

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 Spezialisierungsgrades, 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 *Leistungsbasis* 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 Qualitätskontrolle benannt (ebd.: 166 ff.) – systemische Fehlentwicklungen, die noch heute im Fokus der gesundheitspolitischen Debatten stehen (vgl. Blanke 1994; Bandelow 1998; Lamenek/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: »Wozu 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, handle 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 zielt 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