

Professionalität – nicht ohne Publikum!

Positionierungsstrategien im Feld der Expertise

Alexander Hirschfeld

Beitrag zur Veranstaltung »Community within a community?« der Sektion Professionssoziologie

Einleitung

Wer heute zur Ärztin geht, der begreift sich kaum als ungebildeter Laie, der der allwissenden Expertin gegenübertritt. Man hat meist eine Vorstellung davon, was einem fehlt und wie man dem Problem am besten begegnen könnte. Die hierarchische Beziehung zwischen Arzt und Patientin war immer schon eine verklärte Idealvorstellung. Im Zeitalter von ‚Doktor Google‘ wird die professionelle Autorität noch angreifbarer: Auf Knopfdruck kann man selbst in den Diskurs über Krankheitsbilder, deren Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten einsteigen. Um der damit verbundenen Veränderung im Verhältnis zwischen Expertinnen und Laien Rechnung zu tragen, wird vorgeschlagen, Professionalität nicht nur als Ergebnis staatlich garantierter Machtpositionen zu begreifen, sondern als Resultat gelungener Strategien der Positionierung (Pfadenhauer 2003; Witte, Schmitz 2016). Professionen, so die Überlegung, müssen in der Lage sein, heterogene Denkweisen und Interessen zu berücksichtigen und diese in die eigene Sprache zu übersetzen. Nur die Etablierung einer solchen Schlüsselposition in einem Problemfeld erlaubt es Professionen im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen, ihre Macht und damit ihren sozialen Status zu sichern. Neben der professionellen Geschlossenheit bedarf es also gerade der gesellschaftlichen Öffnung gegenüber einem breiten Publikum.

Diese Idee wird in drei Schritten entwickelt: Zuerst wird in das empirische Fallbeispiel – den in der Medizin umstrittenen Begriff Burnout – eingeführt und dieses mit der theoretischen Perspektive in Beziehung gebracht. Zentral sind dabei Bruno Latour und Michel Foucault, die betonen, dass jede Form der Deutungshoheit als Koalition unterschiedlicher Akteure, Institutionen und Denkweisen verstanden werden muss. Auf dieser Basis lässt sich Professionalität von konkreten Orten und Gruppenzugehörigkeiten lösen und als Präsentation vor einem Publikum begreifen (1). Im Anschluss daran werden anhand ausgewählter empirischer Materials die Bedeutung der sozialen Öffnung sowie Schließung und die damit verbundene Herstellung von Professionalität illustriert (2). Abschließend erfolgt die Zuspitzung der Ergebnisse vor dem Hintergrund der theoretischen Überlegungen: Dabei erscheint die Medizin als vorsichtiger Moderator zwischen alltagsweltlichen Problemdeutungen, wirtschaftspolitischen Interessen und dem professionellen Kanon ‚echter Krankheiten‘ (3).

1 Heterogene Koalitionen

Ab 2010 finden sich in den deutschen Massenmedien immer häufiger Artikel zur ‚psychischen Erschöpfung‘, 2011 erlebt die Berichterstattung eine regelrechte Hochphase. Besonders interessant in dieser Debatte ist der Begriff Burnout und zwar aus zwei Gründen: *Erstens* weil das Phänomen außerhalb der medizinischen Forschung entsteht und jenseits der Profession ‚Karriere‘ macht. Das Konzept stammt aus der sozialen Arbeit in den USA, wo es Mitte der 1970er-Jahre zur Beschreibung arbeitsbedingter psychischer Leiden auftaucht. In der Folge entwickelt es sich in der Psychologie und der Selbsthilfeliteratur zu einem Überbegriff für dieses Problemfeld, in der Forschung ist von einem „umbrella term“ (Jackson et al. 1986: 630) die Rede. Darüber hinaus entsteht ein eigenes Tätigkeitsfeld für Coaches, Beraterinnen bis hin zu sogenannten ‚Burnout-Kliniken‘ – eine gewisse Konkurrenzsituation gegenüber der Medizin ist also offensichtlich. *Zweitens* wird Burnout in den Medien sehr kontrovers diskutiert. Einmal heißt es, es sei die neue ‚Volkskrankheit‘ in einer veränderten Arbeitswelt, das andere Mal ist von einer ‚Modediagnose‘ die Rede.

Anhand der Analyse solcher umstrittenen Problematisierungen jenseits der professionellen Deutungshoheit lassen sich die Positionierungsstrategien von Expertengruppen, in diesem Fall der Medizin, besonders produktiv herausarbeiten. Darüber hinaus verweisen sie auf weitreichendere gesellschaftliche Veränderungsprozesse, die am Wandel professioneller Selbstverständnisse sichtbar werden. Ausgehend vom Begriff Burnout tritt so eine Art Spannungsfeld zwischen sehr unterschiedlichen Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen zu Tage. Aus einer klassischen machtpolitischen Sichtweise würde man vermuten, dass die etablierte Profession alles daran setzt, das Konzept Burnout zu diskreditieren oder es in das eigene Kategoriensystem einzuschreiben – Stichwort: Medikalisierung (Conrad 1992). Stattdessen nimmt die Medizin jedoch eher eine vermittelnde Rolle ein, um als Teil einer zunehmend heterogenen Koalition ihre dominante Position zu behaupten.

Um dieser Konstellation aus theoretischer Sicht gerecht zu werden, bieten sich die Ansätze Bruno Latours und Michel Foucaults an: In der bekannten Untersuchung zur Bekämpfung von Milzbrand in Frankreich argumentiert Latour (1993; 1999), dass sich Pasteur und sein Impfstoff nicht deshalb durchsetzen, weil die Biologie als naturwissenschaftliche Disziplin Mitte des 19. Jahrhunderts eine so herausgehobene Position besitzt. Stattdessen beschreibt er Pasteur als einen Politiker, der Verbündete gewinnt und Koalitionen schmiedet, indem er die Interessen anderer in seine eigenen übersetzt. Foucault wählt eine ähnliche theoretische Perspektive, wenn er von Diskursen spricht, die zwischen unterschiedlichen Akteuren und Institutionen ihre Macht entfalten. So begreift Foucault (2003; 2007) das Eindringen der Psychiatrie in die Justiz nicht als Ergebnis professioneller Politik, sondern als gesamtgesellschaftliche Verschiebung in Richtung der Disziplinarmacht. Anstatt von sozialen Positionen her zu denken, die bestimmte Personen oder Organisationen innehaben, wird der Blick in Richtung des Publikums gelenkt. Nur Expertise, die in der Lage ist, sich mit bestehenden Interessen und gesellschaftlich anerkannten Denkweisen zu verbinden, kann sich durchsetzen.

Bei der Rekonstruktionen dieser ‚Wahrheitsspiele‘, wie Foucault sie nennt, wird betont, dass die Grenzen sozialer Welten überschritten werden: Dies gilt vor allem für die Differenz zwischen Expertinnen und Laien, aber auch für die generelle Unterscheidung zwischen Wissenschaft und Gesellschaft. So stellt Latour fest, dass Pasteur und sein Team die Sprache der französischen Bäuerinnen sowie deren Wissen um die Krankheit aufgreifen und zu ihren Erklärungsmodellen in Beziehung setzten. Die Unterscheidung zwischen Experten und Laien wird also unterlaufen; beide sind aktive Bestandteile der Problemdefinition. Darüber hinaus argumentiert er, dass ganz Frankreich in eine Art Labor verwandelt werden muss, damit sich die Anwendung des Impfstoffs in der Gesellschaft ausbreiten kann. Erst die

amtliche Statistik transformiert den französischen Staat in einen Raum, in dem systematisch kontrollierte Experimente durchgeführt werden können. Das Beispiel macht deutlich, dass gerade die Überwindung der Grenze zwischen Wissenschaft und Gesellschaft die Voraussetzung zur Institutionalisierung einer spezifischen Problemdeutung darstellt. Die Macht Pasteurs und der Biomedizin resultiert aus der strategischen Koalition zwischen Expertinnen, Laien und politischen Interessenvertreterinnen und beinhaltet biologische Modelle ebenso wie die Bauern und die amtliche Statistik.

Vor diesem theoretischen Hintergrund lässt sich Professionalität anders denken: nicht als stabile Zuschreibung auf Basis der Zugehörigkeit zu einer Gruppe, sondern – ausgehend vom Konzept der Übersetzung – als Strategie der Positionierung in einem heterogenen Problemfeld. In dem damit konstituierten *Feld der Expertise* müssen sich Professionen an der Schnittstelle unterschiedlicher Denkweisen und Interessen positionieren, um ein Tätigkeitsbereich zu dominieren. Diese Art der Positionierung ist mit einer bestimmten Machttechnik verbunden, die Foucaults (2004) Konzept der Regierung beschreibt. Es handelt sich dabei um eine Art der Machtausübung, die dem Steuern eines Schiffs gleicht: Wind und Wellengang kann man nicht verändern; man versucht daher, sie im Hinblick auf die eigenen Ziele nutzbar zu machen.

2 Professionelle Positionierung

Professionen müssen also in der Lage sein, sich innerhalb eines heterogenen Felds an zentralen Orten zu positionieren. Das gelingt nur, wenn sie flexibel genug sind, andere Wissensformen mit den eigenen Arbeits- und Deutungsweisen in Beziehung zu bringen. Im Folgenden will ich exemplarisch ein Beispiel aufgreifen, um die damit verbundenen Mechanismen der professionellen Schließung und Öffnung zu illustrieren. Wie bereits erläutert gehe ich davon aus, dass die breite öffentliche Problematisierung des Themas Burnout seit 2010 die Medizin zu einer solchen Positionierung zwingt.

Das Material zu diesem Fallbeispiel stammt aus dem Deutschen Ärzteblatt, das sich als zentrales Publikationsorgan des Berufsstandes und dessen Sprachrohr in der Öffentlichkeit zur Analyse solcher Legitimationsstrategien anbietet. Das Ziel ist also gerade nicht, die Perspektive der Medizin herauszuarbeiten – wenn überhaupt von einer einheitlichen Position gesprochen werden kann. Stattdessen geht es darum, zu untersuchen, wie die Profession gegenüber einem breiten gesellschaftlichen Publikum über den Begriff Burnout spricht und welche Rolle sich die Medizin im Kontext dieser Problematisierung selbst zuschreibt. Bei den untersuchten Texten handelt sich um Artikel, die ab dem Jahr 2011 erschienen sind und damit unter dem Eindruck der medialen Debatte und der Frage nach dem medizinischen Stellenwert von Burnout stehen.

2.1 Öffnung: Bandbreite medizinischer Relevanz

Die breite öffentliche Auseinandersetzung mit psychischen Problemen im Kontext der Debatte um Burnout wird im Ärzteblatt durchweg positiv bewertet. So findet sich am Beginn beinahe jedes Textes eine Erklärung wie diese: „Das Burn-out-Phänomen wird seit mehreren Monaten intensiv in Presse, Talkshows und in der Bevölkerung diskutiert. Diese Entwicklung ist nachdrücklich zu begrüßen, da dadurch das Stigma, das noch immer auf psychischen Erkrankungen liegt, erkennbar reduziert wird.“ (Berger et al. 2012: 700) Die Medizin begreift die mediale Berichterstattung als zentrales Moment der gesellschaftlichen Anerkennung psychischer Erkrankungen. Darauf deutet vor allem der Verweis auf anhaltende und zu bekämpfende Formen der Stigmatisierung hin. In diesem Zusammenhang werden

die Öffnung medizinischer Kategorien und deren mediale Inszenierung gegenüber einem breiten Publikum eine Schlüsselrolle beigemessen.

Darüber hinaus verortet sich die Medizin im staatlichen Gesundheitssystem: „Das Phänomen Burn-out scheint jedoch auch von erheblicher medizinischer Relevanz zu sein, bildet es doch die Grundlage nicht weniger Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und gewinnt damit eine gesundheitsökonomische und gesundheitspolitische Dimension.“ (Kaschka et al. 2011: 781) Mit der hier und an vielen anderen Stellen erwähnten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, die nur von Ärzten ausgestellt werden kann, wird auf die enge Koalition zwischen medizinischen, wirtschaftlichen, politischen und öffentlichen Interesse verwiesen. Die Medizin präsentiert sich damit als wichtige Schaltstelle der gesellschaftlichen Kontrolle von Arbeit und Gesundheit.

2.2 Schließung: Konkretisierung des Kerngeschäfts

Neben dieser Öffnung sind aber auch klare Mechanismen der Schließung zu erkennen. Diese werden bereits in den Überschriften wie „Modediagnose Burn-out“, „Burn-out ist keine Krankheit“, „Burn-out: Fehldiagnose oder Epidemie?“ deutlich (Kaschka et al. 2011; Berger et al. 2012; Kratzer 2012). Darüber hinaus sind es insbesondere Fachtermini, die Prozesse der professionellen Schließung einleiten. Mit dem Begriff der Diagnose, insbesondere dem der „Differenzialdiagnostik“, wird Burnout von psychischen Krankheiten unterschieden: Auf Grund der Vielfalt potentieller Ursachen und der Überschneidungen der Symptome mit unterschiedlichen Krankheitsbildern gilt Burnout als nicht klar abgrenzbares Phänomen. Von ‚echten‘ Krankheiten, die sich in den offiziellen Klassifikationssystemen finden, wird es außerdem wegen der geringeren Problemintensität abgegrenzt: Psychische Krankheiten, wie die Depression, bedrohen demnach häufig das Leben und verlangen nach einer erprobten und kontrollierten Behandlungsmethode. In diesem Zusammenhang wird Burn-out als „unfertiges Konzept“ (Kaschka et al. 2011: 783) bezeichnet; es bedürfe noch an Forschung, um das Phänomen in medizinischer Hinsicht zu konkretisieren.

Der Begriff der ‚Mode‘ (Kaschka et al. 2011) verweist auf noch deutlichere Mechanismen der Schließung: Die mediale Öffentlichkeit wird hier als Ort einer sozialen Konstruktion von Problemen beschrieben, die aus objektiver Perspektive gar nicht existieren. Diese Rhetorik wird häufig mit der Gefahr einer ‚Inflation‘ von Krankheiten – also ihrer Entwertung – in Verbindung gebracht: Nicht zu bewältigende Kosten, falsche Therapien und die Stigmatisierung ‚wirklich‘ Kranker, deren Probleme verharmlost werden, seien die Folge. In diesem Zusammenhang findet auch eine Abgrenzung zu den sogenannten ‚Burn-out-Kliniken‘ – stets in Anführungszeichen – statt. Auf diese Weise werden die Klinik und das Ärztin-Patientin Verhältnis als Orte medizinischer Deutungshoheit herausgehoben und die Medizin positioniert sich als Sprachrohr psychisch Kranker. Vieles erinnert dabei an Talcott Parsons (Parsons 1951: 283–86) idealtypische Beschreibung der sogenannten „sick role“, die mit der Unterwerfung des Kranken unter die von der Medizin vorgesehene Rolle verbunden ist.

2.3 Zentrale Positionierung: „Diskussion versachlichen“

Auffällig ist jedoch, dass diese Formen der Schließung nie für sich allein stehen, sondern immer mit Mechanismen der symbolischen Öffnung verbunden sind. Wie bereits erwähnt, begrüßt die Medizin die mediale Thematisierung von Burnout. Darüber hinaus werden die Denkmodelle anderer Expertengruppen sowie alltägliche Problemdeutungen auf spezifische Weise mit medizinischen Krankheitskonzepten in Verbindung gebracht. So warnt etwa ein Betrag mit dem Titel „Diskussion versachlichen“ einerseits „vor einem unkritischen Gebrauch des Begriffs ‚Burn-out‘ für alle psychische Störungen“. Andererseits sei „der Begriff ‚Burn-out‘ für Diagnostik und Therapie bedeutsam: Das Erleben von Burn-

out könne ein Risikozustand sein, der zu Erkrankungen wie Depression, Alkoholmissbrauch, usw. [...] führe. Andererseits sei ein Burn-out mitunter auch das Frühsymptom oder die Folge von Krankheiten [...]“ (WZ 2012: 83). Burnout wird als Problematisierung also nicht per se abgelehnt, sondern es findet eine spezifische Positionierung seitens der Medizin statt, durch die der Begriff zum Kerngeschäft der Profession in Beziehung gesetzt wird.

Die in diesem Zusammenhang nötige Übersetzung von ‚normalen Problemen‘ des Alltags in die medizinische Krankheit leistet vor allem der Stressbegriff: Er dient als Blaupause zur Erfassung unterschiedlicher externer Faktoren und gleichzeitig zur Beschreibung psychischer und körperliche Zustände bis hin zur Krankheitsursache. Auf diese Weise können ‚normale Probleme‘ schrittweise in die Sprache psychischer Störungen übersetzt werden. Diese Verbindung hat Konsequenzen für die medizinische Praxis: So wird Ärzten und Psychotherapeutinnen geraten, auch beim Fehlen einer klaren Krankheitsdiagnose bei Bedarf von der Zusatzdiagnose Z.73 Gebrauch zu machen: „Denn auch bei Abwesenheit definierter ICD-Krankheiten stellt Burn-out einen Risikozustand für nachfolgende psychische oder körperliche Erkrankungen dar.“ Darüber hinaus soll diese Zusatzdiagnose auch im Falle der Identifikation von Krankheiten stärker berücksichtigt werden, und zwar immer dann, „wenn angenommen wird, dass die Arbeitsüberforderung zu Entstehung und Aufrechterhaltung der Krankheit beiträgt“ (Berger et al. 2012: 701).

3 Diskussion

Vor der Zuspitzung der Überlegungen ist einschränkend festzuhalten, dass es sich hier lediglich um eine theoretische Skizze und deren empirische Illustration handelt. Anhand der Problematisierung Burnout wird deutlich, wie sich die medizinische Profession zwischen Öffnung und Schließung gegenüber einem breiten gesellschaftlichen Publikum bewegt. Auf der einen Seite erscheint dabei das Bild der Medizin als gesundheitspolitischer Akteur, der wirtschaftliche, staatliche und öffentliche Interessen zu einem fundamentalen Bestandteil der eigenen Identität macht. Andererseits findet eine klare Eingrenzung des Arbeitsfeldes durch das Krankheitskonzept – in Abgrenzung zum Burnout – statt.

Insgesamt zeichnet sich die Medizin in der gegenwärtigen Debatte um Burnout vor allem durch eine flexible Positionierung zwischen dem eigenen Kanon und externen Denkweisen und Interessen aus. Die Abgrenzung gegenüber unscharfen Modediagnosen geht Hand in Hand mit einer breiten Thematisierung arbeitsbedingter Stresssymptome; der Begriff Stress dient dabei als Brücke zwischen Krankheitsvorstellungen und alltäglichen Problemen. Durch solche Werkzeuge der Übersetzung gelingt die Positionierung medizinischer Expertise an der Schnittstelle zwischen einer genuin medizinischen Identität und externen Deutungsweisen. Das Tätigkeitsfeld der Medizin wird dabei gleichermaßen eingeschränkt und erweitert: Eine Einschränkung findet statt, da alltäglichen und wirtschaftspsychologischen Modellen ein Platz bei der Bearbeitung des Problemfeldes eingeräumt wird. Diese Öffnung ist jedoch gleichermaßen mit einer Erweiterung der medizinischen Zuständigkeit verbunden, da andere Erklärungsmodelle über die erwähnten Zusatzdiagnosen Eingang in die diagnostische Praxis finden. Dadurch vergrößert sich der potentielle Arbeitsbereich der Medizin, während der Legitimationsdruck gleichermaßen steigt. So beinhaltet die Rolle der Ärzteschaft eben auch die Anerkennung der Patientensicht; neben der Aufgabe der Diagnose und Behandlung tritt die der Beratung, zwischen denen man zu wechseln lernen muss.

In Folge der Erweiterung des Zuständigkeitsbereichs muss die Ärzteschaft auch die Sprache alltäglicher Arbeitsbelastung und individueller Lebensbedingungen sprechen. Das gilt umso mehr in einer

Zeit, in der die Thematisierung der psychischen Gesundheit bis in die entlegensten Winkel der Gesellschaft vordringt. Anstatt einer hierarchischen Kontrolle bzw. Dominanz des Problemfelds scheint hier eine weiche Form des Lenkens sichtbar zu werden. Von Seiten der Medizin wird dabei eine kommentierende Position in Anspruch genommen („Diskussion versachlichen“), durch die sie den anderen Expertinnen sozusagen ihre Plätze zuweist.

Literatur

- Berger, M., Falkai, P., Maier, W. 2012: Burn-out ist keine Krankheit. Deutsches Ärzteblatt, 109. Jg., Heft 14, 700–702.
- Conrad, P. 1992: Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, Jg. 18, 209–232.
- Foucault, M. 2003: Die Entwicklung des Begriffs des >gefährlichen Menschen< in der Forensischen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts. In M. Foucault (Hg.), *Schriften in vier Bänden, Band 3: 1976–1979*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 568–94.
- Foucault, M. 2004: Geschichte der Gouvernementalität: Vorlesung am Collège de France 1977–1978, 1978–1979. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. 2007: *Die Anormalen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Jackson, S., Schwab, R., Schuler, R. 1986: Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71 Jg., Heft 4, 630–40.
- Kaschka, W., Korczak, D., Broich, K. 2011: Modediagnose Burn-Out, Deutsches Ärzteblatt, 108. Jg., Heft 46, 781–787.
- Kratzer, N. 2012: Burn-out: Fehldiagnose oder Epidemie. Deutsches Ärzteblatt, 109. Jg., Heft 45, 1795–1797.
- Latour, B. 1993: *The Pasteurization of France*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Latour, B. 1999: Give Me a laboratory and I will raise the world. In M. Biagioli (Hg.), *The Science Studies Reader*. New York: Routledge, 258–275.
- Parsons, T. 1951: *The Social System*. Glencoe, Ill: Free Press.
- Pfadenhauer, M. 2003: *Professionalität: Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz*. Opladen: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Witte, D., Schmitz, A. 2016: Patent, Delegation und Konsekration. Elemente einer Geltungstheorie des Expertenwissens. In J. Raab, R. Keller (Hg.), *Wissensforschung–Forschungswissen. Beiträge und Debatten zum 1. Sektionskongress der Wissenssoziologie*. Weinheim: Beltz Juventa, 252–62.
- WZ. 2012: Burn-out: Diskussion versachlichen, Deutsches Ärzteblatt, 108 Jg., Heft 13, 83.