GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Medizinsoziologie

Stollberg, Gunnar

2001

https://doi.org/10.25595/199

Veröffentlichungsversion / published version
Buch / book

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Stollberg, Gunnar: *Medizinsoziologie*. Bielefeld: transcript Verlag, 2001. DOI: https://doi.org/10.25595/199.

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE
UNIVERSITÄT
BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Gunnar Stollberg

Medizinsoziologie

sichten

Soziologische Themen

Ein

Themen der Soziologie

[transcript]

Gunnar Stollberg

Medizinsoziologie

Die Beiträge der Reihe Einsichten werden durch Materialien im Internet ergänzt, die Sie unter **www.transcript-verlag.de** abrufen können. Das zu den einzelnen Titeln bereitgestellte Leserforum bietet die Möglichkeit, Kommentare und Anregungen zu veröffentlichen.
Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 3.0 License.

Die Deutsche Bibliothek •
CIP-Einheitsaufnahme
Stollberg, Gunnar:
Medizinsoziologie / Gunnar Stollberg.
Bielefeld : transcript Verl., 2001
(Einsichten)
ISBN 3-933127-26-2

© 2001 transcript Verlag, Bielefeld
Gestaltung: orange|rot, Bielefeld
Satz: digitron GmbH, Bielefeld
Druck: Digital Print, Witten
ISBN 3-933127-26-2

Inhalt

5 **Einleitung**

7 **Strukturfunktionalismus**

9 **Professionssoziologie**

14 **Strukturfunktionalismus und Symbolischer Interaktionismus: Parsons', Goffmans und Strauss' unterschiedliche Konstruktionen der psychiatrischen Welt**

19 **Medizinische Anthropologie**

26 **Konstruktivistische Medizinsoziologie**

32 **Feministische Medizinsoziologie**

35 **Schichtzugehörigkeit und Gesundheitszustand**

38 **Medizin als soziales System**

43 **Gesundheitswesen und Sozialstaat**

55 **Experten und Laien im Gesundheitswesen**

61 **Gesundheit als soziologischer Gegenstand**

64 **Globalisierung der Medizin**

68 **Ausblick**

71 **Anmerkungen**

75 **Literatur**

> Wenn ein Zimmermann krank ist, […] so läßt er es sich wohl gefallen, ein Mittel vom Arzt herunterzuschlucken, um die Krankheit wegzuspeien, oder sich von unten reinigen zu lassen, oder auch Brennen und Schneiden, um sie loszuwerden. Wenn ihm aber einer eine kleinliche Lebensordnung vorschreiben wollte, […] so sagt er gewiß bald genug, er habe keine Zeit, krank zu sein, und es helfe ihm auch nicht zu leben, wenn er immer auf die Krankheit Acht haben und sein vorliegendes Geschäft vernachlässigen sollte; und somit sagt er einem solchen Arzte Lebewohl, begibt sich in seine gewohnte Lebensordnung zurück, und wenn er gesund wird, lebet er in seinem Geschäft fort, wenn aber der Körper es nicht ertragen kann, so stirbt er eben und ist aller Händel ledig.
> *Platon, Politeia, Buch 3, Kapitel 15*

Einleitung

Im Laufe der Entwicklung der Soziologie wurden immer wieder Themen bearbeitet, die wir heute zur Medizinsoziologie zählen würden. So hat Friedrich Engels (1820–1895) in seiner Untersuchung *Die Lage der arbeitenden Klasse in England* (1962/1845) auch gesundheitliche Probleme ausführlich thematisiert. Resultierten diese für ihn aus Armut und Elend, so sah Edwin Chadwick (1800–1890), der britische Armenrechtler und Sanitätsreformer, die Dinge eher umgekehrt: In seinem *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain* (1945/1842) führte er den Pauperismus mit all seinen Begleiterscheinungen zum Großteil auf Krankheit zurück (vgl. Porter 1993: 1242f.). Medizinsoziologische Aspekte finden sich auch bei Émile Durkheim (1858–1917), und zwar in seiner klassischen Studie *Der Selbstmord* (1973/1897). Empirisch wurden vor allem Mortalität und

Morbidität in Relation zur Sozialstruktur untersucht (vgl. Mosse/Tugendreich 1913). Dabei entstanden Überlegungen zu einer Sozialpathologie (vgl. Hellpach 1905; Müller-Lyer 1914; Grotjahn 1915) und es wurden Fragen der Sozialversicherung debattiert. Doch eine eigenständige Medizinsoziologie begann erst mit Talcott Parsons (1902–1979).

In diesem Band will ich nicht die Geschichte der Medizinsoziologie nachzeichnen, sondern sie als spezielle Soziologie in Beziehung zu allgemeinsoziologischen Theorien und Debatten stellen. Dabei werde ich nur grob chronologisch Diskussionen verfolgen, in denen sich allgemeinsoziologische Ansätze kritisch aufeinander beziehen.

Zunächst werde ich auf die strukturfunktionalistische (Be-)Gründung der modernen Medizinsoziologie eingehen, dann auf die interaktionistische Soziologie, die sich kritisch auf den Strukturfunktionalismus bezog: d.h auf die unterschiedliche kulturelle Modelle betonende Soziologie der medizinischen Profession und ihrer Patienten und schließlich auf den medizinsoziologischen Symbolischen Interaktionismus. Dem folgt die medizinische Anthropologie, in der die kulturellen Modelle von Gesundheit und Krankheit nicht mehr nur eines, sondern unterschiedlicher Kulturkreise im Vordergrund stehen. In den Kapiteln über die Professionssoziologie und den Symbolischen Interaktionismus wird der strukturfunktionalistische Ansatz kritisiert. Kritisch ist auch der Sozialkonstruktivismus, der sich insbesondere auf der Basis wissenssoziologischer Analysen gegen den rationalistischen Fortschrittsoptimismus in Medizin und Sozialwissenschaft und gegen die Medikalisierung der Gesellschaft gewandt hat. Der kritische Impetus wird in den folgenden Kapiteln fortgeführt. Es geht um soziale Ungleichheiten der Geschlechter und der sozialen Schichten. Hier bietet es sich an, auf milieutheoretische Perspektiven einzugehen.

Dem folgt die medizinsoziologische Makroebene: zunächst ein Überblick über die systemtheoretische Medizinsoziologie, dann einer über die Strukturen und den Wandel des sozialstaatlich gerahmten Gesundheitswesens.

Es schließen sich Erörterungen über neuere Entwicklungen im Bereich der Medizinsoziologie an, die noch nicht zu den klassischen Themen der Medizinsoziologie gehören: über die Experten und Laien im Gesundheitswesen, über den Anschluss an Gesundheit statt an Krankheit und über

die Globalisierung der Medizin. Der Bezug zu allgemeinsoziologischen Debatten wird auch in diesen Kapiteln gesucht. Der Schluss bietet einen Ausblick auf weitere Themen und Entwicklungen der Medizinsoziologie.

Strukturfunktionalismus

»Der Strukturfunktionalismus […] betrachtet Gesellschaft als ein relativ geschlossenes […] Handlungssystem, das durch die strukturelle Interdependenz seiner Elemente (›unit act‹, Rolle, Status, Institution) eine funktionale Einheit bildet« (Kiss 1973: 164). Parsons ist die zentrale Figur im Strukturfunktionalismus. Er identifizierte vier funktionale Imperative für jedes Sozialsystem: *pattern maintenance, goal-attainment, adaptation, integration*.

Seinen zentralen, die moderne Medizinsoziologie begründenden Text hat Parsons als Fallstudie zur allgemeinen strukturfunktionalistischen Theorie geschrieben. In »The Social System« (1951) entwickelt Parsons zunächst eine allgemeine Theorie sozialer Systeme. Es folgen Ausführungen zum Erlernen von Rollenerwartungen, zum devianten Verhalten und zu Mechanismen sozialer Kontrolle. Dabei geht er auch kurz auf den psychotherapeutischen Prozess ein (vgl. ebd.: 301ff.) sowie auf Krankheit als Devianz (vgl. ebd.: 312ff.). Das zehnte Kapitel mit dem Untertitel »Der Fall der modernen medizinischen Praxis« wurde zum Begründungstext der modernen Medizinsoziologie. Parsons hatte, von Harvard finanziert, Feldforschung zur Medizin in Boston und Umgebung betrieben, seine Resultate jedoch nicht eigens publiziert (vgl. Parsons 1951: 428 Fn. 2).[1]

Dieses Kapitel handelt vom funktionalen Rahmen und von der kulturellen Tradition der Medizin. Gesundheit wird als funktionales Erfordernis für die Gesellschaft und für jedes Individuum gesehen; Krankheit aber sei kein reines Naturphänomen, sondern enthalte auch Motivationsmomente. Insofern sei sie teils biologisch, teils sozial bestimmt. Die Medizin stelle sich als Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse auf die Probleme von Gesundheit und Krankheit dar (vgl. Parsons 1958b: 12). Die unmittelbar relevanten sozialen Strukturen bestünden in der Arztrolle einerseits und der Patientenrolle andererseits. Parsons geht dann auf das

patterning dieser Rollen ein, das der kulturellen Tradition sowie funktionalen Erfordernissen entspreche. Des Weiteren schildert er die Situation des Patienten[2] und die des Arztes. Erstere sieht er durch Hilflosigkeit und Hilfsbedürftigkeit geprägt: Kranke sind nicht befähigt, sich selbst zu helfen, jedenfalls sei das, was sie tun, nicht situationsadäquat. Ferner erschwert ihre Betroffenheit ein rationales Urteil. Komplementär dazu ist die Situation des Arztes beschaffen: Er verfügt über medizinische Kenntnisse und kann insofern helfen. Die Hilflosigkeit des Patienten und die Notwendigkeit, vollständigen Zugang zu dessen Körper zu erhalten, erfordern jedoch eine Reihe von professionellen Verhaltensweisen (*pattern variables*), die Parsons nun weiter auffächert. Sie erst ermöglichen als Wahlalternativen das *pattern maintenance* der Handelnden. Es sind dies im Einzelnen:

1. Emotionalität vs. emotionale Neutralität;
2. Kollektivitätsorientierung vs. Selbstorientierung;
3. Partikularismus vs. Universalismus;
4. Vorgegebenheitsorientierung vs. Leistungsorientierung;
5. funktional diffuse Orientierung vs. funktional spezifische Orientierung (vgl. ebd.: 55).

Erst gegen Ende des Kapitels kommt Parsons auf Krankheit als abweichendes Verhalten zu sprechen, das der sozialen Kontrolle unterworfen wird (vgl. ebd.: 52f.). Die moderne Medizin mit ihrer Rollenstruktur von Arzt und Patient erfüllt damit für Parsons die funktionalen Imperative eines jeden Sozialsystems: *pattern maintenance* in den fünf *pattern variables*; *goal-attainment* in der Motivation der Akteure, zu heilen bzw. geheilt zu werden; *adaptation* an das funktionale Erfordernis der Gesundheit und an die Leistungsorientierung; *integration* als Korrektur abweichenden Verhaltens.

In einer Reihe weiterer Texte hat Parsons die Thematik seiner Analyse ausgedehnt. So sieht er z. B. die Gesundheitsmotivation vor allem in der Leistungsfähigkeit (vgl. Parsons 1964a, 1964b). Die Kooperation von Hausärzten und Krankenhäusern werde immer wichtiger (vgl. Parsons 1963), die Bedeutung von Psychologie, Soziologie und Anthropologie für die medizinische Forschung nehme zu, und der Hausarzt bedürfe einer psychiatrischen Grundausbildung (vgl. Parsons 1960). Die Asymmetrie im Verhältnis zwischen Arzt und Patient ähnele der zwischen Eltern und Kindern (vgl. Parsons 1975: 274).

Parsons' Text von 1951 ist zur Geburtsurkunde der modernen Medizinsoziologie geworden. In den USA wurde 1960 eine entsprechende Sektion der *American Sociological Association* gegründet. In Deutschland fand 1958 auf Initiative von René König (1906–1992) in Köln eine Konferenz statt, die sich erstmals speziell medizinsoziologischen Problemen widmete. Aus ihr ging ein Sonderheft der *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* hervor, das auch Parsons' zehntes Kapitel in deutscher Übersetzung enthält. In den folgenden zwei Jahrzehnten wurden in der Bundesrepublik flächendeckend medizinsoziologische Lehrstühle an den medizinischen Fakultäten errichtet; die Medizinsoziologie wurde 1970 als Teil der Fächergruppe *Psychosoziale Medizin* Gegenstand der vorklinischen medizinischen Ausbildung.

Professionssoziologie

Deutliche Kritik an Parsons übte 1970 Eliot Freidson in seinem Buch *Profession of Medicine* (dt. *Der Ärztestand* [1979]). Parsons spezifiziere nicht die tatsächlichen Leistungen der *professionals*, sondern nur die Erwartungen an sie. »In seiner Ausrichtung auf das Handeln, seinem Glauben, seinem Pragmatismus, seinem Subjektivismus und seiner Hervorhebung der Unbestimmtheit unterscheidet sich der praktizierende Arzt […] weitgehend vom Wissenschaftler« (Freidson 1979/1970: 142). Nach dieser Unterscheidung rückt Freidson die Position des Arztes in die Nähe gewöhnlicher Berufe – hierin wird seine Affinität zur Mikrosoziologie der *Chicago School* deutlich: »Wie viele Berufsgruppen, die mit den Schattenseiten des Lebens zu tun haben – Hausmeister, Polizisten, Prostituierte, Taxifahrer, Barkeeper –, so glaubt auch […] (der Kliniker) gern, daß seine Arbeit ihn mehr als andere dazu befähigt, über das Leben und die menschliche Natur Bescheid zu wissen. Doch im Gegensatz zu jenen anderen wird beim professionellen Kliniker der Glaube an seine funktionell-diffuse Lebensklugheit durch die respektvolle Aufnahme seiner Ansichten seitens einer Laienwelt noch beträchtlich verstärkt, die zwischen dem, was seiner Ausbildung nach für ihn funktionell-spezifisch ist, und dem anderen keinerlei Unterschied macht« (ebd.: 143f.).

Ob diese Kritik an Parsons gerechtfertigt ist, sei einmal dahingestellt (vgl. Gerhardt 1991: 162ff.). Es wird jedoch deutlich, dass Freidson zwischen Wissenschaftler und *professional* und zwischen professioneller Orientierung und Publikumserwartung unterscheidet. Die gesellschaftliche Anerkennung, die den ›Halbgöttern in Weiß‹ gemeinhin entgegengebracht wird, relativiert Freidson damit, dass er auf die soziale Organisation der Profession abstellt und diese anhand der 1937 erschienenen Studie des britischen Ethnologen Edward Evans-Pritchard (1902–1973) über die ostafrikanischen Azande und ihre Medizinmänner entwickelt. Dort hat »der Berufsstand Verfügungsgewalt über die alleinige Kompetenz errungen […], den richtigen Inhalt und die wirksame Methode bei der Ausführung einer Aufgabe zu bestimmen« (Freidson 1979/1970: 11). Dies sei den US-amerikanischen Ärzten erst Ende des 19. Jahrhunderts gelungen, als sie von einer gelehrten zu einer praktizierenden Profession wurden.

Anders als Parsons widmet sich Freidson auch der sozialen Konstruktion der Krankheit. Seine diesbezüglichen Ausführungen stehen *expressis verbis* in der Tradition der Wissenssoziologie von Peter L. Berger und Thomas Luckmann (1969/1966). Ähnlich wie Parsons beschreibt Freidson Krankheit als ein teils biologisches, teils soziales Phänomen. Er differenziert Krankheitstypen zunächst nach ihrer Dauerhaftigkeit sowie ihrer Legitimität und kommt dabei auf Stigmatisierungsprozesse zu sprechen (Freidson 1979/1970: Kapitel 11). Dann unterscheidet er die professionelle von der Laienkonstruktion der Krankheit und widmet der Letzteren ein eigenes Kapitel.

»Der Eintritt ins Sprechzimmer beruht auf einem höchst selektiven organisierten sozialen Prozeß« (ebd.: 233). Es gelte zu analysieren, »wie jene Variablen in den Prozeß hineinspielen, durch den der Laie dazu gebracht wird, bei sich eine Krankheit zu vermuten und einen Arzt aufzusuchen« (ebd.). Eine dieser Variablen ist der Schmerz. Freidson referiert eine Reihe von Studien über den Umgang mit Schmerz in verschiedenen ethnischen Gruppen und kommt zu dem Ergebnis, dass nicht der Schmerz an sich, sondern seine Bedeutung entscheidend ist und dass diese Bedeutung von Gruppe zu Gruppe differiert. Er geht dann zu kulturell unterschiedlichen Laiendefinitionen von Gesundheit und

Krankheit über und resümiert, dass das, »was der Laie als Symptom oder Krankheit erkennt, zum Teil eine Funktion der Abweichung von dem kulturell und historisch variablen Standard von Normalität [ist], wie er durch die Alltagserfahrung geschaffen wird« (ebd.: 238). Die unterschiedliche Frequentierung von Ärzten resultiere vor allem aus einem unterschiedlichem sozioökonomischen Status und unterschiedlicher formaler Bildung, und spätestens dann, wenn es um die Organisation des Eintritts in die Behandlung gehe, seien Verhaltensunterschiede nicht mehr individuell, sondern sozial. »Zu einem nicht geringen Teil liegt die Bedeutung der sozialen Struktur in der Rolle, die sie dort spielt, wo das Individuum dazu angeregt oder davon abgehalten wird, einen Arzt zu konsultieren« (ebd.: 241). Freidson spricht hier von einem »Laien-Überweisungssystem«, das »das gesundheitsbezogene Suchen und Geben von Ratschlägen unter Laien« und damit das »Organisieren der Verhaltensrichtung durch Überweisung an den einen oder anderen Berater« umfasst (ebd.). Die folgende Matrix zeigt, dass das Maß der Inanspruchnahme professioneller Hilfe von der Laien-Überweisungsstruktur und der Übereinstimmung zwischen Laien- und professioneller Kultur abhängt (vgl. ebd.: 245).

	Laienkultur	
Laien-Überweisungsstruktur	**mit der professionellen Kultur übereinstimmend**	**mit der professionellen Kultur nicht übereinstimmend**
Locker, verkürzt	mittlere bis hohe Inanspruchnahme	mittlere bis niedrige Inanspruchnahme
Von festem, inneren Zusammenhalt, ausgedehnt	höchste Inanspruchnahme	niedrigste Inanspruchnahme

Je nach Grad der Abweichung vom Normalitätsstandard und beigemessener Legitimität unterscheidet Freidson dann, wie in der folgenden Tabelle aufgeführt, zwischen sechs exemplarischen Krankheitstypen (ebd.: 199). Diese Krankheitstypen werden nun in Relation zur Häufigkeit der Konsultation eines Arztes gestellt: »Von den drei Legimitationsarten führen […] die *geringfügigen* Krankheiten, die als *bedingt legitim* definiert sind, am ehesten zur Konsultation […]. Von den geringfügigen Fällen *bedingungslos legitimer* und *illegitimer*

Krankheiten wird nur ein kleinerer Anteil die Konsultation in Anspruch nehmen […]« (ebd.: 248f.). Das Laien-Überweisungssystem, so Freidson abschließend, »mobilisiert die Wahrnehmung des Laien von Unbehagen und leitet sie in zu bestimmten Zielen führende Bahnen« (ebd.: 249).

	Legitimität		
Grad der Abweichung	**Illegitim (stigmatisiert)**	**Bedingt legitim**	**Bedingungslos legitim**
Geringfügige Abweichung	Zelle 1: »Stotterer« Teilweise Aussetzung einiger gewöhnlicher Verpflichtungen; wenige oder keine neuen Privilegien; Annahme neuer Verpflichtungen	Zelle 2: »Erkältung« Zeitweilige Aussetzung einiger gewöhnlicher Verpflichtungen; zeitweilige Vergrößerung gewöhnlicher Privilegien; Verpflichtung, gesund zu werden	Zelle 3: »Pockennarben« Keine besondere Veränderung der Verpflichtungen oder Privilegien
Schwerwiegende Abweichung	Zelle 4: »Epilepsie« Aussetzung einiger gewöhnlicher Verpflichtungen; Annahme neuer Verpflichtungen; wenige oder keine neuen Privilegien	Zelle 5: »Lungenentzündung« Zeitweilige Befreiung von gewöhnlichen Verpflichtungen; Zunahme gewöhnlicher Privilegien. Verpflichtung, sich einer Behandlung zu unterziehen und mitzuhelfen	Zelle 6: »Krebs« Dauernde Aussetzung vieler gewöhnlicher Verpflichtungen; deutliche Zunahme an Privilegien

Zu einem Vergleich von Parsons und Freidson habe ich bereits einiges gesagt und möchte dies nun systematisieren. Parsons interessiert die Struktur der Arzt-Patient-Beziehung als zentralen Aspekt der sozialen Funktion der Medizin. Da die Funktionsfähigkeit aller sozialen Systeme von der Gesundheit der Menschen abhängt, muss diese möglichst rasch wiederhergestellt werden. Krankheit ist nicht nur biologisch verursacht, sondern auch individuell motiviert – und kann

somit sozial beeinflusst werden. Da Krankheit von der gesellschaftlichen Erwartung optimaler Funktionserfüllung abweicht, muss sie wie jedes abweichende Verhalten der sozialen Kontrolle unterworfen und der Heilung zugeführt werden. Insofern ist die Arzt-Patient-Beziehung als ein von *pattern variables* gekennzeichnetes Rollengefüge zentraler Gegenstand der Medizinsoziologie, auch wenn das Gesundheitswesen immer mehr zu Großorganisationen tendiert. Die Struktur dieses Rollengefüges entspricht seiner Funktion, soziale Kontrolle auszuüben; auf Grund seiner wissenschaftlichen Kenntnisse ist der Arzt in der Lage, dem Kranken zu helfen.

Freidson hingegen unterscheidet bezüglich der Arztrolle zwischen *professional* und medizinischem Wissenschaftler. Die Organisation des Gesundheitswesens sei wesentlich durch die Interessen der Profession geprägt, für das Feld von Gesundheit und Krankheit die *jurisdiction* zu erlangen und zu bewahren (vgl. Abbott 1988). Pragmatismus, Subjektivismus und Unsicherheit bestimmen das Handeln des einzelnen Arztes. Die Rollen von Arzt und Patient sind auf beiden Seiten stark von kulturellen Mustern geprägt.

Im Anschluss an Freidsons Analyse der ärztlichen Profession hat sich eine Debatte ergeben, die ich hier nur skizzieren kann. Meint Freidson (1984), in Krankenhäusern und Arztpraxen eine Dominanz der ärztlichen Profession über die Paraprofessionen[3] der Pflege, der Physiotherapie etc. zu erkennen, so sprechen andere Autoren von einer ›Proletarisierung der Ärzte‹; die Profession werde »divested of control over certain prerogatives relating to the location, content, and essentially of its task activities« (McKinlay/Stoeckle 1988: 200). In der Zwischenzeit ist Freidsons These bestätigt, aber auch modifiziert worden (vgl. Annandale 1989; Hafferty/McKinlay 1993; Harrison/Wagar 2000). Die Dominanz der Ärzte scheint in Deutschland stärker als in den USA und dort wiederum stärker als in Großbritannien ausgeprägt zu sein (Döhler 1997: 217). Allerdings hat sich in den USA das Gefüge der Berufe und damit auch die Rolle der medizinischen Profession sehr verändert: »In less than a generation of providers, the solo practitioner has given way to the group practice, which itself has become buried under a mosaic of practice networks, institutional arrangements, and organizational schemes […]. Managed care arrangements and practice net-

works are being supplemented by practice protocols, treatment guidelines, and a litany of requirements for prior authorization […]« (Hafferty/Light 1995: 133). Derlei Veränderungen sind auch in Deutschland zu beobachten.

Strukturfunktionalismus und Symbolischer Interaktionismus: Parsons', Goffmans und Strauss' unterschiedliche Konstruktionen der psychiatrischen Welt

In einem 1957 publizierten Text hat sich Parsons dem psychiatrischen Krankenhaus als Organisationstyp zugewandt. Er unterschied Organisationen von Gemeinschaften (z. B. Familien), von askriptiven Gruppen (z. B. ethnischen Gruppen) und von Assoziationen (z. B. Verbänden) durch ihren Primat eines spezifischen kollektiven Ziels. Dies sei im Fall des psychiatrischen Krankenhauses »to cope with the consequences for the individual patient and for patients as a social group, of a condition of mental illness« (Parsons 1957: 109). Dieses Ziel wird in vier soziale Verantwortlichkeiten untergliedert: Aufbewahrung/Fürsorge (*custody*), Schutz vor Verletzungen der eigenen oder einer fremden Person, Sozialisation als Patient und Therapie. Durch den Primat der Therapie sei das Krankenhaus von anderen Organisationen unterschieden, z. B. von Schulen mit ihrem Primat der Sozialisation und von Gefängnissen mit ihrem Primat des Schutzes (*protection*). Diese Fragen nach den Unterschieden und Gemeinsamkeiten mit Firmen, Staat, Gefängnissen etc. tauchen im Text immer wieder auf: Staat und Kirchen z. B. sorgten wie die Krankenhäuser nur für ihre ›Mitglieder‹. Weiterhin ist an seinem Ansatz wichtig, dass er psychische Erkrankung als »a disturbance of personality« (ebd.: 116) und Therapie als »a total process« (ebd.: 123) auffasst. Hinsichtlich der Patientenrolle, die hier ähnlich wie in *The Social System* verstanden wird, verweist er besonders auf die Notwendigkeit der Kooperation mit den Ärzten: »therapy is a process of interaction« (ebd.: 114). Der Status des Krankenhauspatienten sei mit dem des Kindes in der Familie vergleichbar (ebd.: 116).

Wir sehen hier erneut die Grundargumentation des Strukturfunktionalismus: Gefragt wird nach den spezifischen

Funktionen des Krankenhauses als Organisation. Diesen Funktionen entspreche die Struktur nach innen wie nach außen, also zur Gesellschaft hin.

Die Interaktionisten konstruieren die Welt des Krankenhauses anders. Erving Goffman (1922–1982) hat zwischen 1954 und 1957 Feldforschung in psychiatrischen Anstalten betrieben. Sie stellen für ihn eine Form »totaler Institutionen« dar, denen sein allgemeines Interesse gilt, und die er durch folgende Charakteristika definiert sieht: »1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt. 2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen. 3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine schließt zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt an die nächste an, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben. 4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen« (Goffman 1977/1961: 17). Bereits in dieser Passage wird Goffmans Impetus deutlich: Ihm geht es weniger um die offiziellen Ziele der Organisation, sondern vielmehr um ihre nicht-offiziellen Funktionen: »Totale Institutionen sind soziale Zwitter, einerseits Wohn- und Lebensgemeinschaft, andererseits formale Organisation; in dieser Hinsicht sind sie für die Soziologie besonders interessant. […] Sie sind die Treibhäuser, in denen unsere Gesellschaft versucht, den Charakter von Menschen zu verändern. Jede dieser Anstalten ist ein natürliches Experiment, welches beweist, was mit dem Ich des Menschen angestellt werden kann« (ebd.: 23). Die Totalität demoralisiere die Individuen. Goffman spricht einerseits von einer »Diskulturation« der Insassen, aus der keine Akkulturation in eine andere Kultur resultiere (vgl. ebd.: 24), andererseits von einer »Insassenkultur« (vgl. ebd.: 70).

Dann widmet er sich dem Arzt-Patient-Verhältnis in der Psychiatrie. Er skizziert zunächst in Anlehnung an Parsons[4] ein allgemeines Experten-Dienstleistungsmodell: »Im Idealfall besteht der Beitrag des Klienten zu dieser Beziehung

darin, daß er Respekt für die technische Kompetenz des Helfers hat und darauf vertraut, daß dieser sein Können moralisch einsetzt. […] Andererseits besteht der Beitrag des Helfers aus folgendem: eine esoterische und empirisch effektive Kompetenz sowie die Bereitschaft, sie dem Klienten zur Verfügung zu stellen; berufliche Diskretion; eine spontane Zurückhaltung, die ihn veranlaßt, ein diszipliniertes Desinteresse für die übrigen Angelegenheiten des Klienten […] an den Tag zu legen […]« (ebd.: 310). Wir erkennen hier die *pattern variables* wieder, die Parsons zunächst am Arzt-Patient-Verhältnis entwickelt hatte. Für den Bereich der Psychiatrie, insbesondere den der Zwangseinweisungen, sieht Goffman diesen Idealfall als nicht gegeben. Er spricht von einer charakteristischen Ambivalenz im Handeln des Personals, denn dieses muss als pathologisch ansehen, was andere als Fehlverhalten deuten. Das führe dazu, dass die Patienten als »verantwortliche« Personen angesprochen werden müssen, obgleich sie dies, z. B. im rechtlichen Sinne, nicht sind. »Wie die Polizisten haben die Psychiater die besondere berufliche Aufgabe, einschüchternd und moralisierend auf Erwachsene einzuwirken« (ebd.: 348). »Wenn jedoch der Psychiater die Worte des Patienten unbesehen als einen Bericht über Symptome werten soll, wie dies bei der ärztlichen Hilfe der Fall ist, dann muß der Patient bereit sein, in einer bestimmten Form zu reagieren: […] er […] muß […] den aufrichtigen Wunsch äußern, sein Selbst durch die psychiatrische Behandlung verändern zu lassen« (ebd.: 349). Jedoch sei die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein »unausgebildeter Patient« entsprechend verhalte, eher gering. Er habe »Gründe genug, um zu erkennen, daß er kein freiwilliger Patient ist«, werde sich so verhalten, »daß die Beziehung dadurch dem Dienstleistungsschema entzogen wird und sich mehr der Situation nähert, in der ein Schützling seinen Herrn um mehr Privilegien bittet, ein Gefangener gegen seine rechtlose Behandlung protestiert […]« (ebd.). Hier kommt die Rahmung des Arzt-Patient-Verhältnisses durch die totale Institution zum Ausdruck.

War für Parsons die Therapie »total«, so ist es für Goffman das Krankenhaus als Institution. Parsons sah den Patienten als Mitglied sowohl des Krankenhauses als auch (weiterhin) seiner Familie (vgl. Parsons 1957: 121); für Goffman existiert letztere nicht. Parsons sah die Verwirrung der Per-

sönlichkeit mit der Krankheit als gegeben, deretwegen der Patient hospitalisiert worden war. Goffman sieht die Demoralisierung als Resultat der Hospitalisierung; Parsons vergleicht die Rolle des Patienten mit der eines Kindes.

Anselm Strauss war, wie zeitweise auch Goffman, Professor an der *University of Berkeley*. Seine Perspektive unterscheidet sich jedoch deutlich von der Goffmans. Strauss kam aus der *Chicago School*, die mit George Herbert Mead (1863–1931), Herbert Blumer (1900–1987) u. a. eine wichtige Tradition qualitativer Sozialforschung begründet hatte. Auch Strauss betrieb Feldforschung in psychiatrischen Anstalten, und zwar zu Beginn der 1960er Jahre. Im Zentrum seiner Untersuchungen steht das Arbeitsgeflecht (*trajectory*) von Ärzten, Pflegepersonal und Patienten. Er umreißt zunächst den Kontext, in dem deren »Arbeit« steht: »(1) the contemporary prevalence of chronic illness, (2) images of acute care, (3) medical technology and its impact on hospitals, and (4) the hospital as a set of work sites« (Strauss et al. 1985: 1). »Images of acute care« meint, dass Krankenhäuser in der Regel auf akute Krankheiten ausgerichtet sind, obgleich die Patienten meist an chronischen Krankheiten leiden (vgl. ebd.: 2f.). Hinsichtlich der Medizintechnik weisen Strauss und Koautoren darauf hin, dass die größeren Krankenhäuser sehr rasch von Maschinerie abhängig würden und zahlreiche neue, technikorientierte Berufe in sie Einzug hielten: Bio- und Sicherheitsingenieure, Atem- und Physiotherapeuten, Strahlentechniker etc. (vgl. ebd.: 3). Diese Entwicklung und die zunehmende Bürokratisierung der Krankenhäuser gingen jedoch an den Bedürfnissen der zunehmend chronisch Kranken vorbei; es kämen Kritiken an der Inhumanität und an der Fragmentierung der medizinischen Versorgung und der Pflege auf (vgl. ebd.: 4f.). Mit zunehmender Arbeitsteilung im Krankenhaus würden die *trajectories* des Krankheits- und Betreuungsverlaufs zunehmend bearbeitet (*shaped*) statt geleitet (*managed*) (vgl. ebd.: 29f.). Die Arten von geleisteter Arbeit vervielfältigten sich: »they include: comfort work, clinical safety work, machine work, composure, biographical, and other kinds of psychological work (subtypes of what will be termed ›sentimental work‹) – plus the work of coordinating (articulating) all of the many tasks involved in the total arc of work« (ebd.: 38). Uns interessiert hier die von Patienten geleistete Arbeit. Ähnlich wie Freidson Krankheits-

typen unterschieden hatte, differenziert Strauss z. B. legitime und illegitime sowie sichtbare und unsichtbare Patientenarbeit. Manche Arten von *comfort and sentimental work* blieben unsichtbar. Als illegitim und damit als unsinnig oder verrückt würden Arbeiten wahrgenommen, »as when a patient in pain keeps elaborate records of when pain medications were given« (ebd.: 199). Patientenarbeit sei teils spiegelbildlich zu der des Personals (z. B. Urin produzieren versus den Urin zum Labor senden), teils ergänzend oder substituierend etc. Jedenfalls bildeten die unterschiedlichen Arbeitsformen der unterschiedlichen Personengruppen zusammengenommen eben jene *trajectories* (vgl. ebd.: 201f.). Für Strauss sind die Patienten psychiatrischer Anstalten also weder zur bloßen *compliance* gegenüber den medizinischen Experten verpflichtete Laien, wie für Parsons, noch Objekte der Diskulturation, wie für Goffman. Zwar hält auch Strauss die Ordnung des Krankenhauses für überreguliert;[5] er betrachtet jedoch Pflegepersonal und Patienten als Teilhaber einer *negotiated order*. Insbesondere die Langzeitpatienten seien an Aushandlungen über ihre Allokation auf der Station, über die Menge der einzunehmenden Pharmaka und sogar über die Auswahl der behandelnden Ärzte beteiligt (vgl. Strauss et al. 1963: 159ff.).

Goffman und Strauss haben fast zur gleichen Zeit ganz ähnliche Institutionen beobachtet. Ihre Resultate sind jedoch gegensätzlich. Goffman konzentriert sich auf die Totalität der Institution, die eher ein Herr-Knecht-Verhältnis als eine aushandelbare Ordnung produziere, während Strauss die unterschiedlichen, auch die verborgenen oder allgemein nicht als Arbeit begriffenen Tätigkeiten der unterschiedlichen Personengruppen ins Zentrum seiner Analyse rückt. Die offiziellen Ordnungen sind für beide wenig realitätsmächtig; doch Goffman kritisiert die ›Institution als ideologischen Machtapparat‹, während Strauss ihrer interaktiven Ordnung nachspürt. Goffman sieht Diskulturation, wo Strauss ein fragiles und komplexes Interaktionsgefüge rekonstruiert.

Medizinische Anthropologie

»Nichts ist […] trügerischer, als die Lage des Kranken von heute als Ergebnis einer gradlinigen Entwicklung zu betrachten, bei der stets dieselbe Körpererfahrung, dieselben Vorstellungen, dieselben Werte und Institutionen im Spiel sind. Gerade die unterschiedliche Art der jeweils vorherrschenden Krankheiten einer bestimmten Epoche, die Entwicklung der Medizin mit all ihren Irrwegen, mit ihren Erfolgen und mit ihrem explosionsartigen Fortschritt in den letzten hundert Jahren, die plötzliche juristische Annäherung von Krankheit und Arbeit seit der Industrialisierung sind allesamt Beispiele einer Neustrukturierung, deren Auswirkungen uns zeigen, dass Kranke und Krankheit in jeder Gesellschaft unterschiedlich existieren, definiert und versorgt werden« (Herzlich/Pierret 1991/1984: 10f.). Die französischen Soziologinnen Claudine Herzlich und Janine Pierret haben hier eine Perspektive auf Krankheit eröffnet, die in den 1980er Jahren wichtiger Gegenstand der Medizinsoziologie wurde. Die Prägung der Normalitätsvorstellungen und damit der Arzt- und der Patientenrolle durch kulturelle Muster war, wie wir gesehen haben, vor dem Hintergrund der empirischen Literatur bereits Gegenstand von Freidsons Überlegungen gewesen. Diese kulturellen Muster, ihre Differenz und ihr Wandel rücken nun ins Zentrum. Herzlich und Pierret beziehen zwei Fragen auf unterschiedliche Zeiträume; sie fragen nach, wie sich 1. ausgehend von den Kranken und 2. von den Krankheiten die Krankheitserfahrungen und das Verhältnis zur Medizin bis in die Gegenwart gestaltet haben (vgl. ebd.: 14). Wichtige Entwicklungen der Moderne sehen sie vor allem in der Individualisierung der Krankheit und in der Pflicht zur Gesundheit. Deutlich sei der Abstand der heute vorherrschenden chronischen und degenerativen Krankheiten »zu den Epidemien, den Massenseuchen, die unsere Vorfahren dezimierten. […] Das *Individuum* ist krank, und dies impliziert in keiner Weise, dass sein Nachbar es ebenfalls sein muß. Seine Krankheit stellt weder eine Warnung noch eine Bedrohung für seine Umgebung dar. Sie betrifft den Menschen in seiner Körpererfahrung allein« (ebd.: 67). Ferner sei es in den letzten drei Jahrzehnten zu einer Neudefinition des ›Rechtes auf Gesundheit‹ gekommen. »Bisher bedeutete dieses Recht die Reduzierung

von Ungleichheiten beim Zugang zu medizinischen Dienstleistungen: um eine als unvorhersehbar betrachtete Krankheit zu behandeln, war es wichtig, die Möglichkeiten zu erweitern, bei einer medizinischen Infrastruktur Hilfe zu erlangen. Heute umfaßt das ›Recht auf Gesundheit‹ die Verantwortung jedes Individuums, das sich angesichts krankmachender Wirkungen seiner Lebensweise gesundheitsbewußt verhalten soll. Eine gesundheitspolitische Erziehung müßte auf dieses Ziel hinarbeiten« (ebd.: 275).

An dieser Stelle will ich nur einige der Themen skizzieren, an denen Herzlich und Pierret ihre Kulturanalyse der Krankheit festgemacht haben. Es geht um das Zurücktreten der Vorstellungen, Krankheit sei Sühne für vorangegangene Sünden der Menschheit oder Resultat von zuviel Muße etc. Auch werden widersprüchliche Erwartungen an den Fürsorgestaat der Gegenwart vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung analysiert.

Die Prägung der Normalitätsvorstellungen und damit der Arzt- und der Patientenrolle durch kulturelle Muster haben Herzlich und Pierret im historischen Verlauf thematisiert; Arthur Kleinman beschrieb sie im interkulturellen Vergleich der westlichen und der chinesischen medizinischen Konzepte. 1969/70 beobachtete er für mehr als ein Jahr das Gesundheitswesen auf Taiwan. Sein diesbezügliches Buch (1980) begründete die Medizinische Anthropologie mit. Er beschrieb die sozialen Beziehungen zwischen Patienten und Heilpersonen im Sinne des Anthropologen Clifford Geertz als kulturelles System: »it is both a map ›for‹ and ›of‹ a special area of human behavior« (Kleinman 1980: 26). Das Gesundheitswesen im Prinzip einer jeden Gesellschaft, ob in Entwicklungs- oder in Industrieländern, wird in drei Sektoren geteilt vorgestellt: *the popular, professional* und *folk sector*. Der *popular sector* umfasst zu Teilen das, was Freidson »Laien-Überweisungssystem« nannte, den Kreis der Familie, der Verwandten und Bekannten, »in which illness is first defined and health care activities initiated«. Jedoch hat Kleinman auch die Phase nach der ärztlichen Behandlung im Blick: »After patients receive treatment, they return to the popular sector to evaluate it and decide what to do next« (Kleinman 1980: 50). Den Begriff ›Evaluation‹ reserviert Kleinman also nicht für die medizinische oder pharmakologische Wissenschaft. Falls die Behandlung der Krankheit

nicht innerhalb des populären Sektors verbleibt, findet sie – soweit vorhanden – im professionellen oder im volksmedizinischen Sektor statt. Der professionelle Sektor umfasst die organischen Heilberufe. »In most societies, this is simply modern medicine. But in certain societies, e.g. Chinese and Indian societies, there are also professionalized indigenous medical systems: traditional Chinese medicine and Ayurvedic medicine, respectively« (ebd.: 53f.). Speziell für die taiwanesische Medizin ist *indigenization* von Bedeutung: »By this term is meant changes that modern professional medicine and psychiatry undergo after they are introduced into non-Western societies« (ebd.: 55f.). Schließlich gibt es den »folk (non-professional, non-bureaucratic, specialist) sector […]. Folk medicine is a mixture of many different components. […] In those societies lacking professionalization, the folk sector and the popular sector constitute the entire health care system. Folk medicine is frequently classified into sacred and secular parts, but this division is often blurred in practice […]« (ebd.: 59). Während Freidson den Ärzteberuf ironisierend in die Nähe der Hausmeister und Taxifahrer, aber auch der Medizinmänner gerückt hatte, hält Kleinman die Grenze zwischen *folk* und *professional sector* also deutlich aufrecht. Jedoch trügen alle drei Sektoren zu den Kernfunktionen[6] des Gesundheitssystems bei. Kleinman benennt u. a. folgende Funktionen: die kulturelle Konstruktion von Krankheit als psychosoziale Erfahrung; die Etablierung allgemeiner Kriterien zur Evaluation therapeutischer Ansätze unabhängig von individuellen Krankheitsepisoden; Prozesse des *labeling and explaining* von Krankheiten, wie ich sie im nächsten Kapitel skizzieren werde; therapeutische Aktivitäten und das Management ihrer Ergebnisse (vgl. ebd.: 71).

Diesen Kernfunktionen wird durch Erklärungsmodelle von Krankheit und Behandlung Sinn verliehen, den Patienten und Heiler teilen (vgl. ebd.: 105). Unterschieden werden professionelle und populäre Modelle. Beispiele führt Kleinman hauptsächlich aus der taiwanesischen medizinischen Kultur an. Seine nun folgenden Analysen sind auf den Vergleich der drei Gesundheitssektoren in der westlichen und der chinesischen Kultur sowie in ihren taiwanesischen Vermischungen ausgerichtet, auf die Tendenzen zur Somatisierung von Krankheit in der chinesischen gegenüber der Psychologisierung in der westlichen Kultur, auf die Prozesse der

Indigenisierung etc. Die soziologische Fruchtbarkeit solcher Überlegungen wird in einer rezenten empirischen, wissenssoziologischen Studie der Anthropologin Elisabeth Hsü über die traditionelle chinesische Medizin im heutigen Festland-China deutlich, die an Kleinman anschließt.

Hsü unterscheidet drei Arten der Weitergabe von (medizinischem) Wissen: geheim, persönlich und standardisiert. Diesen drei Vermittlungsformen entsprechen drei soziale Rahmen (*social settings*): *popular* und *folk practitioners*, *learned traditional culture physicians* und *professionalised physicians*. In den chinesischen Städten entsprachen dem Kräuterheiler und *qi-gong*-Meister, die außerhalb der Kliniken *folk medicine* praktizieren, *Chinese medical doctors*, die außerhalb und innerhalb von Kliniken praktizieren, und *Traditional Chinese medicine doctors* sowie biomedizinische Ärzte, die zumeist innerhalb von Kliniken praktizieren.

Diese differenten *social settings* produzieren differente Wissensstile. Obgleich in allen *settings* Texte auswendig gelernt werden, bleibt zunächst der jeweilige Stil unterschiedlich. Im *Geheimwissen* geht es um mündliche Tradition, um daoistische Verse, deren Bedeutung in Aussprache und Betonung liegt, die die Praktiken der Atemtechnik *qi-gong* begleiten und in bzw. trotz ihrer Banalität Geheimwissen darstellen. Die Praktiken und Gesten werden ebenfalls mündlich tradiert; sie sind von den »geheimen« gemurmelten oder nicht gesprochenen Versen nicht zu trennen.

Das *persönliche Wissen* beruht ebenfalls auf auswendig gelernten Texten und auf Praktiken. Die Texte sind in klassischem Chinesisch gehalten und sehr lang. Der Arzt versteht sich als *gentleman* und unterhält soziale Beziehungen zu Intellektuellen. Die erlernten Texte bleiben stark polysemantisch; hinsichtlich der Praktiken gilt die Devise der Virtuosität.

Im *standardisierten Wissen* wird gleichfalls auswendig gelernt, aber kürzere Passagen aus akademischen Lehrbüchern, die den polysemantischen Charakter der klassischen Texte zu verringern trachten. Theorie und Praxis sind deutlich getrennt, wie dies auch in der Biomedizin der Fall ist.

Am Beispiel des *qi*, der Energie, wird schließlich deutlich, dass die Wissens*stile* auch zu unterschiedlichen Konzeptualisierungen führen: Im *Geheimwissen* des *qi-gong* kann *qi* direkt durch Berühren der Körperoberfläche gefühlt werden,

im *persönlichen Wissen* wird seine Bewegung über die Pulsdiagnose wahrgenommen, im *standardisierten Wissen* wird *qi* eher im Gegensatz zu Blut und anderen Körpersäften konzeptualisiert, wird sein ständiges Fließen betont, während seine ständige Transformation »übersehen« wird (vgl. Hsü 1999: 235f.).

Im Anschluss an Kleinman stellt Cecil G. Helman (1990/1984) die Medizinische Anthropologie als Subdisziplin der Sozial- und der Kulturanthropologie vor: »Medical anthropology is about how people in different cultures and social groups explain the causes of ill-health, the types of treatment they believe in, and to whom they turn if they do become ill. It is also the study of how these beliefs and practices relate to biological and psychological changes in the human organism, in both health and disease« (Helman 1990/1984: 1; vgl. 6). Helman führt acht Gruppen von Laien-Ätiologien an, die unter Patienten in den USA verbreitet seien (ebd.: 103): Schwächung, Degeneration, Invasion von Mikroorganismen, Aus-dem-Gleichgewicht-Geraten, Stress, mechanische und Umweltursachen, Vererbung.

Probleme der Arzt-Patient-Konsultation sieht Helman vor allem in folgenden Punkten: »Differences in the definition of ›the patient‹; misinterpretation of patients' ›languages of distress‹; incompatibility of explanatory models; disease without illness[7]; illness without disease« (ebd.: 199f.). Helman sieht einen möglichen Beitrag der Medizinischen Anthropologie zur Verbesserung dieser Probleme durch folgende Strategien (vgl. ebd.: 124): Kranksein zu verstehen, Kommunikation zu verbessern, Kranksein und Krankheit zu behandeln sowie die Bedeutung des Kontexts von Krankheit abzuwägen. Bezugnahmen auf Kleinman finden sich auch in der Untersuchung *Medical Talk and Medical Work* von Paul Atkinson (1995), die auf Feldstudien unter Hämatologen in den USA und England basiert. »My goal throughout is to show how medical work and medical knowledge are enacted through the rhetorical forms of the clinic. I refer metaphorically to the liturgy of the clinic in order to allude to the special quality of medicine's forms of talk. Like sacred liturgies the recurrent, even ritualized, occasions of talk about medical cases are potent methods for the affirmation of participants' membership in the professional culture« (Atkinson 1995: x). Atkinson beschreibt zunächst die Unterschiede des

klinischen *settings*. Waren die US-Hämatologen reine *consultants*, so hatten ihre britischen Kollegen eigene Stationen. Bei seiner Analyse der Gespräche zwischen verschiedenen Arztgruppen stößt Atkinson immer wieder auf Aushandlungsprozesse: »In this and similar sequences, then, the clinicians and the pathologist together seek to negotiate an acceptable description of the specimen itself (the product of biopsy). The vocabulary of pathological description (for example, granuloma, giant cells, mitosis) provides a framework for the shared of the tissue, and out of that vocabulary emerges the description that will fit other, relevant descriptive framework […] In the course of the fieldwork with the haematologists it became apparent that the clinical pathologist quoted above held an especially privileged position in the technical and moral division of labour locally […]« (ebd.: 72). Hier wird die Verwandtschaft der Fragestellung Atkinsons mit der der wissenssoziologischen Laborstudien deutlich: Interpretative Prozesse und soziale Dynamiken produzieren Problemdefinitionen und -lösungen (vgl. Maasen 1999: 47ff.). Bei den Medizinern entdeckt Atkinson schließlich verschiedene *voices*: solche der *personal experience,* der *journal science* etc. (vgl. Atkinson 1995: 129ff.).[8]

Interessante Beobachtungen zum Vergleich der medikalen Kulturen in den USA und in England, Frankreich und Deutschland finden sich bei Lynn Payer (1989/1988), die während der 1980er Jahre für US-amerikanische Zeitschriften als Medizinkorrespondentin aus Europa berichtete. Die US-amerikanische Kultur sei in besonderer Weise von der Vorstellung geprägt, »daß alle Probleme gelöst würden, sobald man einen Virus gefunden habe, der mit einer bestimmten Krankheit in Zusammenhang gebracht werden könne« (Payer 1989/1988: 160). Der Körper werde in Analogie zum Auto, Krankheit als von außen kommend wahrgenommen (vgl. ebd.: 165). Letzteres gelte auch für die Engländer. »Anders als französische Ärzte scheinen die Ärzte in Großbritannien es nicht für sonderlich wichtig zu halten, die Abwehrkräfte des Patienten zu stärken« (ebd.: 127). Sparsamkeit und ›Haltung bewahren‹ seien ihre zentralen Devisen. In Frankreich hingegen werde dem *terrain*, der ›Konstitution‹, zentrale Bedeutung beigemessen. »Während englische und amerikanische Ärzte eher dazu neigen, sich auf das Ergebnis zu konzentrieren, beschäftigen sich französische

und deutsche Ärzte vornehmlich mit der Reaktion; häufig gelingt es ihnen so, sowohl auf die Reaktion einzuwirken als auch das Ereignis abzuwenden« (ebd.: 58f.). Die deutsche medikale Kultur sei in vielem von romantischen Vorstellungen geprägt; darin unterscheide sie sich wiederum am deutlichsten von der französischen. »In der Romantik nahm nicht das Denken, sondern das Fühlen den höchsten Rang ein, und es herrschte ein unverbrüchlicher Glaube daran, daß Herz und Seele ihre ganz eigenen Regungen und Gesetze haben. Anstatt die Welt wie die Cartesianer als eine Maschine zu betrachten, sahen die Romantiker sie als einen lebendigen Organismus an« (ebd.: 76). Diese Tradition führe sowohl zu einer Hochschätzung des Herzens als Krankheitsursache als auch zu einer Aufgeschlossenheit für alternative Heilverfahren. Andererseits neigten die Deutschen jedoch zur Effektivität, weshalb die hoch technisierte Medizin gleichermaßen gepflegt werde (ebd.: 79).

Abschließend möchte ich auf einen Text zu sprechen kommen, der an die Wissenssoziologie anschließt, speziell an die in den Laborstudien vorherrschende konstruktivistische Theorie der Repräsentation, die sich ethnomethodologischer Methoden bedient (vgl. Latour 1987; Lynch 1993): Der niederländische Soziologe Marc Berg (1996) untersucht die Bedeutung der Patientenakte in Arztpraxen und Krankenhäusern. Sie enthalte nicht nur wichtige Informationen, sondern spiele eine durchaus aktive Rolle. Der Arzt konstruiere ein Bild dessen, was er tun solle, indem er die in der Akte enthaltenen Briefe, Laborbefunde und auch seine eigenen Notizen erneut lese und so aus der Vielzahl von Möglichkeiten »kanalisiere«, was als Nächstes zu tun sei (vgl. ebd.: 504f.). In der Klinik habe die Patientenakte noch weitere Funktionen: Sie initiiere eine Folge organisatorischer Routinen und koordiniere die Tätigkeiten des Personals. »Here again, it is clear that record's role is not auxiliary. The record does not merely represent this co-ordination of work, it stipulates and mediates it« (ebd.: 510).

Worin besteht nun das Neue dieses Ansatzes? Hatte Strauss den Arbeitsbegriff erweitert, so erweitert Berg den Handlungsbegriff, indem er ihn auf Akten überträgt. Ob er damit ähnliche Erkenntnisgewinne wie Strauss erzielen kann, muss sich allerdings erst zeigen.

Konstruktivistische Medizinsoziologie

Der Konstruktivismus ist aus der Kritik am Realismus positivistischer Ausrichtung entstanden. Ganz allgemein »kann man sagen: eine konstruktivistische Sozialtheorie erarbeitet

- Konstrukte […], die unsere (Als-)Wahr-nehmungen sozialer Phänomene dadurch erklären, daß die Komponenten der Modelle/Systeme durch ihre Interaktionen die als Problem gewählten Phänomene erzeugen […].
- Die Überprüfungskriterien dieser Modelle sind nicht ihre Entsprechung mit ›der‹ Realität, sondern ihre Problemlösungskapazität, ihre Konsistenz und ihre Verknüpfbarkeit mit Modellen aus anderen Disziplinen, z. B. der Psychologie und der Biologie im Falle der Sozialtheorie.
- Auf Grund der erkenntnistheoretischen Annahmen müssen soziale Prozesse als Prozesse der Erzeugung von Realitäten und auf sie abgestimmter Handlungen verstanden werden. Dies zwingt jede konstruktivistische Sozialtheorie aus systematischen Gründen, sich mit dem Problemkreis zu beschäftigen, der durch die Vorsilben ›selbst-‹ bzw. ›auto-‹ gekennzeichnet wird« (Hejl 1988: 305).

Zentrales Betätigungsfeld des Sozialkonstruktivismus ist die Wissenssoziologie. Berger und Luckmann (1969/1966) haben ihren Ansatz, die Grundlagen allen Wissens in der Alltagswelt zu suchen, in Anlehnung an Alfred Schütz (1899–1959) entwickelt. Als Mikrosoziologie (natur-)wissenschaftlichen Wissens haben Bruno Latour, Steven Woolgar und Karin Knorr-Cetina diese Perspektive fortgeführt (vgl. Maasen 1999: 47ff.). Knorr-Cetina (1989) hat drei »Spielarten des Konstruktivismus« unterschieden: den »Sozialkonstruktivismus« von Berger und Luckmann; den erkenntnistheoretischen von Glasersfeld u. a. und den empirisch orientierten Konstruktivismus, zu dem die Laborstudien gerechnet werden.[9]

Den kritischen Impetus vieler konstruktivistischer Ansätze beschreibt ein Kritiker so: »Soziale Konstruktionisten neigen dazu, folgendes in bezug auf X zu behaupten:

1) X hätte nicht existieren müssen oder müßte keineswegs so sein, wie es ist. X – oder X, wie es gegenwärtig ist – ist nicht vom Wesen der Dinge bestimmt; es ist nicht unvermeidlich.

Häufig gehen sie weiter und behaupten:

2) X ist, so wie es ist, etwas Schlechtes.
3) Wir wären sehr viel besser dran, wenn X abgeschafft oder zumindest von Grund auf umgestaltet würde« (Hacking 1999: 19).

Auf dem Gebiet der Medizinsoziologie hat der Konstruktivismus einen bedeutsamen Vorläufer gehabt: den polnisch-jüdischen Bakteriologen Ludwik Fleck (1896–1961). 1935 publizierte er eine wissenssoziologische Studie über die Erfindung der Wassermann-Reaktion zum Nachweis der Syphilis, die bereits in ihrem Titel die konstruktivistische Perspektive vorwegnahm: *Entstehung und Entdeckung einer wissenschaftlichen Tatsache*. Fleck prägte dabei die Begriffe des Denkkollektivs und des Denkstils. Flecks Buch wurde zunächst außerhalb Polens kaum bekannt. Erst 1962 machte der amerikanische Wissenschaftshistoriker und -theoretiker Thomas Samuel Kuhn (1922–1996) darauf aufmerksam. Unabhängig von ihm stieß der Soziologe Robert King Merton (geb. 1910) 1977 auf Flecks Studie, die 1979 ins Englische übersetzt und seither viel gelesen wurde.

Eine in den 1970er und 1980er Jahren populäre Tendenz war die Medizinkritik, insbesondere die an der Technisierung und der Expertisierung. Der amerikanische Theologe und Kulturkritiker Ivan Illich (geb. 1926) sprach 1975 von einer dreifachen *Iatrogenesis*, d. h. einer Verursachung von Krankheit durch die Ärzte: Die *klinische* Iatrogenesis bringe im Zuge der Behandlung der einen Krankheit eine neue hervor (z. B. Hospitalinfektionen). Die *soziale* Iatrogenesis drücke sich in einer Nachfrage nach ärztlicher Intervention aus, die von der vorhergegangenen Intervention stimuliert werde. Die *kulturelle* Iatrogenesis schließlich bestehe in der so entstandenen Unfähigkeit der Menschen zu leiden.[10]

Vor diesem Hintergrund verbreitete sich der Konstruktivismus auch in der Medizinsoziologie. Bereits 1961 hatte Thomas Szasz von psychischen Krankheiten als medizinischen Mythen gesprochen oder, als lediglich sozialen Attributen ohne identifizierbare organische Grundlage. Die *labeling theory*, auf die auch Freidson rekurriert hatte, wurde in den 1980er Jahren auf dem Feld der Medizinsoziologie mit dem erkenntnistheoretischen bzw. wissenssoziologischen Konstruktivismus verbunden. Wright und Treacher formulierten vier traditionelle medizinische Wissensannahmen, die es zu kritisieren gelte: 1. die Selbstevidenz medizinischen

Wissens, wie es an Universitäten gelehrt und von Ärzten praktiziert werde; 2. die Charakterisierung dieses Wissens als spezifisches, da es mit der modernen Wissenschaft im Einklang stehe und effektiv sei; 3. seine Charakterisierung von Krankheit als ein eigenes Wesen, als Entität, die unabhängig von ihrer Erkenntnis durch Ärzte existiere; 4. die Annahme, dass soziale Kräfte auf die Medizin keinen Einfluss hätten (vgl. Wright/Treacher 1982: 3ff.).

Gänzlich neu war die Kritik an diesen vier Grundannahmen nicht. Bereits Parsons hatte Krankheit als ein biologisches *und* soziales Phänomen beschrieben und auf die Krankheitsmotivation von Patienten hingewiesen. Der Einfluss nicht-medizinischer sozialer Faktoren auf das Krankheitsgeschehen und die Medizin war allgemein zentraler Gegenstand der Medizinsoziologie der 1960er und 1970er Jahre gewesen (vgl. z. B. McKeown 1982/1979). Mit dem Konstruktivismus wurden aber diese Kritikpunkte ins Zentrum der Betrachtung gerückt. Man schloss an Beiträge der Medizinischen Anthropologie, aber auch der Sozialgeschichte der Medizin an (vgl. Lachmund/Stollberg 1992: 10ff.). Im Blickpunkt standen die biologische »Realität« von Krankheiten, der Einfluss sozialer (d. h. nicht-medizinischer) Faktoren auf medizinisches Wissen, die soziale Vermitteltheit der Medizintechnik (vgl. White 1991: 71ff.) sowie psychische und chronische Krankheiten (vgl. Wright/Treacher 1982; Lachmund/Stollberg 1992). Man beklagte auch die ökonomisch und professionspolitisch motivierte Medikalisierung der *rites de passage*, von Geburt, Pubertät und Tod als Lebensphasen (vgl. Lenzen 1991).

Die amerikanischen Soziologen Peter Conrad und Joseph W. Schneider (1980) analysieren Medikalisierung als eine Form sozialer Kontrolle abweichenden Verhaltens und knüpfen damit an Parsons an (vgl. ebd.: 36). Conrad und Schneider entwickeln einen historisch- und sozialkonstruktivistischen Ansatz zur Erklärung von Devianz: Religion und Staat seien Agenten sozialer Kontrolle, die ihre Kontrollrechte in modernen Gesellschaften verloren bzw. auf andere transferiert hätten. Die medizinische Wissenschaft habe diese Kontrollfunktion zu Teilen übernommen. Die Autoren vertreten einen wissenssoziologischen Ansatz, der in der Tradition der interaktionistischen Devianzforschung, speziell des *labeling approach* stehe (vgl. ebd.: 17).

Conrad und Schneider erfüllen damit die erste Stufe der eingangs zitierten Definition des Konstruktivismus, wie sie dessen Kritiker Hacking vorgenommen hatte. Sie bezeichnen die Medikalisierung als nicht nur medizinischen, sondern als professionspolitischen Prozess. Und sie schreiten in ihrer explizit kritischen Absicht auch zu Hackings zweiter Stufe vor, zur Kritik an der Medikalisierung: Zwar habe die Medikalisierung auch gute Seiten, insbesondere eine gegenüber dem Recht eher humanitäre, optimistische und flexible Kontrollkonzeption von Devianz. Jedoch gebe es auch dunkle Seiten der Medikalisierung: »(1) the dislocation of responsibility from the individual; (2) the assumption of the moral neutrality of medicine; (3) the problems engendered by the domination of expert control; (4) powerful medical techniques used for social control; (5) the individualization of complex social problems, (6) the depoliticization of deviant behavior; and (7) leaves us skeptical of the social benefits of medicalizing deviance« (1980: 259).

Dem folgt Hackings dritte Stufe, die Notwendigkeit der Umgestaltung: Es sei mehr Forschung über Vor- und Nachteile der Medikalisierung vonnöten; es müsse Gegenmacht gegen die Medizin in ihrer sozialen Kontrollfunktion entwickelt werden; und es gehe um ein neues Devianzkonzept, das zwar die Verantwortlichkeit der Individuen für ihre Taten erhalte, aber keine Schuld auf sie schiebe (ebd.: 260).

Diese kritische Perspektive auf die Medizin verbinden Conrad und Schneider mit einer Professionalisierungsperspektive für Soziologen bzw. Sozialarbeiter: Sie sollen ein neues Modell von Devianz entwickeln und praktizieren.

Zentral für die Analyse ist der Begriff der Medikalisierung.[11] Beide Autoren lehnen sich an Freidson und Illich an, indem sie Medikalisierung als Ausdehnung der Jurisdiktion der medizinischen Profession auf Probleme definieren, die zuvor nicht als medizinische begriffen wurden. Diese Medikalisierung beziehe sich auch besonders auf Devianz; damit werde Medizin zu einer Form der sozialen Kontrolle sozialer Probleme: »Medical intervention as social control seeks to limit, modify, regulate, isolate, or eliminate deviant behavior with medical means and in the name of health« (ebd.: 29).

Diesen historisch-sozialen konstruktivistischen Ansatz der Autoren will ich an einem Beispiel näher darstellen, an dem die Prozesse der Medikalisierung, aber auch der Deme-

dikalisierung einsichtig werden können. Conrad und Schneider verfolgen das *labeling* der Homosexualität von der Antike bis in die Gegenwart unter dem Aspekt »from sin to sickness to life-style« (ebd.: chapter 7). Der antiken griechischen Unterscheidung von akzeptierter spiritueller und devianter sexueller Päderastie sei eine Entwicklung von der Sünde zum Verbrechen im frühen Christentum und im Mittelalter gefolgt. Im 18. Jahrhundert wurde ein neuer moralischer Konsens gefunden, wonach moralisch zu verurteilende Exzesse auch medizinisch ungesund seien. Dies wird am Beispiel des Onanie-Diskurses dargestellt (vgl. dazu neuerdings Braun 1995; Stolberg 2000). Im 19. Jahrhundert sei das medizinische Modell von Homosexualität konsolidiert worden; zugleich habe ihre Kriminalisierung eingesetzt.[12] Das 20. Jahrhundert habe mit einer Psychologisierung begonnen, die in den 1950er bis 1970er Jahren zu einer verstärkten Medikalisierung geführt habe. Dann aber sei die Demedikalisierung verstärkt auf den Plan getreten; bereits seit den 1860er Jahren habe es eine Minderheitsmeinung unter Psychiatern gegeben, die Homosexualität als eine Spielart der Natur begriffen hätten. Diese These sei allmählich in der Wissenschaft erstarkt und habe seit den späten 1960er Jahren im Zusammenspiel mit dem *gay movement* zu einer vollständigen Demedikalisierung der Homosexualität geführt. Sie sei aus den Krankheitskatalogen der *American Medical Association* gestrichen worden und statt einer Krankheit ein – wenn auch nicht allgemein akzeptierter – Lebensstil.

Während Conrad und Schneider ihre Kritik an der Medikalisierung auf die medizinische Wissenschaft und Profession bezogen, dehnte der britische Medizinsoziologe David Armstrong diese Kritik auf die Medizin*soziologie* aus. Er schließt an den französischen Philosophen Michel Foucault (1926–1984) an: »I had thought that medical knowledge simply described the body. I argue in this book that the relationship is more complex, that medical knowledge both describes and constructs the body as an invariate biological reality. It was the work of Michel Foucault which offered me a means of grasping the relationship between medical knowledge and the body. For Foucault, the concept of the body which emerged at the end of the eighteenth century – discrete, objective, passive, analysable – was the effect as well as the object of medical inquiry« (Armstrong 1983: xi).

Foucaults philosophische Position, die Analyse von historischen wissenschaftlichen Diskursen, die die Ausprägung des modernen Subjekts zum Gegenstand hatten, ist auch in der Wissenssoziologie rezipiert worden und hat dort die konstruktivistischen Positionen beeinflusst. Bei Foucault lassen sich drei diskursanalytische Strategien identifizieren:

- »die *Archäologie des Wissens* sucht nach den Strukturen eines kognitiv-symbolischen Habitus, die innerhalb einer Epoche Erfahrungen und Erkenntnisse ermöglichen […];
- die *Genealogie der Macht* sucht nach den Praktiken, die den Bedarf und die Relevanz eines bestimmten Wissens vom Menschen erzeugen […];
- die *kritische Hermeneutik des Selbst* schließlich sucht nach Praktiken, von denen ausgehend und über sie hinausgehend sich Selbstverhältnisse in der Moderne artikulieren« (Maasen 1999: 31).

Dabei bezieht sich die Genealogie auch auf Phänomene, die »keine Geschichte zu haben scheinen«, auf Gefühle, Liebe, Gewissen, Instinkte (Foucault 1974: 83). Dies gelte auch vom menschlichen Körper: »Am Anfang des 19. Jahrhunderts haben die Ärzte beschrieben, was Jahrhunderte lang unter der Schwelle des Sichtbaren und des Aussagbaren geblieben war. Aber das kam nicht daher, daß sie sich wieder der Wahrnehmung zuwandten, nachdem sie allzu lange spekuliert hatten. […] Das lag vielmehr daran, daß die Beziehung des Sichtbaren zum Unsichtbaren, die für jedes konkrete Wissen notwendig ist, ihre Struktur geändert hat und unter dem Blick und in der Sprache etwas hat erscheinen lassen, was diesseits und jenseits ihres Bereiches lag […]« (Foucault 1988/1963: 10). »Hier soll die Analyse eines bestimmten Diskurses versucht werden, des Diskurses der medizinischen Erfahrung einer Epoche [nämlich des 18. Jahrhunderts], in der er […] weniger seine Inhalte als seine systematische Form geändert hat. Die Klinik ist sowohl eine neue Gliederung der Dinge wie auch das Prinzip ihrer Artikulierung in einer Sprache, in der wir die Sprache der ›positiven Wissenschaft‹ zu sehen pflegen« (ebd.: 15f.). Das also meint Foucault mit der »Archäologie des ärztlichen Blicks«.

Im Hinblick auf die Mitte des 18. Jahrhunderts schreibt er: »Die Fortpflanzung, die Geburten- und Sterblichkeitsrate, das Gesundheitsniveau, die Lebensdauer, die Langlebigkeit […] wurden zum Gegenstand eingreifender Maßnahmen und

regulierender Kontrolle: Bio-Politik der Bevölkerung […]« (Foucault 1977/1976: 166). Hier habe die Ära der Bio-Macht begonnen.

Armstrong nun verfolgt die Geschichte des medizinischen Blicks und der Bio-Macht weiter bis in unsere Gegenwart und schließt auch die Soziologie in seine Betrachtung mit ein. Die Ausdehnung der Disziplinierung zum Ende des 18. Jahrhunderts auf immer weitere Bereiche der Gesellschaft habe eine neue Macht entstehen lassen, neues Wissen und eine neue Körperkonzeption. Seit sich der medizinische Blick auch auf individuelle Idiosynkrasien und auf die Subjektivität erstreckt habe, seien auch der Soziologie neue Möglichkeiten erschlossen worden. Neue Umfragetechniken könnten persönliche Meinungen messen, und andere Ansätze widmeten sich noch direkter der Subjektivität von Patienten: »Proponents of interaction analysis, participant observations, ethnomethodology, and other more naturalistic methods, have, within the last decade, been critical of dehumanising aspects of medicine and of sociology itself; and yet the effect of their stance is to have strengthened the power of gaze of the new medicine to the essentially subjective« (Armstrong 1983: 114). Interaktionistische Soziologen hätten z.B. Ärzte darin bestärkt, chronische Krankheit als ein Problem des Wandels von Morbidität zu sehen statt als Erfindung des medizinischen Blicks (ebd.: 114f.).[13]

Feministische Medizinsoziologie

Feministische Theorien stellen zumeist Varianten ›großer‹ allgemeinsoziologischer und/oder politischer Theorien dar. Sie teilen mit vielen Konstruktivismen die sozialkritische Grundposition. Der Feminismus als Emanzipationsbewegung der Frauen geht auf das späte 18. Jahrhundert zurück, als Olympe de Gouges (1748–1793) ihre *Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne* (1791) verfasste und Mary Wollstonecraft (1759–1797) mit *A Vindication of the Rights of Woman* (1792) hervortrat. Charles Fourier (1772–1837) stellte die These auf, dass der Grad der Befreiung der Frau Prüfstein einer jeden Gesellschaft und allgemeinster Maßstab der menschlichen Emanzipation sei. Die Frauenbewegung setzte in Deutschland nach 1848 ein. In dieser Phase wurden

z. B. die medizinische Unterversorgung von Unterschicht-Patientinnen und die akademische Ausbildungsverweigerung für Frauen kritisiert, später auch das Abtreibungsverbot. In der zweiten Phase nach dem Epochenjahr 1968 wurde die Medizin dann in ihrer ganzen Breite diskutiert. Der Feminismus in den USA entwickelte drei zunächst politisch motivierte und differenzierte Ansätze: den sozialistischen, den liberalen und den »radikalen« (vgl. Zalewsky 1990). Während der erstere spätestens nach dem Zusammenbruch der sozialistischen Staaten im Jahr 1989 bedeutungslos wurde, sind die beiden anderen zumindest als Orientierungen noch unterscheidbar (wobei die US-amerikanische Begrifflichkeit von der deutschen durchaus verschieden ist). Der ›liberale‹ Feminismus will in Konkurrenz zu den Männern soziale Rollen besetzen, der ›radikale‹ betont *gender* als Differenz und will das weibliche Geschlecht wissenschaftlich kategorial sowie gesellschaftlich als vom dominanten männlichen unterschieden und in seiner Unterschiedlichkeit als zumindest gleichberechtigt anerkannt wissen.

In der Medizinsoziologie ist während der 1980er Jahre vor allem die Medikalisierung der Frauen thematisiert worden, wobei psychische Erkrankungen und die Fortpflanzungsfunktion im Vordergrund standen. Weitere Studien hatten das Arzt-Patientin-Verhältnis, die Medizintechnik und die Pharmaka zum Gegenstand (vgl. White 1991: 50ff.).

Ein weiteres, in der feministischen Medizinsoziologie häufig behandeltes Thema ist die gesundheitliche Ungleichheit der Geschlechter. In den 1980er Jahren sind Thesen vertreten worden, die Uta Gerhardt grundlegend kritisiert hat: »Obwohl für Männer durchweg eine geringere Lebenserwartung und höhere Mortalität für zahlreiche Diagnosen nachgewiesen ist, wird in der Literatur keine Benachteiligung der Männer konstatiert, und keine Besserstellung der Frauen. Im Gegenteil argumentieren Analysen über frauenspezifische krankheitsfördernde Belastungen, daß Gesundheitsrisiken nachhaltig als Aspekt der Ungleichheit – und zwar zu *Un*gunsten der Frauen – zu erkennen seien […]. Hier ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern mit Frauen nachteiligen Chancenungleichheiten schon ›erklärt‹, bevor die Befunde, die in dieses Raster passen müßten, zur Kenntnis genommen werden« (Gerhardt 1991: 205). Kritiken dieser Art trugen Früchte. So haben z. B. auf empirischer Ebene

neuerdings Johannes Siegrist und Anne Maria Möller-Leimkühler die Thesen von übermäßiger Belastung der Frauen, aber auch von Defiziten der weiblichen Sozialisation kritisiert. Epidemiologische Daten zeigten bei vielen Erkrankungen in der modernen Gesellschaft, »daß Frauen weder gesünder (trotz höherer Lebenserwartung der Frauen um durchschnittlich sieben Jahre) noch kränker sind als Männer, sondern daß sie *unterschiedliche Häufigkeiten für verschiedene Krankheiten* aufweisen. Frauen sind häufiger von akuten und nicht-tödlich verlaufenden chronischen und kurzfristigen Beeinträchtigungen betroffen. Männer erkranken und sterben dagegen häufiger an koronarer Herzkrankheit, Lungen-, Nieren- und Harnwegskrebs, Leberzirrhose, chronischer Bronchitis, Unfällen und Suizid. Frauen sind von psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Neurosen und Angstsyndromen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Bei der Alkoholabhängigkeit ist eine deutliche Zunahme des Anteils der Frauen zu verzeichnen, bei der Medikamentenabhängigkeit liegt die Häufigkeitsrelation von Frauen zu Männern bei 3:1« (Siegrist/Möller-Leimkühler 1998: 104). Die Autoren schlagen vor, diese Differenzen mit unterschiedlichen Risikolagen zu erklären, die aus der gesellschaftlichen Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern resultieren.

Eine neuere Argumentation, an der die Veränderungen feministischer Positionen deutlich werden, ist theoretisch orientiert: Die britischen Soziologinnen Ellen Annandale und Kate Hunt stellen Frauengesundheit in einen allgemeineren gesellschaftlichen Zusammenhang und integrieren dabei den liberalen und den radikalen feministischen Ansatz. Sie propagieren geschlechtervergleichende Studien, statt die *samples* nur aus einem Geschlecht zu nehmen. Sie schlagen vor, Männer und Frauen nicht als isolierte Individuen, sondern als Teile von sozialen Strukturen, wie Haushalte oder Arbeitsplätze, zu sehen. Statt spezieller Rollenkombinationen, z.B. am Arbeitsplatz und zu Hause, solle die Komplexität interagierender Rollen und die Rollenerfahrung von Männern und Frauen untersucht werden. So könne eine eher holistische Perspektive auf Gesundheit in ihrer sozialen Bedingtheit auch unter dem Aspekt der Geschlechterdifferenz entstehen (vgl. Annandale/Hunt 2000: 11).

Hinsichtlich der Erwerbsarbeit, so die Autorinnen, hätten

sich in den letzten fünfzehn Jahren deutliche Verschiebungen in den Geschlechterrelationen ergeben. So hätten sich die Anteile der erwerbstätigen Männer und Frauen an der Bevölkerung angeglichen und sei die Lücke zwischen den Erwerbseinkommen der Vollzeitarbeitenden kleiner geworden. Jedoch beruhe die Angleichung auf einer Erhöhung des Anteils der Teilzeitbeschäftigten, und dies seien meist Frauen. Der Frauenanteil an *top jobs* sei gestiegen (vgl. ebd.: 7). Die Autorinnen referieren im Weiteren Änderungen in der Ausbildung, in der Familienstruktur und der Hausarbeit und reflektieren auf allgemeiner Ebene: »jobs and families are complex variables with good and bad effects on the physical and mental health of women and men. Both are areas for social support, which is beneficial to health; both are sometimes hazardous environments with detrimental physical effects; both produce stress« (Lorber 1997: 27, zit. nach Annandale/Hunt 2000: 18). Alter, sozioökonomischer Status und Ethnizität seien wichtige Parameter der gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern (vgl. Annandale/Hunt 2000: 24). Sie unterscheiden einen traditionellen, einen Übergangs- und einen im Entstehen begriffenen, neuen Ansatz zur Erforschung des Verhältnisses von Gesundheit und Geschlecht. Der traditionelle gehe von der Unterscheidung von *sex* und *gender* aus und fokussiere auf die Exklusion von Frauen aus bestimmten sozialen Rollen etc. Der Übergangsansatz werde zunehmend der Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Männern und Frauen gewahr. Der neue Ansatz integriere die Geschlechterordnung in die soziologische Analyse der Phänomene von Gesundheit und Krankheit (vgl. ebd.: 28). Das Geschlechterverhältnis wird so als Teil der Sozialstruktur begriffen, die in ihrer klassischen Form nur Schicht- und Klassenunterschiede erfasste.

Schichtzugehörigkeit und Gesundheitszustand

Die Zusammenhänge zwischen Schicht- oder Klassenzugehörigkeit und anderen Variablen sind als ›soziale Ungleichheiten‹ klassische Gegenstände der Soziologie. Epidemiologische Daten zeigen bei Mortalität in der modernen Gesellschaft deutliche ›soziale Schichtgradienten‹: »je höher der

sozioökonomische Status, desto niedriger die Sterblichkeit« (Siegrist/Möller-Leimkühler 1998: 97). Dies gilt ebenso für die Morbidität, insbesondere bei chronisch-degenerativen Erkrankungen wie koronarer Herzkrankheit, bei zerebrovaskulären Krankheiten, Atemwegserkrankungen, Bronchialkarzinomen, Diabetes mellitus und AIDS. Wie sind diese Schichtgradienten zu erklären? »Das Hauptgewicht kommt schichtenspezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen, insbesondere differentiellen gesundheitsbezogenen Lebensstilen und physischen sowie sozioemotionalen Belastungskonfigurationen zu.« Siegrist und Möller-Leimkühler untersuchen diesen Tatbestand mit Hilfe zweier stresstheoretischer Erklärungsmodelle, dem Anforderungs-Kontroll-Modell beruflicher Belastungen und dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen. Sie weisen jedoch selbst auf die Begrenztheit dieser Modelle hin, die außerberufliche Faktoren außer acht lassen (vgl. ebd.: 100). Darum möchte ich weitere Erklärungsmodelle ansprechen.

Der Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Krankheit ist zunächst ein rein statistischer. Sarah Nettleton fragt, warum wir solche Relationen immer wieder finden, und unterscheidet vier Erklärungsansätze: Der erste erklärt diese Relationen als Artefakte, die sich wiederum aus den Artefakten ›Klasse‹ und ›Gesundheit‹ ergäben. Der zweite verweise darauf, dass gesundheitliche Zustände soziale Positionen beeinflussen könnten; gesunde Menschen stiegen eher sozial auf, kranke eher ab. Der dritte Ansatz sehe umgekehrt Gesundheit als die von sozialen Schichten und ihrem jeweiligen Lebensstil abhängige Variable. Der vierte Ansatz betone die Auswirkungen sozialstruktureller Faktoren wie Armut, Arbeitslosigkeit und Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit (vgl. Nettleton 1995: 171ff.).

Die erste Erklärung, der Zusammenhang von sozialer Schicht und Gesundheitszustand ist ein Artefakt, resultiert aus einer Variante des Sozialkonstruktivismus, die den konstruierten Charakter aller sozialwissenschaftlichen Kategorien betont. Die zweite und die vierte Erklärungsform sind einander entgegengesetzt: Die zweite sieht – wie Chadwick dies im 19. Jahrhundert getan hatte – die Schichtzugehörigkeit als Resultat besserer oder schlechterer Gesundheit, die vierte umgekehrt – wie Chadwicks Zeitgenosse Engels – den Gesundheitszustand als Resultat sozialer Schichtung. Die

dritte Erklärungsart sieht Nettleton in offiziösen Zusammenhängen bevorzugt; sie hebt auf die gesundheitlichen Folgen individuellen Verhaltens ab, das wiederum von unterschiedlichen Kulturen unterschiedlicher Schichten geprägt sei. Dies trifft auf die erwähnte Betonung der verhaltensbedingten Risikofaktoren durchaus zu, nicht aber auf die medizinanthropologischen Ansätze, die ich oben vorgestellt habe.

Die Antwort auf Nettletons Frage nach der Konsistenz der statistischen Daten bleibt damit komplex. In der Sozialstrukturanalyse ist der Blick in den letzten zehn Jahren von den sozialen Großgruppen, wie Schichten und Klassen, zu kleineren und (noch) weniger übersichtlichen Milieus gewandert. Milieus werden dabei definiert als Gruppen Gleichgesinnter, »die jeweils ähnliche Werthaltungen, Prinzipien der Lebensgestaltung, Beziehungen zu Mitmenschen und Mentalitäten aufweisen« (Hradil 1999: 420). Es gibt Milieubegriffe, die nahe an denen der sozialen Schichtung sind: Hausfrauen-, Studenten-, Arbeitermilieu etc. (vgl. z. B. Korczak 1994). Deutlichere kulturelle Akzente setzt das *Sinus-Institut*. Es unterscheidet zehn Milieus: ein konservativ-technokratisches, ein kleinbürgerliches, ein traditionelles und ein traditionsloses Arbeitermilieu, ein aufstiegsorientiertes, ein modernes bürgerliches, ein liberal-intellektuelles, ein modernes Arbeitnehmer-, ein hedonistisches und ein postmodernes Milieu (nach Hradil 1999: 421ff.).[14] Schulze (1992) hatte zuvor nur fünf Milieus als Kulturen beschrieben: das Niveau-, das Harmonie-, das Integrations-, das Selbstverwirklichungs- und das Unterhaltungsmilieu.

Obwohl mit der Medizinanthropologie in besonderer Weise kompatibel, ist die Milieuperspektive in der Medizinsoziologie bisher kaum ausgeleuchtet worden. Zwar hat z. B. Siegrist unterschiedliche Lebensstile als wichtige Faktoren gesundheitsrelevanten Verhaltens thematisiert (vgl. Siegrist 1998; Siegrist/Möller-Leimkühler 1998), jedoch thematisiert er diese unterschiedlichen Lebensstile nur auf individueller Ebene und parallelisiert sie mit seiner Erörterung sozialer Ungleichheiten von Gesundheit und Krankheit. Eine Möglichkeit, unterschiedliche individuelle Lebensstile durch Aufnahme des Milieubegriffs auch sozial zu verorten, reflektiert er nicht. Dieter Korczak dagegen hat Momente gesundheitsbewusster Lebensführung nach Sozialmilieus differenziert. Er schließt an die Milieubegriffe Durkheims und Mertons an,

d. h., er konzentriert sich vor allem auf die Verhaltensnormen, die Menschen zu einem »Wir« zusammenschließen (Korczak 1994: 267f.): So war für die in Ausbildung befindlichen, meist jungen Befragten Gesundheit kein Thema. »Wohl auch deshalb leben die Befragten dieser Gruppe nicht konsequent gesund: ihrer eigenen Meinung zufolge trinken sie zu viel Alkohol, ernähren sich nicht optimal und bewegen sich zu wenig. Durch den hohen Anteil von Studenten […] erklärt sich die vergleichsweise kritische Beurteilung der institutionalisierten Mittler (z. B. Gesundheitszentren, Gesundheitsämter), Zeitungsbeiträgen und vor allem persönlichen Bezugspersonen (Elternhaus/Familie, Hausarzt) hingegen messen sie größere Bedeutung bei« (ebd.: 289). Über Kaufleute, Lehrer, Gesundheitspfleger und Wissenschaftler, die Korczak zu einem Milieu vereint, schreibt er: »Diese Gruppe bezeichnet sich mehrheitlich als gesund, obwohl sie eine vergleichsweise hohe Zahl von Beschwerden wie Abgespanntheit, Migräne und Allergien angibt. Sie scheinen ihrem Körper und ihrem Gesundheitszustand hohe Aufmerksamkeit zu widmen« (ebd.: 291). Dagegen hält er für das Sozialarbeitermilieu fest: »Diese Berufsgruppe kommt mit ihrer Arbeitssituation auffallend gut zurecht: sie geht in ihrer Arbeit auf, leidet kaum unter Leistungsdruck und kann Berufs- und Privatleben gut vereinbaren« (ebd.). Die Befindlichkeit der Hausfrauen und -männer entspricht dem, was ich im Kapitel *Feministische Medizinsoziologie* über die geschlechtsspezifische Morbidität referiert habe: »sie bezeichnen ihren Gesundheitszustand überwiegend als mittelmäßig, wobei Gesundheitsbeschwerden überdurchschnittlich häufig psychosomatischer Natur sind (Migräne, Wetterfühligkeit)« (ebd.: 289).

An Korczaks Untersuchung wird deutlich, dass eine Betrachtung von Milieu und Gesundheitszustand zu interessanten Ergebnissen führen kann – insbesondere dann, wenn der Milieubegriff um kulturelle Dimensionen erweitert wird (vgl. *Sinus-Institut* 1998; Schulze 1992).

Medizin als soziales System

In diesem und dem folgenden Kapitel möchte ich mich der gesellschaftlichen Makroebene zuwenden. An Parsons' systemtheoretische Überlegungen haben vor allem Renate

Mayntz und Niklas Luhmann (1929–1998) angeknüpft, und dies in recht unterschiedlicher Weise.

Ganz in Parsons' Sinn – und anders als Luhmann – definieren Mayntz et al. funktionelle Teilsysteme »als gesellschaftsweit institutionalisierte, funktionsspezifische Handlungszusammenhänge« (Mayntz et al. 1988: 17). »Das Spezifikum der sogenannten funktionellen Differenzierung ist die sinnhafte Spezialisierung. […] Tätigkeiten, Rollen, Organisationen, Institutionenkomplexe […] unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich ihres Spezialisierungs*grades*, sondern auch durch die *Art* des speziellen Sinns. […] Dabei kann z.B. die Existenz legitimer Gegenleistungserwartungen und klar umrissener Produzenten- und Abnehmerrollen als Kriterien [sic!] eines auf *Leistungs*basis konstituierten Teilsystems gelten« (ebd.: 19). Als mögliche Folgeprobleme funktioneller Differenzierung sehen die Autoren zum einen die Gefährdung der Integration des Gesamtsystems, aus der auf der Mikroebene Entfremdung, Wertkonflikte, Identitätsverlust etc. resultieren können. Zum anderen gebe es Folgeprobleme der Verselbstständigungstendenzen ausdifferenzierter Systeme. Dazu gehörten etwa Probleme der Regulierung strukturell ungleicher Teile und die Orientierung von Teilsystemen an nur einem Leitwert oder nur einer bestimmten Leistung (Parsons' Partikularismus). Auch die Erzeugung von Nachfrage nach medizinischen Leistungen durch ihr Angebot sowie die mangelnde Steuerbarkeit des Gesundheitssystems durch das politische System seien Folgen der Verselbstständigung funktioneller Teilsysteme (vgl. ebd.: 33ff.).

In ihrer medizinsoziologischen Analyse »Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems« thematisieren Mayntz und Rosewitz (1988) die Entstehung der Gesundheitsberufe, die Entwicklung der Krankenhäuser und den korporativen Charakter der Akteure dieses Teilsystems. Als Folgen der Verselbstständigung des Gesundheitssystems gegenüber der Gesamtgesellschaft werden die Kostenexplosion, die unzulängliche Sicherung des Patienteninteresses, die personen- statt populationsbezogenen Aktivitäten des Systems sowie der Mangel an Qualititätskontrolle benannt (ebd.: 166 ff.) – systemische Fehlentwicklungen, die noch heute im Fokus der gesundheitspolitischen Debatten stehen (vgl. Blanke 1994; Bandelow 1998; Lamnek/Luedtke 1999).

Luhmann hat im Gegensatz zu Parsons keine Feldforschung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens betrieben. Doch beider Interesse ist vor allem auf die allgemeine Gesellschaftstheorie gerichtet. Seine einleitende Frage: »Wonach richten sich die Ärzte?« beantwortet Luhmann zunächst dahingehend, dass die Ärzte sich an ihrem in der Ausbildung erworbenen Wissen orientieren, dass die Medizin also eine angewandte Wissenschaft sei. Diese Frage aber verlässt er rasch wieder mit der ironischen Wendung: »Die folgenden Ausführungen stehen […] unter der Kontraindikation: für Mediziner nur bedingt geeignet.« Es gehe vielmehr um eine soziologische Fragestellung, und die laute: »Handelt es sich um ein Teilsystem eines anderen Funktionssystems […] oder um angewandte Wissenschaft? Oder muß man davon ausgehen, daß das System der Krankenbehandlung in der modernen Gesellschaft die Autonomie eines eigenen Funktionssystems erreicht hat – vergleichbar nur mit politischem System, Wissenschaftssystem, Wirtschaftssystem, Rechtssystem, Erziehungssystem usw.« (1990b: 183f.) Falle die Antwort auf die letzte Frage positiv aus, handele es sich um ein autonomes System: »Man müßte sagen: niemand könne außerhalb des Systems der Krankenbehandlung gesund werden – es sei denn unbemerkt und von selber« (ebd.). Die entsprechende Feststellung lasse erstens die Eingangsfrage als von untergeordneter Bedeutung erscheinen; zweitens sei sie bereits von Mayntz und Rosewitz (1988) getroffen worden. Aber dieser »Funktionstest« reiche allein nicht aus – und an diesem Punkt geht Luhmann über Mayntz und Rosewitz hinaus: »Zumindest ein weiteres Kriterium müssen wir heranziehen, das für ausdifferenzierte Funktionssysteme typisch ist: die binäre Codierung« (Luhmann 1990b: 184). Hier rekurriert Luhmann auf seine eigene Theorieproduktion. »Erst die eigene binäre Codierung ermöglicht es einem Funktionssystem, sich das gesamte eigene Verhalten als kontingent vorzustellen und es den Konditionen der eigenen Programme zu unterwerfen« (ebd.: 185).[15] Im System der Krankenbehandlung laute dieser Code ›krank‹/›gesund‹. Nur diese Unterscheidung »definiert den spezifischen Kommunikationsbereich des Arztes und seiner Patienten. […] Nur hiermit wird etwas bezeichnet, für das es außerhalb des Systems keine Entsprechungen und keine Äquivalente gibt. (Die politische Partei kann nicht heilen, durch Zahlung

wird man nicht gesund etc.)« (ebd.: 186). Anders als Parsons akzentuiert Luhmann also weder *pattern variables*, die für alle Professionen gelten, noch das Arzt-Patient-Verhältnis als Fallbeispiel der Rollenkomplementarität in sozialen Funktionssystemen, sondern Spezifika des Systems der Krankenbehandlung. Dies gilt auch für den nächsten Punkt seiner Argumentation: Codes hätten einen Positivwert und einen Negativwert, deren Vorzeichen nicht aus der gesellschaftlichen Bewertung, sondern aus der Operationslogik der Systeme resultierten. »Der Positivwert vermittelt die Anschlußfähigkeit der Operationen des Systems, der Negativwert vermittelt die Kontingenzreflexion, also die Vorstellung, es könnte auch anders sein. Im Anwendungsbereich des Systems der Krankenbehandlung kann dies nur heißen: der positive Wert ist die Krankheit, der negative Wert die Gesundheit. Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv. […] Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit« (ebd.: 186f.).

Diese in Relation zur Alltagssprache absonderliche »perverse Vertauschung der Werte« (ebd.: 187) erklärt Luhmann zur Eigentümlichkeit des Systems der Krankenbehandlung. »Der Vergleich mit anderen Funktionssystemen erhärtet diese Absonderlichkeiten. Man versucht, Recht zu bekommen, nicht Unrecht. Man bekommt etwas nur, wenn man zahlt; aber nicht, wenn man nicht zahlt. Nur aufgrund von Wahrheiten, nicht aufgrund von Unwahrheiten, lassen sich Technologien entwickeln. […] Im Funktionsbereich der Medizin liegt dagegen das gemeinsame Ziel von Ärzten und Patienten nicht auf der Seite, die über Handlungsmöglichkeiten informiert, sondern im negativen Gegenüber. Die Praxis strebt vom positiven zum negativen Wert. Unter dem Gesichtspunkt des Gewünschten ist das Negative, die Befreiung von Krankheit, das Ziel« (ebd.).

Hatte Mayntz auf allgemeiner Ebene Luhmann dahingehend kritisiert, er gewinne zwar analytische Eindeutigkeit, vergewaltige aber die Akteure in ihrem Sinnverständnis (Mayntz et al. 1988: 30), scheint für die Medizinsoziologie der umgekehrte Fall vorzuliegen. Im Rechtssystem versuchen der Mandant und sein Rechtsanwalt in der Tat, Recht zu bekommen und nicht Unrecht. Wollen aber Patient und Arzt, dass der Patient krank wird oder bleibt und nicht gesund? In

Bezug auf Ärzte und ihre ökonomischen Interessen ist dies zwar eine populäre, keineswegs aber eine analytisch oder empirisch gefestigte Behauptung; sie entspricht auch nicht Luhmanns These. Mandanten und Patienten sowie Rechtsanwälte und Ärzte streben nach gesellschaftlich positiv Bewertetem, nämlich nach Recht bzw. nach Gesundheit. Das Recht aber, und nicht das Unrecht, ist in der Rechtswissenschaft aufgefächert, ist Lehrbuchgegenstand und informiert über Handlungsmöglichkeiten. In der medizinischen Wissenschaft werden dagegen die Krankheiten aufgefächert, wird darüber geforscht und informiert, wie die Krankheiten beschaffen sind und was man im Krankheitsfall tun kann, um zu heilen (dies mag für die militärische Anwendung teilweise anders sein). An die wissenschaftliche Erforschung der Krankheiten, die gesellschaftlich als negativ bewertet werden – ich erinnere an Parsons' Diktum, Gesundheit sei ein funktionales Erfordernis für Gesellschaft und Individuum –, kann das Wirtschaftssystem seine Operationen anschließen. Zwar geht über das mittelalterliche China die Sage, die Ärzte seien nur während der Gesundheits-, nicht aber während der Krankheitsperioden ihrer kaiserlichen Patienten bezahlt worden; dies gilt aber nicht für unsere Gesellschaft, die den ärztlichen Umgang mit Krankheit finanziell honoriert und nur ausnahmsweise die Prävention oder – so auch Luhmanns Beispiel – die Feststellung der Gesundheit für andere Funktionssysteme, »etwa bei Einberufung in den Militärdienst« bezahlt (Luhmann 1990b: 187). Ähnliches gilt für das Arztrecht hinsichtlich ›Kunstfehlern‹ etc. Der Unterschied zwischen dem Rechtssystem, das sich zum Vergleich mit dem der Krankenbehandlung ansonsten gut eignet, da auch dort ein Laien-Experten-Verhältnis in spezifischer Weise ausgebildet worden ist, und dem medizinischen System besteht also bei genauerer Betrachtung nicht in der Orientierung der personalen Akteure auf den gesellschaftlich positiv (so im Rechtssystem) bzw. gesellschaftlich negativ beurteilten Wert (so Luhmann hinsichtlich des Medizinsystems). Vielmehr sind die Akteure in ihren Kommunikationen in beiden Funktionssystemen am gesellschaftlich positiv beurteilten Wert orientiert (Recht bzw. Gesundheit). Jedoch wurde im Wissenschaftssystem die Ausdifferenzierung einmal in Richtung des gesellschaftlich positiv angesehenen Wertes vorgenommen (Recht), das andere Mal in Richtung

des gesellschaftlich negativ angesehenen Wertes (Krankheit). Darin liegt wohl die Besonderheit der Medizin. Luhmanns Einlassungen zu diesem Punkt erscheinen mir verkürzt. Er differenziert – wie Parsons – nicht hinreichend zwischen Medizin als Profession und Medizin als Wissenschaft.

Luhmann folgert aus der ›perversen‹ Vertauschung der Werte, »daß die Medizin keine auf ihre Funktion bezogene Reflexionstheorie ausgebildet hat – verglichen etwa mit dem, was die Theologie der Religion oder die Erkenntnistheorie den Wissenschaften zu bieten hat« (ebd.: 187). Dagegen ziele das Handeln im medizinischen Funktionssystem auf den Reflexionswert Gesundheit – und deshalb sei nichts weiter zu reflektieren. Allenfalls komme es zur Darstellung einer professionellen Ethik, »die sich angesichts technischer Fortschritte vor immer neue Probleme gestellt sieht« (ebd.: 188).

Gesundheitswesen und Sozialstaat

Unter ›Gesundheitswesen‹ versteht man gemeinhin »die Gesamtheit der Einrichtungen und Personen, die der Erhaltung, Förderung oder Wiederherstellung der Gesundheit dienen sollen« (Brockhaus 1986ff.: Bd. 8, 443). Bei dieser Definition sind Luhmanns »System der Krankenbehandlung« oder Kleinmans »professioneller Sektor« im Blick; der *popular* und der *folk sector* bleiben außen vor.

Rechtlich liegt die Gesamtverantwortung für das deutsche Gesundheitswesen bei Bund und Ländern. »Die Grundlagen einer einheitlichen Gesundheitsverwaltung wurden in Deutschland mit der Gründung des *Reichsgesundheitsamts* (1876) in Berlin, der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung (1883) und dem *Erlaß der Reichsversicherungsordnung* (1911) geschaffen« (*Statistisches Bundesamt* 2000a). Obwohl diese Initiative viele Länder beflügelt hat, zählt die deutsche Sozialversicherung »kaum zu den erfolgreichen ›Exportartikeln‹ des Deutschen Reiches« (Alber 1982: 143):[16] »Von den 33 möglichen Systemen (jeweils drei Systeme in elf Ländern) wurden vor dem Ersten Weltkrieg 27 eingeführt, aber nur 12 davon waren wie die deutschen Systeme Pflichtversicherungen« (ebd.: 142).

Im Laufe des 20. Jahrhunderts entwickelten sich fast alle Staaten zu Wohlfahrts- oder Sozialstaaten. Sie haben damit

auf Probleme reagiert, die vor allem mit der Industrialisierung zusammenhingen und die ich als ›soziale Ungleichheiten‹ bereits angesprochen habe. Jedoch finden sich für »eine funktionale Notwendigkeit zur Errichtung von Sicherungssystemen im Rahmen der Wirtschaftsentwicklung […] keinerlei Belege« (ebd.: 133); vielmehr handelte es sich um Akte einer »Sozialpolitik von oben« (ebd.: 134). »Als grundlegendes Ziel des Sozialstaates kann der soziale Ausgleich durch doppelte Sicherung in horizontaler und vertikaler Richtung gelten. Stellt der Markt eine Sphäre der Freiheit und Ungewißheit und der gesellschaftliche Bindungen immer wieder zersetzenden Dynamik dar, so soll der Sozialstaat sozialer Ungleichheit den Stachel nehmen und die Gesellschaftsordnung legitimieren, indem er Armut und soziale Ausgrenzung bekämpft und durch die Verstetigung von Einkommenschancen zur Verläßlichkeit und Vorausschaubarkeit der Lebenschancen beiträgt« (Alber et al. 1998: 624). Der Entwurf einer *Grundrechtscharta der Europäischen Union* aus dem Jahr 2000 proklamiert ein in den Verfassungen der Einzelstaaten nicht erwähntes »Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung« (Artikel 35), das allerdings mit Hinweis auf die »einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten« eingeschränkt wird (zitiert nach »Frankfurter Rundschau« vom 16.2.2000).

Trotz aller Ähnlichkeit der Funktionen und Problemlagen hat sich ein wahrer Flickenteppich von Formen sozialstaatlicher Sicherung ergeben. Gösta Esping-Andersen (1990) hat versucht, diese Vielfalt zu gliedern, indem er 18 OECD-Staaten[17], vor allem im Hinblick auf ihre Rentenversicherungssysteme, in drei Typen von Wohlfahrtsstaaten einteilte. Den liberalen Typus repräsentierten z. B. die USA und die Schweiz, während die nordeuropäischen Staaten zum sozialdemokratischen und Deutschland und Frankreich zum konservativen Typus zählten. In den liberalen Regimes dominierten Markt- und Wettbewerbskomponenten bei der Bereitstellung und Finanzierung von Sozialleistungen; sozialdemokratische Regimes zeichneten sich durch eine universalistisch-egalitäre Staatsbürgerversorgung aus; und konservative Regimes seien durch einen hohen Grad an Statussegregation bestimmt, die sich in einer Vielzahl von unterschiedlichen öffentlichen Rentensystemen und einer Privilegierung bestimmter Berufsgruppen, vor allem der Beamten, äußere.

Esping-Andersens Typisierung der Wohlfahrtsstaaten ist von der Forschung breit rezipiert, kritisiert und modifiziert worden (vgl. Schmid 1996: 58ff.). Herbert Obinger und Uwe Wagschal (1998) haben seine Daten einer Clusteranalyse unterzogen und dabei fünf statt drei Cluster gefunden. Für Frankreich, Italien und Österreich sei Esping-Andersens Charakterisierung als konservativ zutreffend, nicht aber für Deutschland und Belgien, die zusammen mit Irland und Großbritannien (GB) sowie den als sozialdemokratisch typisierten nordischen Ländern und den Niederlanden ein ›europäisches Cluster‹ bildeten.

»Radikaler Wohlfahrtsstaat«[18]	Australien, Neuseeland
Europäisches Cluster	Deutschland, Belgien, Finnland, Irland, GB, Niederlande
Sozialdemokratisches Cluster	Dänemark, Norwegen, Schweden
Liberales Cluster	Japan, Kanada, Schweiz, USA
Konservatives Cluster	Frankreich, Italien, Österreich

Eher um die Dynamik wohlfahrtsstaatlicher Regime geht es Jens Borchert, der die Staaten über drei Phasen hinweg verschiedenen Typen und Mischtypen zuordnet und hierbei auf mögliche Pfadwechsel achtet (vgl. 1998: 169):

1. Phase: Stand 1930

konservativ	Belgien, Deutschland, Italien, Niederlande, Österreich
liberal-labouristisch	Dänemark, GB, Neuseeland, Schweden

2. Phase: Stand 1960

christdemokratisch	Deutschland, Belgien, Italien, Niederlande, Österreich, Frankreich
liberal	USA (Kanada)
labouristisch-liberal	Dänemark, GB
labouristisch	Australien, Neuseeland
sozialdemokratisch	Norwegen, Schweden
Pfadwechsel	Australien, Neuseeland, Schweden

3. Phase: Stand 1997

konservativ	Deutschland, Belgien, Italien, Österreich
liberal	USA, Kanada, Australien, GB, Neuseeland
labouristisch-liberal	Dänemark, Norwegen, Schweden
Mischformen (konservativ-labouristisch-liberal)	Frankreich, Niederlande
Pfadwechsel	Australien, Frankreich, GB, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Schweden

In den Modellen von Esping-Andersen und Borchert figuriert Deutschland als ein sozialpolitisch konservatives Land. In Bezug auf das deutsche Gesundheitswesen lässt sich der Konservatismus auch auf eine andere Tatsache beziehen: Seine Strukturen haben sich seit einem Jahrhundert kaum verändert.

Vor welchen Problemen stehen die Wohlfahrtsstaaten gegenwärtig? Wie reagieren unterschiedliche Typen? Franz-Xaver Kaufmann (1997) hat drei »Herausforderungen des Sozialstaats« identifiziert:

- Die *demographische* Herausforderung:[19] Durch höhere Lebenserwartungen, geringes Wirtschaftswachstum und hohe Arbeitslosigkeit gerät das Verhältnis von Beitragszahlern und Leistungsempfängern der Sozialversicherung aus dem Gleichgewicht. Ferner entsteht eine neue Konfliktlinie zwischen familialen und nicht-familialen Lebensformen.
- Die *soziale* Herausforderung: Mit der Pluralisierung bzw. Individualisierung der Lebenslagen und der Verkleinerung der Familien nehmen die familialen Formen der Wohlfahrtsproduktion ab.
- Die *kulturelle* Herausforderung: Durch den allgemeinen Wertewandel geraten wohlfahrtsorientierte Werte wie Solidarität, Gerechtigkeit, Gemeinsinn etc. ins Hintertreffen.

Vor diesem Hintergrund hat Josef Schmid (1999: 97) drei sozialwissenschaftliche Interpretationen der Entwicklung unterschieden:

- »Eine erste Position, die sich etwas zugespitzt als politischer Alarmismus kennzeichnen lässt, konstatiert das

Ende des Wohlfahrtsstaats, die Kapitulation vor der ›Gier des Marktes‹ und dem ›Terror des Marktes‹«. Die Globalisierung enge die Souveränität der Nationalstaaten ein, was in Anbetracht weltweiter Konkurrenz zu Einschnitten in das soziale Netz führe.

– Demgegenüber betonen besonders diejenigen vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforscher, die quantitativ-empirisch arbeiten, dass so viel nicht passiert sei, sondern vielmehr Wachstum in Stagnation auf relativ hohem Niveau übergegangen sei […]. Die Entwicklung der Sozialausgaben in Deutschland – nominales Wachstum bei leichtem relativem Rückgang – ist hierfür ein Beleg.
– Schließlich argumentiert eine dritte Gruppe, dass zwar bislang der Abbau des Wohlfahrtsstaates nur in geringem Maße vollzogen wurde, dass aber entscheidende institutionelle Weichen für die Zukunft gestellt worden seien, die ihn mittelfristig aufs Abstellgleis führen würden.«

Mit Bezug auf Esping-Andersen und Kaufmann resümiert Schmid: »Wo es keinen einheitlichen Wohlfahrtsstaat gibt, kommt es auch nicht einheitlich zum Ende desselben […]. Ein ökonomischer oder andersartiger Determinismus existiert […] nicht! Der internationale Vergleich […] belegt […] die Existenz von immer noch erheblichen Varianzen bei zentralen Wohlfahrtsstaatsindikatoren innerhalb der westlichen Industrieländer; ferner deuten Reformmodelle, wie die Niederlande und Dänemark, darauf hin, dass sogar der partielle Wechsel von Entwicklungspfaden bzw. die Mischung von Elementen unterschiedlicher Wohlfahrtsstaaten möglich ist« (ebd.: 111f.).[20]

Esping-Andersens Typenbildung orientiert sich vor allem an den Rentenversicherungssystemen als Bezugsgrößen. Beschränkt man sich auf Typen der Krankenversicherung, so bleiben die Einteilungen weniger dramatisch. Zu unterscheiden sind zunächst zwei Finanzierungsformen, die steuerfinanzierte Staatsbürgerversorgung und die beitragsfinanzierte Versichertenversorgung. Zweitens lassen sich Sicherungsziele und Leistungsniveaus unterscheiden. Dies wird in den folgenden Tabellen deutlich. Zunächst die Finanzierungsformen und Sicherungsprinzipien (aus Schmid 1996: 177):

Finanzierung	Sicherungsziele / erfasster Personenkreis	
	Staatsbürgerversorgung	**Versicherungsprinzip**
Steuern	Dänemark, Großbritannien	Spanien
Beiträge	Schweden	Deutschland, Frankreich, Niederlande

Die nächste Tabelle zeigt die Sicherungsziele und Leistungsniveaus (aus ebd.: 177):

Sicherungsziele und Leistungsniveaus	**Länder**
Lebensstandardsicherung (mind. 75 %)	Deutschland, Dänemark, Niederlande, Schweden
Eingeschränkte Lebensstandardsicherung (mind. 67 %)	Spanien, Frankreich
Mindestsicherung (unter 67 %)	Großbritannien

Zuweilen wird die Ergänzung der staatlichen Wohlfahrtsregimes durch private Träger als *welfare mix* thematisiert (vgl. Evers / Winterberger 1988; Taylor-Gooby 1993).

Nun komme ich zu den Strukturen des deutschen Gesundheitswesens. Eines seiner Charakteristika ist sicherlich seine hohe Strukturkontinuität. Nach der Wiedervereinigung wurde diese in besonderer Weise auf die Probe gestellt, da z. B. der ambulante Sektor in der ehemaligen DDR, anders als in der Bundesrepublik, von Polikliniken und Ambulatorien dominiert worden war. Viele Kritiker des bundesdeutschen Gesundheitswesens wiesen auf die Vorteile dieser Strukturen hin: sie vermieden teure Doppeldiagnosen und erleichterten die Kooperation von Allgemeinmedizinern und Fachärzten sowie die Berufstätigkeit von Ärztinnen (vgl. Offe 1992; Deppe et al. 1993; Fuchs 1994; Lützenkirchen 1999). Im deutschen Einigungsprozess haben sich diese alternativen Strukturen jedoch nicht durchsetzen können (vgl. Manow 1994).

Im Folgenden möchte ich zunächst auf die dezentrale Struktur des deutschen Gesundheitswesens und seine Trennung von ambulantem und stationärem Sektor eingehen, um mich dann mit Korporatismus, Kostenexplosion und Budgetierung zu befassen.

Die *dezentrale Struktur* gilt bereits für den bedeutendsten Finanzier des Gesundheitswesens: für die Gesetzliche Krankenversicherung. 1999 existierten in diesem Bereich 459 Krankenkassen mit insgesamt knapp 51 Millionen Mitgliedern (*Statistisches Bundesamt* 2000b). Zwar gibt es auch in anderen europäischen Staaten des eher konservativen Typs viele Krankenkassen (vgl. Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 208, 361), doch hat das deutsche Kassenwesen im letzten Jahrhundert einen so gewaltigen Konzentrationsprozess durchlaufen, dass der gegenwärtige Stand das Ende eines deutschen Sonderweges andeutet. Dies zeigt die folgende Tabelle (aus Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 42):[21]

Jahr	**Zahl der Kassen**	**durchschnittl. Mitgliederzahl pro Kasse**	**Kassenmitglieder insgesamt (in Millionen)**
1885	18776	229	4,8
1913/14	21342	636	23,0
1924/25	7777	2345	31,6
1937/38	4625	4832	?
1950/51	1992	10141	?
1960/61	2028	13383	46,7
1975	1479	22596	55,6
1987	1182	30197	53,8
1999	459	?	50,9

Dieser Tabelle können wir Folgendes entnehmen:

- Die Zahl der Kassen ist bis zum Ersten Weltkrieg auf hohem Niveau angestiegen und seither, mit Ausnahme der 1950er Jahre, kontinuierlich gesunken. Sie beträgt gegenwärtig ca. 2,5 % der Zahl von 1885.
- Die durchschnittliche Mitgliederzahl pro Kasse ist über den gesamten Zeitraum kontinuierlich angestiegen. Sie war 1987 ungefähr 132-mal so hoch wie 1885.
- Die Zahl der Mitglieder insgesamt stagniert seit den 1970er Jahren, und zwar auch der Bevölkerungszunahme durch die Wiedervereinigung zum Trotz.

Zu den Gründen für den Kassenpluralismus und seinen Wandel schreibt Nils C. Bandelow (1998: 30f.): »Der Kassenpluralismus basiert auf der unabhängigen Entwicklung ver-

schiedener Kassenarten und spiegelt die historischen Statusdifferenzen unterschiedlicher Gruppen abhängig Beschäftigter wider. Insbesondere die heute kaum noch relevante Trennung von Arbeitern und Angestellten hat zu der Entwicklung unterschiedlicher Kassenarten beigetragen. Während die Arbeiter vor allem in den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen versichert waren und i.d.R. keine Möglichkeit zur Wahl ihrer Krankenkasse hatten, bestand für alle Angestellten die Möglichkeit, in eine Angestellten-Ersatzkasse zu wechseln. Als Folge dieser erst 1996 weitgehend aufgehobenen verschiedenartigen Wahlmöglichkeiten unterscheidet sich die Zusammensetzung der Versicherten bei den einzelnen Kassenarten wesentlich.«

Eine weitere Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens ist die *Trennung von ambulantem und stationärem Sektor*. Auch sie hat – wie der Kassenpluralismus – historische Gründe, die vor allem auf die Bemühungen der organisierten Ärzteschaft zurückgehen, ihre Standesvertretungen gegenüber den Krankenkassenverbänden zu etablieren. In diesem Kontext hat es vor allem in den Jahren 1923/24 Auseinandersetzungen um kasseneigene Ambulatorien gegeben (vgl. Rosewitz/Webber 1990: 36ff.). Diese historisch gewachsenen Strukturen haben Bernhard Badura und Günter Feuerstein (1994) als den gegenwärtigen Anforderungen nicht mehr entsprechend kritisiert. Sie argumentieren systemtheoretisch: »Medizinische Forschung, Ausbildung und Praxis sind ein Musterbeispiel für ein ›selbstreferentielles‹ System, d.h. für ein System, das weitgehend seiner eigenen Logik folgt, gesteuert von seinen internen Strukturen, Handlungsimperativen und Erfolgsmaßstäben. Die anhaltende Differenzierung des Versorgungsangebots innerhalb der Akutmedizin und die anhaltende Verlängerung der Versorgungsketten durch Entstehung neuer Behandlungsmöglichkeiten, neuer Einrichtungen, neuer Berufe und Organisationen läßt sich u.E. daher nicht in erster Linie als Antwort auf gewandelte Versorgungsbedürfnisse in der Gesellschaft, sondern als Antwort primär auf maßgeblich durch medizinische Leitbilder und Prioritäten gesteuerte Entwicklungen in Naturwissenschaft und Technik interpretieren. Darin […] liegt die eigentliche Ursache für die heutige Krise im Gesundheitswesen« (Badura/Feuerstein 1994: 11). Welchen Ausweg sehen die Autoren? Sie beziehen sich nun nicht mehr auf die Sys-

temtheorie, sondern auf die interaktionistische Medizinsoziologie von Goffman und Strauss und fordern:

- »eine Aufwertung interaktionsintensiver Leistungen und der sozialen Kompetenz der Beschäftigten;
- eine Aufwertung vor allem der Pflegetätigkeit und schließlich
- eine Aufwertung der Beiträge der Erkrankten selbst und ihrer Angehörigen zur Akutversorgung, Frührehabilitation und Langzeitbewältigung einer chronischen Krankheit.

Realisieren lassen wird sich dies alles aber nur, wenn wir auch zu organisatorischen Konsequenzen bereit sind:

- zur Vermeidung oder patientenorientierten Gestaltung von Schnittstellen […]
- und zu einer besseren Vernetzung vorhandener Versorgungseinrichtungen im Sinne einer post-tayloristischen[22] Gestaltung von Arbeit und Organisation im Gesundheitswesen« (ebd.: 18).

Ein weiteres Charakteristikum des Gesundheitswesens ist sein *korporatistischer Charakter*. In der Politologie wurde die Theorie vom (Neo-)Korporatismus von Philippe C. Schmitter eingeführt.[23] Korporatismus »bezeichnet die institutionalisierte, verbindliche und regelmäßige Beteiligung […] von Interessenverbänden an der Politik in westlichen Demokratien. Im idealtypischen Fall handelt es sich um umfassende zentralisierte Verbände mit Repräsentationsmonopol oder sogar um Zwangsverbände. Im Gegensatz zur pluralistischen Interessenvermittlung versuchen die Verbände, nicht nur die staatliche Politik zu beeinflussen, sondern sie sind selbst an der Formulierung und Durchführung staatlicher Maßnahmen beteiligt« (Bandelow 1998: 125). Die Vorteile solcher Verhandlungssysteme schildert Renate Mayntz: »Dort, wo eine begrenzte Zahl korporativer Akteure in einem bestimmten Bereich […] sich stillschweigend auf die Einhaltung von Regeln geeinigt haben, welche die Reichweite für willkürliche und egoistische Handlungen begrenzen, kann sich ein Muster von gegenseitig akzeptierten organisatorischen Identitäten, Kompetenzen und Interessensphären entwickeln« (Mayntz 1992: 27f.).

Ein solcher Bereich ist das Gesundheitswesen, in dem eine Strategie vorherrscht, »in deren Kern der Versuch steht, die Kostenproblematik der GKV durch die Ausweitung der

Kollektivvertragskompetenzen von Krankenkassen und Leistungsanbietern zu regeln« (Döhler/Manow 1997: 119). Wichtiges Moment der korporatistischen Beteiligung der Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist ihre Selbstverwaltung, an der die Organisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer beteiligt sind. Ähnliche Verhältnisse herrschen in Frankreich (vgl. Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 362).

Zentrales Gremium der korporatistischen Vermittlung ist die *Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*. Ihr gehören 75 stimmberechtigte Vertreter der Verbände und Länderregierungen sowie nicht-stimmberechtigte Vertreter z.B. der Bundesregierung an. Zu den involvierten Verbänden zählen die der Krankenkassen, der Kassenärzte und -zahnärzte, der paramedizinischen Berufe, der pharmazeutischen Industrie, aber auch die Gewerkschaften und die Arbeitgeberverbände. Sowohl die demokratische Legitimation als auch die Effektivität dieses Gremiums, das vor allem zur Kostendämpfung beitragen soll, sind jedoch durchaus umstritten (vgl. Bandelow 1998: 125ff.).

Die *Kostenexplosion* im Gesundheitswesen ist in allen westeuropäischen Wohlfahrtsstaaten ein Problem. »Wegen der lange anhaltenden wirtschaftlichen Wachstumsschwäche und deren Folgen öffnet sich bei den sozialen Sicherungssystemen zunehmend die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben […] Damit sind dem weiteren Anstieg der Sozialausgaben deutliche Grenzen gesetzt« (Schmid 1996: 36). Doch die starke Beachtung, die die Kostenentwicklung in der deutschen Öffentlichkeit findet, ist nicht einfach dieser Entwicklung selbst geschuldet. »Der internationale Vergleich verdeutlicht, daß die Kostendämpfungsdebatte in starkem Maße länderspezifische Problemperzeptionen reflektiert. So ist beispielsweise in Deutschland seit Ende der 70er Jahre die ›Kostenexplosion‹ im Gesundheitswesen ein ›Dauerbrenner‹, obwohl der Anteil der Gesundheitsausgaben am BSP im Vergleich zu anderen westlichen Industriestaaten lediglich im oberen Mittelfeld liegt und überdies in den vergangenen zehn Jahren relativ konstant war« (ebd.: 178). Hagen Kühn sieht die ›Kostenexplosion‹ denn auch eher als ein Problem sinkender Einnahmen: »Wäre die gesamtwirtschaftliche Lohnquote (als Produkt von Lohnhöhe und Beschäftigung) 1995 noch so hoch wie 1980 gewesen, dann wären auch die Beitragssätze der GKV bei gleicher Ausga-

benentwicklung auf dem Niveau von 1980 geblieben« (Kühn 1998: 274). Auf Grund der Arbeitsmarktlage sei die Lohnquote jedoch gefallen.

Eine zweite Erklärung der ›Kostenexplosion‹ ist die relativ niedrige Produktivität des Wirtschaftssektors der personengebundenen Dienstleistungen. Im medizinischen Bereich gilt in besonderer Weise das »uno-actu-Prinzip« (Herder-Dorneich/Wasem 1986: 112ff.):[24] hier sind Dienstleistungen weder lagerfähig noch kann ihre Performanz wesentlich rationalisiert werden.

Eine dritte Argumentation bezieht sich auf die Ausgabenseite und trägt systemtheoretische, gesundheitsökonomische oder demokratietheoretische Züge. Zunächst die systemtheoretische Variante: Luhmann (1983) argumentiert mit der Ausdifferenzierung des Systems der Krankenbehandlung. Seien die medizintechnischen Möglichkeiten einer Therapie erst einmal vorhanden, so erscheine es kaum vertretbar, sie aus wirtschaftlichen Gründen nicht zur Verfügung zu stellen; »der Sog der besseren Möglichkeiten ist eine politische Kraft ersten Ranges« (ebd.: 49). So entstehe auch im System der Krankenversorgung eine »Semantik, die auf unbegrenztes Wachstum hinausläuft« (ebd.: 29).

Philipp Herder-Dorneich (1983) argumentiert hingegen gesundheitsökonomisch mit Fehlsteuerungen innerhalb des Systems. Die Wurzel der ›Anspruchsspirale‹ liege in der Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems über Umlagen. Während auf freien Märkten die Nachfrage bei steigenden Preisen sinke, sei dies bei einer über Zwangsbeiträge im Umlageverfahren finanzierten sozialstaatlichen Versorgung mit Gütern genau umgekehrt. So werde es für den einzelnen Patienten rational, den Konsum auch bei steigenden Kosten auszudehnen.

Demokratietheoretisch argumentiert Gerhard W. Wittkämper (1983): Parlamentarier seien auf Stimmenmaximierung und Sicherung von Loyalität aus, was auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik zu ambitionierten und kostenträchtigen Programmen geführt habe. Dem entgegnen Marian Döhler und Philip Manow (vgl. 1997: 171), dass die Ausdifferenzierung der Gesundheitspolitik als ein eigenes Politikfeld zu einer sektoralen *Problem*lösungsorientierung geführt und die frühere *Klientel*orientierung abgelöst habe. Damit ist Wittkämpers Erklärungsversuch zumindest geschwächt.

Ein Versuch, der Kostenentwicklung zu begegnen, ist die *Budgetierung* durch den Staat. Sie ist am deutlichsten im ambulanten Versorgungssektor realisiert. »Nach einer Zeit überproportional hoher Zuwachsraten der GKV-Ausgaben (1970–1975) wurde mit dem ersten Kostendämpfungsgesetz 1977 von der bis dahin geltenden unbeschränkten Einzelleistungsvergütung abgegangen und eine Koppelung der jährlichen Steigerungsraten der Gesamtvergütungen an die Entwicklung der Grundlohnsumme vorgenommen. Seitdem tragen die Kassenärzte das Risiko morbiditätsbedingter oder anbieterinduzierter Leistungsausweitungen« (Wanek 1994: 278). Damit wurde das Prinzip der Globalsteuerung, ursprünglich ein Instrument keynesianischer Konjunkturpolitik und im *Gesetz zur Förderung der Stabilität und des Wachstums der Wirtschaft* (1967) formuliert, auch auf das Gesundheitswesen übertragen. »Unter Globalsteuerung wurde die Beeinflussung der Gesamtnachfrage durch eine diskretionäre[25] und antizyklische Wirtschaftspolitik verstanden« (Oberender 1992: 156). Das *Gesundheitsstrukturgesetz* von 1992, von der damaligen christdemokratisch-liberalen Bundesregierung mit weitgehender Zustimmung der SPD verabschiedet, sah eine ganze Reihe von Budgetierungen vor:

- ein individuelles Arzneimittelbudget für Kassenärzte;
- eine Budgetierung der Gesamtvergütung der Kassenärzte und Kassenzahnärzte;
- eine Obergrenze der Krankenhausausgaben und
- eine Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen (vgl. Bandelow 1998: 206ff.).

Das Gesetz wirkte sich in den Jahren 1993 und 1994 für die GKV kostensenkend aus. Als sich aber für 1995 ein erneutes Defizit abzeichnete, wurden die bestehenden Kostendeckelungen fortgeschrieben. Die neue rot-grüne Bundesregierung legte 1999 einen Entwurf zur weiteren Ausgestaltung des Gesundheitsstrukturgesetzes vor, der die Globalbudgetierung für alle Bereiche des Gesundheitswesens vorsah. Dies führte – erstmals seit 1923/24 – zu Streikdrohungen von Ärzten und Zahnärzten.[26] Der Gesetzentwurf scheiterte dann auch im Bundesrat und wurde schließlich aufgegeben.

Abschließend möchte ich noch einige Zahlen präsentieren. Die Ausgaben für das Gesundheitswesen sind von 1995 bis 1997 um 2,6 % auf 516,6 Milliarden DM gestiegen. Sie wurden 1997 zu 46,5 % von der GKV, zu 9,8 % von der Ren-

ten- und Unfallversicherung, zu 5,8 % von der Gesetzlichen Pflegeversicherung und zu 10,7 % von den Öffentlichen Haushalten getragen. Die parafiskalischen und fiskalischen Träger waren also insgesamt zu 72,8 % beteiligt. Dem standen die Arbeitgeber mit 12,7 %, die privaten Haushalte mit 8,8 % und die private Krankenversicherung mit 5,6 % gegenüber. 1992 waren diese Relationen ähnlich gewesen (vgl. Bandelow 1998: 21).

Die Zahl der stationär Behandelten ist von 1996 bis 1998 um 4,8 % gestiegen, während die Gesamtkosten je Patient um 2 % sanken. Es hat einen Abbau von Krankenhausbetten um 3,7 % gegeben, und das Krankenhauspersonal ging insgesamt um gut 2 % zurück. Dabei nahm das ärztliche Personal um 3,3 % zu, während das nichtärztliche Personal ohne Pflegekräfte um 1,9 % und das Pflegepersonal um 1,7 % abnahm. Die Kosten für die Krankenhäuser stiegen insgesamt um 2,5 % und pro Pflegetag sogar um 4,6 %, gingen jedoch pro Patient um 2 % zurück. Die Erhöhung des Patientendurchlaufs bei Senkung der Verweildauer und Gesamtkosten war politisch gewollt.

Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte ist zwischen 1970 und 1998 um mehr als 100 %, zwischen 1996 und 1998 aber lediglich um 2,8 % auf rund 287000 gestiegen; die Frauenquote lag 1998 bei 36,4 %. Die hohen Steigerungsraten der Vergangenheit gaben Anlass, von einer ›Ärzteschwemme‹ zu sprechen und die Kassenzulassungen zu beschränken. 1995 waren von insgesamt 274000 Ärztinnen und Ärzten 111000 oder 40,5 % niedergelassen; dieser Anteil hatte 1960 noch ca. 55 % betragen. Etwa 133000 oder 48,5 % waren im Krankenhaus tätig – 1960 waren es nur rund 28 % gewesen; 11000 oder 4 % waren 1995 bei Behörden oder Körperschaften angestellt (vgl. ebd.: 56f.).

Die Veränderungen des deutschen Gesundheitswesens während der letzten Jahrzehnte kommen also auch in den Statistiken zum Ausdruck.

Experten und Laien im Gesundheitswesen

Expertisierung wird in vielen Feldern der gegenwärtigen Gesellschaft beobachtet; sie gilt geradezu als ein Charakteristikum der Moderne. Doch sind in den Jahrzehnten nach dem

Zweiten Weltkrieg eine Reihe von gesellschaftlichen Veränderungen zu beobachten, auf die die Sozialwissenschaften mit Begriffen wie »post-industrielle Gesellschaft« (vgl. Touraine 1972/1969; Bell 1976/1973) oder »reflexive Moderne« (vgl. Beck 1986; Giddens 1995/1990) reagiert haben. Diese Veränderungen beziehen sich z. B. auf ökonomische Strukturen (Zunahme der Wertschöpfung durch Dienstleistungsberufe zu Lasten der industriellen Tätigkeiten), auf die Sozialstruktur (Abnahme der gesellschaftlichen Bedeutung der Schichten zugunsten der Milieus und Individuen etc.), aber auch auf den Charakter der Gesellschaft allgemein: die Industriegesellschaft gehe in eine Risiko- (vgl. Beck 1986), eine Erlebnis- (vgl. Schulze 1992) oder eben eine Wissensgesellschaft über (vgl. Stehr 1994). Diese neue Stufe der Modernisierung wird meist durch eine Zunahme der Bedeutung von Expertenberufen und -wissen charakterisiert. So hat etwa Daniel Bell das theoretische Wissen als »axiales Prinzip« der post-industriellen Gesellschaft bezeichnet (vgl. 1976/1973: 192) und von der »Wissensklasse« der Experten gesprochen (ebd.: 220ff.). Während Luhmann die »Modernität der Wissenschaft« eher relativiert (1990a: 702ff.) und Experten in seiner Gesellschaftsanalyse kaum vorkommen,[27] hält der ebenfalls systemtheoretisch argumentierende Helmut Willke Wissen und Expertise für ein zentrales Moment der gegenwärtigen sozialen Entwicklung: Wissen als Operationsform der Netzwerk-Koordination, die den Koordinationsformen Hierarchie (Staat) und Markt überlegen sei (vgl. 1995: 137). Funktionssysteme bildeten jeweils spezifische professionelle und organisatorische Expertiseformen aus (vgl. ebd.: 54). Willke spricht allgemein von einer Tendenz zur Ausprägung einer Wissensgesellschaft. Dies ist für Nico Stehr das zentrale Thema. Im Anschluss an Bell, aber auch an Max Weber (1864–1920) und dessen Theorie bürokratischer Herrschaft betont Stehr den Charakter der postindustriellen Gesellschaft als einer Wissensgesellschaft. Die bestimmt Stehr wie folgt: Wissenschaftliches Wissen penetriere die meisten sozialen Handlungssphären; es ersetze zunehmend anderes Wissen und werde von einer wachsenden Expertenschicht vermittelt, die zunehmend Autorität genieße; Wissen werde selbst ein neuer Produktionssektor und Basis für soziale Ungleichheit, aber auch für Solidarität (vgl. Stehr 1994: 10f.).

In dieser Passage wird bereits die große Bedeutung ersichtlich, die Stehr der Expertise und den Experten in der entstehenden Wissensgesellschaft beimisst. Auch im Gesundheitswesen wird die Bedeutung der Experten deutlich: Döhler und Manow (1997: 147) verweisen darauf, dass Ärzteverbände und Krankenkassen »auf der Referenten- und zunehmend auch auf der Führungsebene« Expertenstäbe etabliert und akademisch ausgebildetes Personal rekrutiert haben. Eine Expertisierung sei auch im Bundesparlament hinsichtlich der Gesundheitspolitik als besonderem Zweig der Sozialpolitik zu beobachten (vgl. ebd.: 146). Auf die wachsende Zahl von Berufen im Gesundheitswesen habe ich bereits im Kapitel *Professionssoziologie* hingewiesen.

Es findet also eine Expertisierung des Gesundheitswesens statt. Und wie steht es mit den Laien? Um 1800 war die medikale Szenerie gleichermaßen von Ärzten und Heilern, Patienten und »umstehendem Publikum« bestimmt (Lachmund/Stollberg 1995: 222). In dieser komplexeren Situation war die »soziale Verteilung« kulturellen Wissens (vgl. Schütz/Luckmann 1975: 363) über Krankheit gleichmäßiger, »waren die Grenzen zwischen Experten- und Laienkompetenz noch sehr viel durchlässiger« (Lachmund/Stollberg 1995: 223). Die Rolle eines medizinischen Laien entwickelte sich in den Krankenhäusern erst ab etwa 1800. Die »Erfindung des Krankenhauses für heilbare Kranke« (Stollberg 1999b: 499; vgl. Jütte 1996) brachte eine neue Krankenrolle mit sich; in den Krankenhäusern zentrierte sich seit dem frühen, in der ambulanten Krankenversorgung seit dem mittleren 19. Jahrhundert das soziale Geschehen auf die Beziehung von Patient und Arzt. Es begannen jene sozialen Prozesse, deren Gesamtheit sowohl von Illich als auch von Conrad und Schneider als »Medikalisierung« bezeichnet wurden.

Die Analyse dieser medikalisierten Arzt-Patient-Beziehung steht zu Beginn der modernen Medizinsoziologie im Mittelpunkt. Parsons fasst sie als ein komplementäres Rollengefüge, in dem der Arzt die Leistungs- oder Expertenrolle und der Patient die Publikums- oder Laienrolle einnimmt. Ähnliche Gefüge finden wir in den meisten Funktionssystemen der modernen Gesellschaft (vgl. Stichweh 1988).

Dennoch sind die Wissenssphären von Laien und Experten nicht strikt voneinander getrennt – das hatte Fleck bereits 1935 beobachtet. Laien können durchaus das medizini-

sche Expertenwissen beeinflussen. Schließlich waren sie es, die die medizinische Definition bestimmter, insbesondere psychischer Erkrankungen vorangetrieben haben. Beispiele dafür sind das *post-traumatic stress disorder* amerikanischer Vietnamkriegsveteranen (vgl. Scott 1990; Young 1992) und das Plötzliche-Kindstod-Syndrom (vgl. Johnson/Hufbauer 1982). Und erst unter dem Einfluss der Schwulenbewegung wurde die Homosexualität aus dem amerikanischen *Medical Index* gestrichen (vgl. Conrad/Schneider 1980: Kapitel 7; weitere Beispiele finden sich bei Arksey 1994).

Wenden wir uns nun der Frage zu, ob eine Expertisierung auf Seiten der Patienten stattfindet. Betrachtet Parsons das Arzt-Patient-Verhältnis als Dichotomie von Experte und Laie, so sieht er doch insofern Gemeinsamkeiten in der Ausgestaltung dieser komplementären Rollen, als beide von den *patterns* der emotionalen Neutralität, der Kollektivitätsorientierung, des Universalismus, der Leistungsorientierung und der funktional spezifischen Orientierung geprägt werden (vgl. Gerhardt 1989: 28f.). Das heißt aber nicht, dass die Patienten damit Experten würden. Im Gegenteil, die komplementären Rollen und Verhaltenserwartungen stabilisieren die Dichotomie von Experte und Laie.

Wissenssoziologisch hat Schütz zwischen drei Typen von Wissen unterschieden: dem des Experten, dem des Mannes auf der Straße und – zwischen diesen beiden angesiedelt – dem des gut informierten Bürgers: »Das Wissen des Experten ist auf ein beschränktes Gebiet begrenzt, aber darin ist es klar und deutlich […]. Der Mann auf der Straße hat ein funktionierendes Wissen auf vielen Gebieten, die aber nicht notwendig miteinander zusammenhängen müssen. Er hat ein Wissen von Rezepten, die ihm sagen, wie er in typischen Situationen typische Resultate mit typischen Mitteln zustandebringen kann […]; (der gut informierte) Bürger hat seinen Ort zwischen dem Idealtypus des Experten und dem des Mannes auf der Straße. […] Gut informiert zu sein bedeutet ihm, zu vernünftig begründeten Meinungen auf den Gebieten zu gelangen, die seinem Wissen entsprechend ihn zumindest mittelbar angehen, obwohl sie seinem zuhandenen Zweck direkt nichts beitragen […] es ist der gut informierte Bürger, der sich als durchaus qualifiziert betrachtet […], um zu entscheiden, wer ein kompetenter Experte ist, und darüber zu befinden, wer ein Experte ist, und der sich sogar

entscheiden kann, nachdem er die Meinungen des opponierenden Experten gehört hat« (Schütz 1972: 87f.).

Diesem Gedanken ist Walter Sprondel (1979) mit besonderem Blick auf die Medizin gefolgt. Er fasst Professionalisierung und Laisierung als komplementäre Prozesse und unterscheidet zwischen Allgemein- und Sonderwissen, das jedoch nicht mit dem Laien- und Expertenwissen kongruent sei: »Es ist erst dieses Verhältnis zwischen einem spezialisierten Sonderwissen und entsprechenden Inhalten des Allgemeinwissens, auf dem dann auf der Ebene der sozialen Organisation eine Experten-Laien-Beziehung aufbauen kann. Damit ist es auch nicht länger nötig, Laien bloß negativ, durch fehlenden Besitz eines bestimmten Sonderwissens, zu definieren. Wer ein entsprechendes Spezialwissen nicht beherrscht, wird zum Laien durch positive Elemente seines eigenen Wissensvorrates: zunächst ganz allgemein durch das Wissen, daß es für relevante Probleme umfangreiches und detailliertes Spezialwissen gibt; sodann, daß es zweckmäßig ist, sich dieses Wissens auf geeignete Weise zu bedienen; auch, wer über dieses Wissen verfügt; und schließlich, wie er dies Wissen erworben hat und woran man das erkennen kann« (Sprondel 1979: 148f.).

An diese Überlegungen ist in vielfältiger Weise angeschlossen worden. Ronald Hitzler betont die Unterschiede zwischen Laien und Experten: Laien wüssten nicht nur weniger als Experten, sondern ihr Wissen sei auch anders organisiert: »Laien orientieren sich an als ›konkret‹ geltenden Fakten und verfolgen das, was sie für ›praktische‹ Interessen halten. Experten hingegen ›vernetzen‹ Wissenselemente und Wissensarten vielfältig und hochroutinisiert […]« (Hitzler 1994: 23). Diese Dichotomie findet sich auch bei Alois Hahn et al.: Trotz aller unbestreitbaren Erfolge der Medizin seien »habitualisierte Alltagsvorstellungen als Zugangsweisen zu dem Phänomen Krankheit« (1999: 77) keineswegs obsolet geworden, und das liege an der weiterhin offenen und unklaren Krankheitssituation, in der der Patient die Sinnfrage stelle, die der Arzt eben nicht beantworten könne.

Andere Autoren sehen dagegen die Wissensunterschiede zwischen Ärzten und Laien bzw. Patienten eher schwinden. Anthony Giddens (1997/1994) geht von einer Modernisierung der Patientenrolle in der Gegenwart aus. Die Globalisierung und Enttraditionalisierung förderten einerseits das

Eindringen der Wissenssysteme von Experten in viele Aspekte des (postmodernen) Alltagslebens. Diese Invasion verschränke sich jedoch andererseits mit »Reflexivität«, und insbesondere für das Gebiet der Medizin sei eine Skepsis der Laien bezeichnend, die das Vertrauen in den Arzt als Experten nicht etwa unterhöhle, sondern vielmehr in eine aktive Haltung verwandele: »Alle Formen von Expertentum setzen aktives Vertrauen voraus, denn hier tritt jeder Anspruch auf Autorität neben den weiterer Autoritäten, und oft sind die Experten selbst unterschiedlicher Meinung […]. Das Ansehen der Wissenschaft selbst, das in früheren Stadien der Entwicklung der modernen Institutionen von entscheidender Bedeutung war, wird von eben der skeptischen Einstellung untergraben, die selbst der Antrieb des wissenschaftlichen Vorgehens ist. […] Wer z. B. Probleme mit seiner Gesundheit hat, hält sich auch heute noch vielleicht zunächst an die Schulmedizin und deren Technologie, um diese Probleme loszuwerden. […] Vor dem Hintergrund aktiver Vertrauensmechanismen könnte es aber auch sein, daß sich der Betreffende entscheidet, eine zweite oder dritte Diagnose einzuholen. Außerhalb der Schulmedizin gibt es eine Fülle alternativer Behandlungsmethoden und Therapien, die um Beachtung ringen […]« (Giddens 1997/1994: 138f.; vgl. zur Homöopathie Stollberg 1999a).

Empirische Studien haben gezeigt, dass ärztliche Konsultationen oftmals ›Expertengespräche‹ sind, in deren Verlauf die Ansichten der Patienten bestätigt werden (vgl. Tuckett et al. 1985: 148). »What happens […] is a *modification* of the division of knowledge and skills between the physicians and patients. A clear division between their seemingly fundamentally different competences becomes more and more *fractal* […]« (Willems 1992: 113). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Sprachwissenschaftlerin Elisabeth Gülich: »Die Analyse von empirisch erhobenen Daten aus authentischen Kommunikationssituationen führt zu einer Relativierung der Begriffe ›Experte‹ und ›Laie‹, und zwar in doppelter Hinsicht: Zum einen wird deutlich, daß auch die ›Laien‹ ein spezifisches Wissen an die Experten zu vermitteln haben […]; zum anderen zeigt sich, daß für die Kommunikation vor allem wichtig ist, wie Experten- und Nicht-Expertenrollen in der Interaktion konstituiert werden« (Gülich 1999: 187). Die britischen Medizinsoziologen Simon J. Williams und Michael

Calnan sprechen vom »re-skilling« der Patienten in der Gegenwart (1996: 263). Über diesbezügliche Schicht- und Milieudifferenzen liegen aber bisher kaum Studien vor (vgl. D'Houtaud/Field 1995).

Ich fasse zusammen: In Krankenkassen und Verbänden hinsichtlich der Gesundheitspolitik auch im Parlament ist eine Expertisierung zu beobachten. Doch medizinisches Experten- und Laienwissen sind nicht mehr streng voneinander geschieden, und manche Autoren sprechen gar von einer Expertisierung der medizinischen Laien.

Gesundheit als soziologischer Gegenstand

Die amerikanische Sozialpsychologin Wendy S. Rogers (1991: 208f.) hat unter medizinischen Laien acht Typen von Gesundheitsvorstellungen identifiziert. Es handelt sich um:

»1. The ›body as machine‹ account, within which illness is regarded as naturally occurring […], and modern biomedicine is seen as the only valid source of effective treatment […].
2. The ›body under siege‹ account, in which the individual is sent to be under threat and attack from germs and diseases, […] and the ›stress‹ of modern life […].
3. The ›inequality of access‹ account, […] concerned about the unfair allocation of […] benefits […].
4. The ›cultural critique‹ account, based upon a […] worldview of exploitation and oppression […].
5. The ›health promotion‹ account, which […] stresses the wisdom of adopting a ›healthy lifestyle‹ […].
6. The ›robust individualism‹ account, which is more concerned with the individual's right to a ›satisfying life‹ […].
7. The ›God's power‹ account, within which health is a product of ›right living‹ and God's care […].
8. The ›willpower‹ account, which […] stresses the moral responsibility of the individual to use their ›will‹ to maintain good health […].«

Dem ließen sich gewiss weitere hinzufügen (vgl. Stollberg 1997: 211). Wie aber hält es die Soziologie mit der Gesundheit? Seit langem schon im Fokus der angelsächsischen Medizinsoziologie (vgl. z.B. Morgan et al. 1985: 37ff.; Nettleton 1995: 36ff.) wird ›Gesundheit‹ in Deutschland erst seit den

1980er Jahren thematisiert. Für die deutsche Diskussion, die stärker am professionellen Sektor orientiert ist, kann jedoch bis in die 1980er Jahre hinein gelten, was Luhmann, wie ich im Kapitel *Medizin als soziales System* dargestellt habe, über die Gesundheit als den negativen Wert, den Reflexionswert des Systems der Krankenbehandlung sagte: »Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv. […] Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit« (Luhmann 1990b: 186f.).

Diese Verhältnisse haben sich jedoch in den 1980er Jahren geändert. Gesundheit ist Gegenstand akademischer und professioneller Bemühungen auch in Deutschland geworden. »1987 beauftragte die Robert-Bosch-Stiftung eine Arbeitsgruppe mit der Erstellung einer ›Denkschrift‹ zur Errichtung von Schools of Public Health in der Bundesrepublik« (Schott/Kolip 1994: 203). Jedoch wurde diese Arbeit bald von der universitären Entwicklung überrollt. An mehreren Universitäten, insbesondere an der Technischen Universität Berlin, in Bielefeld, Düsseldorf, Hannover, Heidelberg und Ulm sowie an etlichen Fachhochschulen wurden entsprechende Initiativen gestartet. Deren Vertreter trafen sich 1989 am Rande der Jahrestagung der *Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention* in Berlin und verabschiedeten einen Konsens über Zielsetzungen, curriculare Ansätze, Studiendauer, Zugangsvoraussetzungen und Praxisfelder entsprechender Studien. Das *Bundesministerium für Forschung und Technologie* stellte Gelder für eine Anschubfinanzierung bereit. Seither haben sich an vielen weiteren deutschen Hochschulen Institute oder sogar Fakultäten für Gesundheitswissenschaften/Public Health etabliert. Vorbild waren 24 Institutionen in den USA. Deren *Association of Schools of Public Health* hatte fünf zentrale Wissensbereiche von Public Health benannt (nach Schott/Kolip 1994: 210):

- »biologische, physikalische und chemische Faktoren, die Einfluß auf die Gesundheit haben;
- theoretische und methodische Grundlagen von Sozial- und Verhaltenswissenschaften;
- Epidemiologie;
- Gesundheitsstatistik;
- Analyse, Planung und Verwaltung von Gesundheitsprogrammen.«

Es entsteht also aus interdisziplinären Verknüpfungen eine neue wissenschaftliche Disziplin, in die die Sozialwissenschaften theoretische und methodische Grundlagen vermitteln und in der Krankheits- und Gesundheitsstatistik, aber auch Gesundheitsförderung und Gesundheitssystemgestaltung ihren Platz haben. Diese neue Disziplin ist nicht kurativ, sondern präventiv, nicht auf Individuen, sondern auf Populationen hin orientiert. Die *Deutsche Gesellschaft für Public Health* formulierte die folgenden Aufgabenstellungen:

- »Erfassung einer gemeindebezogenen Gesundheitsberichterstattung zur Erfassung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung einer Region und einzelner Subgruppen sowie die Analyse der den Gesundheitszustand beeinflussenden Bedingungen und Faktoren
- Entwicklung und Institutionalisierung bedarfsgerechter und effizienter Systeme und Verfahren zur Gesundheitsförderung, Prävention, Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege
- Analyse der leistungsmengen-, kosten- und qualitätsbestimmenden Einflüsse und Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen
- Entwicklung von Maßnahmen zum Schutz der Bürger vor überflüssigen, mangelhaften und unwirksamen Leistungen und vor vermeidbaren Versorgungsrisiken
- Unterstützung von Prozessen zur Wahrnehmung der Menschenrechte im Gesundheitswesen, insbesondere des Rechtes auf selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit und Krankheit« (Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Public Health 2001: 5).

Diese Sätze zeigen eine programmatische Mittelstellung der Gesundheitswissenschaften zwischen Bio-Macht im foucaultschen Sinne und Gegenmacht im Sinne von Conrad/Schneider, wie ich sie im Kapitel »Konstruktivistische Medizinsoziologie« skizziert habe.

Auf diese Verwissenschaftlichung von Gesundheit hat auch die soziologische Theorie reagiert. So sieht etwa Jost Bauch (1996: 78) zu der Frage Anlass, »ob Luhmann die Codierung des Gesundheits- oder Krankheitssystems nicht zu restriktiv am Paradigma der naturwissenschaftlichen Körpermedizin festgeschrieben hat«. Bauch identifiziert einen neuen Code: »Das Gesundheitssystem tut (mittlerweile) alles, um Lebensförderliches zu fördern und um Lebenshin-

derliches zurückzudrängen. In diese Codierung paßt die traditionelle Krankenbehandlung […], in diese Codierung paßt aber auch die Installation von Lärmschutzwällen an der Autobahn, die als Maßnahme vorbeugender Gesundheitspolitik zu werten ist. Das Gesundheitswesen mahnt mit dieser Codierung zumindest Mitspracherecht für alle gesellschaftlichen Probleme – quer durch alle funktional ausdifferenzierten Systeme – an« (Bauch 1996: 80). Dies sei auch eine selbstreflexive Reaktion auf die ökologische Selbstgefährdung der Gesellschaft (ebd.: 87). Die Unterscheidung ›lebensförderlich‹/›lebenshinderlich‹ werde – und hier entfernt sich Bauch deutlich von Luhmann'schen Grundpositionen – zum »Leitcode« oder »Supercode« der Gesamtgesellschaft (ebd.: 85). Das »Gesundheitswesen« (d.h. nicht mehr: das medizinische System!) müsse sich »entautonomisieren«, müsse umweltoffener werden. »Nicht Abkopplung, sondern Hinwendung zur Lebenswelt des Patienten ist die Devise, medizinisches Wissen muß mit dem Alltagsverständnis diffundieren« (ebd.: 97). Bauch verlässt also die Luhmann'sche Position des Beobachters zweiter Ordnung und will in das Geschehen intervenieren. Luhmann würde derlei Bestreben vermutlich wie Foucault als Bio-Politik oder Extension der Bio-Macht, jedenfalls aber nicht als wissenschaftliche Beobachtung ansehen. Zur Analyse der Public-Health-Bestrebungen scheint mir jedoch Bauchs Ansatz bedenkenswert.[28]

Globalisierung der Medizin

Globalisierung ist zum Modethema der Sozialwissenschaften geworden. Vor einem Jahrzehnt war es noch auf die »Entstehung weltweiter Finanzmärkte« begrenzt (Brockhaus 1986ff.: Bd. 8, 597). Ökonomische Phänomene stehen auch heute noch im Fokus des Alltagsverständnisses von Globalisierung; dazu kommt eine Vorstellung von weltweiter kultureller Hegemonie, wie sie mit Produkten wie Coca Cola oder Firmen wie McDonald's verbunden ist (ähnliche Positionen in der Wissenschaft stellen Robins 1991 und Ritzer 1993 dar).

In den Sozialwissenschaften konkurrieren vier Analyseansätze zur Globalisierung (vgl. Beyer 1994; andere Akzente setzt Wobbe 2000). Der *erste* und älteste ist der von Immanuel Wallerstein; er sieht das moderne Weltsystem als

eine kapitalistische Weltökonomie. Marktbeziehungen, Konkurrenz und Kommodifizierung senden ihre Impulse auch in soziale und kulturelle Bereiche aus. Den *zweiten* Ansatz entwickelte John W. Meyer mit seinen Mitarbeitern. Sie sehen *world-polity* [29] als ein von der Weltökonomie prinzipiell unabhängiges System, das durch kollektive Autorität Werte produziert. Diese beruhten nicht auf internalisierten normativen Orientierungen, sondern auf Imitation und Routinisierung von Handlungen. Kulturelle Prinzipien wie Universalismus, Individualismus, Rationalisierung etc. seien zwar europäisch-nordamerikanischen Ursprungs, hätten sich jedoch zu globalisierten Prinzipien entwickelt. Der *dritte* Ansatz ist der von Luhmann; er definiert Weltgesellschaft als »Gesamthorizont alles sinnhaften Erlebens, mag es sich nach innen oder nach außen richten und in der Zeit voraus oder zurück« (Luhmann 1997: 153). »Weltgesellschaft ist das Sich-ereignen von Welt in der Kommunikation« (ebd.: 150). Wesentlich für die Emergenz von Weltgesellschaft sei der Übergang von stratifikatorischer zu funktionaler Differenzierung. Funktionale soziale Systeme seien in ihrer Funktionslogik global angelegt, was in segmentären oder stratifizierten Gesellschaften eben nicht der Fall gewesen sei. Jedoch erwartet und beobachtet Luhmann in der Weltgesellschaft keine Homogenität: »Der *Universalismus* der weltgesellschaftlich operierenden Funktionssysteme schließt *Partikularismen* der verschiedensten Art nicht etwa aus, sondern regt sie geradezu an« (ebd.: 170). Der *vierte* Ansatz ist der von Roland Robertson: Normen und Werte, die in einer nationalen Gesellschaft ausgeprägt worden sind, träfen in globalisierten Kontexten auf die Normen und Werte anderer Gesellschaften. Entsprechend formten Individuen ihre persönlichen Identitäten im Bewusstsein dessen, dass die Normen und Werte ihrer spezifischen Gesellschaft nur eine von vielen Möglichkeiten darstellten. So stünden liberaldemokratische, sozialistische, islamische und viele andere Normen- und Wertsysteme konflikthaft nebeneinander. Als »Glokalisierung«, als Synthese von Globalisierung und Lokalem benennt Robertson das Zusammenziehen und Aufeinandertreffen globaler und lokaler Kulturen, die in diesem »clash of localities« inhaltlich neu bestimmt werden müssten (vgl. Robertson 1995).

Die Globalisierung der Medizin lässt sich zunächst im Sinne von John W. Meyer als Globalisierung des westlichen

medizinischen Wissens und als Imitation der entsprechenden Praktiken fassen. Die großen Erfolge, die die Bakteriologie gegen Ende des 19. Jahrhunderts feiern konnte, ermöglichten in einer Zeit der imperialen Ausdehnung der europäischen Nationalstaaten und der USA eine weltweite Verbreitung medizinischen Wissens und medizinischer Praktiken, die als iatrotechnisch[30] oder als biomedizinisch[31] bezeichnet werden können. Diese Expansion führte in den kolonisierten Ländern zu einem medizinischen Pluralismus, in dem bis heute die Biomedizin im professionellen Sektor stark dominiert, traditionelle Formen jedoch nicht auf den *folk sector* in Kleinmans Sinn beschränkt sind. Die Dominanz der Biomedizin in früheren Kolonialländern wird am Beispiel Indiens, des Mutterlandes der ayurvedischen Medizin, deutlich. Um 1990 existierten in 23 von insgesamt 32 indischen Bundesstaaten 27495 biomedizinische, 2536 homöopathische und nur 8671 ayurvedische Ambulanzen in staatlicher Trägerschaft (vgl. Schumann 1993: 52).

Bis in die 1970er Jahre war allgemein erwartet worden, dass das biomedizinische Wissen und seine Praktiken ein weltweites Monopol erringen würden. Das Satzungsziel der *World Health Organisation*, »alle Völker auf das höchstmögliche Gesundheitsniveau zu bringen«, wurde zunächst selbstverständlich als globale Ausdehnung (bio)medizinischen Fortschritts interpretiert (vgl. Roelcke 1996). In diesem Sinne sprechen Meyer et al. (1997: 164) von der Medizin als einer der »main arenas of rationalized modernity«.

Jedoch haben sich im Verlauf der letzten ca. 15 Jahre die Dinge geändert. Kein *clash of civilizations*, sondern eine unauffällige Akkulturation traditionellen chinesischen und indischen medizinischen Wissens und seiner Praktiken an das westliche Wissen und seine Praktiken hat in Westeuropa und den USA stattgefunden. Die traditionelle chinesische Medizin (TCM) wird von mehr als 300000 Heilpersonen in mehr als 140 Ländern praktiziert (vgl. Scheid 1999); in Kötzting (nahe Cham in der Oberpfalz) wurde 1990 die erste TCM-Klinik in Europa errichtet. In Bad Pyrmont entsteht Europas größtes Fachzentrum für TCM samt einer privaten Universität.[32] Der »Spiegel« (Nr. 18/2000) spricht mit Bezug auf die TCM von einer »Globalisierung der Medizin«. Auch die traditionelle indische Medizin, Ayurveda, ist westwärts gewandert. Während die Akupunktur in Westeuropa und den

USA vielfältige Erscheinungs- und Organisationsformen entwickelt hat, wird Ayurveda weitgehend vom Maharishi-Ayurveda repräsentiert. Maharishi Mahesh Yogi hat die im modernen Indien getrennten Traditionen der ayurvedischen Pharmazie, Massage und Meditation zusammengeführt und für Westeuropa und die USA reformuliert. Quantitativ gesehen, hat vor allem die Akupunktur in Deutschland das Nischendasein alternativer Kultur und Heiler verlassen. Dies wird daran deutlich, dass die Anzahl der Ärzte, die in den entsprechenden Berufsverbänden organisiert sind, die der klassischen Homöopathen überschritten hat:

Ärztinnen und Ärzte in deutschen heterodoxen Berufsverbänden, 1999[33]

Gesamtzahl	rund 287000
in eigener Niederlassung	rund 117000
Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren (ZÄN)	ca. 8000
Zentralverein Homöopathischer Ärzte	ca. 3000
Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur	ca. 11000
Maharishi Ayurveda	9 Gesundheitszentren; ca. 50 Ärzte und Heilpraktiker

In den westlichen Ländern sind TCM und Ayurveda neben ältere medizinische Konzepte getreten, die zwar aus der europäischen Wissenstradition stammen, von der akademischen Medizin jedoch als heterodox[34] ausgesondert wurden: neben die Homöopathie, die Anthroposophie, die Naturheilverfahren etc. Insofern nehmen die heterodoxen Bestandteile des Medizinsystems durch die neuen Wissensformen und Praktiken zu, wodurch das System insgesamt globalisierend »hybridisiert« wird.[35]

Schließlich gibt es eine Debatte über die Globalisierung der sozialstaatlichen Systeme, zu denen ja auch weite Teile des Gesundheitswesens gehören. Hier wird zum einen an die von Schmid (1999: 97) im sozialpolitischen Diskurs als ›Alarmismus‹ bezeichnete Position angeknüpft; globalisierungstheoretisch lassen sich Verbindungen zum Ansatz Waller-

steins ziehen. Der Ökonom Norbert Berthold (1999: 161) schreibt: »Die Globalisierung bewirkt vor allem zweierlei: Sie wirkt zum einen als Schiedsrichter, der entscheidet, wer die Güter ›Sicherheit‹ und ›Gerechtigkeit‹ produzieren soll, der Staat oder der Markt. Daneben trägt sie zum anderen dazu bei, dass für die Fälle, in denen weiterhin der Sozialstaat komparative Vorteile hat, die institutionellen Arrangements so gewählt werden, dass eine effiziente Produktion der beiden Güter möglich wird. Die Globalisierung ist somit nur der Bote, der die Nachricht vom Ende des traditionellen Sozialstaates überbringt.« Stefan Immerfall (1999: 185f.) hält nationalstaatliche Perspektiven dagegen: »Wohlfahrtsstaatliche Ausgaben hängen mit einer Vielzahl von Faktoren zusammen, darunter dem Durchschnittsalter der Bevölkerung, der Stärke linker Parteien, dem Grad des Kooperatismus und der De-Industrialisierung der Volkswirtschaft. Globalisierung ist nur einer unter mehreren Faktoren, und es kann keineswegs als naturnotwendig unterstellt werden, daß sie weiter fortschreitet«.

Ausblick

Das Medizinsystem ist in erheblichem Wandel begriffen. Als Momente dieses Wandels habe ich vor allem das ›re-skilling‹ der Patienten, die demographische, soziale und kulturelle Herausforderung des Sozialstaates und die Globalisierung thematisiert. Sie alle bilden Momente einer Entwicklung, die als Krise des Medizinsystems begriffen wird. Die Medizin selbst wird in zweierlei Hinsicht als krisenhaft gesehen: ontologisch als zu eng an der Heilung individueller akuter somatischer Krankheitsepisoden orientiert, während die Probleme mittlerweile auf gesellschaftlicher, chronischer und zugleich psychischer und somatischer Ebene lägen (so einerseits Badura/Feuerstein 1994 in Anlehnung an Glaser/Strauss; andererseits Wessel 1994 mit positivem Bezug auf die Psychosomatik). Andere Autoren sprechen dagegen von einer Akzeptanzkrise der modernen Medizin, die diese mit ihrem Anspruch, immer mehr und tendenziell alle Krankheiten heilen zu können, selbst produziert habe (vgl. Borck 1996; Shorter 1993). Es passe in die Entwicklung einer Erlebnisgesellschaft (vgl. Schulze 1992), dass der Körper zur ultimati-

ven Dimension menschlichen Begehrens werde (vgl. Borck 1996: 28). Indizien einer solchen Entwicklung kann man in der zunehmenden öffentlichen Thematisierung der Sexualität in Talkshows, dem Besuch von Fitness-Studios etc. sehen. Auf diese Weise können die großen sozialen Tendenzen zur Individualisierung und zur Körperlichkeit als libidinöser Dimension zusammenkommen.

An einem weiteren Thema erscheint die gesellschaftliche Legitimation medizinischen Handelns problematisch: an der Gentechnik. 1978 war erstmals ein in der Retorte gezeugtes Kind geboren worden. Nicht zuletzt die Erinnerung an die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«, die nach 1939 zu eugenisch motivierten Morden an psychisch Kranken und behinderten Menschen geführt hatte (vgl. Schmuhl 1987; Weingart et al. 1988), erzeugte insbesondere in der deutschen Öffentlichkeit eine hohe Sensibilität z. B. gegenüber den Thesen von Peter Singer (1984/1979: 174ff.), in denen behinderten Menschen im Extremfall der Charakter von Personen abgesprochen wurde. Entsprechend misstrauisch beobachtete man die Bestrebungen, auf EU-Ebene eine Bioethik-Konvention zu verabschieden, die z. B. den Umgang mit Embryos zu Versuchszwecken regeln sollte.

Auch die Soziologie hat zu diesen Diskussionen beigetragen oder sich von ihnen inspirieren lassen. Luhmann (1990b: 193) bezeichnet die Dichotomie ›genetisch o.k.‹/›genetisch bedenklich‹ als künftig mögliche Zweitcodierung des Systems der Krankenversorgung. Wolfgang van den Daele widerspricht der verbreiteten These von der ultimativen Selbstverfügung über den eigenen Körper: »Es gibt inhaltliche Bedingungen für einen menschenwürdigen Umgang mit der menschlichen Natur, die auch für die jeweilige Person nicht beliebig verfügbar sind« (van den Daele 1985: 64). Kurt Bayertz (1996) hat die Diskussion um die In-vitro-Befruchtung als Beispiel für moralischen Dissens in der modernen Gesellschaft thematisiert. Beck-Gernsheim sah die »Individualisierung von Risiken«, wie sie im Gesundheitsbereich mit der Devise von der »gesundheitlichen Selbstverantwortung« allgemein vorangetrieben werde, im Verlauf der gentechnischen Entwicklung weiter anwachsen. »Da gibt es in vielen Fällen nicht die eine und einzige, moralisch saubere Antwort, vielmehr erzeugt jede Entscheidung Folgeprobleme eigener Art […]. Da muß Leid gegen Leid aufgerechnet wer-

den, da steht Leben gegen Leben, da müssen abstrakte Statistiken und Wahrscheinlichkeitsangaben in existentielle Urteile umgesetzt werden (die Schwangerschaft abbrechen, die Schwangerschaft fortsetzen, was ist zumutbar für wen?)« (1994: 332). Einen Überblick über die gesellschaftliche Akzeptanz der Gentechnologie, die hinsichtlich der therapeutischen Anwendungen nichtsdestotrotz deutlich größer ist als hinsichtlich agrartechnischer, geben Hempel/Renn (1999) sowie Urban/Pfennig (1999).

Ein ganz anderes Phänomen kann man im weiteren Sinne ebenfalls als Krise des Medizinsystems deuten: die Ausdehnung der Dienstleistungsökonomie auf das Gesundheitswesen. Seit den 1990er Jahren ermuntert der britische *National Health Service* die Patienten, sich als Kunden oder Konsumenten und die Ärzte als konkurrierende Anbieter auf dem Gesundheitsmarkt zu sehen (vgl. Grace 1994; Baggott 1994: 178ff.; Entwistle et al. 1996; Lupton 1997). Diese Bestrebungen haben auch in Deutschland Schule gemacht (vgl. *Jahrbuch für kritische Medizin* 1993). Die Krankenkassen sehen ihre Mitglieder nicht mehr als Patienten. Verbraucherschutz[36] und Qualitätssicherung werden im Zuge von Public-Health-Bestrebungen auch im Gesundheitswesen eingeführt (vgl. Badura et al. 1999: 48ff.) und die Patienten als Konsumenten medizinischer Dienstleistungen und zugleich als Koproduzenten ihrer Gesundheit angesprochen (Badura 1996: 14f.). In der Perspektive von Schütz und Giddens erscheint diese Tendenz als Entwicklung zum gut informierten Bürger bzw. als Entwicklung aktiven Vertrauens.

Abschließend sind noch zwei junge Forschungsrichtungen zu nennen. Es gibt Bestrebungen, eine ›Soziologie des Körpers‹ zu entfalten. Körper können in Anlehnung an Bourdieu (1982) als symbolisches und kulturelles Kapital betrachtet werden. Die entsprechenden Inszenierungen, Performances usw. lassen sich in verschiedenen Milieus beobachten: Jugendszenen und wissenschaftliche Disziplinen, Bewerbungssituationen und Hausfrauenalltag, Trauergemeinden und Sportvereine können so analysiert werden. Oder man beobachtet in der Tradition Foucaults die Disziplinierung des Körpers in besonderen Situationen oder in der Moderne überhaupt. Es gibt Bestrebungen, im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) eine Arbeitsgemeinschaft zur ›Soziologie des Körpers‹ zu etablieren.

Ähnliche Bemühungen gibt es hinsichtlich einer Soziologie des Sterbens und des Todes. Die gängige These von der Verdrängung des Todes in der modernen Gesellschaft (vgl. Elias 1983; Nassehi/Weber 1989) wird unter Verweis auf kulturelle Vielfalt kritisiert.

Womit wir bei den ›letzten Dingen‹ wären: Die *Sektion Medizinsoziologie* der DGS hat sich im September 2000 in *Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie* umbenannt. Diese Ausdifferenzierung besiegelt jedoch nicht das Ende der Medizinsoziologie, sondern zeugt vielmehr von ihrer Vitalität.

Anmerkungen

1 Der Text von Henderson aus dem Jahre 1935, auf den Parsons (1958b: 10, Fn. 1) »für einen allgemeinen Vergleich« hinweist, thematisiert das Arzt-Patient-Verhältnis insofern als soziales System, als die Beziehung mindestens zweier Individuen zueinander eben ein solches System darstelle. Er handelt jedoch in klassischer Manier über die Beeinflussung der Emotionen des Patienten durch den Arzt.

2 Bereits 1929 erfasste Henry Ernest Sigerist die Krankenrolle in einer Weise, die Vieles von Parsons vorwegnahm.

3 Amitai Etzioni (1969) sprach in Bezug auf Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter und Lehrer von *semi-professions*.

4 Dies tat er nicht in Anlehnung an Parsons' oben skizziertem Modell des Arzt-Patient-Verhältnisses, sondern an dessen Modell der Dienstleistungsbeziehung (Parsons 1958a).

5 Eine explizite Kritik an Parsons *und* Goffman findet sich bei Strauss et al. 1963: 160.

6 Kleinman (1980: 71) spricht von *core clinical functions* oder *universal clinical activities* und erläutert das *clinical* wie folgt: »I am not referring to a specific activity of professional medical care, but instead to […] general health functions«.

7 Dies gilt, wenn Krankheiten diagnostiziert werden, die – noch – keine Symptome zeigen.

8 Dies ist eine kritische Wendung gegen Mishler (1984), der eine *voice of life-world* einer *voice of medicine* gegenüberstellt.

9 Außerhalb der Wissenssoziologie bleibt bisweilen vom Konstruktivismus nur mehr eine politisch motivierte Kritik übrig. Dies wird auch durch eine inflationäre Begriffsverwendung deutlich. Hacking zählt folgende Buchtitel auf, die eine soziale Konstruktion ihres Gegenstandes zu thematisieren versprechen: die soziale Konstruktion der Autorschaft, der Bevölkerungsstatistik, der Bruderschaft, der drohenden Gefahr, der Emotionen, der Fakten, der Flüchtlingsfrauen, von Gender, der Homosexuellenkultur, der Jugendobdachlosigkeit, des Kindes als Fernsehzuschauer, von Krankheit, der Lesefähigkeit, des medikalisierten Einwanderers, der mündlich tradierten Geschichte, der Natur, der Postmoderne, der Quarks, der Realität, von Serienmorden, der technischen Systeme, des Schulwesens im urbanen Bereich, von Wissen, des Zulu-Nationalismus, schließlich der Taubheit, des Denkens, der Panik, der achtziger Jahre und der Wissenschaft des Paranormalen (Hacking 1999: 11). – Schofer plädiert dagegen auf dem Hintergrund philosophischer Erörterungen für einen »moderaten« Relativismus in der Wissenssoziologie, »dass soziale Faktoren einen mitbestimmenden Einfluss nehmen« (Schofer 2000: 700).

10 Illichs Thesen waren, darauf verweist er selbst gelegentlich, bereits von Moser (1969) formuliert worden. Zur Kritik an Illich vgl. Flöhl (1979) und McKeown (1982/1979: Kapitel 13).

11 Der Begriff wurde offenbar von Illich geprägt und in der Historiographie insbesondere von Jean-Pierre Goubert (1982) verbreitet. Francisca Loetz hat ihn in Anlehnung an Georg Simmel (1858–1918) redefiniert: »Medikalisierung ist eine in verschiedenen Ausformungen […] stattfindende Entwicklung, in der die Beteiligten […] aufgrund eines gemeinsamen, aber unterschiedlich motivierten Interesses […] eine Einheit (eine gemeinsame medikale Lebenswelt) begründen und innerhalb derer diese Interessen sich (durch Disziplinierung und Fürsorge, Angebot und Nachfrage, ›Herrschaft von oben‹ und ›Druck von unten‹) verwirklichen« (Loetz 1993: 314).

12 Die Autoren bemerken (1980: 182), dass diese Gleich-

zeitigkeit ihrem allgemeinen historischen Modell widerspreche, in dem Religion, Strafrecht und Medizin als Modelle sozialer Kontrolle aufeinander folgten. Sie seien jedoch auch als Konkurrenten zu verstehen.

13 Auch Armstrongs Titel ist eine Foucault-Adaption: »The analysis of the way the body is seen, described and constructed, Foucault suggests, might be called ›political anatomy‹« (Armstrong 1983: 2; vgl. Foucault 1977/1976: 166).

14 Für Ostdeutschland benennt das *Sinus-Institut* folgende anderen sechs Milieus: das bürgerlich-humanistische, das traditionelle Arbeiter- und Bauernmilieu, das DDR-verwurzelte Milieu, das linksintellektuell-alternative, das status- und karriereorientierte sowie das aufstiegsorientierte Milieu (vgl. Hradil 1999: 429f.). Es erhebt sich natürlich die Frage, ob das erste und die letzten drei nicht auch im Bereich der »alten« Bundesrepublik existieren.

15 Programme legen, so Luhmann (1997: 377), »weitere Bedingungen fest, unter welchen Umständen die Zuordnung des positiven Wertes […] richtig bzw. falsch ist«. Zu diesen Umständen zählen Theorien und Methoden im Wissenschaftssystem, Gesetze im Rechtssystem und Krankheitsbilder sowie Heilungsrezepte im System der Krankenbehandlung (Luhmann 1990b: 190).

16 De Swaan (1993: 207ff.) verficht dagegen die These von der deutschen Vorreiterrolle; andere Länder hätten das Modell nachgeahmt.

17 Die *Organization for Economic Cooperation and Development* ist eine Organisation der westlichen Industrieländer vor allem zur Koordination ihrer Wirtschaftspolitik. Einer ihrer Tätigkeitsbereiche ist die Statistik.

18 Der Begriff stammt von Castles/Mitchell (1992).

19 Schwartz/Busse (1994) nennen diese Herausforderung einen Mythos, da es 1. im Lebensalter jenseits der 80 wieder zu einer Reduktion der medizinischen Versorgungskosten komme, sich 2. der Bevölkerungsaufbau ab 2040 wieder entlastend verändere und 3. die Immigration nach Deutschland das Sinken der Geburtenrate partiell konterkariere.

20 Ähnlich betont Leisering (2000: 112) die Wandlungsfähigkeit des deutschen Sozialstaates: Die Gesetzliche Rentenversicherung werde wahrscheinlich um ein »früher

als systemwidrig verworfenes Grundsicherungselement ergänzt« werden.

21 Abweichende Zahlen zur Anzahl der Kassen für das Jahr 1996 bei Bandelow (1998: 30). Die Zahl der Kassenmitglieder insgesamt umfasst auch die Familienangehörigen.

22 Damit ist gemeint, »nicht mehr nur der Faszination durch neue Techniken zu erliegen, sondern sorgsamer mit den dort beschäftigten Menschen umzugehen und einer weiter fortschreitenden Arbeitsteilung und Fragmentierung der Versorgungsorganisation entgegenzuwirken« (Badura/Feuerstein 1994: 11), z.B. durch Einführung von Gruppenarbeit.

23 Weitere wichtige Autoren sind Alemann/Heinze (1979); Lehmbruch (1988); Wiesenthal (1981).

24 Badura (1996: 14f.) fasst dies als Notwendigkeit der »Koproduktion« von Arzt und Patient auf.

25 Das meint in der keynesianischen Wirtschaftspolitik: »alle gezielten, im Ermessensspielraum wirtschaftspolit. Entscheidungsträger liegenden konjunkturpolit. Maßnahmen […] im Ggs. zu automat. Stabilisierungswirkungen« (Brockhaus 1986ff.: Bd. 5, 541).

26 Der *Freie Verband Deutscher Zahnärzte* hatte bereits in seinem Grundsatzprogramm von 1983 die »Selbstregulierung« der Arzt-Patient-Beziehung sowie die Abschaffung von staatlichem »Dirigismus und Planwirtschaft« gefordert (Bandelow 1998: 84). Eine entsprechende medizinsoziologische Position findet sich bei Baier (1978).

27 Zur Politikberatung vgl. Luhmann (1997: 785; 2000: 161f.): Unsicherheit werde durch Experten nicht reduziert; die Entscheidung bleibe auf Seiten der Politik.

28 Vgl. die Kontroverse von 1985 zwischen Gerhardt/Friedrich und Badura/von Ferber zur Verhaltensprävention.

29 *Polity* meint die politische Ordnung, die institutionelle Form, *policy* den normativen Inhalt und *politics* den prozessualen Verlauf von Politik.

30 Mit »Iatrotechnik« bezeichnet Rothschuh »eine nach der Denk- und Arbeitsweise der Technik denkende und vorgehende Medizin« (1978: 417). Technik meint dabei die Orientierung an der Mechanik, wie dies in der Industrialisierung der Fall war, sowie an Physik und Chemie.

31 So Hahn/Kleinman (1983); da diese Medizinform die Biologie oder die Naturwissenschaften im Allgemeinen als Referenz benutzt.

32 Das Institut für TCM am Bathildiskrankenhaus (Chefarzt: Dr. Thomas Walz) wird gegenwärtig zu einer Fachklinik für TCM ausgebaut. Es steht via Internet im Austausch mit der Hubei Universität für TCM in Wuhan/China und soll auch zur Ausbildungsstätte für die österreichische TCM-Akademie werden, die derzeit ein Akkreditierungsverfahren als Privatuniversität durchläuft (Schreiben von Dr. Walz an den Verf. vom 31.5.2000).

33 Quellen: Statistisches Bundesamt sowie persönliche Mitteilung von Dr. Pollmann/Baden-Baden.

34 Zum Begriff vgl. Bourdieu (1976/1972: 325ff.). Er ist in der angelsächsischen Medizinanthropologie gebräuchlich, während die Medizinsoziologie eher den der komplementären Medizin verwendet.

35 Zum Begriff vgl. Nederveen Pieterse (1994).

36 Nach der *Charta der Grundrechte der Europäischen Union* sollen die Politiken der EU ein »hohes Verbraucherschutzniveau« sicherstellen (Artikel 38; zitiert nach »Frankfurter Rundschau« vom 16.10.2000).

Literatur

Abbott, Andrew (1988): *The System of Professions*. Chicago: Univ. Press.

Alber, Jens (1982): *Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa,* Frankfurt/Main; New York: Campus.

Alber, Jens/Bernardi-Schenkluhn, Brigitte (1992): *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien,* Frankfurt/Main; New York: Campus.

Alber, Jens/Nübel, Christina/Schölkopf, Martin (1998): »Sozialstaat/Soziale Sicherheit«. In: Bernhard Schäfers/Wolfgang Zapf (Hg.), *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*, Opladen: Leske & Budrich, S. 622–632.

Alemann, Ulrich von/Heinze, Rolf G. (1979): *Verbände und Staat,* Opladen: Westdeutscher Verlag.

Annandale, Ellen (1989): »Proletarianization or Restratification of the Medical Profession? The Case of Obstetrics«. *International Journal of Health Services* 19, S. 611–634.

Annandale, Ellen/Hunt, Kate (Hg.) (2000): *Gender Inequalities in Health,* Buckingham: Open University.

Armstrong, David (1983): *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century,* Cambridge: Cambridge University Press.

Arksey, Hilary (1994): »Expert and Lay Participation in the Construction of Medical Knowledge«, *Sociology of Health and Illness* 16, S. 448–468.

Atkinson, Paul (1995): *Medical Talk and Medical Work. The Liturgy of the Clinic,* London u. a.: Sage.

Badura, Bernhard (1996): »Systemprobleme in der Rehabilitation«. In: Thomas Schott et al. (Hg.), *Neue Wege in der Rehabilitation. Von der Versorgung zur Selbstbestimmung chronisch Kranker*, Weinheim; München: Juventa, S. 12–19.

Badura, Bernhard/von Ferber, Christian (1985): »Einwände gegen Uta Gerhardts und Hannes Friedrichs Beitrag ›Risikofaktoren, primäre Prävention und das Problem des richtigen Lebens‹«. *Medizinische Soziologie*. Jahrbuch 4, S. 128–144.

Badura, Bernhard/Feuerstein, Günter (1994): *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung,* Weinheim; München: Juventa.

Badura, Bernhard/Hart, Dieter/Schellschmidt, Henner (Hg.) (1999): *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung,* Baden-Baden: Nomos.

Badura, Bernhard/Siegrist, Johannes (Hg.) (1999): *Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse*, Weinheim; München: Juventa.

Baggott, Rob (1994): *Health and Health Care in Britain,* Basingstoke et al.: Macmillan.

Baier, Horst (1978): *Medizin im Sozialstaat,* Stuttgart: Enke.

Bandelow, Nils C. (1998): *Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen?,* Opladen: Leske & Budrich.

Bauch, Jost (1996): *Gesundheit als sozialer Code: von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*, München: Juventa.

Bayertz, Kurt (1996): *Moralischer Konsens. Technische Ein-*

griffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall, Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne,* Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Beck-Gernsheim, Elisabeth (1994): »Gesundheit und Verantwortung im Zeitalter der Gentechnologie«. In: Ulrich Beck/Elisabeth Beck-Gernsheim (Hg.): *Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften*, Frankfurt/Main: Suhrkamp: S. 316–335.

Bell, Daniel (1976/1973): *Die nachindustrielle Gesellschaft,* Frankfurt/Main; New York: Campus.

Berg, Marc (1996): »Practices of Reading and Writing: The Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work«. *Sociology of Health and Illness* 18, S. 499–524.

Berger, Peter L./Luckmann, Thomas (1969/1966): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit,* Frankfurt/Main: Fischer.

Berthold, Norbert (1999): »Der europäische Sozialstaat im Zeitalter der Globalisierung«. In: Siegfried Lamnek/Jens Luedtke (Hg.) (1999), S. 159–178.

Beyer, Peter (1994): *Religion and Globalization,* London u. a.: Sage.

Blanke, Bernhard (Hg.) (1994): *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin,* Opladen: Leske & Budrich.

Borchert, Jens (1998): »Ausgetretene Pfade? Zur Statik und Dynamik wohlfahrtsstaatlicher Regime«. In: Stephan Lessenich/Ilona Ostner (Hg.), *Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Der Sozialstaat vergleichender Perspektive*, Frankfurt/Main; New York: Campus, S. 137–176.

Borck, Cornelius (1996): »Anatomien medizinischer Erkenntnis«. In: Ders. (Hg.), *Anatomien medizinischen Wissens. Medizin, Macht, Moleküle*, Frankfurt/Main: Fischer, S. 9–54.

Bourdieu, Pierre (1976/1972): *Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabylischen Gesellschaft*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Braun, Karl (1995): *Die Krankheit Onania. Körperangst und die Anfänge moderner Sexualität im 18. Jahrhundert,* Frankfurt/Main; New York: Campus.

Brockhaus (1986ff.): Enzyklopädie, 19. Ausgabe, Mannheim: F.A. Brockhaus.

Castles, Francis G./Mitchell, Deborah (1992): »Identifying Welfare State Regimes: The Links between Politics, Instruments and Outcomes«. *Governance. An International Journal of Policy and Administration* 5, S. 1–26.

Chadwick, Edwin (1945/1842): *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain.* Edinburgh: University Press.

Conrad, Peter/Schneider, Joseph W. (1980): *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness,* St. Louis u. a.: Mosby.

Deppe, Hans-Ulrich/Friedrich, Hannes/Müller, Rainer (Hg.) (1993): *Gesundheitssystem im Umbruch: Von der DDR zur BRD,* Frankfurt/Main; New York: Campus.

D'Houtaud, Alphonse/Field, Mark G. (1995): *Cultural Images of Health. A Neglected Dimension,* Commack: Nova Science.

Döhler, Marian (1997): *Die Regulierung von Professionsgrenzen: Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich,* Frankfurt/Main; New York: Campus.

Döhler, Marian/Manow, Philip (1997): *Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren,* Opladen: Leske & Budrich.

Durkheim, Émile (1973/1897): *Der Selbstmord,* Darmstadt; Neuwied: Luchterhand.

Elias, Norbert (1983): *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Engels, Friedrich (1962/1845): *Die Lage der arbeitenden Klasse in England*. In: Karl Marx/Friedrich Engels: *Werke*, Bd. 2, Berlin/DDR: Dietz: S. 225–506.

Entwistle, Vikki A./Watt, Ian S./Herring, James E. (1996): *Information about Health Care Effectiveness: An Introduction for Consumer Health Information Providers,* London: King's Fund.

Esping-Andersen, Gösta (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity.

Etzioni, Amitai (1969): *The Semi-Professions and Their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers*, New York: Free Press.

Evans-Pritchard, Edward Evan (1937): *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande*, Oxford: Clarendon.

Evers, Adalbert/Winterberger, Helmut (Hg.) (1988): *Shifts in the Welfare Mix: Their Impact on Work, Social Services and Welfare Politics,* Wien: European Centre for Social Welfare Training and Research.

Fleck, Ludwik (1980/1935): *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre von Denkstil und Denkkollektiv*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Flöhl, Rainer (Hg.) (1979): *Maßlose Medizin? Antworten auf Ivan Illich,* Berlin u. a.: Springer.

Foucault, Michel (1974): »Nietzsche, die Genealogie, die Historie«. In: Ders., *Von der Subversion des Wissens*, Frankfurt/Main u. a.: Ullstein.

Foucault, Michel (1977/1976): *Sexualität und Wahrheit.* Bd. 1: *Der Wille zum Wissen,* Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Foucault, Michel (1988/1963): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks,* Frankfurt/Main: Fischer.

Freidson, Eliot (1979/1970): *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*, Stuttgart: Enke.

Freidson, Eliot (1984): »The Changing Nature of Professional Control«. *Annual Review of Sociology* 10, S. 101–120.

Fuchs, Harry (1994): »Die verpaßten Chancen der Politik«. *Soziale Sicherheit* 43, S. 110–112.

Gerhardt, Uta (1989): *Ideas about Illness. An Intellectual and Political History of Medical Sociology,* London u. a.: MacMillan.

Gerhardt, Uta (1991): *Gesundheit und Gesellschaft,* Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Gerhardt, Uta/Friedrich, Hannes (1985): »Risikofaktoren, primäre Prävention und das Problem des richtigen Lebens. Zur Funktion der Soziologie in der Medizin«. *Medizinische Soziologie*. Jahrbuch 4, S. 107–127.

Giddens, Anthony (1995/1990): *Die Konsequenzen der Moderne,* Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Giddens, Anthony (1997/1994): *Jenseits von Links und Rechts*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Goffman, Erving (1977/1961): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, 3. Aufl. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Goubert, Jean-Pierre (1982): »The Medicalization of French Society at the End of the Ancien Régime«. In: Lloyd G.

Stevenson (Hg.), *A Celebration of Medical History*, Baltimore: Johns Hopkins University, S. 157–172.

Gouges, Olympe de (1995/1791): *Mensch und Bürgerin: Die Rechte der Frau*, hg. von Hannelore Schröder, Aachen: Ein-Fach.

Grace, Victoria M. (1994): »What is a Health Consumer?«. In: Charles Waddell/Alan R. Petersen (Hg.), *Just Health. Inequality in Illness, Care and Prevention*, Melbourne u. a.: Churchill Livingstone, S. 271–283.

Grotjahn, Alfred (1915): *Soziale Pathologie,* 2. Aufl. Berlin: Springer.

Gülich, Elisabeth (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*, Hildesheim: Olms, S. 165–196.

Hacking, Ian (1999): *Was heißt ›soziale Konstruktion‹? Zur Konjunktur einer Kampfvokabel in den Wissenschaften*, Frankfurt/Main: Fischer.

Hafferty, Frederic W./Light, Donald W. (1995): »Professional Dynamics and the Changing Nature of Medical Work«. *Journal of Health and Social Behavior* (Extra Issue), S. 132–153.

Hafferty, Frederic W./McKinlay, John B. (Hg.) (1993): *The Changing Medical Profession. An International Perspective,* Oxford: University Press.

Hahn, Alois/Eirmbter, Willy H./Jacob, Rüdiger (1999): »Expertenwissen und Laienwissen. Über Deutungsunterschiede bei Krankheitsvorstellungen«. In: Jürgen Gerhards/Ronald Hitzler (Hg.), *Eigenwilligkeit und Rationalität sozialer Prozesse. Festschrift zum 65. Geburtstag von Friedhelm Neidhardt*, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 68–96.

Hahn, Robert A./Kleinman, Arthur (1983): »Biomedical Practice and Anthropological Theory«. *Annual Review of Anthropology* 12, S. 305–333.

Hampel, Jürgen/Renn, Ortwin (Hg.) (1999): *Gentechnik in der Öffentlichkeit. Wahrnehmung und Bewertung einer umstrittenen Technologie*, Frankfurt/Main; New York: Campus.

Harrison, Stephen/Wagar, I. U. (2000): »Medical autonomy and the UK state 1975 to 2025«. *Sociology* 34, S. 129–146.

Heise, Thomas (1996): *Chinas Medizin bei uns: einführendes Lehrbuch zur traditionellen chinesischen Medizin,* Berlin: Wissenschaft und Bildung.

Hejl, Peter (1988): »Konstruktion der sozialen Konstruktion: Grundlinien einer konstruktivistischen Sozialtheorie«. In: Siegfried J. Schmidt (Hg.), *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus*, Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 303–339.

Hellpach, Willy (1905): »Sozialpathologie als Wissenschaft«. *Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik* 21, S. 275–307.

Helman, Cecil G. (1990/1984): *Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals,* Oxford u. a.: Butterworth Heinemann.

Henderson, Lawrence J. (1935): »Physician and Patient as a Social System«. *The New England Journal of Medicine* 212, S. 819–822.

Herder-Dorneich, Philipp (1983): »Sich selbst verstärkende Anspruchsdynamik und ihre Einordnung in sich selbst steuernde Regelkreissysteme«. In: Philipp Herder-Dorneich/Axel Schuller (Hg.), *Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt?*, Stuttgart u. a.: Kohlhammer, S. 10–27.

Herder-Dorneich, Philipp/Wasem, Jürgen (1986): *Krankenhausökonomik zwischen Humanität und Wirtschaftlichkeit*, Baden-Baden: Nomos.

Herzlich, Claudine/Pierret, Janine (1991/1984): *Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden,* München: Beck.

Hitzler, Ronald (1994): »Wissen und Wesen des Experten«. In: Ronald Hitzler/Anne Honer/Christoph Maeder (Hg.), *Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz von Konstruktion von Wirklichkeit*, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 13–30.

Hradil, Stefan (1999): *Soziale Ungleichheit in Deutschland,* Opladen: Leske & Budrich.

Hsü, Elisabeth (1999): *The Transmission of Chinese Medicine,* Cambridge: Cambridge University Press.

Illich, Ivan (1977/1975): *Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens,* Reinbek: Rowohlt.

Immerfall, Stefan (1999): »Globalisierung und Wertewandel – die geborenen Feinde des Wohlfahrtsstaats?«. In: Siegfried Lamnek/Jens Luedtke (Hg.) (1999), S. 179–190.

Jahrbuch für kritische Medizin 19 (1993): *Gesundheitsmärkte,* Hamburg: Argument.

Johnson, A./Hufbauer, K. (1982): »Sudden Infant Death Syndrome as a Medical Research Problem since 1945«. *Social Problems* 30, S. 65–81.

Jütte, Robert (1996): »Vom Hospital zum Krankenhaus«. In: Alfons Labisch/Reinhard Spree (Hg.), *»Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett«. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses im 19. Jahrhundert*, Frankfurt/Main; New York: Campus, S. 31–50.

Kaufmann, Franz-Xaver (1997): *Die Herausforderungen des Sozialstaats,* Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Kiss, Gabor (1973): *Einführung in die soziologischen Theorien,* Bd. 2, Opladen: Westdeutscher Verlag.

Kleinman, Arthur (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley u. a.: University of California.

Knorr-Cetina, Karin (1989): »Spielarten des Konstruktivismus«. *Soziale Welt* 40, S. 86–96.

Korczak, Dieter (1994): »Der Einfluß des Sozialmilieus auf das Gesundheitsverhalten«. In: Andreas Mielck (Hg.), *Krankheit und soziale Ungleichheit*, Opladen: Leske & Budrich, S. 266–297.

Kühn, Hagen (1998): »Gesundheit/Gesundheitssystem«. In: Bernhard Schäfers/Wolfgang Zapf (Hg.), *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*, Opladen: Leske & Budrich, S. 263–275.

Lachmund, Jens/Stollberg, Gunnar (1992): »Introduction«. In: Dies. (Hg.), *The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present*, Stuttgart: Steiner, S. 9–19.

Lachmund, Jens/Stollberg, Gunnar (1995): *Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien,* Opladen: Leske & Budrich.

Lamnek, Siegfried/Luedtke, Jens (1999): *Der Sozialstaat zwischen »Markt« und »Hedonismus«?,* Opladen: Leske & Budrich.

Latour, Bruno (1987): *Science in Action*, Cambridge/MA: Harvard University Press.

Lehmbruch, Gerhard (1988): »Der Neokorporatismus der

Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die ›Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen‹«. In: Gerhard Gäfgen (Hg.), *Neokorporatismus und Gesundheitswesen*, Baden-Baden: Nomos, S. 11–32.

Leisering, Lutz (2000): »Kontinuitätssemantiken: Die evolutionäre Transformation des Sozialstaates im Nachkriegsdeutschland«. In: Stephan Leibfried/Uwe Wagschal (Hg.), *Der deutsche Sozialstaat. Bilanzen – Reformen – Perspektiven*, Frankfurt/Main; New York: Campus, S. 91–114.

Lenzen, Dieter (1991): *Krankheit als Erfindung. Medizinische Eingriffe in die Kultur*, Frankfurt/Main: Fischer.

Leslie, Charles (Hg.) (1976): *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley u. a.: University of California Press.

Loetz, Francisca (1993): *Vom Kranken zum Patienten. »Medikalisierung« und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850,* Stuttgart: Steiner.

Lorber, Judith (1997): *Gender and the Social Construction of Illness*, London u. a.: Sage.

Luhmann, Niklas (1983): »Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht«. In: Philipp Herder-Dorneich/Axel Schuller (Hg.), *Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt?*, Stuttgart u. a.: Kohlhammer, S. 28–49.

Luhmann, Niklas (1990a): *Die Wissenschaft der Gesellschaft,* Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Luhmann, Niklas (1990b): »Der medizinische Code«. In: Ders., *Soziologische Aufklärung*, Bd. 5, *Konstruktivistische Perspektiven*, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 183–195.

Luhmann, Niklas (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft,* Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Luhmann, Niklas (2000): *Die Politik der Gesellschaft,* Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Lupton, Deborah (1997): »Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter«. *Social Science and Medicine* 45/3, S. 373–381.

Lützenkirchen, Anne (1999): *»Ich wäre so gern wieder Medizinerin!« Die Veränderung der beruflichen Situation von Ärztinnen in den neuen Bundesländern,* Lage: Jacobs.

Lynch, Michael (1993): *Scientific Practice and Ordinary Ac-*

tion: Ethnomethodology and Social Studies of Science, Cambridge: Cambridge University Press.
Maasen, Sabine (1999): *Wissenssoziologie,* Bielefeld: transcript.
Manow, Philip (1994): *Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß,* Frankfurt/Main; New York: Campus.
Mayntz, Renate (1992): »Modernisierung und die Logik von interorganisatorischen Netzwerken«. *Journal für Sozialforschung* 32, S. 19–32.
Mayntz, Renate/Rosewitz, Bernd/Schimank, Uwe/Stichweh, Rudolf (1988): *Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme,* Frankfurt/Main; New York: Campus.
McKeown, Thomas (1982/1979): *Die Bedeutung der Medizin,* Frankfurt/Main: Suhrkamp.
McKinlay, John B./Stoeckle, J. D. (1988): »Corporatization and the Social Transformation of Doctoring«. *International Journal of Health Service* 18, S. 191–205.
Meyer, John W./Boli, John/Thomas, George M./Ramirez, Francisco O. (1997): »World Society and the Nation-State«. *American Journal of Sociology* 101, S. 144–181.
Mishler, Elliot G. (1984): *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*, Norwood: Ablex.
Morgan, Myfanwy/Calnan, Michael/Manning, Nick (1985): *Sociological Approaches to Health and Medicine*, London; New York: Routledge.
Moser, Robert H. (1969): *Diseases of Medical Progress: A Study of Iatrogenic Disease*, Springfield: Thomas.
Mosse, Max/Tugendreich, Gustav (1913): *Krankheit und soziale Lage,* München: Lehmann.
Müller-Lyer, Franz (1914): *Soziologie der Leiden*, München: Langen.
Nassehi, Armin/Weber, Georg (1989): *Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung,* Opladen: Westdeutscher Verlag.
Nederveen Pieterse, Jan (1994): »Globalisation as Hybridisation«. *International Sociology* 9, S. 161–184.
Nettleton, Sarah (1995): *The Sociology of Health and Illness,* Cambridge: Polity.
Obinger, Herbert/Wagschal, Uwe (1998): »Das Stratifizierungskonzept in der clusteranalytischen Überprüfung«. In: Stephan Lessenich/Ilona Ostner (Hg.), *Welten des Wohl-*

fahrtskapitalismus. Der Sozialstaat vergleichender Perspektive, Frankfurt/Main; New York: Campus, S. 109–136.

Offe, Claus (1992): »Die politischen Kosten der Vereinheitlichung des Gesundheitswesens«. In: Winfried Schmähl (Hg.), *Sozialpolitik im Prozeß der deutschen Vereinigung*, Frankfurt/Main; New York: Campus, S. 59–90.

Ots, Thomas (1987): »Aneignung durch Umdeutung. Zur Rezeption der Traditionellen Chinesischen Medizin in Deutschland«. *Curare* 10, S. 169–195.

Parsons, Talcott (1951): *The Social System,* New York; London: Free Press.

Parsons, Talcott (1957): »The Mental Hospital as a Type of Organization«. In: Milton Greenblatt/Daniel J. Levinson/Richard H. Williams (Hg.), *The Patient and the Mental Hospital*, Glencoe: Free Press, S. 108–129.

Parsons, Talcott (1958a): »The Professions and Social Structure«. In: Ders., *Essays in Sociological Theory*, 2. Aufl. Glencoe: Free Press, S. 39–49.

Parsons, Talcott (1958b): »Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse«. In: René König/Margret Tönnesmann (Hg.), *Probleme der Medizinsoziologie*, Sonderheft 3 der *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 10–57.

Parsons, Talcott (1960): »Some Trends of Change in American Society: Their Bearing on Medical Education«. In: Ders., *Structure and Process in Modern Societies*, New York; London: Free Press, S. 280–294.

Parsons, Talcott (1963): »Social Change and Medical Organization in the United States. A Sociological Perspective«. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 346: S. 21–33.

Parsons, Talcott (1964a): »Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure«. In: Ders., *Social Structure and Personality*, New York; London: Free Press, S. 257–291.

Parsons, Talcott (1964b): »Toward a Healthy Maturity«. In: Ders., *Social Structure and Personality*, New York; London: Free Press, S. 236–254.

Parsons, Talcott (1975): »The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered«. *Milbank Memorial Fund* 53, S. 257–278.

Payer, Lynn (1989/1988): *Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande*, Frankfurt/Main; New York: Campus.

Porter, Dorothy (1993): »Public Health«. In: William F. Bynum/Roy Porter (Hg.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, London; New York: Routledge, S. 1231–1261.

Ritzer, George (1993): *The McDonaldization of Society*, Thousand Oaks: Pine Forge.

Robertson, Roland (1995): »Glocalization: Time-Space and Homogeneity-Heterogeneity«. In: Mike Featherstone et al. (Hg.), *Global Modernities*, London: Sage, S. 25–44.

Robins, Kevin (1991): »Tradition and Translation: National Culture and its Global Context«. In: John Corner/Sylvia Harvey (Hg.), *Enterprise and Heritage: Crosscurrents of National Culture*, London: Routledge, S. 21–44.

Roelcke, Volker (1996): »Gesundheit für alle im Jahr 2000?«. In: Heinz Schott (Hg.), *Meilensteine der Medizin*, Dortmund: Harenberg, S. 585–592.

Rogers, Wendy Stainton (1991): *Explaining Health and Illness,* New York u. a.: Harvester Wheatsheaf.

Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas (1990): *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*, Frankfurt/Main; New York: Campus.

Rothschuh, Karl Eduard (1978): *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*, Stuttgart: Enke.

Scheid, Volker (1999): »The Globalisation of Chinese Medicine«. *Lancet* 354, S. siv 10.

Schmid, Josef (1996): *Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherungssysteme in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme*, Opladen: Leske & Budrich.

Schmid, Josef (1999): »Wohlfahrtsstaaten im internationalen Vergleich: One Bad Way?«. In: Siegfried Lamnek/Jens Luedtke (Hg.), S. 93–114.

Schmitter, Philippe C. (1974): »Still the Century of Corporatism?«. *Review of Politics* 36, S. 85–131.

Schmuhl, Hans Walter (1987): *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie: Von der Verhütung zur Vernichtung »lebensunwerten Lebens« 1890–1945,* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schofer, Bernd (2000): »Für einen moderaten Relativismus in der Wissenschaftssoziologie. Zur Debatte um die philo-

sophischen Voraussetzungen und Konsequenzen der neueren Wissenschaftssoziologie«. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 52, S. 676–719.

Schott, Thomas/Kolip, Petra (1994): »Qualifizierungsziele der Public-Health-Studiengänge an deutschen Universitäten«. In: Doris Schaeffer/Martin Moers/Rolf Rosenbrock (Hg.), *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*, Berlin: Edition Sigma, S. 203–225.

Schütz, Alfred (1972): »Der gut informierte Bürger«. In: Ders., *Gesammelte Aufsätze II*, hg. von Arvid Brodersen, Den Haag: Nijhoff, S. 85–101.

Schütz, Alfred/Luckmann, Thomas (1975): *Strukturen der Lebenswelt*. Bd. 1, Darmstadt; Neuwied: Luchterhand.

Schulze, Gerhard (1992): *Die Erlebnisgesellschaft,* Frankfurt/Main; New York: Campus.

Schumann, Ute (1993): *Homöopathie in der modernen indischen Gesundheitsversorgung: Ein Medium kultureller Kontinuität,* Münster; Hamburg: Lit.

Schwartz, Friedrich Wilhelm/Busse, Reinhard (1994): »Die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems – Vorschläge, Mythen und Aussichten«. In: Bernhard Blanke (Hg.) (1994), S. 403–421.

Schwarz, Friedrich-Wilhelm/Badura, Bernhard/Leidl, Reiner/Heiner Raspe/Siegrist, Johannes (Hg.) (1998): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, München u. a.: Urban & Schwarzenberg.

Scott, W.J. (1990): »PTSD in DSM-III: a Case in the Politics of Diagnosis and Disease«. *Social Problems* 37, S. 294–310.

Shorter, Edward (1993): »The History of the Doctor-Patient-Relationship«. In: W.F. Bynum/Roy Porter (Hg.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, London; New York: Routledge, S. 783–800.

Sigerist, Henry Ernest (1929): »Die Sonderstellung des Kranken«. *Kyklos* 2, S. 11–20.

Siegrist, Johannes (1998): »Machen wir uns selbst krank?«. In: Friedrich-Wilhelm Schwarz/Bernhard Badura/Reiner Leidl/Heiner Raspe/Johannes Siegrist (Hg.) (1998), S. 110–123.

Siegrist, Johannes/Möller-Leimkühler, Anne Maria (1998): »Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krank-

heit«. In: Friedrich-Wilhelm Schwarz/Bernhard Badura/Reiner Leidl/Heiner Raspe/Johannes Siegrist (Hg.) (1998): S. 94–109.
Singer, Peter (1984/1979): *Praktische Ethik,* Stuttgart: Reclam.
Sinus-Institut (1998): *Die Sinus Milieus und ihre Anwendung,* Ms., Heidelberg.
Sprondel, Walter M. (1979): »›Experte‹ und ›Laie‹. Zur Entwicklung von Typenbegriffen in der Wissenssoziologie«. In: Walter M. Sprondel/Richard Grathoff (Hg.), *Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften*, Stuttgart: Enke, S. 140–154.
Statistisches Bundesamt Deutschland (2000a): *http://www.statistik-bund.de/basis/d/gesu/gesutxt.htm*.
Statistisches Bundesamt Deutschland (2000b): *http://www.statistik-bund.de/*basis/d/solei/soleitab1.htm.
Stehr, Nico (1994): *Knowledge Societies,* London u. a.: Sage.
Stichweh, Rudolf (1988): »Inklusion in Funktionssysteme der modernen Gesellschaft«. In: Renate Mayntz/Bernd Rosewitz/Uwe Schimank/Rudolf Stichweh (Hg.) (1988), S. 261–294.
Stolberg, Michael (2000): »An Unmanly Vice: Self-Pollution, Anxiety, and the Body in the Eighteenth Century«. *Social History of Medicine* 13, S. 1–21.
Stollberg, Gunnar (1997): »Natural and Deliberate Health. Coping with Health in German Autobiographies from the 18th and 19th Centuries«. *Dynamis* 17, S. 193–212.
Stollberg, Gunnar (1999a): »Patienten und Homöopathie – ein Überblick über die soziologische Literatur«. *Medizin, Geschichte und Gesellschaft* 18, S. 103–118.
Stollberg, Gunnar (1999b): »Die Entwicklung der deutschen Krankenhäuser im 19. und 20. Jahrhundert. Medizinhistorische, sozialhistorische und kulturhistorische Aspekte«. *Archiwum historii i filozofii medycyny* 62, S. 499–510.
Strauss, Anselm/Fagerhaugh, Shizuko/Suczek, Barbara/Wiener, Carolyn (1985): *Social Organization of Medical Work,* Chicago; London: University of Chicago Press.
Strauss, Anselm/Schatzman, Leonard/Ehrlich, Danuta/Bucher, Rue/Sabshin, Melvin (1963): »The Hospital and Its Negotiated Order«. In: Eliot Freidson (Hg.), *The Hospital in Modern Society*, London u. a.: Free Press, S. 147–169.
Swaan, Abram De (1993): *Der sorgende Staat. Wohlfahrt, Ge-*

sundheit und Bildung in Europa und den USA der Neuzeit, Frankfurt/Main; New York: Campus.

Szasz, Thomas (1961): *The Myth of Mental Illness*, New York: Hoeber.

Taylor-Gooby, P. (1993): »Citizenship, Dependency, and the Welfare Mix«. *International Journal of Health Services* 23, S. 455ff.

Touraine, Alain (1972/1969): *Die postindustrielle Gesellschaft,* Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Tuckett, David et al. (1985): *Meetings between Experts: An Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations*, London; New York: Tavistock.

Unschuld, Paul U. (1996): »›Alternative Heilkunde‹ als Gegenbewegung zur modernen Medizin. Die chinesische Heilkunde in der westlichen Welt«. In: Heinz Schott (Hg.), *Meilensteine der Medizin*, Dortmund: Harenberg, S. 520–527.

Unschuld, Paul U. (1997): *Chinesische Medizin*, München: Beck.

Urban, Dieter/Pfenning, Uwe (1999): *Technikfurcht und Technikhoffnung. Die Struktur und Dynamik von Einstellungen zur Gentechnik – Ergebnisse einer Längsschnitt-Studie*, Stuttgart: Grauer.

Van den Daele, Wolfgang (1985): *Mensch nach Maß? Ethische Probleme der Genmanipulation und Gentherapie,* München: Beck.

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Public Health (2001): »Public Health/Gesundheitswissenschaften – Ziele, Aufgaben, Erkenntnisse«. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 9, S. 5–7.

Wanek, Volker (1994): *Machtverteilung im Gesundheitswesen. Struktur und Auswirkungen,* Frankfurt/Main: VAS.

Weingart, Peter/Kroll, Jürgen/bayertz, Kurt (1988): *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Wessel, Karl Friedrich (Hg.) (1994): *Herkunft, Krise und Wandel der modernen Medizin,* Bielefeld: Kleine.

White, Kevin (1991): »The Sociology of Health and Illness«. *Current Sociology* 39/2, S. 1–124.

Wiesenthal, Helmut (1981): *Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus,* Frankfurt/Main; New York: Campus.

Willems, Dick (1992): »Susan's Breathlessness – The Construction of Professionals and Laypersons«. In: Jens Lachmund/Gunnar Stollberg (Hg.) (1992), S. 105–114.
Williams, Simon J./Calnan, Michael (1996): »Conclusions: Modern Medicine and the Lay Populace in Late Modernity«. In: Dies. (Hg.), *Modern Medicine. Lay Perspectives and Experiences*, London u. a.: University College London, S. 256–264.
Willke, Helmut (1995): *Systemtheorie III: Steuerungstheorie. Grundzüge einer Theorie der Steuerung komplexer Sozialsysteme,* Stuttgart; Jena: Gustav Fischer.
Wittkämper, Gerhard W. (1983): »Der Parteienwettbewerb als eskalierender Faktor«. In: Philipp Herder-Dorneich/Axel Schuller (Hg.), *Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt?*, Stuttgart u. a.: Kohlhammer, S. 96–109.
Wobbe, Theresa (2000): *Weltgesellschaft*, Bielefeld: transcript.
Wollstonecraft, Mary (1992/1792): *A Vindication of the Rights of Woman*, London: Campbell.
Wright, Peter/Treacher, Andrew (1982): *The Problem of Medical Knowledge. Examining the Social Construction of Medicine*, Edinburgh: University Press.
Young, Allan (1992): »Reconstructing Rational Minds: Psychiatry and Morality in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder«. In: Jens Lachmund/Gunnar Stollberg (Hg.) (1992), S. 115–124.
Zalewsky, Marysia (1990): »Logical Contradictions in Feminist Health Care: A Rejoinder to Peggy Foster«. *Journal of Social Policy* 19, S. 235–244.