alltagsweltlicher Unsicherheitsbearbeitung. In D. Fischer, W. Bonß, T. Augustin, F. Bader, M. Pichlbauer & D. Vogl (Hg.), *Uneindeutigkeit als Herausforderung – Risikokalkulation, Amtliche Statistik und die Modellierung des Sozialen* (S. 33-52). Neubiberg: Universität der Bundeswehr München.

Eidesstattliche Versicherung

Hiermit erkläre ich, Elisabeth Bergner, an Eides statt, dass ich die Dissertation mit dem Titel:

„Das Risikofaktorenkonzept in der kardiologischen Rehabilitation. Eine ethnographische Studie“

selbständig und ohne unzulässige fremde Hilfe verfasst habe.

Andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel habe ich nicht benutzt. Die den herangezogenen Werken wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen sind als solche gekennzeichnet.

Veldhausen, 07.05.2014

Elisabeth Bergner

Erklärung

Hiermit erkläre ich, Elisabeth Bergner, dass ich mich noch keiner Doktorprüfung unterzogen oder um die Zulassung zu einer solchen beworben habe.

Die Dissertation mit dem Titel:

„Das Risikofaktorenkonzept in der kardiologischen Rehabilitation. Eine ethnographische Studie“

hat noch keiner Fachvertreterin, keinem Fachvertreter und keinem Prüfungsausschuss einer anderen Hochschule vorgelegen.

Veldhausen, 07.05.2014

Elisabeth Bergner