

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. Verbraucherschutz³⁶ 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 skizzierten 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.