

Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie
= Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 6 (1980)

Heft: 3

Artikel: Die Bedeutung lebensgeschichtlicher Belastungen in der Arzt-Patient-Beziehung

Autor: Siegrist, Johannes

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-814479>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 20.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

DIE BEDEUTUNG LEBENSGESCHICHTLICHER BELASTUNGEN IN DER ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG

Johannes Siegrist

Abteilung Medizinische Soziologie, Universität Marburg, Robert-Koch-Str. 7a,
3550 Marburg, BRD.

Erkenntnisgegenstand der Medizinsoziologie sind die sozialen Bedingungen von Entstehung, Verlauf und Bewältigung von Krankheiten sowie die sozialen Bedingungen gesundheitsfördernder Verhaltens- und Befindensweisen. Diese Definition verlangt zwei fundamentale Ergänzungen :

1. Wenn von sozialen Bedingungen die Rede ist, dann muss diese Wissenschaft in der Lage sein, theoretisch und methodisch nachzuweisen, wie Ereignisse und Tatsachen, die sich ausserhalb von Individuen erfassen lassen (z. B. soziale Lage), sich innerhalb von Individuen realisieren und auswirken. Sie muss also, mit andern Worten, eine Verknüpfung zwischen gesellschaftlicher Situation und individuellem Befinden bzw. dem somatischen Reaktionsspektrum herstellen können.

2. Wenn von Krankheit die Rede ist, dann muss die Nähe oder Distanz zu medizinischem Wissen und medizinischen Vorstellungen definiert werden. Hierbei lassen gewissermassen zwei Extreme denken. Einmal : Medizinsoziologie beschränkt sich darauf, soziale Faktoren in medizinische Denkmodelle und analoge Datensammlungen einzuführen und damit als eine Subdisziplin unter anderen additiv zur Erklärung eines medizinischen Problems beizutragen. Zum andern : Medizinsoziologie weist nach, dass "Krankheit" unter Unständen selbst ein Produkt ärztlichen Handelns, z. B. ärztlicher Definitionsmacht ist. Man denke hierbei an Begriffe wie "klinische Mentalität", "soziale Kontrolle", "apostolische Funktion des Arztes".

Das heisst : Die Analyse von Problemen der Krankheitsentstehung und des Krankheitsverlaufs muss ärztliches Wissen und Handeln als Teil einer soziologisch zu reflektierenden Realität mit einbeziehen.

Unter Berücksichtigung dieser ergänzenden Ausführungen zum Erkenntnisgegenstand dieser Disziplin lässt sich zusammenfassend sagen : Der besondere heuristische Beitrag der Medizinsoziologie liegt in dieser Doppelfunktion : einmal als Subdisziplin bei medizinischer Problemanalyse mitzuwirken, zum andern methodisch kontrollierte Dauerreflektion ärztlichen Handelns zu sein.

Ich möchte in dem heutigen Beitrag diese Doppelfunktion an einem konkreten Forschungsthema darstellen und diskutieren : Der Bedeutung lebensgeschichtlicher Belastungen in der Arzt-Patient-Beziehung. Damit soll gewissermassen auch eine Zwischenbilanz gezogen werden zu einer mehrjährigen intensiven Forschungstätigkeit einer medizinsoziologischen Institution, die selbst Teil einer medizinischen Fakultät, das heisst eines medizinischen Wissens- und Handlungszentrums ist. Es sollen somit exemplarisch Chancen und Grenzen einer Kooperation zwischen Medizin und Soziologie verdeutlicht werden.

Meine Ausführungen gliedern sich in zwei Teile : Im ersten Teil werden, ausgehend von einer kurzen Charakterisierung des vorherrschenden Krankheitsverständnisses in der gegenwärtigen Medizin, Forschungsergebnisse zur Bedeutung psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Entstehung und Verlauf einer gesundheitspolitisch wichtigen Erkrankung, des Herzinfarktes, dargestellt. Aus Zeitgründen beschränke ich mich im wesentlichen auf eine kurzgefasste Übersicht über jüngste, soeben abgeschlossene Untersuchungsergebnisse aus unserem Institut. Im zweiten Teil wird nochmals an die einführenden Bemerkungen angeknüpft : Es wird gezeigt, dass ein somatologisches Krankheitsverständnis Folgerungen für die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung nahelegt, welche praktisch keinen Raum für eine adäquate Artikulation und Behandlung derjenigen Belange zulassen, die exemplarisch als bedeutungsvoll dargestellt worden sind : man könnte verkürzt sagen, dass in der Arzt-Patient-Beziehung in der Regel die Krankheitsgeschichte, nicht jedoch die Krankengeschichte vorgesehen ist. Empirische Forschungsergebnisse zur Diskrepanz zwischen Informationsbedürfnissen von Patienten und Aufklärungsabsichten von Ärzten werden in diesem Zusammenhang in aller Kürze dargestellt.

Während der erste Teil des Vortrages somit einen Beitrag zur interdisziplinären Arbeit der Medizinsoziologie verdeutlicht, zeigt der zweite Teil produktive und kritische Momente der Distanziertheit soziologischen Denkens gegenüber ärztlichem Handeln.

Im Schatz unserer Alltagssprache sind noch heute Wendungen vorhanden wie "Das gebrochene Herz" oder, weniger dramatisch "Die Aufregungen, die auf den Magen schlagen".

Der naturwissenschaftlichen Medizin erscheinen solche Ausdrucksweisen als Folklore, die man in die Nähe magischer Vorstellungen wie "Hexenschuss" und "Besessenheit" bringen kann. Denn Krankheit wird seit dem grossen Durchbruch der naturwissenschaftlichen Medizin im 19. Jahrhundert als innerorganisches Geschehen betrachtet, als Folge einer Funktionsstörung oder als pathologischer Prozess, der auf zellulärem Niveau abläuft. Keime und Erreger schädigen den Organismus, dessen Resistenz nicht ausreicht. Die Analyse entzündlicher Prozesse ist Aufgabe verschiedener Disziplinen, wie Physiologie und Biochemie, Bakteriologie und Virologie. Sie alle befassen sich mit Mikroprozessen des Organismus bzw. einzelner Organsysteme. Der Zusammenhang von Umwelt und Organismus, ja von Umwelterleben und körperlicher Reaktion, geht einer ganzen, in Teilbereichen allerdings extrem erfolgreichen Epoche der Medizin vollständig verloren.

Zwei grundlegende Entdeckungen in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts knüpfen an das skizzierte vorwissenschaftliche Verständnis eines Zusammenhangs von psychosozialen Belastungen und Krankheitsausbruch an. Die erste Entdeckung ist mit dem Namen des amerikanischen Physiologen Walter Cannon verbunden. Dieser Forscher zeigte an experimentellen Untersuchungen bei Tieren, dass bestimmte Herausforderungen wie heftige Angriffe und Bedrohungen zu Kampf- oder Fluchtreaktionen führen, die regelmässig ein körperliches Reaktionsmuster hervorrufen, das den Organismus in extremen Fällen oder bei häufiger Wiederholung schädigen bzw. zum Tode führen kann. Cannon wies nach, dass zentralnervöse

Erregungen aufgrund bestimmter sozialer Reize (z. B. Angriff) im Hypothalamus, einer Gehirnregion, zur Freisetzung chemischer Botenstoffe führen, die ihrerseits die Hypophyse aktivieren und zur vermehrten Produktion der Hormone Adrenalin und Noradrenalin im Nebennierenmark und ihrer Ausschüttung ins Blut anregen. Gleichzeitig wird die Tätigkeit des sogenannten sympathischen Nervensystems gesteigert. Folgen dieser neurohormonelle Reaktion sind unter anderem Erhöhung von Puls- und Blutdruck, Steigerung des Herzstoffwechsels, Veränderung der Blutgerinnungsneigung. Es ist einleuchtend, dass lange und intensive Exposition gegenüber solchen Reizen auf diese Weise zu einer Schädigung des Herz-Kreislauf-Systems führen kann.

Eine zweite, teilweise überlappende Entdeckung hat der ungarisch-kanadische Forscher Hans Selye, von vielen als Vater der Stressforschung betrachtet, gemacht. Er fand bei endokrinologischen Untersuchungen an Ratten einen weiteren Mechanismus der Stressreaktion. In Situationen extremer Bedrohung, die den Organismus in die Nähe eines Kontrollverlustes bringen, wird offensichtlich über die beschriebene Achse Hypothalamus-Hypophyse-ACTH-Nebenniere ein Hormon verstärkt gebildet, welches zur Produktion von Corticosteroiden durch die Nebennierenrinde führt. Diese biochemischen Substanzen verändern u.a. den Kohlehydratstoffwechsel, hemmen die Immunabwehr und sind, in grosser und dauerhaft produzierter Menge, für verschiedene Störungen und Krankheitsrisiken mit verantwortlich, so insbesondere eine erhöhte Anfälligkeit gegen Infektionen, möglicherweise auch gegen onkogene Prozesse.

Die Entdeckungen von Cannon und Selye haben drei Wege sichtbar gemacht, auf denen bestimmte Umwelterfahrungen, insbesondere Herausforderungen und Bedrohungen im sozialen Feld, über das zentrale Nervensystem und über neurohormonelle Reaktionen auf einzelne Organsysteme schädigend einwirken können :

1. Die Sympathikusaktivierung
2. Die Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin ins Blut und ihre potentiell schädigenden Wirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem und
3. Die Produktion von Corticosteroiden in der Nebennierenrinde mit den möglichen Folgen einer Minderung der Immunabwehr

Damit ist eine systematische, wissenschaftlich fundierte Verbindung von Umweltbelastungen (Stressoren) und Organismus geschaffen worden. Es ist also legitim, Krankheit im Koordinatensystem von Umweltanforderungen, Erlebnisweisen und körperlichen Reaktionen zu analysieren.

Trotz dieser grundsätzlichen Klärung hat die Forschung erst in den letzten 15 Jahren angefangen, solche sozio-psychosomatischen Zusammenhänge systematisch zu erforschen. Im einzelnen sind viele Forschungsfragen noch ungeklärt, sowohl hinsichtlich einzelner Mechanismen, hinsichtlich ihres pathophysiologischen Gewichtes und ihrer zeitlichen Dynamik wie auch hinsichtlich einer differential-diagnostischen Bewertung verschiedener neurohormoneller Reaktionen. Eine effektive Forschung in diesem Gebiet verlangt neuartige Formen interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen biochemischen, physiologischen und psychosozialen

Disziplinen, zwischen Grundlagenwissenschaften, klinischer und epidemiologischer Forschung.

Eine geeignete Einstiegsstelle für eine so konzipierte Forschung bietet die sogenannte Lebensereignisforschung. Die Grundannahmen dieser Forschungsrichtung lassen sich kurz folgendermassen formulieren :

1. Ereignisse, welche die normale Lebensroutine unterbrechen, erfordern eine erhöhte Anpassungsleistung des dadurch betroffenen Menschen.
2. Dies gilt nicht für alle Ereignisse gleichermassen, sondern in erster Linie für solche, die als unerwünscht, unerwartet, unbeeinflussbar und/oder mit negativen Folgen behaftet erfahren werden.
3. Der Eintritt bestimmter Arten von Lebensereignissen – etwa Trennungserfahrungen, Statusbedrohungen – kann ebenso wie die Anhäufung verschiedener Ereignisse in einer kurzen Zeitspanne für das Individuum so belastend wirken, dass die normalen Bewältigungsmöglichkeiten nicht mehr ausreichen.
4. Emotionale Spannungszustände, exzessive neurohormonelle und pathophysiologische Reaktionen treten daher als Folgezustände gehäuft auf. Sie führen dann, wenn bereits disponierende Risikofaktoren für die Entwicklung einer organischen Krankheit vorliegen, mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit zum nachfolgenden Ausbruch der Krankheit.

Fragen wir nun, welche Zusammenhänge zwischen solchen lebensverändernden Ereignissen und dem Ausbruch von koronaren Herzkrankheiten, insbesondere dem Herzinfarkt, heute bekannt sind.

Retrospektive Studien zum Zusammenhang zwischen Lebensereignissen und nachfolgendem Herzinfarkt sind sowohl bei überlebenden Patienten wie bei nächsten Angehörigen verstorbener Patienten durchgeführt worden. In einem sehr einfachen Verfahren sind die verschiedenen, in einem bestimmten Zeitraum vor Krankheitsausbruch eingetretenen Ereignisse mit Punktewerten versehen worden, welche die Höhe der Belastung in etwa abbilden sollen. Es lässt sich ein deutlicher Anstieg der mittleren Punktewerte in den letzten Monaten vor dem Krankheitsereignis feststellen. Eine amerikanisch-finnische Forschergruppe hat Angehörige von 226 an plötzlichem Herztod Gestorbenen befragt und dabei die Gruppe derjenigen, die schon voher krank war von der Gruppe der unerwartet Verstorbenen unterschieden. Es zeigte sich, dass Patienten mit Vorkrankheiten durchschnittlich höhere Lebensereigniswerte besessen, dass aber der Anstieg der Lebensereigniswerte in den letzten 6 Monaten bei den voher Gesunden wesentlich steiler war. Lebensverändernde Ereignisse scheinen also – das bestätigt auch eine neuere finnische Studie – als beschleunigende Momente einer fatalen Krankheitsentwicklung dort von besonderer Bedeutung zu sein, wo es sich um Erstmanifestationen handelt.

Hinweise auf diesen Zusammenhang konnten auch in einer von uns durchgeföhrten retrospektiven Studie an 380 Infarktpatienten und 190 gesunden Kontrollpersonen gefunden werden. Wir nahmen lediglich 30 bis 55-jährige männliche berufstätige Patienten mit klinisch gesichertem ersten Herzinfarkt zu vergleichbaren Zeitpunkten (2 – 6 Monate nach Erstinfarkt) in unsere Untersuchungsgruppe auf.

Gegenüber den nach Alter und beruflichem Status parallelisierten Kontrollpersonen wiesen die Infarktpatienten hochsignifikant mehr belastende Lebensereignisse in den letzten zwei Jahren auf. Ein knappes Drittel aller Infarktpatienten erlebte drei und mehr belastende Ereignisse, während es bei den Gesunden nur etwa jeder Siebte war. Interessant ist ferner, dass 26% aller belastenden Ereignisse bei den Infarktpatienten im letzten Vierteljahr vor dem Infarktausbruch eintraten. Auch hier zeigt sich also eine deutliche zeitliche Klumpung.

In der Infarktgruppe treten aber nicht nur insgesamt mehr Ereignisse auf, sondern auch schwerere Schicksalsschläge. Schwere, den eigenen sozialen Status, die soziale Verortung und biographische Kontinuität bedrohende Ereignisse kommen bei Infarktpatienten 1,8 mal so oft vor wie bei Gesunden. Ereignisse im Arbeitsbereich treten sogar 2,4 mal so häufig auf.

Um Ihnen einen Eindruck von der Belastungswirkung solcher Geschehnisse zu vermitteln, möchte ich einige wörtlich mitgeschriebene Kommentare aus unseren Befragungen vorlesen :

“Ein Kollege von mir, mit dem ich eng befreundet war, ist drei Wochen vor meinem Infarkt plötzlich auf dem Arbeitsweg tödlich verunglückt. Das war der grösste Schock meines Lebens. Noch heute denke ich stets daran.”

“Der Sohn wollte das Studium hinschmeissen. Ich habe für ihn gespart, ich hoffte, dass er einmal eine angenehmere Arbeit haben würde als ich... Ich hab hundertprozentig an ihn geglaubt. Mich hat's bald aus dem Häuschen gerissen, als er das sagte. Ich war enttäuscht.”

“Mein Chef hatte mir versprochen, mich zum Leiter eines Betriebes zu machen, einer Druckerei. Das war immer mein Traum gewesen. Er hat sein Versprechen gebrochen, ganz plötzlich, von einem Tag zum andern. Es hat mich ins Mark getroffen, es war eben mein Traum gewesen. Es hat mich unheimlich erwischt. Von da an ging's bergab. 80 Zigaretten pro Tag.”

“Der Tod meines Bruders hat mich sehr mitgenommen. Danach kam die Scheidung. Alles zusammen war das Schlimmste. Es war das Ende. Ich hab's nie richtig verkraftet. Es war toll. Ich denke (jetzt noch) jeden Tag daran. Es kommt alles durch den Kopf.”

Infarktpatienten schätzen vergleichbare Ereignisse in ihrer Belastung nicht höher ein, als Gesunde, wenn man die Anzahl der eingetretenen Ereignisse konstant hält. Wir konnten dies mit einer eigens entwickelten Methodik zur Messung der Belastungswirkung lebensverändernder Ereignisse belegen. Dagegen zeigt sich generell : Je mehr Ereignisse jemand erlebt, desto höher werden die Summenwerte subjektiver Belastungseinschätzung. Je mehr Ereignisse in einer relativ kurzen Zeitspanne eintreten, desto eher erschöpft sich offenbar das Bewältigungspotential, desto höher wird die Verwundbarkeit.

Psychosoziale Belastungen in der prämorbidien Phase eines frühzeitigen Herzinfarktes beschränken sich jedoch nicht auf subakute und akute Belastungen. Aus vielen retrospektiven und einer Reihe prospektiver epidemiologischer Studien ist inzwischen hinlänglich bekannt, dass ein bestimmtes Verhaltensmuster, das die amerikanische Forschung mit dem Begriff ‘coronary prone behavior pattern’ umschreibt

und das Merkmale wie gesteigerte Ehrgeizhaltung, Hast und Entspannungsfeindlichkeit, latentes Dominanzstreben etc. umfasst, als unabhängiger Risikofaktor das Erkrankungsrisiko an Herzinfarkt um das zweifache erhöht. Schwedische und belgische prospektive Studien haben eine ähnliche Risikoerhöhung im Hinblick auf spezifische chronische Arbeitsbelastungen gefunden. Aus diesem Grund haben wir in unserem Forschungsplan das Wechselspiel von Risikosituationen und -dispositionen thematisiert und neben der Erfassung des Typus A-Musters chronische Belastungen im Arbeitsbereich, aber auch im Bereich familiärer Konflikte berücksichtigt. Eine multiple schrittweise Diskriminanzanalyse anhand der wichtigsten psychosozialen Variablen aus diesem Bereich führte zu einer korrekten Klassifikation von 72 bis 75 Prozent der Probanden in die jeweiligen Gruppen. Dieser Klassifikationserfolg war wesentlich besser als einer, der mit vorwiegend somatischen Risikofaktoren vergenommen wurde, wobei allerdings einschränkend gesagt werden muss, dass zwei der somatischen Risikogrößen bereits durch therapeutische Interventionen etwas verzerrt waren. Es ist nicht genügend Zeit, die einzelnen, von uns untersuchten Risikogrößen in ihrer Ausprägung und in ihrem Zusammenhang darzustellen. Lassen Sie mich anstelle vieler Einzelbefunde lediglich zwei zusammenfassende Informationen geben. Anhand eines Extremgruppenvergleiches mit summierten psychosozialen Belastungen zeigte sich, dass die hochbelastete Gruppe, welche in allen drei Bereichen (Arbeitsbelastungen, Typus A-Muster, lebensverändernde Ereignisse) extrem hohe Werte besitzt, bei den Infarktpatienten 4,3 mal so gross ist wie bei den Gesunden. Dagegen ist die Gruppe der gering Belasteten, deren Werte in den drei Bereichen minimal oder gleich null sind, bei den Gesunden doppelt so gross wie bei den Infarktpatienten. Interessanterweise weisen diejenigen Patienten, die zu den psychosozial gering Belasteten zählen, die höchsten Verleugnungswerte auf, so dass bei Kontrolle der Verleugnungstendenzen möglicherweise noch deutlichere Effekte zu erwarten wären.

Und zweitens : Wir haben über 314 der insgesamt 380 untersuchten Infarktpatienten in einer postalischen Nachbefragung Auskünfte über ihre Rehabilitationssituation erhalten. 13 Patienten waren zwischenzeitlich an einem Re-Infarkt verstorben. Der Prozentanteil Hochbelasteter ist bei den Verstorbenen mehr als doppelt so hoch wie bei den Gesunden, und auch deutlich erhöht gegenüber den Überlebenden. Jüngste Auswertungen dieser Katamnesen haben überdies gezeigt, dass das koronargefährdende Verhaltensmuster im Durchschnitt 1½ bis 2 Jahre nach dem Erstinfarkt nicht schwächer, sondern signifikant stärker ausgeprägt, war, und zwar am stärksten bei Patienten, denen in ihrer beruflichen und sozialen Rehabilitation Schwierigkeiten und ungelöste Probleme begegneten.

Wir können also folgern, dass soziale und emotionale Belastungen, unseren Ergebnissen zufolge, bei zahlenmäßig starken Subgruppen männlicher Patienten mit einem vorzeitigen Herzinfarkt eine deutliche Rolle spielen. Dies gilt um so mehr, je stärker einzelne Belastungen im Sinne von Risikokonstellationen zusammenwirken. Riskante Einstellungen, Bewertungsmuster und Verhaltensweisen werden durch beschreibbare Lebensumstände und spezifische Merkmale des Arbeitsplatzes entsprechend verstärkt. Eine Summierung chronischer und subakuter Belastungen – in

Form von lebensverändernden Ereignissen – kann ein bestehendes Krankheitsrisiko in wenigen Monaten oder Wochen sprunghaft steigern. Kumulierte Belastungen kennzeichnen auch die Lebenssituation der an einem Re-Infarkt Verstorbenen besonders deutlich.

Was bedeuten solche Ergebnisse nun – und damit gelange ich zum zweiten Teil meiner Ausführungen – für medizinisches Denken und Handeln? Sie erinnern sich, dass wir zu Beginn das naturwissenschaftliche Krankheitsverständnis kurz skizzierten, das sich im 19. Jahrhundert in der Medizin entwickelt hat und das die heutige Medizin in ihrem Denken und Handeln noch stark prägt. Wir sagten, dass es ein innerorganisches, nur auf den Körper bezogenes, somatologisches Verständnis sei. Der Zusammenhang von Umwelterleben und körperlicher Reaktion wird in den Hintergrund gerückt; Organe und Organsysteme sind immanent zu analysierende Gegebenheiten. Die Grenzen des Körpers sind die Grenzen der Medizin.

Der Körper – das war für die sich entwickelnde naturwissenschaftliche Medizin in erster Linie der tote Körper. Ohne die Fortschritte und Entdeckungen der pathologischen Anatomie und Pathologie wäre die Entfaltung moderner Medizin kaum vorstellbar gewesen. Es war nur konsequent, wenn ein berühmter französischer Arzt zu ihrem Beginn sagt: „Sie können 20 Jahre lang vom Morgen bis zum Abend am Bett der Kranken Notizen über die Störungen des Herzens, der Lunge, des Magens machen. All dies wird Sie nur verwirren... Öffnen Sie einige Leichen. Als bald werden Sie die Dunkelheit schwinden sehen, welche die blosse Beobachtung nicht vertreiben konnte.“ Für die somatologisch denkende Medizin ist der Tod, wie Michel Foucault erhellend sagt, „der Spiegel, in dem das Wissen das Leben betrachtet“. Noch heute wird der angehende Arzt in seiner ersten Ausbildungsphase am intensivsten mit der Leiche konfrontiert. Kenntnisse über Topologie und Pathologie bilden, im Verein mit biochemischem Wissen, den Hintergrund für das klinische Studium, d.h. den Umgang mit erkrankten Menschen. Die Krankheitsgeschichte dominiert, die Krankengeschichte, d.h. die lebensgeschichtliche Situation des erkrankten Menschen, findet wenig Beachtung. Die herrschende Medizin hat keine Antennen ausgebildet für den Empfang von Informationen, die aus dem Bereich seelisch-sozialer Belastungen stammen. In ihr gibt es keinen Raum, in welchem Wissen über die Wechselbeziehungen von Umwelterleben und somatischer Reaktion sich entfalten und handlungsrelevant werden kann.

Wenn angebbare psychosoziale Risiken die Entwicklung und den Verlauf einer wichtigen chronischen Krankheit nachweisbar mitbestimmen, dann erscheint es als vorrangig, diesen Risiken im Medium der Sprache bei Patienten und deren Angehörigen sowie bei Ärzten und anderen Therapeuten Gehör zu verschaffen. Dies bedeutet aber, dass der Patient als Informant über seine lebensgeschichtliche Situation vom Arzt ernst genommen wird und dass er seinerseits über die Krankheit und die mit ihr zusammenhängenden Einflussfaktoren Kenntnisse erhält. Aufklärung über die Krankheit, ihre therapeutischen und prognostischen Aspekte, ist von entscheidender Bedeutung für eine adäquate Verarbeitung der durch sie hervorgerufenen Verunsicherung, für eine kooperative Beziehung zum Arzt und für die optimale Anpassung an möglicherweise durch die Krankheit provozierte Veränderungen

der Lebensweise. Dies gilt nicht allein für die Situation von Patienten im Akutkrankenhaus, sondern auch für chronisch Kranke. Sie zu "Experten ihrer Krankheit" werden zu lassen, ermöglicht ein therapeutisches Bündnis zwischen Arzt und Patient, das auf gegenseitiger Anerkennung beruht und das dem Arzt eher die Funktion eines beratenden Helfers als diejenige einer autoritativen Instanz zuweist.

In verschiedenen internationalen Forschungsarbeiten ist dagegen einhellig belegt, dass Krankenhauspatienten zu einem überwiegenden Teil hohe, spezifische Informationsbedürfnisse über ihre Krankheit besitzen, und zwar zumeist auch dann, wenn sie selbst schwer und prognostisch infaust erkrankt sind, dass demgegenüber aber das Ausmass faktischer Informiertheit in der Regel noch immer gering ist, so dass sich verschiedene eindeutige Indikatoren eines Aufklärungs- und Informationsdefizits feststellen lassen. In eigenen intensiven Untersuchungen an mehreren hundert hospitalisierten chirurgischen und internistischen Patienten konnten wir zeigen, in wie starkem Masse Informationsbedürfnisse einerseits und faktische Informiertheit bzw. Aufklärungsintentionen von Ärzten andererseits auseinanderklaffen.

Verschiedene eigene Befragungen haben gezeigt, dass ca 90% der Patienten ein hohes spezifisches Informationsbedürfnis hinsichtlich ihrer eigenen Erkrankung angeben. Diese Informationen sind mit internationalen Untersuchungen weitgehend übereinstimmend. Das faktische Wissen ist demgegenüber deutlich geringer ; es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmass der Schwere bzw. der Prognose der Erkrankung und dem zur Verfügung gestellten Wissen. In einer Analyse von über 100 Tonbandprotokollen von Stationsarztvisiten konnten wir nachweisen, dass in Situationen, in denen schwerkranke Patienten nach ihrer Krankheit fragen, von Ärzten mit hoher Regelmässigkeit bestimmte Ausweichstrategien praktiziert werden, über die ich an anderer Stelle ausführlich berichtet habe. Von besonderem Interesse ist nun die Tatsache, dass ein somatologisch orientiertes Krankheitsverständnis offensichtlich den Zeithorizont ärztlicher Informationsstrategien begrenzt. Im Mittelpunkt steht die akute Erkrankung. Ein deutliches Übergewicht besitzen Informationen zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren ad hoc. Dagegen werden Bereiche, die zeitlich ferner liegen, sowohl im Hinblick auf die Pathogenese, wie auch im Hinblick auf den weiteren Verlauf der Krankheit in der Regel in den Hintergrund gerückt. In einer Verlaufsstudie an 67 hospitalisierten Patienten konnten wir kontinuierlich Informationsbedürfnisse und faktische Informiertheit über die Krankeit im Zeitablauf messen. Es zeigt sich, dass am Ende des Krankenhausaufenthaltes noch massive Informationsbedürfnisse über diejenigen Belange bestanden, die aus diesem zeitlichen Präferenzrahmen herausfielen, insbesondere also über die Krankheitsursachen sowie Fragen des Verlaufs, der Prognose und der poststationären Therapie. Einen ähnlichen Befund konnten wir im Rahmen der katamnestischen Befragung der Herzinfarktpatienten bekommen : 52% der befragten Patienten antworteten auf die Frage : "Wenn Sie heute nochmals an Ihren Rehabilitationsaufenthalt zurückdenken : Wie gut wurden Sie damals auf Arbeits- und Lebenssituation nach der Entlassung vorbereitet?", dass sie gerade ausreichend oder sogar sehr schlecht vorbereitet worden wären. Dieses Informationsdefizit steht aber nicht losgelöst im Raum, es hat vielmehr ganz konkrete Folgen. In der soeben

zitierten Verlaufsstudie an hospitalisierten Patienten konnten meine Mitarbeiter und ich einen systematischen Zusammenhang zwischen Informationsdefizit bzw. unbefriedigten Informationsbedürfnissen und Veränderung der subjektiven Befindlichkeit feststellen: Mit diesem Befund können wir zwar nicht belegen, dass Krankenhausärzte ihre Patienten vor Entlassung tatsächlich zu wenig über die Probleme der Nachsorge informieren, wohl aber, dass Patienten sich mangelhaft informiert fühlen und dass dieser Zustand mit einer Befindlichkeitsbeeinträchtigung kovariiert. Während der beobachteten Visiten ist diese Thematik allerdings von den Ärzten nur marginal angeschnitten worden und auch Einstellungsuntersuchungen bei Ärzten zeigten, dass unmittelbar diagnostisch-therapeutische Themen den ersten Rang in der Interessenhierarchie einnehmen, während die im weiteren Sinne auf den Patienten gerichteten Belange von untergeordneter Bedeutung sind. Die dargestellten Befunde werden weiter gestützt durch Ergebnisse von Spiegel und Demone, die fanden, dass 65 % der von ihnen interviewten Patienten keine spezifischen ärztlichen Instruktionen für die poststationäre Phase erhalten hatten.

Kann somit, mit den erwähnten Einschränkungen, gefolgert werden, dass der Übergang vom stationären zum poststationären Bereich mit deutlichen Informationsdefiziten bei Patienten belastet ist, so stellt sich einer medizinsoziologischen Analyse die weitere Frage nach Auswirkungen dieses Zustands bei den Betroffenen. Es gibt nun insbesondere im Bereich der Erforschung sog. Medikamentencompliance Ergebnisse, welche die ungünstigen Effekte von Aufklärungs-, Beratungs- und Anweisungsdefiziten auf die Befolgungsraten belegen. Wenn Ergebnisse dieser Art vorliegen, schliesst sich der Kreis einer unbequemen Argumentation: Die schroffe Trennung zwischen ambulanten und stationären Sektor medizinischer Versorgung und der damit verbundene Mangel integrativer, koordinierender Leistungen führt zu Informations- und Verhaltensdefiziten bei Patientengruppen, deren Effekt im medizinischen Sinne kontraproduktiv ist. Und die Konzentration ärztlicher Kommunikationsinhalte auf instrumentelle, diagnostisch-therapeutische Bereiche aufgrund des Vorherrschens eines somatologischen Krankheitsverständnisses grenzt wesentliche Informationen zur Abschätzung und möglicherweise Verhütung von Erkrankungsrisiken systematisch aus: Informationen, die den Zusammenhang von lebensgeschichtlichen Belastungen, Erlebnisweisen und körperlichen Reaktionen betreffen. Eine Medizin des lebendigen Körpers wird, wenn ich in dieser Analogie bleiben darf, den Beziehungen des Menschen zu seiner Mit- und Umwelt eine neue Dignität einräumen müssen. Sie wird der Gestalt der Arzt-Patient-Beziehung in ihrem Inhalts- und Beziehungsaspekt neue Akzente verleihen, und sie wird auch auf der organisatorischen Ebene Änderungen mit sich bringen: Wenn nämlich seelische und soziale Belastungen, ganz zu schweigen von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen und Suchthaltungen, für einen grossen und offenbar stets grösser werdenden Teil jener Krankheiten mitverantwortlich sind, welche die Sterblichkeit heute bestimmen, dann muss die Medizin selbst stärken eine präventive, verhütende Kraft entwickeln, will sie weiterhin erfolgreich sein.

Mit diesen Ausführungen möchte ich heute schliessen. Es versteht sich von selbst, dass aus Analysen solcher Art praktische Folgerungen gezogen werden können,

sowohl auf der Ebene ärztlichen Wissens und Handelns (Ausgangspunkt : ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung), als auch auf der Ebene der Patienten sowie derjenigen Einrichtungen, in denen Arzt und Patient zusammentreffen. Welchen Beitrag aber kann eine exemplarisch vorgeführte, klinisch orientierte Medizinsociologie zur anderen Seite hin, zur Distanziertheit soziologischen Denkens, zur Theoriebildung von Vergesellschaftungsprozessen beisteuern? Diese Frage zu stellen, halte ich für wichtig, denn es besteht in der Tat die Gefahr, dass mit zunehmender Funktionalisierung und Anpassung dieser Spezialdisziplin in und an den medizinischen Denk- und Handlungsbereich nicht nur die kritische Dimension des Faches verlorengeht, sondern darüber hinaus ihre genuin-theoretische Optik verschüttet wird. Kann überhaupt von einem Beitrag medizinsociologischer Begriffe und Aussagen zur Vorgehensweise allgemeiner Soziologie die Rede sein? Und wenn ja, worauf soll dieser sich beziehen? Wenn ich auf diese Frage nur eine sehr vorläufige Teilaufgabe geben kann, so liegt das daran, dass über sie m.W. öffentlich erst wenig nachgedacht worden ist.

Aufgabe der allgemeinen soziologischen Theorie ist es, jene Prozesse, ihre Voraussetzungen und Folgen begrifflich zu fassen, die Vergesellschaftung mehr oder minder dauerhaft möglich machen. Zu diesen Prozessen gehören mit Sicherheit die artifiziellen Leistungen der sozialen Normierung und Differenzierung, d.h. u.a. "die Konstruktion sozialer Verhaltensregelmäßigkeiten aufgrund von Abstraktionsvereinbarungen, der Entwurf sanktionierbarer Normen, der Bezug normativer Subsysteme aufeinander, die soziale Verallgemeinerung der Individuen zu Rollenträgern" (Popitz). Individuelle Voraussetzungen hierzu sind innere und äußere Anpassungsleistungen, die zum einen im Prozess der primären Sozialisation vorgebahnt, zum anderen über ein sanktionierendes äußeres Kontrollsysteem vom einzelnen abgefordert werden. Gerade diese zumutenden Forderungen sind aber bisher von der soziologischen Theoriebildung zu wenig thematisiert worden. Im Vordergrund stand stets die Frage : Was müssen Menschen eigentlich tun, leisten, um sich mit Erfolg zu vergesellschaften? Soziologische Theorie hat somit den aktiven Aspekt der sozialen Realität in den Vordergrund gestellt. Ihr Interesse richtete sich auf den Menschen als Träger von Positionen, als Spieler von Rollen, als Ausführenden von Normen, als Garant von Sanktionen usw.

Zu welchen fragwürdigen Einseitigkeiten eine solche Blickweise führen kann, verdeutlicht beispielsweise das folgende Zitat : "Auch wenn die Soziologie nach dem Menschen fragt, geht es ihr der Sache nach nicht um den Menschen, sondern um Mittel und Wege der rationalen Bewältigung seines Tuns" (Dahrendorf 1974, S. 105).

Warum fragt die Soziologie nicht ebenso intensiv danach, was die Leistungen der Vergesellschaftung dem einzelnen Menschen antun, welche Auswirkungen sie auf sein Verhalten und Befinden haben? Warum betont sie nicht stärker den passiven Aspekt der sozialen Realität, das, was Dreitzel suggestiv – und in dem vermutlich zu engen Ansatz der Rollentheorie – das "Leiden an der Gesellschaft" genannt hat?

Diese Frage zeigt, so unbequem sie für manche sein mag, die Chancen einer theoretischen Kooperation zwischen medizinischer und allgemeiner Soziologie auf,

indem sie das folgende Problem in den Vordergrund rückt : Wie wirken sich akute oder chronische Über- oder Unterforderungen inforlge sozialer Leistungsansprüche bzw. Leistungsversagungen auf das Befinden und Verhalten vergesellschafteter Individuen aus? Gesundheit und Krankheit sind Phänomene, die eng mit der Betroffenheit durch spezifische soziale Beziehungen und präzisierbare soziale Situationen bzw. Risikokonstellationen zusammenhängen. Vielleicht kann die Medizinsoziologie mit Hilfe der Arbeit an diesen Problemen dazu beitragen, dass die erwähnte Einseitigkeit allgemeinsoziologischen Denkens etwas ausgeglichen wird. Einer so fragenden Medizinsoziologie eröffnet sich vielleicht die Chance, einen theoretischen Raum zu betreten, den die strukturfunktionale Handlungstheorie konsequenterweise nicht sehen konnte, den die Schule des symbolischen Interaktionismus kognitivistisch verengt wahrgenommen hat und den auch die marxistische Soziologie bisher, soweit ich sehe, nicht mit der notwendigen Genauigkeit betrachtet hat. Es ist der Raum, der Reaktionen des Organismus in Abhängigkeit von Modalitäten der Vergesellschaftung untersucht.

Meine Damen und Herren, ich weiss nicht, ob es mir gelungen ist, mit diesen Ausführungen ein Stück Abgrenzungsangst und Territorialdenken abzubauen und Sie zu Grenzüberschreitungen zu ermuntern, aber es ist meine Überzeugung, dass sich die Medizinsoziologie nur im Spannungsfeld zur medizinischen Praxis einerseits, zur soziologischen Theorie andererseits fruchtbar entwickeln kann.

(Literatur beim Verfasser)