

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).

Laien-Überweisungsstruktur	Laienkultur	
	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).

Grad der Abweichung	Legitimität		
	Illegitim (stigmatisiert)	Bedingt legitim	Bedingungslos legitim
Gering-fügige 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
Schwer-wiegende Abweichung	Zelle 4: »Epilepsie« Aussetzung einiger gewöhnlicher Verpflichtungen; Annahme neuer Verpflichtungen; wenige oder keine neuen Privilegien	Zelle 5: »Lungen-entzündung« 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 Paraprofessionen³ 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