

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 iatrotechnisch³⁰ oder als biomedizinisch³¹ 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 Kleinmanns 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 Kötzing (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, 1999³³

Gesamtzahl	rund 287000
in eigener Niederlassung	rund 117000
Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren (ZÄN)	ca. 8000
Zentralverein Homöopathischer Ärzte	ca. 3000
Deutsche Ärztesgesellschaft 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 heterodox³⁴ 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 »Alar-mismus« 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-