

regulierender Kontrolle: Bio-Politik der Bevölkerung [...]» (Foucault 1977/1976: 166). Hier habe die Ära der Bio-Macht begonnen.

Armstrong nun verfolgt die Geschichte des medizinischen Blicks und der Bio-Macht weiter bis in unsere Gegenwart und schließt auch die Soziologie in seine Betrachtung mit ein. Die Ausdehnung der Disziplinierung zum Ende des 18. Jahrhunderts auf immer weitere Bereiche der Gesellschaft habe eine neue Macht entstehen lassen, neues Wissen und eine neue Körperkonzeption. Seit sich der medizinische Blick auch auf individuelle Idiosynkrasien und auf die Subjektivität erstreckt habe, seien auch der Soziologie neue Möglichkeiten erschlossen worden. Neue Umfragetechniken könnten persönliche Meinungen messen, und andere Ansätze widmeten sich noch direkter der Subjektivität von Patienten: »Proponents of interaction analysis, participant observations, ethnomethodology, and other more naturalistic methods, have, within the last decade, been critical of dehumanising aspects of medicine and of sociology itself; and yet the effect of their stance is to have strengthened the power of gaze of the new medicine to the essentially subjective« (Armstrong 1983: 114). Interaktionistische Soziologen hätten z.B. Ärzte darin bestärkt, chronische Krankheit als ein Problem des Wandels von Morbidität zu sehen statt als Erfindung des medizinischen Blicks (ebd.: 114f.).¹³

Feministische Medizinsoziologie

Feministische Theorien stellen zumeist Varianten ›großer« allgemeinsoziologischer und/oder politischer Theorien dar. Sie teilen mit vielen Konstruktivismen die sozialkritische Grundposition. Der Feminismus als Emanzipationsbewegung der Frauen geht auf das späte 18. Jahrhundert zurück, als Olympe de Gouges (1748–1793) ihre *Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne* (1791) verfasste und Mary Wollstonecraft (1759–1797) mit *A Vindication of the Rights of Woman* (1792) hervortrat. Charles Fourier (1772–1837) stellte die These auf, dass der Grad der Befreiung der Frau Prüfstein einer jeden Gesellschaft und allgemeinsten Maßstab der menschlichen Emanzipation sei. Die Frauenbewegung setzte in Deutschland nach 1848 ein. In dieser Phase wurden

z. B. die medizinische Unterversorgung von Unterschicht-Patientinnen und die akademische Ausbildungsverweigerung für Frauen kritisiert, später auch das Abtreibungsverbot. In der zweiten Phase nach dem Epochenjahr 1968 wurde die Medizin dann in ihrer ganzen Breite diskutiert. Der Feminismus in den USA entwickelte drei zunächst politisch motivierte und differenzierte Ansätze: den sozialistischen, den liberalen und den »radikalen« (vgl. Zalewsky 1990). Während der erstere spätestens nach dem Zusammenbruch der sozialistischen Staaten im Jahr 1989 bedeutungslos wurde, sind die beiden anderen zumindest als Orientierungen noch unterscheidbar (wobei die US-amerikanische Begrifflichkeit von der deutschen durchaus verschieden ist). Der »liberale« Feminismus will in Konkurrenz zu den Männern soziale Rollen besetzen, der »radikale« betont *gender* als Differenz und will das weibliche Geschlecht wissenschaftlich kategorial sowie gesellschaftlich als vom dominanten männlichen unterschieden und in seiner Unterschiedlichkeit als zumindest gleichberechtigt anerkannt wissen.

In der Medizinsoziologie ist während der 1980er Jahre vor allem die Medikalisierung der Frauen thematisiert worden, wobei psychische Erkrankungen und die Fortpflanzungsfunktion im Vordergrund standen. Weitere Studien hatten das Arzt-Patientin-Verhältnis, die Medizintechnik und die Pharmaka zum Gegenstand (vgl. White 1991: 50ff.).

Ein weiteres, in der feministischen Medizinsoziologie häufig behandeltes Thema ist die gesundheitliche Ungleichheit der Geschlechter. In den 1980er Jahren sind Thesen vertreten worden, die Uta Gerhardt grundlegend kritisiert hat: »Obwohl für Männer durchweg eine geringere Lebenserwartung und höhere Mortalität für zahlreiche Diagnosen nachgewiesen ist, wird in der Literatur keine Benachteiligung der Männer konstatiert, und keine Besserstellung der Frauen. Im Gegenteil argumentieren Analysen über frauenspezifische krankheitsfördernde Belastungen, daß Gesundheitsrisiken nachhaltig als Aspekt der Ungleichheit – und zwar zu Ungunsten der Frauen – zu erkennen seien [...]. Hier ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern mit Frauen nachteiligen Chancenungleichheiten schon »erklärt«, bevor die Befunde, die in dieses Raster passen müßten, zur Kenntnis genommen werden« (Gerhardt 1991: 205). Kritiken dieser Art trugen Früchte. So haben z. B. auf empirischer Ebene

neuerdings Johannes Siegrist und Anne Maria Möller-Leimkühler die Thesen von übermäßiger Belastung der Frauen, aber auch von Defiziten der weiblichen Sozialisation kritisiert. Epidemiologische Daten zeigten bei vielen Erkrankungen in der modernen Gesellschaft, »daß Frauen weder gesünder (trotz höherer Lebenserwartung der Frauen um durchschnittlich sieben Jahre) noch kränker sind als Männer, sondern daß sie *unterschiedliche Häufigkeiten für verschiedene Krankheiten* aufweisen. Frauen sind häufiger von akuten und nicht-tödlich verlaufenden chronischen und kurzfristigen Beeinträchtigungen betroffen. Männer erkranken und sterben dagegen häufiger an koronarer Herzkrankheit, Lungen-, Nieren- und Harnwegskrebs, Leberzirrhose, chronischer Bronchitis, Unfällen und Suizid. Frauen sind von psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Neurosen und Angstsyndromen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Bei der Alkoholabhängigkeit ist eine deutliche Zunahme des Anteils der Frauen zu verzeichnen, bei der Medikamentenabhängigkeit liegt die Häufigkeitsrelation von Frauen zu Männern bei 3:1« (Siegrist/Möller-Leimkühler 1998: 104). Die Autoren schlagen vor, diese Differenzen mit unterschiedlichen Risikolagen zu erklären, die aus der gesellschaftlichen Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern resultieren.

Eine neuere Argumentation, an der die Veränderungen feministischer Positionen deutlich werden, ist theoretisch orientiert: Die britischen Soziologinnen Ellen Annandale und Kate Hunt stellen Frauengesundheit in einen allgemeineren gesellschaftlichen Zusammenhang und integrieren dabei den liberalen und den radikalen feministischen Ansatz. Sie propagieren geschlechtervergleichende Studien, statt die *samples* nur aus einem Geschlecht zu nehmen. Sie schlagen vor, Männer und Frauen nicht als isolierte Individuen, sondern als Teile von sozialen Strukturen, wie Haushalte oder Arbeitsplätze, zu sehen. Statt spezieller Rollenkombinationen, z.B. am Arbeitsplatz und zu Hause, solle die Komplexität interagierender Rollen und die Rollenerfahrung von Männern und Frauen untersucht werden. So könne eine eher holistische Perspektive auf Gesundheit in ihrer sozialen Bedingtheit auch unter dem Aspekt der Geschlechterdifferenz entstehen (vgl. Annandale/Hunt 2000: 11).

Hinsichtlich der Erwerbsarbeit, so die Autorinnen, hätten

sich in den letzten fünfzehn Jahren deutliche Verschiebungen in den Geschlechterrelationen ergeben. So hätten sich die Anteile der erwerbstätigen Männer und Frauen an der Bevölkerung angeglichen und sei die Lücke zwischen den Erwerbseinkommen der Vollzeitarbeitenden kleiner geworden. Jedoch beruhe die Angleichung auf einer Erhöhung des Anteils der Teilzeitbeschäftigten, und dies seien meist Frauen. Der Frauenanteil an *top jobs* sei gestiegen (vgl. ebd.: 7). Die Autorinnen referieren im Weiteren Änderungen in der Ausbildung, in der Familienstruktur und der Hausarbeit und reflektieren auf allgemeiner Ebene: »jobs and families are complex variables with good and bad effects on the physical and mental health of women and men. Both are areas for social support, which is beneficial to health; both are sometimes hazardous environments with detrimental physical effects; both produce stress« (Lorber 1997: 27, zit. nach Anandale/Hunt 2000: 18). Alter, sozioökonomischer Status und Ethnizität seien wichtige Parameter der gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern (vgl. Anandale/Hunt 2000: 24). Sie unterscheiden einen traditionellen, einen Übergangs- und einen im Entstehen begriffenen, neuen Ansatz zur Erforschung des Verhältnisses von Gesundheit und Geschlecht. Der traditionelle gehe von der Unterscheidung von *sex* und *gender* aus und fokussiere auf die Exklusion von Frauen aus bestimmten sozialen Rollen etc. Der Übergangsansatz werde zunehmend der Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Männern und Frauen gewahr. Der neue Ansatz integriere die Geschlechterordnung in die soziologische Analyse der Phänomene von Gesundheit und Krankheit (vgl. ebd.: 28). Das Geschlechterverhältnis wird so als Teil der Sozialstruktur begriffen, die in ihrer klassischen Form nur Schicht- und Klassenunterschiede erfasste.

Schichtzugehörigkeit und Gesundheitszustand

Die Zusammenhänge zwischen Schicht- oder Klassenzugehörigkeit und anderen Variablen sind als »soziale Ungleichheiten« klassische Gegenstände der Soziologie. Epidemiologische Daten zeigen bei Mortalität in der modernen Gesellschaft deutliche »soziale Schichtgradienten«: »je höher der