

ten- und Unfallversicherung, zu 5,8 % von der Gesetzlichen Pflegeversicherung und zu 10,7 % von den Öffentlichen Haushalten getragen. Die parafiskalischen und fiskalischen Träger waren also insgesamt zu 72,8 % beteiligt. Dem standen die Arbeitgeber mit 12,7 %, die privaten Haushalte mit 8,8 % und die private Krankenversicherung mit 5,6 % gegenüber. 1992 waren diese Relationen ähnlich gewesen (vgl. Bandelow 1998: 21).

Die Zahl der stationär Behandelten ist von 1996 bis 1998 um 4,8 % gestiegen, während die Gesamtkosten je Patient um 2 % sanken. Es hat einen Abbau von Krankenhausbetten um 3,7 % gegeben, und das Krankenhauspersonal ging insgesamt um gut 2 % zurück. Dabei nahm das ärztliche Personal um 3,3 % zu, während das nichtärztliche Personal ohne Pflegekräfte um 1,9 % und das Pflegepersonal um 1,7 % abnahm. Die Kosten für die Krankenhäuser stiegen insgesamt um 2,5 % und pro Pfl egetag sogar um 4,6 %, gingen jedoch pro Patient um 2 % zurück. Die Erhöhung des Patientendurchlaufs bei Senkung der Verweildauer und Gesamtkosten war politisch gewollt.

Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte ist zwischen 1970 und 1998 um mehr als 100 %, zwischen 1996 und 1998 aber lediglich um 2,8 % auf rund 287000 gestiegen; die Frauenquote lag 1998 bei 36,4 %. Die hohen Steigerungsraten der Vergangenheit gaben Anlass, von einer ›Ärztenschwemme‹ zu sprechen und die Kassenzulassungen zu beschränken. 1995 waren von insgesamt 274000 Ärztinnen und Ärzten 111000 oder 40,5 % niedergelassen; dieser Anteil hatte 1960 noch ca. 55 % betragen. Etwa 133000 oder 48,5 % waren im Krankenhaus tätig – 1960 waren es nur rund 28 % gewesen; 11000 oder 4 % waren 1995 bei Behörden oder Körperschaften angestellt (vgl. ebd.: 56f.).

Die Veränderungen des deutschen Gesundheitswesens während der letzten Jahrzehnte kommen also auch in den Statistiken zum Ausdruck.

Experten und Laien im Gesundheitswesen

Expertisierung wird in vielen Feldern der gegenwärtigen Gesellschaft beobachtet; sie gilt geradezu als ein Charakteristikum der Moderne. Doch sind in den Jahrzehnten nach dem

Zweiten Weltkrieg eine Reihe von gesellschaftlichen Veränderungen zu beobachten, auf die die Sozialwissenschaften mit Begriffen wie »post-industrielle Gesellschaft« (vgl. Touraine 1972/1969; Bell 1976/1973) oder »reflexive Moderne« (vgl. Beck 1986; Giddens 1995/1990) reagiert haben. Diese Veränderungen beziehen sich z.B. auf ökonomische Strukturen (Zunahme der Wertschöpfung durch Dienstleistungsberufe zu Lasten der industriellen Tätigkeiten), auf die Sozialstruktur (Abnahme der gesellschaftlichen Bedeutung der Schichten zugunsten der Milieus und Individuen etc.), aber auch auf den Charakter der Gesellschaft allgemein: die Industriegesellschaft gehe in eine Risiko- (vgl. Beck 1986), eine Erlebnis- (vgl. Schulze 1992) oder eben eine Wissensgesellschaft über (vgl. Stehr 1994). Diese neue Stufe der Modernisierung wird meist durch eine Zunahme der Bedeutung von Expertenberufen und -wissen charakterisiert. So hat etwa Daniel Bell das theoretische Wissen als »axiales Prinzip« der post-industriellen Gesellschaft bezeichnet (vgl. 1976/1973: 192) und von der »Wissensklasse« der Experten gesprochen (ebd.: 220ff.). Während Luhmann die »Modernität der Wissenschaft« eher relativiert (1990a: 702ff.) und Experten in seiner Gesellschaftsanalyse kaum vorkommen,²⁷ hält der ebenfalls systemtheoretisch argumentierende Helmut Willke Wissen und Expertise für ein zentrales Moment der gegenwärtigen sozialen Entwicklung: Wissen als Operationsform der Netzwerk-Koordination, die den Koordinationsformen Hierarchie (Staat) und Markt überlegen sei (vgl. 1995: 137). Funktionssysteme bildeten jeweils spezifische professionelle und organisatorische Expertiseformen aus (vgl. ebd.: 54). Willke spricht allgemein von einer Tendenz zur Ausprägung einer Wissensgesellschaft. Dies ist für Nico Stehr das zentrale Thema. Im Anschluss an Bell, aber auch an Max Weber (1864–1920) und dessen Theorie bürokratischer Herrschaft betont Stehr den Charakter der postindustriellen Gesellschaft als einer Wissensgesellschaft. Die bestimmt Stehr wie folgt: Wissenschaftliches Wissen penetriere die meisten sozialen Handlungssphären; es ersetze zunehmend anderes Wissen und werde von einer wachsenden Expertenschicht vermittelt, die zunehmend Autorität genieße; Wissen werde selbst ein neuer Produktionssektor und Basis für soziale Ungleichheit, aber auch für Solidarität (vgl. Stehr 1994: 10f.).

In dieser Passage wird bereits die große Bedeutung ersichtlich, die Stehr der Expertise und den Experten in der entstehenden Wissensgesellschaft beimisst. Auch im Gesundheitswesen wird die Bedeutung der Experten deutlich: Döhler und Manow (1997: 147) verweisen darauf, dass Ärzteverbände und Krankenkassen »auf der Referenten- und zunehmend auch auf der Führungsebene« Expertenstäbe etabliert und akademisch ausgebildetes Personal rekrutiert haben. Eine Expertisierung sei auch im Bundesparlament hinsichtlich der Gesundheitspolitik als besonderem Zweig der Sozialpolitik zu beobachten (vgl. ebd.: 146). Auf die wachsende Zahl von Berufen im Gesundheitswesen habe ich bereits im Kapitel *Professionssoziologie* hingewiesen.

Es findet also eine Expertisierung des Gesundheitswesens statt. Und wie steht es mit den Laien? Um 1800 war die medizinische Szenerie gleichermaßen von Ärzten und Heilern, Patienten und »umstehendem Publikum« bestimmt (Lachmund/Stollberg 1995: 222). In dieser komplexeren Situation war die »soziale Verteilung« kulturellen Wissens (vgl. Schütz/Luckmann 1975: 363) über Krankheit gleichmäßiger, »waren die Grenzen zwischen Experten- und Laienkompetenz noch sehr viel durchlässiger« (Lachmund/Stollberg 1995: 223). Die Rolle eines medizinischen Laien entwickelte sich in den Krankenhäusern erst ab etwa 1800. Die »Erfindung des Krankenhauses für heilbare Kranke« (Stollberg 1999b: 499; vgl. Jütte 1996) brachte eine neue Krankenrolle mit sich; in den Krankenhäusern zentrierte sich seit dem frühen, in der ambulanten Krankenversorgung seit dem mittleren 19. Jahrhundert das soziale Geschehen auf die Beziehung von Patient und Arzt. Es begannen jene sozialen Prozesse, deren Gesamtheit sowohl von Illich als auch von Conrad und Schneider als »Medikalisierung« bezeichnet wurden.

Die Analyse dieser medikalisierten Arzt-Patient-Beziehung steht zu Beginn der modernen Medizinsoziologie im Mittelpunkt. Parsons fasst sie als ein komplementäres Rollengefüge, in dem der Arzt die Leistungs- oder Expertenrolle und der Patient die Publikums- oder Laienrolle einnimmt. Ähnliche Gefüge finden wir in den meisten Funktionssystemen der modernen Gesellschaft (vgl. Stichweh 1988).

Dennoch sind die Wissenssphären von Laien und Experten nicht strikt voneinander getrennt – das hatte Fleck bereits 1935 beobachtet. Laien können durchaus das medizini-

sche Expertenwissen beeinflussen. Schließlich waren sie es, die die medizinische Definition bestimmter, insbesondere psychischer Erkrankungen vorangetrieben haben. Beispiele dafür sind das *post-traumatic stress disorder* amerikanischer Vietnamkriegsveteranen (vgl. Scott 1990; Young 1992) und das Plötzliche-Kindstod-Syndrom (vgl. Johnson/Hufbauer 1982). Und erst unter dem Einfluss der Schwulenbewegung wurde die Homosexualität aus dem amerikanischen *Medical Index* gestrichen (vgl. Conrad/Schneider 1980: Kapitel 7; weitere Beispiele finden sich bei Arksey 1994).

Wenden wir uns nun der Frage zu, ob eine Expertisierung auf Seiten der Patienten stattfindet. Betrachtet Parsons das Arzt-Patient-Verhältnis als Dichotomie von Experte und Laie, so sieht er doch insofern Gemeinsamkeiten in der Ausgestaltung dieser komplementären Rollen, als beide von den *patterns* der emotionalen Neutralität, der Kollektivitätsorientierung, des Universalismus, der Leistungsorientierung und der funktional spezifischen Orientierung geprägt werden (vgl. Gerhardt 1989: 28f.). Das heißt aber nicht, dass die Patienten damit Experten würden. Im Gegenteil, die komplementären Rollen und Verhaltenserwartungen stabilisieren die Dichotomie von Experte und Laie.

Wissenssoziologisch hat Schütz zwischen drei Typen von Wissen unterschieden: dem des Experten, dem des Mannes auf der Straße und – zwischen diesen beiden angesiedelt – dem des gut informierten Bürgers: »Das Wissen des Experten ist auf ein beschränktes Gebiet begrenzt, aber darin ist es klar und deutlich [...]. Der Mann auf der Straße hat ein funktionierendes Wissen auf vielen Gebieten, die aber nicht notwendig miteinander zusammenhängen müssen. Er hat ein Wissen von Rezepten, die ihm sagen, wie er in typischen Situationen typische Resultate mit typischen Mitteln zustandebringen kann [...]; (der gut informierte) Bürger hat seinen Ort zwischen dem Idealtypus des Experten und dem des Mannes auf der Straße. [...] Gut informiert zu sein bedeutet ihm, zu vernünftig begründeten Meinungen auf den Gebieten zu gelangen, die seinem Wissen entsprechend ihn zumindest mittelbar angehen, obwohl sie seinem zuhandenen Zweck direkt nichts beitragen [...] es ist der gut informierte Bürger, der sich als durchaus qualifiziert betrachtet [...], um zu entscheiden, wer ein kompetenter Experte ist, und darüber zu befinden, wer ein Experte ist, und der sich sogar

entscheiden kann, nachdem er die Meinungen des opponierenden Experten gehört hat« (Schütz 1972: 87f.).

Diesem Gedanken ist Walter Sprondel (1979) mit besonderem Blick auf die Medizin gefolgt. Er fasst Professionalisierung und Laisierung als komplementäre Prozesse und unterscheidet zwischen Allgemein- und Sonderwissen, das jedoch nicht mit dem Laien- und Expertenwissen kongruent sei: »Es ist erst dieses Verhältnis zwischen einem spezialisierten Sonderwissen und entsprechenden Inhalten des Allgemeinwissens, auf dem dann auf der Ebene der sozialen Organisation eine Experten-Laien-Beziehung aufbauen kann. Damit ist es auch nicht länger nötig, Laien bloß negativ, durch fehlenden Besitz eines bestimmten Sonderwissens, zu definieren. Wer ein entsprechendes Spezialwissen nicht beherrscht, wird zum Laien durch positive Elemente seines eigenen Wissensvorrates: zunächst ganz allgemein durch das Wissen, daß es für relevante Probleme umfangreiches und detailliertes Spezialwissen gibt; sodann, daß es zweckmäßig ist, sich dieses Wissens auf geeignete Weise zu bedienen; auch, wer über dieses Wissen verfügt; und schließlich, wie er dies Wissen erworben hat und woran man das erkennen kann« (Sprondel 1979: 148f.).

An diese Überlegungen ist in vielfältiger Weise angeschlossen worden. Ronald Hitzler betont die Unterschiede zwischen Laien und Experten: Laien wüssten nicht nur weniger als Experten, sondern ihr Wissen sei auch anders organisiert: »Laien orientieren sich an als ›konkret‹ geltenden Fakten und verfolgen das, was sie für ›praktische‹ Interessen halten. Experten hingegen ›vernetzen‹ Wissens Elemente und Wissensarten vielfältig und hochroutinisiert [...]« (Hitzler 1994: 23). Diese Dichotomie findet sich auch bei Alois Hahn et al.: Trotz aller unbestreitbaren Erfolge der Medizin seien »habitualisierte Alltagsvorstellungen als Zugangsweisen zu dem Phänomen Krankheit« (1999: 77) keineswegs obsolet geworden, und das liege an der weiterhin offenen und unklaren Krankheitssituation, in der der Patient die Sinnfrage stelle, die der Arzt eben nicht beantworten könne.

Andere Autoren sehen dagegen die Wissensunterschiede zwischen Ärzten und Laien bzw. Patienten eher schwinden. Anthony Giddens (1997/1994) geht von einer Modernisierung der Patientenrolle in der Gegenwart aus. Die Globalisierung und Enttraditionalisierung förderten einerseits das

Eindringen der Wissenssysteme von Experten in viele Aspekte des (postmodernen) Alltagslebens. Diese Invasion verschränke sich jedoch andererseits mit »Reflexivität«, und insbesondere für das Gebiet der Medizin sei eine Skepsis der Laien bezeichnend, die das Vertrauen in den Arzt als Experten nicht etwa unterhöhle, sondern vielmehr in eine aktive Haltung verwandele: »Alle Formen von Expertentum setzen aktives Vertrauen voraus, denn hier tritt jeder Anspruch auf Autorität neben den weiteren Autoritäten, und oft sind die Experten selbst unterschiedlicher Meinung [...]. Das Ansehen der Wissenschaft selbst, das in früheren Stadien der Entwicklung der modernen Institutionen von entscheidender Bedeutung war, wird von eben der skeptischen Einstellung untergraben, die selbst der Antrieb des wissenschaftlichen Vorgehens ist. [...] Wer z.B. Probleme mit seiner Gesundheit hat, hält sich auch heute noch vielleicht zunächst an die Schulmedizin und deren Technologie, um diese Probleme loszuwerden. [...] Vor dem Hintergrund aktiver Vertrauensmechanismen könnte es aber auch sein, daß sich der Betreffende entscheidet, eine zweite oder dritte Diagnose einzuholen. Außerhalb der Schulmedizin gibt es eine Fülle alternativer Behandlungsmethoden und Therapien, die um Beachtung ringen [...]« (Giddens 1997/1994: 138f.; vgl. zur Homöopathie Stollberg 1999a).

Empirische Studien haben gezeigt, dass ärztliche Konsultationen oftmals »Expertengespräche« sind, in deren Verlauf die Ansichten der Patienten bestätigt werden (vgl. Tuckett et al. 1985: 148). »What happens [...] is a *modification* of the division of knowledge and skills between the physicians and patients. A clear division between their seemingly fundamentally different competences becomes more and more *fractal* [...]« (Willems 1992: 113). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Sprachwissenschaftlerin Elisabeth Gülich: »Die Analyse von empirisch erhobenen Daten aus authentischen Kommunikationssituationen führt zu einer Relativierung der Begriffe »Experte« und »Laie«, und zwar in doppelter Hinsicht: Zum einen wird deutlich, daß auch die »Laien« ein spezifisches Wissen an die Experten zu vermitteln haben [...]; zum anderen zeigt sich, daß für die Kommunikation vor allem wichtig ist, wie Experten- und Nicht-Expertenrollen in der Interaktion konstituiert werden« (Gülich 1999: 187). Die britischen Medizinsoziologen Simon J. Williams und Michael

Calnan sprechen vom »re-skilling« der Patienten in der Gegenwart (1996: 263). Über diesbezügliche Schicht- und Milieudifferenzen liegen aber bisher kaum Studien vor (vgl. D'Houtaud/Field 1995).

Ich fasse zusammen: In Krankenkassen und Verbänden hinsichtlich der Gesundheitspolitik auch im Parlament ist eine Expertisierung zu beobachten. Doch medizinisches Experten- und Laienwissen sind nicht mehr streng voneinander geschieden, und manche Autoren sprechen gar von einer Expertisierung der medizinischen Laien.

Gesundheit als soziologischer Gegenstand

Die amerikanische Sozialpsychologin Wendy S. Rogers (1991: 208f.) hat unter medizinischen Laien acht Typen von Gesundheitsvorstellungen identifiziert. Es handelt sich um:

- »1. The ›body as machine‹ account, within which illness is regarded as naturally occurring [...], and modern bio-medicine is seen as the only valid source of effective treatment [...].
2. The ›body under siege‹ account, in which the individual is sent to be under threat and attack from germs and diseases, [...] and the ›stress‹ of modern life [...].
3. The ›inequality of access‹ account, [...] concerned about the unfair allocation of [...] benefits [...].
4. The ›cultural critique‹ account, based upon a [...] world-view of exploitation and oppression [...].
5. The ›health promotion‹ account, which [...] stresses the wisdom of adopting a ›healthy lifestyle‹ [...].
6. The ›robust individualism‹ account, which is more concerned with the individual's right to a ›satisfying life‹ [...].
7. The ›God's power‹ account, within which health is a product of ›right living‹ and God's care [...].
8. The ›willpower‹ account, which [...] stresses the moral responsibility of the individual to use their ›will‹ to maintain good health [...].«

Dem ließen sich gewiss weitere hinzufügen (vgl. Stollberg 1997: 211). Wie aber hält es die Soziologie mit der Gesundheit? Seit langem schon im Fokus der angelsächsischen Medizinsoziologie (vgl. z.B. Morgan et al. 1985: 37ff.; Nettleton 1995: 36ff.) wird ›Gesundheit‹ in Deutschland erst seit den