



Lehr- und Handbücher der Soziologie

Herausgegeben von Dr. Arno Mohr

Bisher erschienene Werke:

Bauch, Medizinsoziologie

Helle, Verstehende Soziologie

Jacob · Eirnbter, Allgemeine Bevölkerungsumfragen –
Einführung in die Methoden der Umfrageforschung

Maindok, Einführung in die Soziologie

Mikl-Horke, Historische Soziologie der Wirtschaft

Medizin- soziologie

Von
Privatdozent
Dr. Jost Bauch

R. Oldenbourg Verlag München Wien

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Bauch, Jost:

Medizinsoziologie / von Jost Bauch. – München ; Wien : Oldenbourg,
2000

(Lehr- und Handbücher der Soziologie)

ISBN 3-486-24446-9

© 2000 Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH
Rosenheimer Straße 145, D-81671 München
Telefon: (089) 45051-0, Internet: <http://www.oldenbourg.de>

Das Werk einschließlich aller Abbildungen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Gedruckt auf säure- und chlorfreiem Papier
Gesamtherstellung: Druckhaus „Thomas Müntzer“ GmbH, Bad Langensalza

ISBN 3-486-24446-9

Vorwort

Grundlage dieses Lehr- und Einführungsbuches in die Medizinsoziologie waren verschiedene Lehrveranstaltungen, die der Autor an der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Konstanz in den Jahren 1995 bis 1999 abgehalten hat. Die Veranstaltungen waren für Studenten der Verwaltungs- und Sozialwissenschaften zugeschnitten. Dies wird in der hier vorgelegten Schrift auch deutlich: Der soziologische „Impetus“ dominiert, Medizinsoziologie ist neben dem Wahlfach für Mediziner auch und gerade eine soziologische „Volldisziplin“. Dem Autor geht es besonders darum, der „guten alten“ Medizinsoziologie wieder Impulse zu geben, damit sie nicht zwischen den Direktiven der Medizinerausbildung und den sich etablierenden multidisziplinären Gesundheitswissenschaften auf der Strecke bleibt.

Der Aufbau des Buches mit den Schwerpunkten „Gesundheitssystemforschung“ und „Organisationen im Gesundheitswesen“ macht deutlich, daß wieder verstärkt Soziologen für das Fach Medizinsoziologie interessiert werden sollen. Das heißt natürlich nicht, daß auch andere Berufszweige aus der Medizin und den Nachbardisziplinen aus diesem Buch keinen Nutzen ziehen können. Sie müssen sich dabei nur auf die „soziologische Perspektive“ einlassen, die darin besteht, im Falle der Medizinsoziologie die kommunikativen Strukturen des Gesundheitswesens und des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens in den Mittelpunkt der Analyse zu stellen.

Der Zugang zu den medizinsoziologischen Themen wird dadurch erleichtert, daß jedes Kapitel relativ geschlossen einen Themenbereich umfaßt, so daß nicht jeder das ganze Buch lesen muß, wenn er sich über einzelne Bereiche der Medizinsoziologie einen Überblick verschaffen will. Gleichwohl ist damit der Wunsch verbunden, daß die einzelnen Kapitel Appetit auf das Fach als Ganzes machen.

Zu Dank verpflichtet bin ich Prof. Dr. Horst Baier, der durch seine Förderung diese Schrift ermöglichte. Daneben danke ich Herrn Dr. Arno Mohr, der die Aufnahme dieser Schrift im Oldenbourg Verlag möglich machte und last but not least Frau Luzie Blindert, die im pausenlosen Einsatz dafür sorgte, daß die Manuskripte in (Computer) lesbaren Formen gegossen werden konnten.

Euskirchen und Schalkenmehren

Inhaltsverzeichnis

1. Was ist Medizinsoziologie.....	1
Das Gesundheitswesen in der Gesellschaft	
2. Das Gesundheitswesen als Sozialsystem – Gesundheitssystemforschung.....	15
3. Die Auswirkungen der Globalisierung auf Struktur und Funktion des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland	58
Organisationen im Gesundheitswesen	
4. Soziologie des Krankenhauses	83
5. Soziologische Aspekte von Ärzteorganisationen	108
Soziale Schichtung und Lebenswelt	
6. Sozialepidemiologie	133
7. Soziale Netzwerke, sozialer Rückhalt – Eine medizinsoziologische Krankheitstheorie	152
Interaktionen im Gesundheitswesen	
8. Gesundheits- und Krankheitsverhalten	182
9. Die Arzt – Patient – Beziehung und das Problem der doppelten Kontingenz	193
Spezielle Problembereiche	
10. Soziologie der Pflege	215
11. Zahnmedizinische Soziologie	235
Literatur	248
Stichwortverzeichnis	271

1. Was ist Medizinsoziologie?

Das hier vorliegende Buch will eine Einführung und Zusammenfassung der Medizinsoziologie geben. Dabei stellt sich gleich hier die Frage, warum schon wieder ein Lehrbuch zur Medizinsoziologie erscheinen muß, schließlich gibt es schon eine ganze Reihe von gut eingeführten Lehrbüchern, die alle die Fachdisziplin umfassend beschreiben. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang das „Lehrbuch der medizinischen Soziologie“ von Johannes Siegrist (Siegrist 1975), das bereits als Standardwerk in mehreren Auflagen erschienen ist, als Einführungswerk ist auch das 1978 erschienene Buch von Christian und Lieselotte von Ferber „Der kranke Mensch und die Gesellschaft“ zu erwähnen (von Ferber 1978), sowie Einführungen von Hans Ulrich Deppe (Deppe 1978), von Wilhelm Roeßler und Herbert Viefhues (Roeßler, Viefhues 1978), von Brigitte Geissler und Peter Thoma (Geissler, Thoma 1979), von Uta Gerhard (Gerhard, 1991), von Paul Ridder (Ridder, 1988) und schließlich das jüngste Werk von Alexander Schuller, Nikolaus Heim und Günter Halusa (Schuller, Heim, Halusa 1992).

Nun, die erneute Herausgabe eines Lehrbuches erscheint gerechtfertigt angesichts einer rasanten Entwicklung der sozialwissenschaftlichen, psychologischen und ökonomischen Forschung zum Gesundheitswesen und zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten, die unter dem Etikett „Gesundheitswissenschaften“ oder „Public Health“ zu konstatieren ist. Mittlerweile sind 8 universitäre Postgraduiertenstudiengänge für Gesundheitswissenschaften in Deutschland etabliert (in Berlin, Bielefeld, Dresden, Düsseldorf, Hannover, Heidelberg, München und Ulm). Dieses aus den angelsächsischen Ländern stammende gesundheitswissenschaftliche Curriculum hat einen enormen „Boom“ von wissenschaftlicher Forschung zum Gesundheitswesen ausgelöst. Dabei verstehen sich die Gesundheitswissenschaften (man achte auf die plurale Verwendung des Begriffes) als interdisziplinäre Disziplin, sie versuchen, sozialwissenschaftliche, psychologische, anthropologische, medizinische und ökonomische Fragestellungen zusammenzuführen, um zu einer möglichst ganzheitlichen Betrachtung des Gesundheitswesens und des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens zu finden.

Für die Medizinsoziologie bedeutet diese im Grundsatz begrüßenswerte Entwicklung, daß sich ihre Umfeldbedingungen drastisch verändert haben. Obschon integriert in den Studiengang der Mediziner Ausbildung hatte die Medizinsoziologie bislang eher den Status eine

„Einzelkämpfers“, sozialwissenschaftliche Forschung zur Gesundheit und zum Gesundheitswesen lag gleichsam relativ konkurrenzlos in ihrer Hand, als Fachdisziplin bestimmte sie ihren Arbeitsrhythmus, die Wahl der Forschungsthemen etc. selbst. Die Etablierung der Gesundheitswissenschaften hat diese „idyllische“ Situation der Medizinsoziologie gründlich verändert. Ob sie es will oder nicht, nunmehr wird sie vom „Strudel“ gesundheitswissenschaftlicher Forschung und Fragestellungen mit fortgerissen, sie muß im Konzert der alternierenden gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen und Konzepte die Relevanz ihres speziellen Beitrages klären und gegebenenfalls sogar verteidigen. Die Etablierung der Gesundheitswissenschaften bedeutet für die Medizinsoziologie Chancen und Gefahren gleichermaßen: Einerseits kann sie durch die Eröffnung gesundheitswissenschaftlicher Forschungs- und Erkenntnisfelder neues Profil gewinnen, indem sie speziell den *soziologischen* Beitrag zur Gesundheitsforschung präzisiert, andererseits kann sie aber auch durch die Dominanz benachbarter Disziplinen gleichsam erdrückt werden. So können beispielsweise Steuerungsfragen im Gesundheitswesen primär ökonomisch diskutiert werden, die Gefahr ist groß, daß soziologische Theorien und Konzepte zur Systemsteuerung unter den Tisch fallen oder nur marginalen Charakter haben.

Angesichts dieser neuen und rasanten Entwicklung ist es für die Medizinsoziologie opportun, über sich selbst nachzudenken und eine Standortbestimmung zu leisten. Die Frage lautet: Was ist Medizinsoziologie und welche Beiträge kann sie im interdisziplinären Fächerkanon unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Relevanz ihrer Fragestellungen leisten? Es gilt also vor dem Hintergrund der Entwicklung der Gesundheitswissenschaften als neuem interdisziplinären Zugang zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen die Rolle der Medizinsoziologie neu zu vermessen und abzustecken. Dabei ist die Eingangsfrage „Was ist Medizinsoziologie?“ eigentlich falsch gestellt. Denn diese Fragestellung suggeriert, daß die Medizinsoziologie etwas „ist“, daß man wie einen Gegenstand beschreiben und bezeichnen kann. Dies ist natürlich nicht der Fall. Die Medizinsoziologie ist nicht gegenständlich zu fassen, sie hat auch kein eigenes Objektfeld, auf das sie gleichsam exklusive interpretatorische Zugriffsrechte hätte. Solche Vorstellungen werden genährt, wenn man im Durkheim'schen Sinne - einem Begründer der Soziologie - von „sozialen Tatsachen“ spricht. Durkheim hat damit nicht gemeint, daß es im gegenständlichen Sinne soziale Dinge gäbe, die man anfassen könne, er meinte damit, daß das Soziale wie eine Tatsache auf das Individuum wirkt, daß es „mit einer gebieterischen Macht ausgestattet ist“ (Durkheim 1970) und

nennt diese sozialen Tatsachen „Obligationen“. Nein, die Soziologie insgesamt rechtfertigt und konstituiert sich nicht über eine exklusive Ding- und Objektwelt (wie andere Wissenschaften übrigens auch nicht) sondern sie konstituiert sich über eine bestimmte Beobachtungs- und Betrachtungsweise der Welt. Nehmen wir ein beliebiges Ereignis der Alltagswelt: einen Verkehrsunfall. Ohne Zweifel ist ein Verkehrsunfall ein soziales Ereignis. Aber ausschließlich? Der Verkehrsunfall kann als politisches Ereignis betrachtet werden (weil z.B. eine falsche Verkehrspolitik gemacht wurde), dann interessiert sich die Politologie für diesen Fall, der Verkehrsunfall kann aber auch ökonomisch (als Schadensfall), psychologisch, juristisch, philosophisch betrachtet werden. Wir können sagen, die Betrachtungsperspektive konstituiert die wissenschaftliche Disziplin und nicht das Objekt der Betrachtung. Also nicht Exklusivrecht auf Gegenstände und Ereignisse rechtfertigen und begründen eine wissenschaftliche Disziplin sondern eine jeweils spezifische Betrachtungs-, Interpretations- und Deutungsweise. So gesehen, können praktisch alle Gegenstände und Ereignisse Objekt des Forschungsinteresses im Prinzip aller Wissenschaften werden. Und somit kann auch die Soziologie im Prinzip alle „Objekte“ und Ereignisse ihrer spezifischen soziologischen Betrachtungsweise unterziehen, was nicht heißt, daß das soziologisch interpretierte Ereignis nicht auch beispielsweise psychologisch interpretiert werden kann.

Bei der Medizinsoziologie nun handelt es sich um eine sog. „Bindestrich-Soziologie“, d.h., das relativ universelle wissenschaftliche Zugriffsrecht der Soziologie wird in dieser Teildisziplin eingeschränkt. Interessiert sich die Soziologie für im Prinzip alle „Objekte“ und Ereignisse, die einer soziologischen Interpretation zugänglich sind, so interessiert sich die Medizinsoziologie nur für einen Teilbereich sozialer Phänomene, nämlich für die, die im Zusammenhang mit dem Medizinsystem und dem Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Menschen stehen. So wie die Familiensoziologie - um eine andere Bindestrich-Soziologie zu nennen - alle gesellschaftlichen Zusammenhänge und Phänomene betrachtet, die für die Familie als einem sozialen System und Netzwerk relevant sind, so betrachtet auch die Medizinsoziologie alle sozialen Phänomene, die im Zusammenhang mit dem Krankheits- und Gesundheitsverhalten der Menschen und den speziellen Organisationen und Systemen der Krankenbehandlung und Gesundheitsvorsorge stehen (z.B. Arztpraxen, Krankenhäuser, Ärzteverbände etc.). In einem ersten Zugriff wollen wir nun eine erste Definition von Medizinsoziologie versuchen. Wir werden später sehen, daß diese Definition noch präzisiert werden muß:

„Wenn sich die Soziologie mit dem Sozialverhalten der Menschen im allgemeinen befaßt, so befaßt sich die medizinische Soziologie mit dem Sozialverhalten von Menschen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Solchermaßen ist die medizinische Soziologie die Anwendung

soziologischer Theorien und soziologischer Methoden auf das Gebiet des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens und der Medizin, ihre Organisation und die darin beschäftigten Berufsgruppen“ (Bauch 1997, S. 188).

Nun wird das für gesundheitliche Belange relevante (Sozial)Verhalten aber auch von einigen Nachbardisziplinen der Medizinsoziologie betrachtet, so von der Sozialmedizin, der medizinischen Anthropologie und medizinischen Psychologie und von den multidisziplinär arbeitenden Gesundheitswissenschaften. Was also ist im Vergleich zu den genannten Nachbardisziplinen, die ja auch auf das Verhalten abheben, das Spezifische, die *differentia specifica* des medizinsoziologischen Blicks? Die Abgrenzung zwischen diesen Disziplinen wird oftmals nicht ernst genommen und manchmal kann man eine gewissen Gleichgültigkeit vernehmen, so als ob es lediglich eine Frage des Etiketts sei, in welcher Disziplin man sich befindet. Es kann natürlich nicht bestritten werden, daß es Übergangs-, Überlappungs- und unsaubere Schnittstellen zwischen Medizinsoziologie und beispielsweise Sozialmedizin gibt. Gleichwohl darf uns das nicht zur Gleichgültigkeit verleiten, weil man leicht bei einer Vermengung der wissenschaftlichen Disziplinen in der Betrachtung, Deutung und Interpretation die Orientierung verliert. Unsere These ist, daß, obwohl es zwischen diesen genannten Disziplinen zweifellos Schnittmengen gibt, *sich dennoch die genannten Disziplinen in ihrer Betrachtungsweise nachhaltig unterscheiden.*

Um uns dieser für das Fach konstitutiven Frage zu nähern, wollen wir eine typische Fehlinterpretation zum Ausgangspunkt unserer Betrachtung machen. So sieht Paul Lüth in seinem 1980 herausgegebenem „Wörterbuch zur medizinischen Soziologie“ es als Aufgabe der medizinischen Soziologie an, von den medizinischen Abstraktionen abzusehen und den Blick wieder auf den konkreten Menschen zu lenken.

„Die medizinische Soziologie soll uns dazu bringen, von der Abstraktion, die die Medizin wie jede Wissenschaft zunächst bedeutet - vom abstrakten Lehrbuchfall - durchzustoßen zu den konkreten, lebendigen Menschen, also: den Blick fortzuziehen vom - freilich unerläßlichen - Studium der vom Labor ausgeworfenen Werte, der Röntgenbilder und Tests und hinwenden auf den Menschen, der vor uns sitzt oder vor uns in seinem Krankenbett liegt“ (Lüth 1980, S. 351).

Bezugspunkt der medizinischen Soziologie ist somit nach Lüth der Mensch. Doch verwechselt Lüth an dieser Stelle nicht die Perspektive der medizinischen Soziologie mit der der medizinischen Anthropologie? Und befaßt sich die medizinische Psychologie oder gar die Medizin in ihrer naturwissenschaftlichen Ausrichtung nicht auch mit dem Menschen? Ohne Zweifel haben all diese Fachdisziplinen den Menschen in der einen oder anderen Form im Blickwinkel, aber kann deswegen „der Mensch“ die *differentia specifica* der einzelnen Disziplinen begründen? Ist es nicht sinnvoller zu sagen, daß sich alle diese Disziplinen gemeinsam auf den Menschen beziehen, aber in

durchaus unterschiedlicher Perspektive? Für uns steht fest, daß der Mensch nicht Ausgangspunkt der Soziologie und der medizinischen Soziologie sein kann, weil der Mensch ein Ensemble von biologischen, psychologischen und sozialen „Elementen“ darstellt. Die biologische Existenz des Menschen kann aber nicht Referenzpunkt soziologischer Betrachtungsweisen sein, es sei denn, wir machen die Biologie oder die Medizin zu Unterabteilungen der Soziologie als „Königin der Wissenschaften“, wie es noch Auguste Comte (Comte 1993) vorschwebte. Die Soziologie kann mithin nicht den Menschen in seiner Gesamtheit zum Ausgangspunkt ihrer Betrachtungen wählen, sie kann nur einen Teilaspekt menschlicher Existenz betrachten, nämlich den Menschen als „soziales Wesen“. Im Sinne Durkheims bildet das Soziale auf den Menschen eine eigene Einflußsphäre, so wie die biologische Existenz des Menschen den Menschen determiniert, „weil er nicht aus seiner Haut schlüpfen kann“.

Hier stellt sich die Frage: Was sind die Letztelemente des Sozialen, durch welche Elemente konstituiert sich das, was wir „das Soziale“ nennen? Es sind *Kommunikationen*. „Der elementare, Soziale als besondere Realität konstituierende Prozess ist ein Kommunikationsprozess“ (Luhmann 1987, S. 193), formuliert Luhmann, auf den sich unsere Überlegungen stützen. Wenn die Soziologie Kommunikationen als die grundlegenden Elemente des Sozialen definiert, so darf man sich diese nicht als „dinghafte Entitäten“ vorstellen, auf die die Soziologie ein exklusives Zugriffsrecht hätte. Kommunikationen können natürlich auch psychologisch interpretiert werden: Wenn z.B. gefragt wird, warum die Person X dieses oder jenes gesagt hat, dann ist das eine typische psychologische Fragestellung. So kann man die Frage nach dem individuellen Grund oder Motiv der Kommunikation tiefenpsychologisch und psychoanalytisch beantworten. Die Soziologie indes interessiert sich für diese psychologische Fundierung der Kommunikation nicht. Kommunikation ist ja nicht nur auf individuelle Motive ausgerichtet, sie zielt auf ein alter Ego (auf einen die Kommunikation wahrnehmenden und rezipierenden Menschen). Kommunikation ist das nicht reduzierbare Letzt-Element des Sozialen, weil sie an Zwischenmenschlichkeit, also an einer Ego-Alter-Beziehung orientiert ist. Unterhalb dieser Ego-Alter-Beziehung in Kommunikationen gibt es keine sozialen, also zwischenmenschliche Elemente mehr. Kommunikation soll für einen anderen Menschen verstehbar sein, deswegen ist sie an Erwartungen der Verstehbarkeit gekoppelt (z.B. über Sprache und Sinn), wobei diese Erwartungen nicht auf psychologische „Sachverhalte“ (z.B. Bewußtseinsprozesse) reduzierbar sind. Kommunikation ist von Anfang an an bestimmte Erwartungen an den Adressaten der Kommunikation geknüpft: so, daß der Adressat die Kommunikation als Mitteilung an ihn auffaßt und diese versteht und erwartungsgemäß reagiert: also den Gruß erwidert oder auf das angesprochene Thema eingeht. Kommunikation löst so

Kommunikation aus und diese über Erwartungen normierte „Anschlußfähigkeit“ von Kommunikation ist das eigentliche Feld des Sozialen. Mit der Festlegung der Kommunikation als Letztelement des Sozialen wird die Soziologie zu einer autonomen Wissenschaft, denn sie will „Soziales durch Soziales erklären“. Sie löst damit den von Durkheim formulierten Anspruch ein:

„Die Soziologie ist also kein Annex irgendeiner anderen Wissenschaft, sie ist selbst eine besondere und autonome Wissenschaft und das Gefühl für die Besonderheit der sozialen Wirklichkeit ist für den Soziologen so notwendig, daß ihn nur eine speziell soziologische Bildung für das Verständnis der sozialen Erscheinungen vorbereiten kann“ (Durkheim 1970, S. 221).

Diese Autonomie der Soziologie als eigenständige Wissenschaft ist dadurch legitimiert, daß Kommunikationen sich nur durch Kommunikationen beeinflussen lassen. Es mag alle möglichen psychologischen Motive für die Teilnahme eines Menschen an einem Kommunikationsprozess geben, relevant werden diese nur, wenn sie kommunikativ eingeführt worden sind. Wenn sich ein Individuum an einem Kommunikationsprozess beteiligen will, so muß es sich dem Regelwerk der Anschlußfähigkeit von Kommunikation unterwerfen. Kommunikationen und Kommunikationsstrukturen bilden gleichsam ein emergentes Ordnungsgefüge, das auf psychologische oder gar physiologisch/biologische Prozesse nicht zurückführbar und ableitbar ist. Unter Emergenz soll dabei verstanden werden, daß Systeme im Laufe ihrer Entwicklung Eigenschaften hervorbringen und produzieren, die nicht aus den Eigenschaften ihrer zu Grunde liegenden Elemente erklärbar sind. So sind Kommunikationen auf Bewußtseinsvorgänge angewiesen, diese lassen sich aber nicht, obwohl sie Bewußtsein instrumentieren, weder auf Summen von Bewußtseinsvorgängen oder Gedanken noch auf Verknüpfungen zwischen ihnen reduzieren, sie bilden ein neues nicht-reduzibles, eben emergentes Ordnungsgefüge. Das heißt nicht, daß psychische und biologische Prozesse nicht am Aufbau dieser emergenten Ordnung des Sozialen beteiligt sind, ohne mit Bewußtsein ausgestattete leibliche Menschen läßt sich natürlich nicht kommunizieren. Soma und Psyche des Menschen stellen Eigenkomplexität zur Verfügung, um das Emergenzniveau des Sozialen zu ermöglichen, sie geben einen Rahmen vor (z.B. die Lautbildungsfähigkeit des Menschen), sie können aber Kommunikationen nicht direkt beeinflussen. Kommunikationen können nur durch Kommunikationen beeinflusst werden, diese Selbstbezüglichkeit von Kommunikation begründet den Status der Soziologie als eigenständiger Wissenschaft.

Wenn sich somit die Soziologie mit den Elementen des Sozialen, also Kommunikationen und den Erwartungsstrukturen als Regelwerk für diese Kommunikationen und deren Anschlußfähigkeit befaßt, so befaßt sich die Medizinsoziologie mit den Kommunikationen, die a) Auswirkungen auf die Gesundheit und Krankheit der Menschen zeitigen und b) mit

Kommunikationen, die im gesellschaftlichen Teilsystem, das sich mit der Bekämpfung von Krankheit und (Wieder)Herstellung von Gesundheit befaßt (dem Medizinsystem), eingegangen und durchgeführt werden. Gehen wir zunächst auf den zuletzt genannten Arbeitsbereich der Medizinsoziologie ein. Die Soziologie geht insgesamt davon aus, daß die moderne Gesellschaft in funktional differenzierte Teile aufgeteilt ist. Diese Teile sind relativ autonom, sie arbeiten nach einem eigenen „Operationsmodus“. Im Wirtschaftssystem wird nach anderen Gesichtspunkten operiert als beispielsweise in der Politik oder dem Wissenschaftssystem. Die Gesellschaft ist also in relativ autonome soziale Teilsysteme untergliedert, wie dem System der Wirtschaft, der Politik, der Wissenschaft und der Familie, um die wichtigsten Sozialsysteme zu nennen. Alle Teilsysteme erbringen für die Gesamtgesellschaft jeweils unterschiedliche aber bestandswichtige Teilleistungen. Die Medizinsoziologie befaßt sich nun mit dem sozialen Teilsystem, das umgangssprachlich als „Gesundheitswesen“, wissenschaftlich als „Gesundheitssystem“ bezeichnet wird. Die gesellschaftliche Funktion dieses Systems besteht darin, Krankheit zu bekämpfen und Gesundheit, soweit es in menschlicher Macht liegt, zu erhalten. Die Medizinsoziologie analysiert dabei die Kommunikationsprozesse und Strukturen, die die Menschen eingehen und produzieren, um diese für die Gesamtgesellschaft wichtige Aufgabe und Funktion zu erfüllen. So analysiert sie die kommunikative Seite von Institutionen und Organisationen, etwa Krankenhäuser (z.B. ihre interne Kommunikationsstruktur), Ärzteverbände, Krankenkassenverbände und die kommunikativen Interdependenzen zwischen diesen Organisationen. Auf der gesellschaftlichen Makroebene betrachtet sie die für das Gesundheitssystem relevante Gesundheitspolitik (z.B. warum Reformgesetze so und nicht anders formuliert werden) und geht den Beziehungen des Gesundheitssystems zu anderen sozialen Teilsystemen (Verhältnis Gesundheitssystem - Politik) nach. Auf der gesellschaftlichen Mikroebene betrachtet sie die Kommunikationsstrukturen, die die Rollen, also kommunikativ hergestellte Verhaltenszumutungen, für das Individuum bereitgestellt werden. So wurde insbesondere der Arzt-Patient Beziehung mit ihrer komplementären Rollenstruktur besondere Aufmerksamkeit geschenkt, aber auch die Rollen von Pflegeberufen, Medizinisch-technischem Personal etc. sind forschungsmäßig gut erfaßt.

Das hier zuerst genannte zweite Standbein medizinsoziologischer Fragestellungen befaßt sich mit dem Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Menschen. Im wesentlichen handelt es sich um die Fragestellung, ob es soziale Kommunikationsstrukturen und Figurationen gibt, die krank machen können und vice versa, ob es soziale Kommunikationsstrukturen gibt, die eine krankheitsprotektive (also vor Krankheit schützende) Funktion haben. Aus der soziopsychosomatischen Forschung (insbesondere der Stress-Theorie) ist bekannt, daß Kommunikationsprozesse nichtkommunikative (also psychische und somatische) Begleitreaktionen

generieren können. So können auf Dauer dargebotene widersprüchliche Kommunikations- und Verhaltensanforderungen an ein Individuum, insbesondere in der frühkindlichen Sozialisation, geistige Krankheiten zur Folge haben (Zepf 1973, Ahrens, Gyldenfeldt, Runde 1980). Die Streßforschung belegt, daß Kommunikationsprozesse mit somatischen Begleitreaktionen verwoben sind. Permanente Leistungsanforderungen, verbunden mit dem subjektiven Gefühl des Überfordertseins gehen einher mit der körperlichen Bereitstellung auf Flucht oder Angriff und haben pathologische körperliche Auswirkungen wie Bluthochdruck, erhöhtes Herzinfarktrisiko. Es ist klar, daß diese körperlichen Begleitreaktionen auf gesellschaftliche Kommunikationsprozesse vermehrtes Interesse der medizinischen Soziologie finden. Jüngst, über den sog. salutogenetischen, von Aaron Antonovsky (Antonovsky 1987) entwickelten Ansatz, interessiert sich auch die Medizinsoziologie für die Frage, ob Kommunikationsstrukturen auch eine krankheitsprotektive (also vor Krankheit schützende) Wirkung und Funktion innehaben können. Insbesondere die Netzwerkforschung brachte zu Tage, daß ganz besonders intakte Familienverhältnisse („für das Individuum befriedigende Verhältnisse primärer Vergesellschaftung“) gleichsam ein „soziales Immunsystem“ gegen das Auftreten von Krankheiten bilden (Badura 1984). Darüber hinaus untersucht auch die Medizinsoziologie soziale Determinanten des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens von unterschiedlichen kollektiven Populationen. So konnte beispielsweise festgestellt werden, daß das Gesundheits- und Krankheitsverhalten sozialschichtspezifisch variiert, daß - um nur ein Beispiel zu nennen - die Angehörigen der sozialen Unterschichten weniger präventionsorientiert sind und weniger gesundheitsbewußt leben als die Angehörigen der Mittel- und Oberschichten. Dies ist mit ein Baustein zur soziologischen Erklärung des Zusammenhanges von Krankheit und sozialer Lage. Sozial-Epidemiologische Studien (Sozial-Epidemiologie: Die Lehre von der Vorkommenhäufigkeit und Verteilung von Krankheiten in unterschiedlichen sozialen Populationen) zeigen in Bezug auf fast alle Krankheitsformenkreise, daß eine erhöhte Prävalenz (Vorkommenshäufigkeit) von Krankheiten in den sozialen Unterschichten zu konstatieren ist (Gerhardt 1991, S. 203). Die Medizinsoziologie untersucht all diese hier erwähnten Phänomene - und das ist entscheidend - in soziologischer Perspektive. Für die Medizinsoziologie ist der soziale Tatbestand, daß beispielsweise soziale Schichten ein unterschiedliches Krankheits- und Gesundheitsverhalten an den Tag legen, eine soziologisch sich selbst genügende Erkenntnis. Welche Schlußfolgerungen aus diesem Tatbestand für die Medizin letztlich zu ziehen sind, ist hier zunächst irrelevant. Der amerikanische Soziologe Robert Straus hat für die Medizinsoziologie die „sociology of medicine“ von der „sociology in medicine“ (Straus 1957) unterschieden. Sociology of medicine kennzeichnet dabei die Soziologie *der* Medizin. Die Medizin ist dabei Objekt

soziologischer Erkenntnis, das erkenntnisleitende Paradigma ist dabei ausschließlich soziologisch. Bei der *sociology in medicine* ist dagegen die Soziologie Hilfswissenschaft der Medizin. Das erkenntnisleitende Interesse ist hier ausschließlich medizinisch. Soziale Phänomene werden als krankheitsätiologisch relevant angesehen und man will unter Einbezug der gefundenen krankheitsrelevanten sozialen Faktoren diese Krankheiten mit Mitteln der Medizin bekämpfen. Die Unterscheidung von Straus trifft ziemlich genau die Differenz zwischen Medizinsoziologie und Sozialmedizin. Während bei der Medizinsoziologie die Medizin, das Gesundheitswesen, das Gesundheitsverhalten in soziologischer Perspektive analysiert werden, werden bei der Sozialmedizin soziale Phänomene für Analysen in medizinischer Perspektive mit herangezogen. Man will durch die Berücksichtigung sozial-ätiologischer Faktoren die Effektivität medizinisch-therapeutischer Interventionen erhöhen. Auch hier zeigt sich, die „Gegenstandsbereiche“, die Medizinsoziologie und Sozialmedizin bearbeiten, sind vielfach die Gleichen, das Gesundheitsverhalten kann einmal mehr soziologisch, das andere Mal mehr medizinisch untersucht werden. Die Differenz zwischen Medizinsoziologie und Sozialmedizin ergibt sich aus der Perspektive der Analyse. Wenn die Medizinsoziologie beispielsweise soziale Netzwerke untersucht und einen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Krankheitsentstehung und Krankheitsbewältigung konstatiert, so genügt sich diese Analyse zunächst selbst, eventuell können daraus sozialpolitische und gesellschaftspolitische Schlußfolgerungen gezogen werden. Wenn diese Analyse aber genutzt wird, um beispielsweise Mechanismen der sozialen Unterstützung in der Krankenhausarbeit am Patienten zu installieren, um Heilerfolge zu verbessern und zu stabilisieren, so ist die Perspektive sozialmedizinisch.

Für die Bundesrepublik nun ist zu konstatieren, daß mit der Aufnahme der Medizinsoziologie zu Beginn der 70iger Jahre in den Kanon der Ausbildungsfächer im Rahmen des Medizinstudiums diese von der Sozialmedizin dominiert wird. Dies ist auch ausdrücklich so gewollt worden: Der Nestor der deutschen Sozialmedizin Hans Schäfer forderte ausdrücklich, daß die Medizinsoziologie als Teildisziplin (!) der Sozialmedizin aufzufassen sei (von Ferber 1986, S. 182). Ist dieses Votum von Schäfer in organisatorischer Hinsicht noch hinnehmbar, weil sicherlich einiges dafür spricht, die Medizinsoziologie an die Mediziner Ausbildung anzudocken und ihr damit für das Gesundheitswesen Relevanz zu geben, so ist andererseits diesem Votum mit Vehemenz zu widersprechen, wenn damit in inhaltlicher Hinsicht gemeint ist, daß die Medizinsoziologie ausschließlich als Hilfswissenschaft (eben als Sozialmedizin) des medizinischen Paradigmas zu gelten habe. Würde man diese Anbindung ernst nehmen, dann könnte die Medizinsoziologie keine Analysen des Gesundheitswesens in genuin soziologischer Perspektive leisten, weil diese (zumindest unmittelbar) keinen Hilfsbezug zur Medizin aufweisen.

Nippert hat für unsere Diskussion sehr hilfreich zwischen „Arztrelevanz“ und „Medizinrelevanz“ unterschieden (Nippert 1989). Völlig unstrittig ist zunächst, daß natürlich auch genuin soziologische Fragestellungen der Medizinsoziologie medizinrelevant sein müssen. Dies impliziert aber gerade nicht, daß die Medizinsoziologie ihre Perspektive und Fragestellung inhaltlich aus dem medizinischen Paradigma entlehnen muß. Nippert konstatiert, daß durch die Anbindung der medizinischen Soziologie an die Medizinerbildung eine Verengung der Perspektive auf Arztrelevante Fragestellungen eingetreten sei. Arztrelevante Themen sind aber immer an das medizinische Paradigma gebunden, an eine im Prinzip individualistische Krankheitsauffassung und an die Dominanz des bio-medizinischen Modells in der Krankheitsätiologie und Therapie. Während sich die Gesundheitswissenschaften als Public Health, also als die Lehre von den öffentlichen und gesellschaftlichen Bedingungen des Gesund- und Krankseins, vom individualistischen Blick der klinischen Medizin lösen, droht die Gefahr, daß die Medizinsoziologie diesen Paradigmenwechsel nur teilweise mitvollziehen kann, weil sie, durch Medizinerbildung geprägt und gebunden, weiter fast ausschließlich Arztrelevante Fragestellungen thematisiert. Damit verliert aber langfristig die Medizinsoziologie Anschlußfähigkeit an gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen. Nippert ist so voll zuzustimmen, wenn er schreibt:

„In einem Wort, die medizinische Soziologie sollte sich nicht länger von den Arztrelevanten Inhalten faszinieren lassen, sondern ihre analytische Kompetenz stärker auf die überindividuellen Probleme der Gesundheitsversorgung, d.h. die Gesundheitssystemforschung lenken, ohne dabei aus dem Auge zu verlieren, daß die Prozessvariablen die Rahmenbedingungen für interpersonale Beziehungen im Gesundheitssystem setzen“ (Nippert 1989, S. 275).

Medizinrelevant wird die Medizinsoziologie gerade dadurch, daß sie sich vom medizinischen Paradigma löst und sich im Vollsinn als *Soziologie der Medizin* versteht. Für die Medizin bedeutet dies reflektorischen Gewinn. Die Medizin kann gleichsam von „Außen“, eben von einer anderen wissenschaftlichen Disziplin beobachtet werden. Dieser Verfremdungseffekt des Beobachtens, wie die Medizin beobachtet („Beobachtung zweiter Ordnung“) (Luhmann 1992) relativiert die „blinden Flecke“ des klinischen Blicks, wie ihn Michel Foucault (Foucault 1973) beschrieben hat. Die Medizin wird - bei gelingender Kooperation von medizinischer Soziologie und Medizin - in die Lage versetzt, die gesellschaftlichen Einbindungen und Folgen ihres Prozessierens mit ins Kalkül zu ziehen. Dieser Rationalitätsgewinn durch eine kooperative, aber dennoch selbstständige medizinische Soziologie ist höher zu veranschlagen, als die Rationalitätsgewinne einer allein dem medizinischen Paradigma dienenden Medizinsoziologie, die sich der Suprematie der Medizin apriori unterworfen hat. Eine so verstandene relativ autonome, ihre eigenen

Fragestellungen selbst konstituierende Medizinsoziologie wird sich dann auch wieder auf sozialmedizinische Fragestellungen verstärkt einlassen können, weil ihr durch diese Einbindung kein Identitätsverlust droht. Dies Plädoyer des Autors dieses Buches für eine verstärkt „soziologische Medizinsoziologie“ ist getragen von der Überzeugung, daß die immer dringender werdende soziologische Betrachtung der Medizin und ihrer Institutionen letztendlich der Medizin dient, sich auf neue Herausforderungen der immer komplexer werdenden Welt einzustellen.

Die Medizinsoziologie dient der Medizin dabei nicht nur als Hilfswissenschaft, quasi als Verlängerung des klinischen Blicks, sie dient der Medizin insbesondere als Reflektionswissenschaft, d.h. sie ermöglicht der Medizin insbesondere durch 'Einbezug der sozialen Folgen ihres Prozessierens kritische Selbstbetrachtung ihres Tuns. Diese Betrachtung der Medizin aus soziologischer Perspektive erfolgt nicht aus „höherer Warte“, die Soziologie kann gegenüber der Medizin in Selbstgefälligkeit kein höheres Rationalitätsniveau in Anspruch nehmen, weil auch sie, wie jedes Beobachtungssystem über blinde Flecken verfügt. Hier soll nur gesagt sein, daß durch die Verschränkung der Perspektiven von Medizin und Soziologie „kombinatorischer Gewinn“ für beide Disziplinen zu ziehen ist. Auch die Medizin kann für soziologische Selbstreflektion hilfreich sein, als sie durch den penetranten Hinweis auf die biologische Existenz des Menschen vor der Tendenz der „Übersoziologisierung“ (Bauch 1982) schützt. Die Medizin jedenfalls bedarf dringend der fremdreferentiell angeregten Selbstreflektion, weil das biomedizinische Modell der Beobachtung und Therapeutisierung von Gesundheit und Krankheit heute zunehmend an seine Grenzen stößt.

Struktur und Aufbau des hier vorgelegten Buches folgen dem Anspruch einer primär soziologisch fundierten Medizinsoziologie. Dabei orientiert es sich nur sekundär am Gegenstandskatalog der Mediziner Ausbildung, es betrachtet die Medizinsoziologie als „Vollwissenschaft“ und will unabhängig von Lernzielkatalogen eine systematische Einführung geben. Natürlich eignet es sich auch für medizinsoziologisch interessierte Mediziner oder anderem medizinischen Fachpersonal. Vorausgesetzt wird allerdings ein selbstständiges Interesse an der Medizinsoziologie, um sich auf die typische Art des Problematisierens und die sacherforderliche Terminologie einzulassen. Die innere Struktur des Buches ist so auch anders aufgebaut als die meisten Einführungen in diese Fachdisziplin. Das Buch beginnt nicht in arzt-relevanter Lesart mit der berühmten „Arzt-Patient-Interaktion“, um vom Konkreten auf abstraktere soziale Phänomene aufzusteigen. Es beginnt mit den gesellschaftlichen Makrostrukturen des Medizinsystems und Gesundheitswesens und steigt von diesem Plateau auf konkretere Stufen der Analyse herab. Makrosoziale Prozessvariablen stehen aus soziologischer Sicht vor konkreten

Interaktionsbeziehungen und bestimmen diese, oder, um mit Nietzsche zu formulieren: „Das Du ist vor dem Ich“.

Literatur

- Antonovsky A., *Unraveling the mystery of health. How peopl manage stress and stay well.* San Francisco 1987
- Badura B., Thomas Mc Keown und die ökologische Gesundheitsstrategie, *MMG* 9 (1984), S. 151-160
- Bauch J., Probleme der Versozialwissenschaftlichung der Medizin, *MMG* 7 (1982), S. 20-25
- Bauch J., Soziologie , in Beske F., (Hg), *Lehrbuch für Pflegeberufe*, 7. Aufl., Stuttgart, New York 1997, S. 188
- Comte A., *Plan der wissenschaftlichen Arbeiten, die für eine Reform der Gesellschaft notwendig sind (Original 1822)*, München 1973
- Deppe H. U., *Medizinische Soziologie, Aspekte einer neuen Wissenschaft*, Frankfurt 1978
- Durkheim E., *Regeln der soziologischen Methode*, 3. Aufl., Neuwied und Berlin, S. 106 P.Ridder, Durkheim E., a.a.O., S. 221
- Foucault M., *Die Geburt der Klinik*, München 1973
- Geissler B., Thoma P., (Hg), *Medizinsoziologie, Eine Einführung für medizinische und soziale Berufe*, 2. Aufl., Frankfurt, New York 1979
- Gerhardt U., *Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie*, 1. Aufl., Frankfurt 1991
- Gerhardt U., a.a.O., S. 203 ff.
- Luhmann N., *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*, 1.Aufl., Frankfurt 1987, S. 193.
- Luhmann N., *Beobachtungen der Moderne*, Opladen 1992.
- Lüth P., *Wörterbuch zur medizinischen Soziologie*, Stuttgart 1980, S. 351
- Nippert R. P., *Medizinische Soziologie und Gesundheitssystemforschung. Wie kann sich die medizinische Soziologie profilieren?* *MMG* 14 (1989), S. 265-277
- Nippert R. P., a.a.O., S. 275
- Ridder P., *Einführung in die Medizinische Soziologie*, Stuttgart 1988
- Roebler W., Viefhues H., *Medizinische Soziologie*, Stuttgart, New York 1978
- Schuller A., Heim N., Halusa G., (Hg), *Medizinsoziologie*, Stuttgart, Berlin, Köln 1992
- Siegriest J., *Lehrbuch der medizinischen Soziologie*, 2. Aufl., München, Berlin, Wien 1975
- Straus R., *The nature and status of medical sociology.* *Amer. Social.-Rev.* 22 (1957), S. 200-204

v. Ferber Chr. u. L., *Der kranke Mensch in der Gesellschaft*, Reinbeck 1978

v. Ferber Chr., *Sozialmedizin und Medizinsoziologie in der Bundesrepublik – Erben einer großen Tradition im elfenbeinernem Turm*, MMG 11 (1986), s. 182

Zepf S., *Zur Theorie der psychosomatischen Erkrankung*, Stuttgart 1973., s.a. Ahrens S., von Gyldenfeldt H., Runde P., *Zur Soziogenese von psychosomatischen Leiden*, in: MMG 5 (1980), S. 118-123

Das Gesundheitswesen in der Gesellschaft

2. Das Gesundheitswesen als Sozialsystem – Gesundheitssystemforschung

Jeder, der mit dem Gesundheitswesen in Berührung kommt, sei es als Patient oder als Berufsgruppenangehöriger eines medizinischen Berufes, erfährt sehr schnell, daß es sich hier um eine „eigene Welt“ handelt, eine „Welt“, die anderen Regeln folgt als andere Bereiche des gesellschaftlichen Lebens. In der Medizinsoziologie hat man auch von der „Subkultur“ des Medizinsystems gesprochen. Dieser Begriff scheint uns indes weniger geeignet zu sein, die eigene Welt des Gesundheitswesens wiedergeben zu können, weil dieser Begriff zu sehr mit alltagssprachlichen Konnotationen behaftet ist. Die Anmutung einer eigenen Welt ist vielmehr dadurch gegeben, weil es sich beim Gesundheitswesen oder besser Gesundheitssystem um ein eigenes ausdifferenziertes und funktional spezifisches System handelt, daß sich relativ trennscharf von anderen Sozialsystemen, wie beispielsweise Wirtschaft oder Politik, abhebt und nach eigenen Referenzregeln operiert. Die funktional spezifische Besonderheit dieses Systems besteht darin, daß es im wesentlichen die Aufgabe der Krankenbehandlung und Krankheitsprävention übernommen hat und somit alle Organisationsstrukturen, alle systemspezifischen Normen und Werte und alle Sozialbeziehungen innerhalb des Systems auf diese Aufgabe der Heilung und Prävention von Erkrankungen und Erkrankten ausgerichtet hat.

In der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft im Jahre 1995 herausgegebenen Denkschrift „Gesundheitssystemforschung in Deutschland“ (DFG 1995) wird das Gesundheitssystem als „Gesamtheit des organisierten gesellschaftlichen Handelns als Antwort auf das Auftreten von Krankheit und Behinderung und zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren“ (DFG 1995, S. 2) definiert. Entscheidend ist hier die Bezeichnung „organisiert“.

Das Gesundheitssystem stellt das gesellschaftlich organisierte Handeln dar, das auf Krankheitsbekämpfung und Gesundheitsbewahrung ausgerichtet ist, d.h., daß nicht jedes (z.B. individuelles) Gesundheits- und Krankheitsverhalten Bestandteil des Gesundheitssystems ist (z.B. Laienmedizin). Das Gesundheitssystem und damit die Gesundheitssystemforschung blendet

zunächst alle nicht organisierten Verhaltensaspekte, die mit Krankheit und Gesundheit befaßt sind, aus. Diese nicht organisierten Verhaltensaspekte werden für die Gesundheitssystemforschung erst dann relevant, wenn diese in einer Interdependenzbeziehung zu den organisierten Bemühungen um Gesundheit und Krankheit stehen. Die Auswirkungen und Nebeneffekte der organisierten Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit auf die nicht organisierten Bemühungen um Gesundheit im Lebensalltag der Menschen können dann wieder Gegenstand der Gesundheitssystemforschung sein. Zunächst können wir aber feststellen, daß das Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Individuen und Gruppen, das gleichsam „eigenmächtig“ ausgeübt wird, nicht Bestandteil des Gesundheitssystems und damit der Gesundheitssystemforschung ist. Natürlich kann das nicht heißen, daß die lebensweltlich-alltäglichen, nicht im Gesundheitswesen organisierten Segmente des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens von geringerer Relevanz für den Gesundheitszustand sind als die gesellschaftlich organisierten Anstrengungen, im Gegenteil. Gleichwohl sind diese prima facie nicht Bestandteil der Gesundheitssystemforschung, die sich ja mit den Operationsweisen des Gesundheitssystems als gesellschaftlich sanktioniertes, funktional differenziertes System befaßt.

Die Gesundheitssystemforschung, die also das organisierte gesellschaftliche Handeln des Gesundheitssystems zum Forschungsgegenstand hat, arbeitet multidisziplinär. Das Gesundheitssystem wird nach Maßgabe ökonomischer, verwaltungswissenschaftlicher, politikwissenschaftlicher, medizinischer und medizinsoziologischer Fragestellungen untersucht. Insofern teilt die Gesundheitssystemforschung das Schicksal der Gesundheitswissenschaften als multidisziplinäre Forschungseinrichtung. Wenn auch die unterschiedlichen Basisdisziplinen der Gesundheitssystemforschung unterschiedliche Sichtweisen des Gesundheitssystems logischerweise zur Folge haben, so bildet dennoch eine gemeinsame Forschungsperspektive gleichsam eine Klammer: die Strukturen und Funktionen werden im Hinblick auf die Systemauswirkungen (z.B. in versorgungspolitischer Hinsicht) untersucht, während in der Public-Health Perspektive eher die Auswirkungen des Systems auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung im Blickpunkt stehen.

„In der Gesundheitssystemforschung werden Rand- oder Zielbedingungen des Gesundheitswesens, wie Gesundheitszustände und riskante Lebensweisen oder Fragen der technischen und sozialen Umwelteinwirkung, immer in den Wirkungen auf das Gesundheitssystem beschrieben, also auf seine Maßnahmen, Einrichtungen und Steuerungsprozesse hin interpretiert, während dieser Fokus bei Public Health eher umgekehrt ist, das heißt, alles wird in Richtung gesundheitliche Auswirkungen auf die Bevölkerung hin untersucht. Gesundheitssystemforschung

ist somit in erster Linie institutionen- und prozeßbezogene Forschung, freilich ohne daß damit die Randbedingungen (wie Gesundheitsstatus der Bevölkerung, Prävention etc.) ausgeblendet würden“ (DFG 1995, S.6.).

Schaut man sich nun den speziellen Beitrag der Medizinsoziologie zur Gesundheitssystemforschung an, so ist man mehr als ernüchtert. In dem erwähnten DFG-Gutachten wird die Medizinsoziologie bei über 140 Seiten des Gesamtgutachtens mit 3 ½ Seiten „abgefertigt“, ohne allerdings bestreiten zu können, daß in den einzelnen Beiträgen immer wieder Fragmente soziologischer Wissensbestände zu Rate gezogen werden. Ohne Zweifel ist die Gesundheitssystemforschung von ökonomischen Fragestellungen dominiert, die Soziologie spielt eine mehr marginale Rolle und ohne die Veröffentlichung von Badura und Feuerstein aus dem Jahre 1993 „Systemgestaltung im Gesundheitswesen“ wäre die Lage für die Soziologie noch trostloser (Badura, Feuerstein 1993). In dem DFG- Gutachten werden 12 Themenschwerpunkte und Forschungsfelder für die Gesundheitssystemforschung insgesamt genannt:

- *Gesundheitspolitik*
- *Steuerungs- und Implementationsforschung im Gesundheitswesen*
- *Systemvergleiche im Gesundheitswesen*
- *Gesundheitsberichterstattung*
- *Finanzlage, Finanzierungsströme und gesamtwirtschaftliche Bewertung*
- *Bedarfs- und Bedürfnisforschung*
- *Management im Gesundheitswesen*
- *Evaluationsforschung*
- *Qualitätssicherung und -forschung*
- *Prävention und Gesundheitsförderung*
- *Rehabilitation*
- *Pflegeforschung (DFG 1995,S.12-82).*

Zu allen hier dargebotenen Themata der Gesundheitssystemforschung hat die Medizinsoziologie mal größere und mal kleinere Beiträge geliefert. Das Gros der Themen der Gesundheitssystemforschung wird dabei allerdings von gesundheitsökonomischen Konzepten dominiert, so daß von den soziologischen Beiträgen in der öffentlichen Diskussion wenig Resonanz beobachtet werden konnte. Die Dominanz der gesundheitsökonomischen Fragestellungen in der Gesundheitssystemforschung (Oberender 1992, Gäfgen, Oberender 1989, Schulenburg 1981) ergibt sich einmal aus der gesellschaftspolitischen Instrumentierung der Gesundheitssystemforschung. Von der Gesundheitssystemforschung werden „Rationalisierungsgewinne“ von Seiten der Politik für

die Organisationsstruktur des Gesundheitswesens erwartet. Im Jahresgutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aus dem Jahre 1988 wurde die gesundheitsökonomische Frage, die auch für die Gesundheitssystemforschung konstitutiv ist, auf den Punkt gebracht: „Wo, so läßt sich das Problem der Knappheit zuspitzen, ist eine zusätzliche D-Mark am sinnvollsten eingesetzt bzw. in welchen Bereichen (...) läßt sich am ehesten eine D-Mark mit vertretbarem Verlust an Nutzen einsparen“ (Sachverständigenrat, Jahresgutachten 1988, S. 19).

Die Gesundheitssystemforschung soll dabei unterschiedliche gesundheitsökonomische Allokationsmodelle entwerfen bis zur Präzisierung eines Optimalzustandes, der dann erreicht ist, „wenn eine Umstrukturierung der Ausgaben den Gesamtertrag der Mittelverwendung nicht mehr erhöhen kann“ (Sachverständigenrat, Jahresgutachten 1988, S. 20, Bauch 1994, S. 53). Der zweite Grund für die geringe Bedeutung der Medizinsoziologie in der Gesundheitssystemforschung liegt in der Versprengtheit und Unsystematizität ihrer Ansätze, erst 1996 wurde von Bauch ein erster Versuch unternommen, das Gesundheitswesen in soziologischer Perspektive als Sozialsystem zu beschreiben (Bauch 1996). Nur durch eine Systematisierung der soziologischen Beiträge zur Gesundheitssystemforschung, läßt sich der akzidentielle Charakter der Soziologie in diesem wichtigen Bereich der Gesundheitsforschung überwinden.

Ein soziologischer Beitrag zur Gesundheitssystemforschung ist schon deshalb unverzichtbar, weil mittels gesundheitsökonomischer Fragestellungen alleine das Gesundheitssystem mit seinen versorgungspolitischen Implikationen für die Bevölkerung gar nicht zureichend beschrieben werden kann. Denn der Gesundheitsökonomie fehlt gleichsam, wie Michael Arnold richtig betont, „der archimedische Punkt, von dem aus die Angemessenheit des medizinischen Leistungsgeschehens, aber weitgehend auch von ‘Strukturen, Kapazitäten und Anreizen in einem Versorgungssystem beurteilt werden können“ (Arnold 1993, S. 430). An anderer Stelle spricht er von der „Sozialfunktion“ der Medizin (Arnold 1993, S. 433), d.h. bei allen ökonomischen Fragestellungen steht zunächst einmal die ethisch und gesellschaftspolitisch zu beantwortende Frage im Vordergrund, wieviel an gesundheitlicher Versorgung von der Gesellschaft selbst und ihren Mitgliedern gewollt und verantwortet werden kann. D.h. bei der Gesundheitsquote (dem Anteil des Brutto-Inlandproduktes, das für Gesundheit ausgegeben wird), aber auch bei Fragen der Struktur und des Aufbaus des Gesundheitswesens handelt es sich um immer mehr als nur um (gesundheits)-ökonomische Fragestellungen. So spielt beispielsweise die Akzeptanz bestimmter Versorgungsstrukturen durch die Bevölkerung (z.B. die ausgeprägte Präferenz der deutschen Bevölkerung für das ambulante System der Krankenbehandlung) eine ganz entscheidende Rolle bei möglichen Umstrukturierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen, ein

Aspekt, der durch ökonomische Allokationsanalysen zunächst völlig ausgeblendet bleiben muß. Ökonomisch gesehen mag es keinen Sinn machen, in einem dünn besiedelten Gebiet der Nordeifel eine Arztpraxis zu unterhalten. Versorgungspolitisch kann eine solche Arztpraxis aber von größter Wichtigkeit sein, alleine um die Anfahrtswege zur medizinischen Versorgung der zumeist älteren Dorfbevölkerung vertretbar zu halten. Wie jede Wissenschaft, so hat auch die Ökonomie ihre „blinden Flecken“. Eine wissenschaftlich organisierte Analyse des Gesundheitssystems kann somit einem wissenschaftlichen Paradigma **alleine** nicht überlassen werden. Bei allen ökonomischen Allokations- und Verteilungsfragen sind zu mindestens gleichwertig soziologische, politische, sozial- und gesellschaftspolitische, medizinische, demographische und ethische Aspekte zu berücksichtigen. Erschwerend kommt hinzu, daß die Ökonomie, wie schon 1971 von Hans Albert dargelegt, einem „Modell-Platonismus“ bezüglich des menschlichen Verhaltens unterliegt, weil sie nur in formalisierten ökonomischen Bezügen denken kann und damit der Vielfalt der menschlichen Verhaltens-Generierung nur unzureichend gerecht wird (Albert 1971). So haben Ökonomen und Gesundheitsökonomien mit der „Theorie der kollektiven Güter“ (Olson 1968, Musgrave 1969) und dem Konzept der „Rationalitätenfalle“ (Herder-Dorneich 1982) versucht, die Krise des Sozialstaates über die Über-Nutzung (over-utilisation) durch die Bevölkerung (alleine !) zu erklären. Durch das Prinzip der „Nichtausschließbarkeit“ von kollektiven Gütern (wie Gesundheit) versucht jeder, um dieses Konzept hier auf eine kurze Formel zu bringen, ein mehr an Leistungen von kollektiven Gütern zu erhalten als er zu deren Finanzierung beigesteuert hat. Dieses ökonomisch-individuell rationale Verhalten jedes einzelnen führt schließlich in eine makroökonomische Irrationalität (Rationalitätenfalle), weil damit der Sozialstaat (und das Gesundheitswesen) unfinanzierbar wird und jede Leistungsausweitung und Beitragserhöhung zur Finanzierung des Sozialstaates mit einem überproportionalem Nachfrageverhalten quittiert wird. Von Seiten der Sozialwissenschaften wurde dieses Konzept als „Ökonomismus“ bezeichnet und darauf hingewiesen, daß insbesondere das Gesundheitsverhalten nicht nur durch ökonomische Kosten-Nutzen Kalküle sondern auch durch Faktoren dispositonalen Charakters wie Motivstrukturen, Einstellungen und Wertorientierungen bestimmt wird, die es eher unwahrscheinlich machen, daß der Mensch sich bezüglich seiner Gesundheit alleine zweckrational, strategisch und kalkulierend im Sinne der Ökonomie verhält (Bauch 1984). Moderne Konzepte der Gesundheitsökonomie gehen mittlerweile auch von der Tatsache aus, daß man ökonomische Modelle der Marktnachfrage nicht einfach auf das Gesundheitssystem adaptieren kann, der Gegenstand „Gesundheit“ erfordert, so Henke und von der Schulenburg, mehr als eine simple Modifikation der klassischen Annahmen der Ökonomie (DFG 1995, S. 33).

Aus dem Gesagten kann geschlußfolgert werden, daß die Gesundheitsökonomie zwar einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitssystemforschung leistet, daß dieser alleine aber der Komplexität gesundheitlicher Versorgungsstrukturen nicht gerecht wird, er bedarf einer ganzheitlichen sozialwissenschaftlichen Einbettung und soziologischer Ergänzung. Wenn man sich die soziologischen Beiträge zur Gesundheitsforschung der letzten Jahre anschaut, so stellt man fest, daß ein Großteil dieser Beiträge für die Gesundheitssystemforschung relevante Bezüge aufweisen. Badura hat in dem DFG-Gutachten zur Gesundheitssystemforschung die Beiträge der Soziologie der letzten Jahre thematisch zusammengestellt. Er ermittelte 9 Schwerpunktbereiche:

1) Gesellschaftliche Bedingungen/Ursachen von Krankheit bzw. von Wohlbefinden und Gesundheit

2) soziale und institutionelle Einflüsse auf Krankheitsverläufe, Genesung und Lebensqualität chronisch Kranker

3) Entwicklung und Evaluation von Gesundheits- und Präventionsprogrammen, Evaluation einzelner medizinischer Behandlungsformen und Versorgungssektoren (Qualitätssicherung im Gesundheitswesen)

4) Sozialversicherung und Gesundheitsberufe als Gegenstand sozialhistorischer, ökonomischer, politischer und organisationssoziologischer Forschung

5) Technischeinsatz in der Medizin und seine Folgen für die Entwicklung und das Leistungsspektrum medizinischer Versorgung

6) Arbeitsorganisation, Arbeitsbedingungen, Technik und Humanität im Krankenhaus

7) ethische Probleme im Spannungsfeld zwischen medizinischer Technik und Patientenbedürfnissen

8) die Arzt-Patient-Interaktion und ihre Konsequenzen für Wohlbefinden und Compliance

9) Gesundheitsselbsthilfe in der Familie und in Selbsthilfegruppen, Nutzung medizinischer Dienste (DFG 1995, S.104).

Aus dem Katalog ist leicht ersichtbar, daß hier teilweise relevante Fragestellungen für die Gesundheitssystemforschung bearbeitet wurden. Gleichzeitig ist aber festzustellen, daß diese relativ unverbunden präsentiert werden, allenthalben verbinden sie sich sachbezogen zu einzelnen inhaltlichen Themata (z.B. Qualitätssicherung im Gesundheitswesen) mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen. Dabei findet allerdings bislang keine Querschnittsverbindung zwischen den einzelnen soziologischen Beiträgen statt.

Eine solche Verbindung der einzelnen soziologischen Beiträge zu einer „Soziologie des Gesundheitssystems“ ist aber erforderlich, wenn man die Gesundheitssystemforschung nicht kampfflos allein der Gesundheitsökonomie überlassen will. Eine solche Verbindung der einzelnen Beiträge kann nur theoriegeleitet stattfinden. Es ist gerade ein Vorzug der Soziologie gegenüber anderen wissenschaftlichen Disziplinen, daß insbesondere theoretischen Fragestellungen immer besondere Aufmerksamkeit gewidmet wurde, um so erstaunlicher ist, daß in der Medizinsoziologie und damit auch in den soziologischen Beiträgen zur Gesundheitssystemforschung eher detailistische empirische Beiträge vorliegen und zusammenfassende theoriegeleitete Arbeiten fast gänzlich fehlen. Manfred Pflanz sprach schon 1979 von einem „Theoriedefizit“ der Medizinsoziologie (Pflanz 1979, S. 241) und bereits 1959 konstatierten die amerikanischen Medizinsoziologen George G.Reader und Mary E.W.Gross, daß es für die Medizinsoziologie von entscheidender Bedeutung sein wird, die volle Breite der existierenden soziologischen Theorie auch in der Medizinsoziologie anzuwenden (Reader, Gross 1959). Malcolm L. Johnson fordert, daß die Medizinsoziologie in Theorie und Empirie in ständigem gegenseitigen Austausch mit der Mutterdisziplin (der Soziologie) stehen müsse, um Wissentransfers von der Mutterdisziplin zur Medizinsoziologie aber auch umgekehrt von der Medizinsoziologie zur Mutterdisziplin zu ermöglichen. Kritisch hebt er allerdings hervor, daß die Medizinsoziologie von einer solchen Armut theoretischer Arbeiten gekennzeichnet sei, daß sie bisher kaum etwas zum theoretischen Vorrat der Mutterdisziplin beigetragen habe (Johnson 1975).

Dieses Theoriedefizit in der soziologischen Gesundheitssystemforschung ist um so bemerkenswerter, als gerade in der Soziologie die funktionalistische Systemtheorie einen sehr hohen Entwicklungsstand erreicht hat und das Gesundheitssystem quasi wie eine reife Frucht sich anbietet, nach Maßgabe systemtheoretischer Grundlagenkonzepte durchanalysiert zu werden. Eine theoretische Fundierung einer Soziologie des Gesundheitssystems könnte dabei die „missing links“ zwischen den einzelnen empirischen Beiträgen liefern und gleichzeitig als Problematisierungs- und Forschungsgenerator wirken. Eine Adaptierung einer Theorie sozialer Systeme (Luhmann 1987) auf das spezifische Sozialsystem „Gesundheitswesen“ kann einerseits das theoretische Defizit der soziologischen Gesundheitssystemforschung beseitigen und andererseits auch Transfereffekte für die allgemeine Theoriekonstruktion erbringen, weil sich ja das kategoriale Gefüge der systemtheoretischen Theoriekonstruktion immer wieder an real existierenden Sozialsystemen (wie dem Gesundheitswesen) bewähren muß.