

die Globalisierung der Medizin. Der Bezug zu allgemeinsoziologischen Debatten wird auch in diesen Kapiteln gesucht. Der Schluss bietet einen Ausblick auf weitere Themen und Entwicklungen der Medizinsoziologie.

Strukturfunktionalismus

»Der Strukturfunktionalismus [...] betrachtet Gesellschaft als ein relativ geschlossenes [...] Handlungssystem, das durch die strukturelle Interdependenz seiner Elemente (›unit act, Rolle, Status, Institution) eine funktionale Einheit bildet« (Kiss 1973: 164). Parsons ist die zentrale Figur im Strukturfunktionalismus. Er identifizierte vier funktionale Imperative für jedes Sozialsystem: *pattern maintenance*, *goal-attainment*, *adaptation*, *integration*.

Seinen zentralen, die moderne Medizinsoziologie begründenden Text hat Parsons als Fallstudie zur allgemeinen strukturfunktionalistischen Theorie geschrieben. In »The Social System« (1951) entwickelt Parsons zunächst eine allgemeine Theorie sozialer Systeme. Es folgen Ausführungen zum Erlernen von Rollenerwartungen, zum devianten Verhalten und zu Mechanismen sozialer Kontrolle. Dabei geht er auch kurz auf den psychotherapeutischen Prozess ein (vgl. ebd.: 301ff.) sowie auf Krankheit als Devianz (vgl. ebd.: 312ff.). Das zehnte Kapitel mit dem Untertitel »Der Fall der modernen medizinischen Praxis« wurde zum Begründungstext der modernen Medizinsoziologie. Parsons hatte, von Harvard finanziert, Feldforschung zur Medizin in Boston und Umgebung betrieben, seine Resultate jedoch nicht eigens publiziert (vgl. Parsons 1951: 428 Fn. 2).¹

Dieses Kapitel handelt vom funktionalen Rahmen und von der kulturellen Tradition der Medizin. Gesundheit wird als funktionales Erfordernis für die Gesellschaft und für jedes Individuum gesehen; Krankheit aber sei kein reines Naturphänomen, sondern enthalte auch Motivationsmomente. Insofern sei sie teils biologisch, teils sozial bestimmt. Die Medizin stelle sich als Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse auf die Probleme von Gesundheit und Krankheit dar (vgl. Parsons 1958b: 12). Die unmittelbar relevanten sozialen Strukturen bestünden in der Arztrolle einerseits und der Patientenrolle andererseits. Parsons geht dann auf das

patterning dieser Rollen ein, das der kulturellen Tradition sowie funktionalen Erfordernissen entspreche. Des Weiteren schildert er die Situation des Patienten² und die des Arztes. Erstere sieht er durch Hilflosigkeit und Hilfsbedürftigkeit geprägt: Kranke sind nicht befähigt, sich selbst zu helfen, jedenfalls sei das, was sie tun, nicht situationsadäquat. Ferner erschwert ihre Betroffenheit ein rationales Urteil. Komplementär dazu ist die Situation des Arztes beschaffen: Er verfügt über medizinische Kenntnisse und kann insofern helfen. Die Hilflosigkeit des Patienten und die Notwendigkeit, vollständigen Zugang zu dessen Körper zu erhalten, erfordern jedoch eine Reihe von professionellen Verhaltensweisen (*pattern variables*), die Parsons nun weiter auffächert. Sie erst ermöglichen als Wahlalternativen das *pattern maintenance* der Handelnden. Es sind dies im Einzelnen:

1. Emotionalität vs. emotionale Neutralität;
2. Kollektivitätsorientierung vs. Selbstorientierung;
3. Partikularismus vs. Universalismus;
4. Vorgegebenheitsorientierung vs. Leistungsorientierung;
5. funktional diffuse Orientierung vs. funktional spezifische Orientierung (vgl. ebd.: 55).

Erst gegen Ende des Kapitels kommt Parsons auf Krankheit als abweichendes Verhalten zu sprechen, das der sozialen Kontrolle unterworfen wird (vgl. ebd.: 52f.). Die moderne Medizin mit ihrer Rollenstruktur von Arzt und Patient erfüllt damit für Parsons die funktionalen Imperative eines jeden Sozialsystems: *pattern maintenance* in den fünf *pattern variables*; *goal-attainment* in der Motivation der Akteure, zu heilen bzw. geheilt zu werden; *adaptation* an das funktionale Erfordernis der Gesundheit und an die Leistungsorientierung; *integration* als Korrektur abweichenden Verhaltens.

In einer Reihe weiterer Texte hat Parsons die Thematik seiner Analyse ausgedehnt. So sieht er z. B. die Gesundheitsmotivation vor allem in der Leistungsfähigkeit (vgl. Parsons 1964a, 1964b). Die Kooperation von Hausärzten und Krankenhäusern werde immer wichtiger (vgl. Parsons 1963), die Bedeutung von Psychologie, Soziologie und Anthropologie für die medizinische Forschung nehme zu, und der Hausarzt bedürfe einer psychiatrischen Grundausbildung (vgl. Parsons 1960). Die Asymmetrie im Verhältnis zwischen Arzt und Patient ähnele der zwischen Eltern und Kindern (vgl. Parsons 1975: 274).

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.).