

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

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 18 (1992)

Heft: 2

Artikel: Gegenwartsdiagnose als Thema soziologischer Medizinkritik

Autor: Gerhardt, Uta

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-814516>

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: 17.03.2026

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

GEGENWARTSDIAGNOSE ALS THEMA SOZIOLOGISCHER MEDIZINKRITIK

Uta Gerhardt

Justus Liebig Universität Giessen

1. Einleitung

Die Kritik an der modernen, technisch ausgestatteten Medizin wird in der Medizinsoziologie seit ihren Anfängen vorgetragen. Talcott Parsons, dessen Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung – als dem exemplarisch repräsentativen Sozialsystem – die Medizinsoziologie zu Beginn der fünfziger Jahre begründete, wandte sich gegen die allzu eng naturwissenschaftliche Auffassung der Medizin und forderte eine eher psychosomatische Sichtweise. In Deutschland entstand aufgrund der an der Psychoanalyse orientierten Kritik an der traditionellen Medizin zu Beginn der siebziger Jahre das Fach „Psychosoziale Medizin“, dessen Vertreter die Medizinsoziologie vielfach noch ist; dabei wurde Parsons' Konzept, wenngleich ungewollt, in ein Curriculum für Medizinstudenten umgesetzt. Fünfundzwanzig Jahre nach Parsons' Plädoyer für eine psychosomatische Medizin, also Mitte der siebziger Jahre, war das medizinkritische Selbstverständnis der Medizinsoziologie ungebrochen, allerdings nun stärker gesellschaftskritisch gegen Herrschaftszusammenhänge gerichtet. Ivan Illichs These von der Nemesis der modernen Medizin, 1975 erstmals vorgetragen, wird bis heute weithin unterstützt: sie behauptet eine Verselbständigung der Macht der Medizin derart, dass der Mensch von Wissen und Kontrolle über seinen eigenen Körper entfremdet (worden) sei. Seit den frühen 80er Jahren wird dasselbe Argument durch Bezugnahme auf Michel Foucault gestützt. Seine Lehren bilden den theoretischen Hintergrund für die Erkenntnis, dass die Relativität der klinischen Sichtweise auch bedeutet, dass der Einfluss der Medizin auf die Lebensführung in Frage gestellt werden kann bzw. muss. Bis heute kann man sagen, dass medizinkritische Aussagen im Sinne Illichs oder Foucaults vielfach mit einer gesellschaftskritischen Gegenwartsdiagnose verknüpft sind, die kultursoziologisch argumentiert.

Mein Beitrag hat zwei Ziele. Erstens möchte ich zeigen, dass die Medizinsoziologie hier ein Thema der allgemeinen Soziologie aufgreift. Die Geschichte des Gedankens, dass die Soziologie mittels Gegenwartsdiagnose zur Kritik der modernen Gesellschaft und zur Lösung der Krise (bzw. der Probleme) der

modernen Welt beitrage, reicht in die Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg zurück. Durch Bezugnahme auf die Wissenssoziologie Karl Mannheims und seine seit den 30er Jahren entwickelte Planungssoziologie möchte ich exemplarisch darlegen, dass die Themen der soziologischen Medizinkritik eine Geschichte bzw. Vorgeschichte in der allgemeinen Soziologie haben. Sie liegt in den Arbeiten zur Gegenwartsdiagnose – beispielsweise Mannheims 1943 veröffentlichter *Diagnosis of Our Time*, aufbauend auf seinem 1935 in Holland erschienenen Buch *Mensch und Gesellschaft im Zeitalter des Umbaus*, das 1940 in erweiterter Fassung unter dem Titel *Man and Society in an Age of Reconstruction* ins Englische übersetzt wurde, während die *Diagnose unserer Zeit* bereits 1951 in deutscher Übersetzung vorlag. Diese Arbeiten verdeutlichen, dass die Zeitgenossen in der Epoche, die von der Entstehung und späteren Überwindung des Nationalsozialismus geprägt war, eine Gesellschaftskrise der Gegenwart erkannten. Sie wurde z. T. als eine Krise des praktischen Denkens verstanden, ihrerseits Teil einer Krise der Kultur, die durch rationale Planung, ausgerichtet auf demokratische Werte, gelöst bzw. überwunden werden könne. Mit der Rückbesinnung auf Mannheim möchte ich die These aufstellen, dass die Gegenwartsdiagnose als Thema soziologischer Medizinkritik ihrerseits in den breiteren Zusammenhang der wissenssoziologischen Kultur- und Politikanalyse gehört, die bis in die 50er Jahre vorherrschte und auch heute noch aktuell ist.

Zweitens möchte ich darlegen, in welchen Varianten die Medizinsoziologie seit ihrem Beginn in den 50er Jahren eine gegenwartsdiagnostische Wissenskritik der Medizin entwickelt hat. Im einzelnen zeige ich anhand vier unterschiedlicher Richtungen, in welcher Form die medizinkritische Grundthese gesellschafts- bzw. handlungstheoretisch begründet wird. Strukturfunktionalismus, symbolischer Interaktionismus, Ethnomethodologie und die jüngere („strukturalistische“) Konflikttheorie bilden den Theoriehintergrund der medizinsoziologischen Aussagen über das Ungenügen der modernen Medizin. Ich möchte skizzieren, wie die Thesen jeweils aussehen, die aus den vier Theorien der Gesellschaft hervorgehen. Daran anschliessend, gewissermassen als Exkurs, behandle ich die Argumente in der Diskussion der Bundesrepublik während der letzten zehn Jahre, mit Blick auf die Ergebnisse einschlägiger Forschung.

Der Beitrag insgesamt geht davon aus, dass die Medizinsoziologie wesentlich deutlicher, als von ihr selbst reflektiert zu werden scheint, in den Zusammenhang einer gesamtgesellschaftlich argumentierenden Kultursociologie gehört. Die These einer Krise des praktischen Wissens, die in den 20er Jahren erstmals diskutiert wurde, ist nach meiner Ansicht zentraler Bestandteil medizinsoziologischer Vorbehalte gegen den klinisch-medizinischen Wissensbestand und insbesondere seinen als Herrschaftsverhältnis gedeuteten Verwendungs-

zusammenhang. Unausgesprochen ist in meinem Argument wiederum ein kritischer Vorbehalt gegen die soziologische Medizinkritik enthalten. Weil sie den Boden der kulturkritischen Gegenwartsdiagnose der 20er und 30er Jahre nicht verlässt, so möchte ich behaupten, unterstützt die Medizinsoziologie explizit oder implizit die These, dass in der heutigen Gesellschaft ein immer noch totaler universaler Herrschaftszusammenhang besteht, – exemplifiziert an der Medizin.

2. Mannheims Wissens- und Planungssoziologie und die medizinsoziologische Medizinkritik

Mannheims wissensoziologische Grundannahme ist, dass die Krise seiner Gegenwart am Ende der zwanziger Jahre durch die Vielfalt einander widersprechender, jeweils standortgebunden „richtiger“ Werthaltungen zustandekommt. Nur eine von partialen gesellschaftlichen Standorten mittels Bildung abgelöste, d. h. durch Erwerb umfassender Kompetenz „freischwebende“ Intelligenz gilt demgegenüber als fähig, das Wissen zu verkörpern, das notwendig ist, um für alle freiwillig annehmbare politische Ziele zu finden, die die Erhaltung der Demokratie sichern. Dabei muss, so Mannheim, die traditionelle Erkenntnistheorie an zwei Stellen überwunden werden.

Erstens sind die Naturwissenschaften als Wahrheitsideal obsolet. Er schreibt:

Nur weil dieses Erkennen ganz besonders in seinen mathematisierbaren Teilen weitgehend die Struktur der Abhebbarkeit von der historisch-sozialen Aspektstruktur des erkennenden Subjekts hat, konnte man das Richtigkeitsbild wahrer Erkenntnis so konstruieren, dass alle auf das Erfassen des Qualitativen ausgerichteten Typen des Erkennens (die als solche notwendigerweise Elemente in sich enthalten, die mehr oder minder mit der Weltanschauungsstruktur des Subjekts zusammenhängen), entweder übergangen oder als minderwertige Erkenntnismodi behandelt werden ... Genauso wie Kant die moderne Erkenntnistheorie einst dadurch begründet hat, dass er zum vorfindlichen Bestand der exakten Naturwissenschaften das Problem hinzufügte: „wie sind sie möglich?“, so muss zum vorfindbaren Bestand der auf das Erfassen des Quantitativen ausgerichteten Erkenntnis, welches stets der Tendenz nach zumindest das ganze sozialhistorische Subjekt affiziert, das Problem des „wie ist es möglich?“ gestellt werden und noch mehr, „wie und in welchem Sinne ist bei dieser Erkenntnisstruktur Wahrheit möglich?“ (1929/1969: 249/50)

Zweitens wird die Einsicht nahegelegt, dass keine absolute Wahrheit existiert, sondern selbst Erkenntnistheorien ihrerseits Teilaspekte einer historisch relativierbaren Wahrheit sind, die jeweils allenfalls für eine Epoche der Geistes- oder Gesellschaftsgeschichte gelten. Diese gegen einen absoluten Wahrheitsbegriff und entsprechend gegen die Naturwissenschaften als Paradigma des objektiven Wissens gerichtete Auffassung folgt der Devise, dass die Wahrheit praktischen Wissens in der Bewusstheit von seiner historisch-relativen Geltung liegt. Mannheim schreibt am Ende von *Ideologie und Utopie*:

Es kann auch heute noch die Frage nicht entschieden werden, welche ... Wege der wissenschaftlichen Erkenntnistheorie von der Materie her vorgeschrieben sind. (In jedem Fall) wird man aber mit der Seinsverbundenheit als Konstituens zu rechnen haben und sich mit der Theorie des Relationismus und mit der Lehre von der gleitenden Denkbasis auseinandersetzen müssen. Mit dieser Tendenz wäre gegeben, dass man die Vorstellung, es gäbe eine „Wahrheit-an-sich-Sphäre“, als eine störende und durch nichts zu rechtfertigende Hypothese ausschalten müsste. (1929/1969: 262)

Im weiteren Verlauf seines Denkens, insbesondere als die Machtergreifung der Nationalsozialisten seine Emigration nach England erzwang, stellte Mannheim an der Gegenwartssituation der Gesellschaft weniger die Widersprüche zwischen standortgebundenen praktischen Wissenssystemen heraus. Er konzentrierte sich nun stärker auf die Gefahren, die aus der historisch beispiellosen Verbreitung und Effektivität der Massenkommunikations- und Verkehrsmittel zur Manipulation der Bevölkerung in der modernen Gesellschaft erwachsen. Er nannte diese mit einem Sammelbegriff *Sozialtechniken* und machte es zu seinem wichtigsten Anliegen, darauf hinzuweisen, dass der Faschismus allein wegen besserer und bewussterer Kontrolle der Sozialtechniken in seiner Zeit habe derart erstarken können. Der erste Gedanke des Buches *Diagnosis of Our Time* (1943) verwendet eine medizinische Metapher, um die Rolle des Soziologen bei der Beherrschung der Sozialtechniken und dadurch der Erhaltung der Demokratie zu verdeutlichen. Das dringende Gebot der Stunde ist, so Mannheim, die Sozialtechniken, die bisher nur totalitär genutzt wurden, einem liberalen Staat dienstbar zu machen. Er schreibt dort:

Nehmen wir die Haltung eines Arztes an, der versucht, eine wissenschaftliche Diagnose der Krankheit zu geben, an der wir alle leiden. Dass die menschliche Gesellschaft krank ist, steht ausser Zweifel. Worin nun besteht diese Krankheit und wie kann man sie heilen? Hätte ich die Lage in einem einzigen Satz zusammenzufassen, würde ich sagen: „Wir leben in einem Zeitalter des Überganges von der freien Gesellschaft des

„laissez-faire“ zu einer geplanten Gesellschaft.“ Die geplante Gesellschaft der Zukunft wird eine von zwei Formen annehmen. Sie wird entweder von einer Minderheit nach den Methoden der Diktatur regiert werden oder durch eine neuartige Regierungsform, die zwar über grosse Macht verfügt sich aber dennoch einer demokratischen Kontrolle unterwerfen wird. (1943/195–7: 9)

Mannheims Anliegen ist, soziale Planung anzuregen, die Freiheit und Gleichheit sichert, anstatt Unterdrückung und Ausgrenzung zu bewirken. Da die Krise seiner Gegenwart nach seiner Ansicht eine Wertkrise ist, d. h. im modernen Staat eine klare Orientierung an demokratischen Prinzipien wie fair play oder Toleranz fehlt, kann nur eine gezielte Stärkung demokratischer Werthaltungen mittels von Soziologen betreuter Massenerziehung zur Überwindung der Krise der Gegenwart führen – also des Massenelends und Totalitarismus der 30er und 40er Jahre. Die universalen hermetischen Herrschaftszusammenhänge, die den Faschismus ausmachen, könnten dadurch gebannt werden.

Drei Aspekte des Mannheimschen Arguments finden sich auch bei der Medizinsoziologie hinsichtlich ihrer Medizinkritik, nämlich:

- (1) Bis zu seiner Emigration befasst sich Mannheim mit der Ineffektivität von Wissenssystemen, die eine Anleitung zum praktischen Handeln beinhalten; ein solches als ineffektiv erkanntes Wissenssystem, das wissenschaftliche Erkenntnisse anwendet, ist auch die Medizin in den Augen der Medizinsoziologie.
- (2) Mannheim warnt vor dem trügerischen Anschein der Objektivität, den naturwissenschaftliches Denken erweckt; die Vorbehalte der Medizinsoziologie richten sich gegen das einseitig naturwissenschaftliche Selbstverständnis der Medizin, die zu Unrecht einem Objektivitätsanspruch der Biologie und Pathochemie folge.
- (3) Mannheim geißelt die Verwendung von Sozialtechniken zur Beherrschung der Menschen als Hauptmerkmal des Totalitarismus seiner Zeit; die Medizinsoziologie kritisiert an der modernen Medizin deren technologieorientiertes mechanistisches Denkmodell des Menschen sowie eine Tendenz zu unbehinderter Beherrschung des Alltags der Bevölkerung durch Medikalisierung und Manipulation.

Die Implikationen solcher Gemeinsamkeiten der begrifflichen Perspektive müssen näher diskutiert werden. Der folgende Abschnitt erläutert zunächst, welche medizinkritischen Vorbehalte in der Medizinsoziologie im einzelnen seit Beginn der 50er Jahre vorgebracht werden. Ich folge dabei der Leitlinie der vier seit den 50er Jahren hegemonialen Theorieentwürfe, nämlich Struktur-

funktionalismus – symbolischer Interaktionismus – Ethnomethodologie und Phänomenologie – Konflikttheorie (inklusive Marxismus).

3. Wissen und Planung in der Medizinkritik der vier soziologischen Theorieentwürfe in den USA

Bereits in den einleitenden Bemerkungen zu Kapitel 10 des *Social System*, dem einzigen ein spezifisches Gesellschaftsfeld behandelnden Kapitel, macht Parsons klar, dass seine Analyse nicht der medizinischen Praxis gilt, wie sie ist. Vielmehr möchte er die Traditionen der Biologie des 19. und frühen 20. Jahrhunderts in der Medizin überwunden sehen. Sie soll stärker als die bisherige Medizin an psychosomatischen Konzepten ausgerichtet sein. Die Idee ist dabei allerdings nicht, dass die Soziologie in Psychologie überführt wird, sondern dass die moderne Psychoanalyse jenen sozialen Aspekt der Arzt-Patient-Beziehung besonders bewusstgemacht habe, der das Geheimnis aller ärztlichen Kunst überhaupt sei. (1951: 462) Die gesundheitsfördernde Leistung der therapeutischen Sozialbeziehung, so Parsons, sei zwar immer schon ein Grundelement medizinischer Praxis gewesen, aber erst die moderne Medizin sei in der Lage, ihre Wirkung explizit zu nutzen.

Das Therapeutische am Arzt-Patient-Geschehen wiederum, so Parsons, gehe auf die nicht nur biologischen, sondern psychologischen Wurzeln der meisten Krankheiten zurück. Er macht klar, dass es ihm um eine Theorie der unbewusst *motivierten* sozialen Devianz geht, wodurch sozialwissenschaftlich relevanter Aspekt des Krankseins das Nichtfunktionieren in Rollen ist. Gemeint ist, dass emotionale Verwirrtheit des Individuums, die jedes Kranksein begleitet, die feinen Formen der Reziprozität stört oder unmöglich macht, die ihrerseits zur prekären personalen und interpersonellen Anpassung im Familien- und Berufsleben erforderlich sind. Parsons schreibt:

Die Tatsache, dass die Relevanz der Krankheit nicht auf den nicht-motivierten rein situationalen Aspekt des sozialen Handelns beschränkt ist, erhöht ihre Bedeutsamkeit für das soziale System beträchtlich. Sie wird nicht nur eine „äussere“ Gefahr, die man „bekämpfen“ muss, sondern ein innerer Teil des sozialen Gleichgewichts selbst. Krankheit kann als eine Weise der Reaktion auf sozialen Druck behandelt werden, neben anderen, als eine Weise der Vermeidung sozialer Verantwortlichkeit. Aber sie kann ... auch einige mögliche positive Bedeutsamkeit haben. (1951: 431)

Um die Bedeutung gesellschaftlicher Stressoren bei der Krankheitsentstehung zur Geltung zu bringen, wendet er sich gegen das Paradigma der Infektionsmedizin. In der Einleitung zu einem 1952 erschienenen Schwerpunktheft des *Journal of Social Issues* zum Thema „Soziokulturelle Analyse der medizinischen Versorgung“ (Sociocultural Approaches to Medical Care) heisst es entsprechend:

Mehr als ein Jahrhundert hat in der westlichen Gesellschaft die angreifende Mikrobe symbolisch uneingeschränkt geherrscht als prototypische Krankheitsursache. Gemäss unserer kulturellen Tradition neigten wir dazu, Krankheit vor allem als „Zustand“ zu sehen: eine biochemische Störung, die dem Individuum „geschieht“ durch bakteriologische Kräfte, fast gänzlich ausserhalb der Persönlichkeit und Sozialbeziehungen der menschlichen Handelnden, die durch sie infiziert werden. Entsprechend waren wir auch geneigt, das Problem der Behandlung von Krankheit, sobald sie entstanden ist, vornehmlich im technologischen Rahmen zu sehen. (Parsons und Fox, 1952: 2)

Parsons' Kritik an der Medizin richtet sich gegen ihr auf Biologie aufgebautes naturwissenschaftliches Denken. Er folgt dabei seinem Mentor, dem Physiologen Lawrence J. Henderson, dem er auch das Interesse am Thema des *Social System* verdankt (1951: VII). Dieser hatte 1935 unter dem Titel *Arzt und Patient als soziales System* in einem Vortrag darauf hingewiesen, dass der moderne Arzt zu wenig die *Sentimente* des Patienten berücksichtige, und zwar verstanden im Sinne Pareto. Stattdessen sei er allzu stark am Modell mechanistisch aufgefasster Organfunktionen orientiert, während doch die Reaktionen des Patienten auf die Anordnungen des Arztes erst von diesem richtig eingeschätzt werden könnten, wenn er ein umfassenderes Verständnis auch der *Sentimente* seiner Patienten habe.

Der milde Anklang einer Plazebotheorie zur Erklärung der Heilerfolge der klinischen Medizin, der sich bei Parsons finden lässt, wird zum beinahe schrillen Unterton, wenn man Eliot Freidsons 1970 erschienenenes Buch *Profession of Medicine* betrachtet (1979 übersetzt unter dem Titel *Der Ärztestand*). Freidson geht es darum, in Weiterentwicklung des Grundgedankens von Berger und Luckmanns *Sozialer Konstruktion der Wirklichkeit* (1966) zu einer wissenschaftlich ausgerichteten Kritik an der professionalisierten Medizin zu gelangen. Er benutzt dabei Theoreme des symbolischen Interaktionismus, um eine politische Aussage über das Ungenügen des traditionellen Arzt-Patient-Verhältnisses zu machen, das er als Produkt einer unkontrolliert gehandhabten Definitionsmacht der Medizin sieht. Er schreibt:

Anders als Parsons argumentiere ich nicht nur, dass die Medizin die Macht hat, jemandes Krankheitshandeln zu legitimieren, indem sie ihm konzidiert, dass er wirklich krank ist. Mein Argument geht darüber hinaus. Ich behaupte hier, dass wegen ihrer Autorität bezüglich dessen, was Krankheit „wirklich“ ist, die Medizin die sozialen Möglichkeiten für das Handeln als Kranker schafft. In diesem Sinne schliesst das Monopol der Medizin das Recht ein, Krankheit als offizielle soziale Rolle zu schaffen. (1970: 205/6)

Dass die moderne Medizin nicht erfolgreich zur Minderung und Linderung von Krankheiten beigetragen habe, sondern eine Anwachsen ungelöster Sozialprobleme inklusive steigender Krankheitsziffern nicht verhindern konnte, zeigt nach Freidson eine allgemeinere Kulturkrise in den USA an. Er charakterisiert sie im Vorwort seines Buches über professionelle Dominanz (dt. *Die Macht der Experten*) folgendermassen:

In den Vereinigten Staaten heute ... (gibt es) Krisen des Vertrauens der Öffentlichkeit in jedem der öffentlichen Breitenbereiche Wohlfahrt, Bildung, Recht und Gesundheit. Jeder in seiner eigenen Weise ist unfähig, seine wesentliche Aufgabe zu erfüllen, die materielle Not zu lindern, die Jugend zu unterrichten, kriminelles und ziviles Unrecht zu kontrollieren und wiedergutzumachen und die Krankheiten zu heilen. Der Arme, der Student, der Straffällige und das Opfer, der Kranke – alle haben in gewisser Weise gegen das Versagen der Institutionen protestiert, die für sie verantwortlich sind. Und dieser Protest ereignet sich zu einer Zeit, wo die menschenbezogenen Dienste eine wachsende Menge Geld und Arbeitskraft verschlingen. (1970b: IX)

Zur nicht nur oberflächlichen Lösung der Krise empfiehlt Freidson, das Machtgefälle in der professionellen Experten-Klienten-Beziehung abzubauen. D. h. um dem Patienten eine bessere Chance zu geben, der Herrschaft des zur Krankheitskontrolle ineffektiven und vielleicht sogar iatrogene Erkrankungen produzierenden Arzteinflusses zu entkommen, soll ein stärkerer Einfluss des Patienten auf das ärztliche Tun und Wissen gewährleistet werden. Freidson schlägt deshalb fünf Prinzipien als Richtschnur für eine patientenorientierte Reorganisation der medizinischen Versorgung vor, nämlich

1. Überwindung der ausschliesslichen Autonomie des Ärztestandes hinsichtlich Kontrolle über Zugangswege und Wissensstandards für ärztliche Berufsausübung;
2. Sicherung verantwortlicher medizinischer Versorgung durch ein durchschaubares System rechtlicher und administrativer Organisation medizinischen Handelns;

3. Gewährleistung von Vielfalt und Flexibilität bei der Auslegung unvermeidbarer bürokratischer Regeln;
4. Sicherung menschlich befriedigender, nicht nur technisch adäquater Versorgung, so dass der Patient genug Freiheit erhält, um sowohl Wahlmöglichkeiten bezüglich Behandlung wahrzunehmen, als auch Mitsprache bei der Organisation, Ausübung und dem Inhalt (substance) der ärztlichen Arbeit zu haben;
5. Verzicht auf standardisierte Dienste, so dass dem einzelnen Patienten genug Spielraum zur Verwirklichung seiner eigenen Wünsche offensteht (1970b: 215/6).

Freidson erkennt an, dass diese Prinzipien allenfalls vage sind. Er glaubt dennoch, damit der Machtlosigkeit des Patienten wirksam abhelfen zu können. Das Ziel ist, die Stigma-Existenz des Patienten, der eine medizinische Diagnose erhalten hat, soweit zu verbessern, dass keine Auswirkungen medizinischer Etikettierungen auf seinen Alltag mehr zu befürchten sind. Dahinter steht für Freidson ebenso wie für Erving Goffman und andere Vertreter des „symbolischen Interaktionismus“, dass als ungewollte Folge ärztlicher Behandlung – tendenziell lebenslang – Stigmatisierung zu befürchten sei. Beispielsweise schreibt Thomas Scheff in *Being Mentally Ill* (1966) – der klassischen Anwendung der Labelingthese auf Geisteskrankheit –, wobei er den Präpatienten als Regelbrecher bezeichnet:

Der Regelbrecher ist sensibel für die Zeichen, die andere (um ihn herum) geben, und er beginnt, sich selbst in den Begriffen der stereotypisierten Rolle des Geisteskranken zu sehen, die auch Teil seines eigenen Rollenvokabulars ist ... D. h. wenn ein residualer Rollenbrecher sein Verhalten im Rahmen von geistiger Störung organisiert, und wenn diese Organisation von anderen validiert wird, besonders prestigereichen Anderen wie etwa Ärzten, ist er „festgenagelt“ und wird in einer Karriere der chronischen Devianz fortfahren. (1966: 88)

In einer nach Dafürhalten der Soziologen dichotom gespaltenen Medizinwelt wird hier die Tätigkeit der Ärzte als tendenziell stigmatisierende, vom normalen Leben ausschliessende Wissensverwendung kritisiert. Die Lebenswelt der Patienten gilt demgegenüber als Ort des Leidens und wird zum Angelpunkt der politischen Parteinahme des Soziologen, sofern dieser, wie Howard Becker (1967) fordert, auf der Seite des Unterdrückten – des *underdog* – steht. Folgerichtig wendet sich die interaktionistische Literatur gegen das medizinische Denkmodell schlechthin, dem ein mechanistisches Bild von der Krankheit und vom Menschen unterstellt wird, auf naturwissenschaftlich objektivistischem

statt kulturwissenschaftlich flexiblem Wissensverständnis aufgebaut. Das pauschal negativ beurteilte „medizinische Modell“ wird abgelehnt, etwa bei Scheff, weil es Machtinteressen etablierter Gesellschaftskreise entspreche. Er schreibt 1970 in einem Aufsatz:

Die Begriffe der Geisteskrankheit ... sind nicht neutral, wertfrei, wissenschaftlich präzise Termini, sondern sind hauptsächlich Speerspitze einer in die historische und kulturelle Gegenwart der weissen Mittelschicht in den westlichen Gesellschaften eingebetteten Ideologie. Der Begriff der Krankheit und sein angegliedertes Vokabular – Symptome, Therapien, Patienten und Ärzte – reifizieren und legitimieren die vorherrschende öffentliche Ordnung auf Kosten anderer möglicher Welten. Das medizinische Krankheitsmodell bezieht sich auf kulturfreie Prozesse, die unabhängig von der öffentlichen Ordnung sind; ein Fall Lungenentzündung oder Syphilis ist ziemlich dasselbe in New York oder Neukaledonien. Aber die „Symptome“ der Geisteskrankheit sind von gänzlich anderer Natur. Weit davon entfernt, kulturfrei zu sein, sind solche „Symptome“ selbst Verstösse gegen das implizierte mehrheitliche Verständnis besonderer Kulturen. (1975: 7)

Der Ideologieverdacht gegen die praktizierte Medizin wird auch in Teilen der ethnomethodologisch ausgerichteten Literatur geäußert. Beispielsweise greifen Robert Emerson und Sheldon Messinger gegen Ende der 70er Jahre Scheffs Vorschlag auf, nicht von vornherein durch Begriffe wie „Arzt“ und „Patient“ eine medizinische Sichtweise zu übernehmen. Sie unterscheiden zwischen vier Typen von Handelnden, die an einem Akt der sozialen Kontrolle teilnehmen; dieser soll ein Ärgernis oder eine Störung im sozialen Leben beseitigen, etwa Krankheit oder Kriminalität: – beides wird als *trouble* (Störung) bezeichnet unter dem Gesichtspunkt, dass soziale Ordnung sich durch *ungestörte* Konstruktion gesellschaftlicher Wirklichkeit herstellt. Da ist der Störenfried („troublemaker“), der Störungsmelder („complainant“), der Störungshelfer oder -beseitiger („troubleshooter“) und endlich das Opfer, das bei der Störung zu Schaden kam. Diese Begrifflichkeit spiegelt Misstrauen gegen die Fähigkeit der Ärzte wider, tatsächlich zu helfen. Ihr Engagement gilt als hilfreich gemeint und wahrgenommen (denn sie sind professionelle Störungsbeseitiger), doch der Tenor der Analyse ist, dass teilweise illusionäre gesellschaftliche Konstruktion von Wissen und Wirklichkeit in der Medizin gang und gäbe ist. Es bleibt sogar offen, ob erfolgreiche Krankheitsbehandlung eher aufgrund von Einschüchterung oder Suggestion als aufgrund tatsächlicher therapeutischer Leistung zustandekommt. Im Sinne derart „notwendiger Selbsttäuschung“ als Ausdruck unbefragt hingegnommener Herrschaftsverhältnisse zwischen in der Regel männlichen Ärzten und weiblichen Patienten oder weissen Ärzten und nicht-weissen Patienten

argumentieren auch die Autoren in Sue Fisher und Alexandra Todds 1983 erschienenem Sammelband ethnomethodologisch-linguistischer Studien zur sozialen Organisation der Arzt-Patient-Beziehung. Dort heisst es bei Todd hinsichtlich des Machtgefälles zwischen Arzt und Patient:

Warum wiederholt sich solches Arzt-Patient-Geschehen so systematisch? Was könnte so ein System zusammenhalten? ... Sexismus und Elitismus sind bestimmt beteiligt, und feministische Theorien regen dazu an, in der (menschlichen) Reproduktion ein praktisches und ein soziales Phänomen zu sehen. Aber durch Beschreibung der Unterdrückungs- und Ausbeutungsaspekte ist die Struktur der Arzt-Patient-Interaktion nicht vollständig erklärt ... Dass der Arzt die Lebensbereiche ausklammert, die den Patienten wichtig sind, erklärt sich aus geistigen Ursprüngen, die vor dem 16. und 17. Jahrhundert liegen, aber wahrscheinlich sind für dieses Ausklammern vor allem die Fortschritte verantwortlich, die mit der wissenschaftlichen Revolution zusammenhängen. (1983: 182/3)

Diese Formulierungen stellen sich in eine Linie mit Illichs Kulturkritik der Medizin. Sicherlich erklärt sich deren positive Resonanz auch dadurch, dass bereits andere kulturkritisch gefasste Medizinkritik in den 60er und 70er Jahren zustimmend aufgenommen wurde, beispielsweise Thomas Szasz' Polemik gegen die Psychiatrie und Irving Zolas Warnungen vor einer Medikalisierung der modernen Gesellschaft.

Szasz behauptet, dass der diagnostische Tatbestand Geisteskrankheit eine Fabrikation der Psychiatrie zur Ausgrenzung unliebsamer Non-Konformisten und Minderheiten sei. Zola stellt die These auf, dass die Kontrolle der Medizin über praktisch alle Lebensbereiche in beängstigendem Masse zugenommen habe. Er ortet „ein schleichendes und oft undramatisches Phänomen, das durch „Medikalisierung“ des meist alltäglichen Lebens zustandekommt, dadurch, dass die Medizin und die Etiketten „krank“ und „gesund“ *relevant* für einen ständig wachsenden Teil der menschlichen Existenz werden“ (1972: 487). Der kulturkritische Gehalt bei Zolas Argument wird deutlich, wenn man sein politisches Anliegen würdigt. Er fürchtet, die gesellschaftliche Verursachung von Devianz könnte unbeachtet bleiben, während Kranksein als etwas Individuelles gilt; er schreibt:

Mein Bedenken ist, dass man nicht weiss, was passiert, wenn ein Problem und seine Träger mit dem Etikett „Krankheit“ gebrandmarkt sind ... Zynisch gesagt, es könnte bedeuten, dass man sich zufriedengäbe, Millionen Arbeitslose zu haben, und dann nur erkunden würde, wie diese Leute möglichst wenig zum Problem werden. Was sich ... zeigt, ist ein „Bis-hierher-und-nicht-weiter-Effekt“, und zwar bewirkt durch jenen

Aspekt des medizinischen Modells, der den Ursprung der Störung (trouble) ebenso wie die Behandlung vor allem bei den Individuen sucht bzw. vornimmt. (1975: 86)

An solche Kritik an der gesellschaftlich problematischen Nutzbarkeit der Medizin für Zwecke der allgemeinen Unterdrückung und Ausbeutung konnte sich – so meine ich – die positive Resonanz der polemischen Thesen Illichs anschliessen. Er unterstellte der Medizin, auf drei Ebenen wachsender Verallgemeinerung, eine Schädigung der Menschen, der Gesellschaft sowie der Kultur. Auf niedrigster Ebene sieht er klinische „Iatrogenese“, d. h. Produktion von Erkrankungen durch medizinische Massnahmen; ihr wird soziale „Iatrogenese“ übergeordnet, d. h. Medikalisierung aller Phasen und Äusserungen des Lebens sowie Klinifizierung des Todes; die höchste Stufe der medizinischen Fehlentwicklung sei indessen strukturelle „Iatrogenese“, d. h. Zerstörung der laienmedizinischen Kultur und Entfremdung des Menschen von seinem Körper. Illich formuliert:

Wenn die Abhängigkeit von professionellem Management bei Schmerz, Krankheit und Tod einen bestimmten Punkt überschreitet, müssen die Heilungskräfte des Krankseins, die Geduld zum Leiden und die Tapferkeit im Angesicht des Todes schwinden. Diese drei Regressionen sind Symptome der dritten Ebene der Iatrogenese: ihr gemeinsames Ergebnis ist medizinische Nemesis. (1975: 92)

Hier schliesst das Bild medizinischer Macht eine Vision der Kulturzerstörung ein. In einer anderen Variante, die sich an Michel Foucault anlehnt, wird stärker das Relative des angeblich objektiven Wissens der Medizin betont, seine Historizität. Solches durch keinen gerechtfertigten Wahrheitsanspruch legitimierte Wissen kann allerdings erst Körperempfinden und Körperbild der modernen Menschen bestimmen, so ist die These, wenn *Macht* als strukturierende Kraft hinzutritt, also Unterdrückung jeglicher Protest-, Konflikt- und Widerspruchstendenz sowie alternativer Sichtweisen. Dieser Ansatz, der Foucault zum Zeugen gegen die Medizin macht, wird erstmals von Peter Wright und Andrew Treachers *The Problem of Medical Knowledge* (1982) vorgetragen, einer Aufsatzsammlung britischer Autoren. Im Sinne Foucaults deuten sie die klinische Sichtweise bzw. das klinische Weltbild als Verwirklichung des Prinzips der „dozilen Körper“ und das Krankenhaus als Ort der Auf- bzw. Einprägung medizinischer Macht in die Körpererfahrung der Patienten, wodurch die unbedingte Macht der klinischen Welt- und Lebensanschauung befestigt werde.

Diese Soziologie des medizinischen Wissens macht sich zur Aufgabe, den Herrschaftsanspruch des klinischen Weltbildes als Gefahr der Medikalisierung

aller Lebensumstände zu deuten. Die medizinische Prägung der allgemeinen Körpererfahrung führe letztlich dazu, die Macht der herrschenden Klasse zu festigen, wie einer der Autoren des britischen Foucault-Kreises ausführt:

In Beantwortung der Frage „Wie historisieren wir die Medizin?“ ist meine Antwort, dass wir die Begriffe als symbolische Systeme behandeln. Deren politische Funktion ist, die sozialen Beziehungen zu stärken, die für die kapitalistische Produktionsweise notwendig sind. Die symbolischen Systeme lassen diese Beziehungen als natürlich erscheinen, und diese Natürlichkeit verstärkt wiederum diese Beziehungen und macht zudem diese symbolischen Systeme scheinbar autonom gegenüber ihren Wurzeln. Schliesslich verschleiern (die symbolischen Systeme) die Ursprünge der sozialen Beziehungen in der Produktionsweise und verdecken daher die Wurzeln struktureller Herrschaft und Hierarchie in der Gesellschaft. (Figlio 1978: 170)

Wird die Frage gestellt, wie die quasi totale Durchdringung der Welt mit medizinischen Kategorien überwunden werden kann, ist die Antwort, dass eine Deprofessionalisierung der Medizin unerlässlich ist. Dies bedeute Öffnung der Medizin gegenüber dem Laienstandpunkt, und zwar so, dass das Macht- und Wissensgefälle zwischen Arzt und Patient weitgehend abgebaut werden. Die medizinische Versorgung soll nicht primär durch persönliche Arzt-Patient-Konsultation gewährleistet werden, sondern vorwiegend durch Gemeindedienste und öffentliche Gesundheitspflege, besonders Prävention am Arbeitsplatz und in der Familie. Die entscheidende Neuerung gegenüber der gegenwärtigen Organisation des Gesundheitswesens ist, dass *Planung* an die Stelle des Marktes für persönliche Dienstleistungen treten soll. Dies gilt allerdings nur als zweitbeste Lösung, denn das oberste Gebot soll sein, insgesamt den Umfang der medizinischen Leistungen zu verringern. Der leitende Gesichtspunkt dabei ist *Gesundheit*, verstanden als absoluter Wert, dem sich auch Politik und Planung unterordnen müssen. Entsprechend hat sich die Sektion „Soziologie der Medizin“ (Sociology of Medicine) der *International Sociological Association* 1986 anlässlich des Weltkongresses in Neu-Delhi in „Soziologie der Gesundheit“ (Sociology of Health) umbenannt.

In diesem Sinne unterstützt die Medizinsoziologie auch die Initiative der WHO seit Mitte der siebziger Jahre, an die Stelle der die Finanzressourcen vieler Länder überfordernden Krankenhausmedizin, die zudem nur kurativ tätig ist, staatlich koordinierte oder kontrollierte Präventivmassnahmen zu setzen, die bereits die Entstehung von Krankheit bekämpfen, sowie Primärversorgung, die auf technologische Hilfsmittel weitgehend verzichtet (Fry und Hasler 1986). Die persönliche Arzt-Patient-Beziehung soll nun verstärkt auch Anreize

zur Selbstbehandlung enthalten, wodurch gleichzeitig die Tendenz zur Medikalisierung von Lebensstil und Lebensführung in den Industriegesellschaften neutralisiert werden soll (Levin, Katz und Holst 1977). Das Thema „Planung“ wird z. B. in England in Zusammenarbeit mit den Themen „Krise“ und „Konflikt“ diskutiert. Eine Autorengruppe schlägt vor, Konflikte zwischen den verschiedenen Zweigen und Organisationsebenen des Gesundheitswesens dadurch zu lösen, dass die staatlich verwaltete Ressourcenplanung öffentlich zur Diskussion steht (Barnard et al. 1977). S. Haywood und Alan Alaszewski (1980) prüfen in ihrem Buch *Crisis in the Health Service* (1980), welche Chancen eine nicht an den Interessen der Industrie orientierte Gesundheitspolitik hat. Planung bedeutet hier, dass bedarfsgerechte Steuerung und Kontrolle medizinischer Versorgung dazu beitragen soll, die Schicht- bzw. Klassenunterschiede bei Krankheit und Lebenserwartung abzubauen, die mit einer demokratischen Gesellschaftsordnung letztlich unvereinbar sind. Für Nicki Hart (1986) steht dabei fest, dass andere Länder dem Beispiel und den Prinzipien des britischen *National Health Service* folgen sollten, der die Gleichheit aller im Gesundheitsbereich zur Leitidee der politisch motivierten Strukturreform bereits in den Jahren 1946/48 machte. Bekanntlich hat Grossbritannien ein aus Steuermitteln finanziertes Versorgungssystem und seit 1974 ein zentralisiertes Planungssystem, wobei der örtliche Bedarf über ein kompliziertes Vorschlags- und Entscheidungsverfahren – unter Einschaltung zentraler Stellen auf Regierungsebene – befriedigt wird (Levitt und Wall 1984). Allerdings bleibt das Verhältnis zwischen Staat und Ärzteschaft ein Kritikpunkt für viele Soziologen und Vertreter der Gemeindemedizin. In seinem Buch über die – nach seiner Meinung weit überschätzte – Rolle der Medizin bei der Erreichung des heutigen Gesundheitsstandes der Bevölkerung schreibt Thomas McKeown:

Wenn wir davon ausgehen, dass jemand für die Patientenversorgung und die Verwaltung der Gesundheitseinrichtungen verantwortlich sein muss, braucht man doch nicht ohne weiteres anzunehmen, dass dies unter allen Umständen ein automatisches Recht des Arztes ist. (1979: 142)

Das Dilemma, das sich bezüglich Planung für die Soziologie stellt, ist, dass auf der *einen* Seite allfällig akzeptiert und als verbindlicher *Wert* gesetzt wird, dass Gesundheit für möglichst viele Menschen möglichst lange erhalten bzw. wiederhergestellt werden muss, dass aber auf der *anderen* Seite nicht sicher davon ausgegangen werden kann, dass ein geplantes Gesundheitswesen dafür der beste Garant ist. Dass die Rationalität einer der Öffentlichkeit verantwortlichen Gesundheitspolitik der Irrationalität oder A-Rationalität eines traditionell-klinischen Arzthandelns vorzuziehen ist, steht für viele Soziologen fest. Dennoch glauben sie nicht, dass der Wert optimaler Gesundheit für alle durch Planung der medizinischen Versorgung gewährleistet ist. Das Dilemma macht Aaron

Wildawsky (1980) unter der Überschrift *Can Health Be Planned?* deutlich; er schreibt:

Wir, die Staatsbürger, sind nicht bereit, entweder ein rein privates oder ein gigantisches staatliches Gesundheitssystem zu haben ... Wir bestehen darauf, dass die Regierung mehr tut, aber wenn sie sich danach richtet, gefällt es uns erst recht nicht ... Planung ist die Fähigkeit, die Zukunft durch gegenwärtige Handlungen zu kontrollieren ... Planung muss keine einfache Lösung sein; sie kann und wird oft unnötig verzwickelt das Problem neu stellen: Können wir die Quantität und Qualität der medizinischen Dienste erhöhen, während wir die Kosten senken? Die Antwort ist: „wir können es nicht“ (wie sich an neuerlich eingerichteten Gesundheitsbehörden wieder einmal zeigen wird) ... Wenn sich dann herausstellt, dass diese nicht funktionieren, wird wahrscheinlich nicht die Schlussfolgerung gezogen, dass kollektive Regelung schlecht ist, sondern dass die private und pluralistische Medizin versagt hat ... Die Lektion wird sein, dass der private Markt versagt hat und dass nur staatliche Politik (public administration) uns retten kann. Die Lektion sollte sein, dass Ärzte weniger und wir, die Staatsbürger, mehr für unsere Gesundheit tun. (1980: 486/9)

4. Medizinkritik in der Medizinsoziologie der Bundesrepublik bis Ende der achtziger Jahre

Die medizinsoziologische Literatur in der Bundesrepublik hat seit den frühen 70er Jahren die meisten Themen aufgenommen, die in den angelsächsischen Ländern diskutiert wurden und werden. Allerdings wurde Parsons' Medizinkritik nicht rezipiert, sondern nur sein Konzept der Krankenrolle, das seinerseits der Kritik verfällt, den status quo der technischen, naturwissenschaftlich orientierten Medizin nicht in Frage zu stellen. Den interaktionistischen Thesen über medizinisches Labeling wird seit Ende der 70er Jahre entgegengehalten, dass Krankwerden nicht allein durch diagnostische Etikettierung geschieht, jedenfalls nicht im Bereich der Psychiatrie, wo diese angeblich am stärksten verbreitet ist (Trojan 1978). Freidsons Kritik an der professionellen Dominanz klinischer Medizin sowie McKeowns These von der Überschätzung der Bedeutung der Medizin für den Gesundheitszustand der Bevölkerung werden uneingeschränkt rezipiert. Fast durchweg positive Resonanz finden auch Zolas These der umfassenden Medikalisierung der modernen Gesellschaft und Illichs Polemik gegen die Gefahren iatrogener Wirkungen der Medizin auf Körpererfahrung, Gesellschaft und Kultur. Insgesamt kann man wohl sagen, dass den kultur-

pessimistischen Seiten der angelsächsischen Medizinkritik wenig entgegengesetzt wird. Aber fairerweise muss man hinzufügen, dass in der Bundesrepublik am deutlichsten kulturkritisch argumentiert wird in gesellschaftsanalytisch wenig anspruchsvollen Schriften, die beispielsweise gar den Slogan „Halbgötter in Weiss“ zu Charakterisierung der Klinik angemessen finden. So heisst es bei einer sich erklärtermassen am Godesberger Programm der SPD orientierenden kritischen Analyse des Gesundheitswesens:

Der bürgerliche Begriff von Freiheit ist heute entweder völlig abstrakt, er wird als wohlklingende Leerformel verwendet, oder aber er meint in einer konkreten Fassung Privilegien, die eine kleine gesellschaftliche Gruppe auf Kosten der Bevölkerung geniessen will. Genau von dieser Art ist die vielgepriesene „Freiheit“ des Arztes ... Wie auch die Floskel „Freiheit für den Patienten“ zeigt, versuchen es die Herrschenden dieser Gesellschaft, den von ihnen Abhängigen die Überzeugung zu suggerieren, auch sie besässen „Freiheit“ ... konkrete Freiheit ist demnach nur dann gegeben, wenn alle in einer gesellschaftlichen Ordnung unter selbstbestimmten Bedingungen leben und alle für die Menschen dieser Gesellschaft deren wirkliche Bedürfnisse auf effektivste Weise erfüllen. (Scholmer 1973: 166–8)

Die medizinsoziologische Forschung in der Bundesrepublik wendet sich eher Themen zu, deren gesellschaftskritischer Impetus indirekt ist. Die Diskussion der 80er Jahre kreiste vor allem um die Entstehung von Krankheiten durch Belastung am Arbeitsplatz und durch Mängel an mitmenschlichen Kontakten. Das Thema wurde unter dem Begriff *Sozialepidemiologie* diskutiert. Relevante Forschungsergebnisse zeigen, dass Rehabilitationschancen für Patienten nach Herzinfarkt einerseits den unterschiedlichen Arbeitsplatz für Arbeiter und Angestellte widerspiegeln, andererseits von den Betroffenen mit Versäumnissen der behandelnden Ärzte bzgl. Arbeitswiederaufnahme und Berentung in Verbindung gebracht werden (Badura et al. 1987, 1988). Andere Studien zeigen, dass Krankenkassendaten über Arbeitsunfähigkeit das spezifische Belastungspotential unterschiedlicher Arbeitsplatzgruppen widerspiegeln (v. Ferber 1988) und dass das Risikoprofil „aktiver Distress“, nämlich Unvereinbarkeit zwischen Kontrollambitionen und Kontrollmöglichkeiten am Arbeitsplatz, zu Herzinfarkt führen muss oder kann, wenn keine unterstützenden mitmenschlichen Beziehungen den pathogenen Teufelskreis neutralisieren (Siegrist 1980, 1988).

Solche Forschung ist stärker gesellschafts-, weniger kulturkritisch ausgerichtet. Den Projekten geht es darum, die negativen gesundheitlichen Folgen einseitiger Belastung im Arbeitsleben sowie gesellschaftlicher Isolierung im Privatleben aufzuzeigen. Dabei steht bei einigen Studien im Hintergrund (so

beispielsweise Karmaus 1984), dass etwa Gewerkschaftsmitgliedschaft eine angemessenere Reaktion auf Arbeitsprobleme wäre als Tablettenkonsum bei Frauen. Beschwerden und Krankheitsverhalten werden hier als vom Individuum gegen sich selbst gekehrtes Coping mit einer Stress-Situation verstanden, der kollektives Handeln besser begegnen könnte. Per Implikation verweist dies wieder auf kritische Ansätze der angelsächsischen Debatte, die in der Medizin ein Palliativ für ansonsten konfliktträchtige soziale Probleme sehen. Würde gesellschaftliches Leiden nicht durch Krankwerden individualisiert, so argumentieren gewisse amerikanische Autoren, wäre möglicherweise politischer Massenprotest gegen ungerechte Zustände weit verbreitet; jedenfalls müsste er mit brutaler Polizeigewalt statt mit den „sanften“ Mitteln klinischer Diagnose und Therapie unterdrückt werden (Conrad und Schneider 1980, Waitzkin 1983).

5. Diagnose einer Kulturkrise der Gegenwart und die Rolle der Soziologen

Ich habe die Geschichte des Gedankens aufzuzeigen versucht, der während der letzten 40 Jahre in Verbindung mit vier Theoriemodellen als soziologische Medizinkritik vorgetragen wurde. Man kann erkennen, dass dieser Gedanke eine wissens- und eine planungssoziologische Variante hat – um eine Parallelität zu Mannheims Denken herzustellen. In beiden Varianten wird die Kritik an der Medizin erst dadurch zur soziologischen Analyse, dass sie ein Bild einer Kulturkrise der Gegenwart entwirft. Diesen Zusammenhang zwischen Kritik und Krise möchte ich für beide Modelle näher beschreiben.

Das *wissenssoziologische* Argument wird erstmals bei Freidson klar herausgearbeitet, der seine Konzeption der sozialen Konstruktion von Krankheit durch die Medizin auf Berger und Luckmanns Theorie der gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit aufbaut. Er schreibt dazu:

In diesem Buch ... habe ich mich auf Berger und Luckmann berufen, die erklären, dass „die Realität gesellschaftlich definiert ist. Aber die Definitionen werden immer verkörpert, d. h. konkrete Individuen und Gruppen dienen als Realitätsdefinierer ...“ Ihre Position organisierter Autonomie, die das Monopol über spezialisierte Arbeit einschliesst, und ihr besonderer Platz in der gesellschaftlichen Ordnung erlauben der professionalisierten Medizin einen wichtigen Teil des sozial konstruierten Universums zu schaffen. Dazu gehören relativ verlässliches Wissen, ein Sendungsbewusstsein und praktische Institutionen. Die Substanz dieser Schöpfungen entsteht aus der Erfahrung der Schöpfer. Die Erfahrung

der Schöpfer ist eine Funktion der Perspektive, die sie gewonnen haben mittels ihrer besonders beschützten autonomen Position in der sozialen Struktur, einer Position, die systematisch die Erfahrung und Bewertung der aussenstehenden Laien vernachlässigt. (1970a: 379/80)

Dem wissenssoziologischen Ansatz geht es darum, dem medizinischen Wissen seinen Anspruch auf wissenschaftliche Objektivität streitig zu machen, indem nachgewiesen wird, dass sogar die Grundkategorien der klinischen Denkweise – also beispielsweise das organzentrierte Krankheitsverständnis – ihrerseits historisch relativ sind. Dies bedeutet, dass der Anspruch auf kontextfreie Geltung des klinischen Wissens soziologisch relativiert wird, und zwar sowohl hinsichtlich epochaler Wandelbarkeit des Denkmodells insgesamt als auch hinsichtlich der „Verwandelbarkeit“ diagnostisch-therapeutischer Entscheidungen im Arzt-Patient-Geschehen. Soziale Konstruktion der medizinischen Wirklichkeit, so legt Freidson nahe ebenso wie die Autoren des Foucault-Kreises, bedeutet letztlich, dass die klinische Autorität des Arztes nur durch gesellschaftliche Machtprozesse aufrechterhalten wird, wodurch die herrschenden Ideologien sich als nichts anderes als die Ideologien der Herrschenden erweisen.

In diesem Sinne muss die naturwissenschaftliche Basis der modernen Medizin als Fehlentwicklung und der technologische Fortschritt als Gefahr für die Menschlichkeit des klinischen Handelns erkannt werden. Die *Krise*, die sich in dieser unwillkürlich in der Medizin überhandnehmenden Inhumanität anzeigt, ist eine Krise der Kultur, wenn man mit dem Begriff Kultur auch die Objektivationen des menschlichen Geistes bezeichnet, also technische und wissenschaftliche Neuerungen, die in der modernen Welt fast unkontrollierbaren sozialen Wandel auslösen.

Das Entscheidende der Kulturkrise der Moderne, die Georg Simmel als *Tragödie der Kultur* (1918) beschrieb, ist ein *Missverhältnis* zwischen objektiver und subjektiver Kultur. Damit ist gemeint: Überwiegen des technischen und naturwissenschaftlichen Denkens sowie der Produkte des industriellen Fortschritts in der Alltagswelt und Abbau oder Unterentwicklung des individuumbezogenen Denkens und der Formen der mitmenschlichen Unmittelbarkeit. In einem frühen Aufsatz formuliert Mannheim den Gedanken des krisenhaften Missverhältnisses folgendermassen:

Es ist die gegenseitige Abhängigkeit der objektiven und subjektiven Kultur, die die Existenz der einen ohne die andere unmöglich macht. Die objektive Kultur umgibt uns wie ein unabhängiger Leviathan, aber sie kann ihr Eigenleben ohne die Hingabe und Mitarbeit des einzelnen nicht weiterführen und entfalten. Andererseits entgeht dem Individuum

seine eigene Erfüllung, wenn es sich die objektive Kultur nicht wiederholt und stetig aneignet. (1918/1964: 84)

Vor dem Hintergrund einer durch das Missverhältnis zwischen objektiver und subjektiver Kultur, d. h. technischer Medizin und Humanitas, gekennzeichneten Krise des diagnostisch-therapeutischen Geschehens geht es der wissenssoziologischen Medizinkritik also darum, den Spielraum für das Individuum bzw. das Humane in der Medizin zu verbreitern. Dies kann – so wird überwiegend angenommen – nur durch Identifikation des Soziologen mit den Interessen des *Patienten* geschehen; die Arztperspektive enthalte demgegenüber eine unbefriedigende, weil herrschende gesellschaftliche Interessen der Industrie und der Oberschicht widerspiegelnde Humanitätssicht, die als ideologisch erkannt werden müsse.

In seinen Schriften zur Wissenssoziologie macht Mannheim den Vorschlag, zur Überwindung der Krise seiner Gegenwart auf die *Soziologen* zu setzen bzw. auf eine durch nicht-technische Bildung und Verbreiterung des kulturwissenschaftlich-historischen Wissenshorizonts von der Standortgebundenheit ideologischer Wissenssysteme befreite „freischwebende“ Intelligenz (Gerhardt 1965: Kap. 3). Die Medizinsoziologie, die die historisch relative und gesellschaftlich klassengebundene Konstruktion der medizinischen Wirklichkeit aufzeigt, macht den Vorschlag, dass der Soziologe sich bewusst auf die Seite des Kranken bzw. des medizinischen Laien stellt. Dessen Wirklichkeitskonstruktion dürfe nicht unterdrückt werden, sondern müsse gleichwertig zu jener des Arztes im medizinischen Geschehen zum Ausdruck kommen. In der Stärkung der Position des Patienten gegenüber der Medizin kommt dem Soziologen die Rolle zu, dass er die Bereiche erkennt und aufzeigt, in denen die wohlverstandenen Interessen des Patienten am besten verwirklicht werden. Soziologen sehen sich also nicht nur als Kritiker der Medizin, sondern als *Berater* für internationale Organisationen wie beispielsweise die WHO, wo sie an einer patientenorientierten Überwindung der ausschliesslich klinischen Medizin teilweise aktiv mitarbeiten wollen.

Mannheims *planungssoziologische* Konzept verschiebt die Grundlinien des Gedankens. Nunmehr sieht er die Krise der Gesellschaft vor allem als eine Wertkrise, und die Rolle der Soziologie ist es, an einer demokratischen Wertplanung mitzuwirken. Ausgangspunkt ist, dass der Faschismus deutlich gemacht hat, wie sogenannte Sozialtechniken in totalitären Staaten zur Herrschaft irrationaler Ideologien eingesetzt werden, die freiheitsfeindliche Werthaltungen zur Grundlage einer menschenfeindlichen Politik machen.

Derselbe Gedanke beherrscht einen Teil der medizinkritischen Argumentation der Soziologie, vor allem seit Mitte der 70er Jahre. Zunächst wird hervor-

gehoben, dass sich in der Medizin in den letzten Jahrzehnten ein grundlegender Wandel vollzogen habe, nämlich die Transformation zur grossindustriellen Produktionsweise, in den U. S. A. in Form privater Grossfirmen mit profit-orientierten eigenen Klinikketten, die ihrerseits mit der Geräte- und Pharmaindustrie zusammenarbeiten (Starr 1982). In denselben Zusammenhang gehört wohl das Argument, dass die Medikalisierung der modernen Gesellschaft ein als hermetischer Denk- und Konsumzwang wirkendes Ausmass angenommen habe (Zola 1972, Conrad und Schneider 1980). Auch Illichs Zeitdiagnose der Selbstentfremdung des modernen Menschen durch dreifache „Iatrogenese“ und Szasz' Entlarvung der Psychiatrie als Herrschaftsinstrument eines „therapeutischen Staates“ (1984) können als Aussagen über totale Medizinherrschaft verstanden werden: Hier wird beim Individuum überhaupt kein eigener Spielraum der Selbstdefinition mehr gesehen, es erscheint als Opfer einer omnipotenten Medizinkultur.

Mannheim ist der Ansicht, dass man – als Zeitgenosse des Faschismus – das Rad der Geschichte nicht zurückdrehen und zur liberalen Laissez-faire-Haltung nicht zurückkehren könne. Stattdessen müsse der Soziologe sich bewusst in den Dienst einer Planung für Freiheit stellen. Diese gewährleiste ein allgemeines Denken in demokratischen Werten wie etwa Toleranz, fair play oder Gegenseitigkeit. Allerdings warnt er am Ende von *Mensch und Gesellschaft im Zeitalter des Umbaus* auch vor der Erstarrung der Wertplanung in einer bürokratisierten Verwaltung; er schreibt:

Das charakteristische Denkmodell des planenden Denkens ist die „Situation“. Wir haben es auf der Stufe der Planung immer mehr nötig, in Situationen denken zu können ... Die eigentliche Gefahr des planenden Denkens bleibt freilich, dass es selbst, statt auf der Suche zu bleiben, sich in ein starres System umwandelt ... Wenn planendes Denken wirklich Strategie sein soll, dann muss es zwar den Sprung in die Interdependenzforschung wagen; es kann sich aber nicht eine Apodiktizität leisten, die das im Planen gleichfalls enthaltene Element des Suchens ausschalten würde. (1935: 203, 205–6)

In seinem posthum veröffentlichten Buch *Freedom, Power and Democratic Planning* (1950) fasst Mannheim das Dilemma in die rhetorische Frage: „Wer plant die Planer?“ Die Antwort ist, dass ein neuer Menschentyp entstehen soll, der auch Eigeninitiative und Selbstdisziplin besitzt, die stets mit den Bedürfnissen und Rechten anderer in Einklang gebracht werden, was Mannheim mit dem Begriff „integratives Verhalten“ kennzeichnet (1950: 203). Das Vorbild ist die angelsächsische Zweiparteiendemokratie, wo Individualität kämpferisch verstanden wird:

Nur die angelsächsischen Länder, wo Abweichende so wesentlich zu der neuen Idee des kreativen Kompromisses beigetragen haben, konnten diese Konzeption entwickeln. (ibid.)

Für die soziologische Medizinkritik zeigt sich die Wertkrise der Gegenwart als Verlust der allgemeinen Gesundheit und als unaufhaltsames Ansteigen der Morbiditätsziffern, vor allem für chronische Erkrankungen (v. Ferber 1989). Der Wert, der verlorengeht und wiederhergestellt werden muss, ist *Gesundheit* („Gesundheit für alle“). Die Mittel dazu sollen sich der politischen Planung nur insofern bedienen, als diese tatsächlich als geeigneter Weg zum Ziel führen kann.

Mannheims Skepsis gegen die bürokratische Verfestigung der gesellschaftlichen Wertplanung findet eine Parallele in den Vorbehalten der Medizinsoziologen (und ihnen nahestehender Medizinökonomen und Sozialmediziner) gegen Gesundheitsplanung, die eventuell immer nur neue Programme an die Stelle unwirksamer Strategien setzt. Letztlich geht es um *Eigeninitiative* der Individuen hinsichtlich ihrer Gesundheit, und Planung wird in der medizinsoziologischen Literatur nur unter der Prämisse empfohlen, dass sie zugleich eine grössere Eigenständigkeit der Körpererfahrung der Gesellschaftsmitglieder ermöglicht. Die Behandlung körperlicher und seelischer Beschwerden soll vom Einflussbereich des grossindustriell strukturierten Gesundheitswesens losgelöst werden und dadurch die Abkehr vom organzentrierten, gesellschaftliche Lebensverhältnisse ausklammernden Krankheitsverständnis ermöglichen.

In dem „neuen“, d. h. von den Herrschaftszwängen der klinischen Medizin „gereinigten“ System einer sogenannten *ökologischen* Medizin werden Unterschiede zwischen Arzt und Patient weitgehend nivelliert, so dass jeder sich nach Kräften von seinen eigenen gesundheitsbezogenen Vorstellungen leiten lassen kann. Die Arzt-Patient-Beziehung, so fordern W. R. Arney und B. J. Bergen, soll nun um das „*Holon*“ des Patienten kreisen, das heisst seine soziale Umwelt („Habitat“) als Person, alle Aspekte des Lebensstils und der sozialen Umgebung umfassen, als Zentrum humaner Gesundheitssorge. Sie beschreiben dies so:

Der systembezogen-theoretisch-ökologisch-problemorientierte Ansatz in der Medizin reorganisiert die medizinische Versorgung ... Unter der neuen medizinischen Logik „wäre der Arzt ein Systemmanager“, der, wie der Fabrikmanager, sicherstellen würde, dass Daten gesammelt und betroffene Teile des Lebens einer Person überwacht werden, und sie senden Informationen aus (über die Krankenakte), dass bestimmte Anpassungen in der „Holon“-Hierarchie des Patienten gemacht werden müssen. Die neue Logik veranlasst den Arzt, ein Mensch zu werden

(eine Person). Der Arzt als Mensch ist allen jenen menschlichen Problemen unterworfen, denen der Patient als Mensch und alle anderen ausgesetzt sind. (1984: 90)

6. Schlussbemerkung

Abschliessend möchte ich der Frage nicht ausweichen, welche Kritikpunkte gegen die kultursoziologische Medizinkritik sprechen. Zwei Einwände deuten die Richtung meiner Vorbehalte an:

Erstens darf man nicht vergessen, dass der Kulturpessimismus, der im Gewand der Medizinkritik hier wieder auflebt, eine wenig rühmliche Geschichte hat (Kalberg 1987). Im Deutschland der ersten Jahrzehnte dieses Jahrhunderts war er Vorläufer der scheinrationalen Verteidigung der Kultur gegen die Zivilisation bzw. des Seelischen gegen das Technische, und im Blut- und Boden-Mythos wurde er zur ideologischen Grundlage des Dritten Reiches (Stern 1961/3). Zwar muss man festhalten, dass die medizinsoziologische Diskussion in der Bundesrepublik – mit Ausnahme der positiven Resonanz auf Illichs Thesen – nur relativ gemässigt kulturpessimistische Töne in ihrer Medizinkritik anklingen lässt. Aber es regt sich andererseits wenig Widerstand gegen die Gleichsetzung von technischem Fortschritt bzw. moderner Krankenhausmedizin und Inhumanität. Das Catch-22-Denkschema des Kulturpessimismus ist bisher kaum durchschaut oder angeprangert worden: Man stellt eine wahrscheinlich unverwirklichte Forderung auf, z. B. „Gesundheit für alle“, und identifiziert dann die moderne Medizin – in Gestalt ihrer zugeschriebenen Medikalisierung der Alltagswelt – als verursachende Grundlage für weiterbestehende Krankheitstatsachen.

Zweitens muss man fragen, was denn die Soziologie, will sie sich als angewandte Wissenschaft bewähren, überhaupt leisten kann. Soweit ich es über schaue, geht das Denken, das eine Krise diagnostiziert, davon aus, dass es geeignet sei, deren Lösung, also gesellschaftliche Veränderung kompetent mitzutragen. Aber ich möchte – mit Talcott Parsons – eine wesentlich bescheidenere Leistung der Soziologie für realistisch halten.

Parsons vergleicht den an praktischen Problemen arbeitenden Soziologen mit dem Arzt, dem es jeweils am Einzelfall darum geht, einen bestimmten Patienten mit einem bestimmten Leiden zu behandeln. Seine Aufgabe ist also nicht, eine Theorie aller Krankheiten zu formulieren oder den „idealen Körper“ zu (er)finden. Der Soziologe bleibt Teil der bzw. seiner/ihrer Gesellschaft – im

guten wie im problematischen Sinn –, die er/sie zu verstehen und vielleicht zu verändern sucht. Parsons meint:

Der allgemeine Geist der modernen Sozialwissenschaft ... ist speziell technisch. Sie hat kein Programm für die Rekonstruktion der sozialen Welt im allgemeinen ... Sie hat einiges spezifische Wissen, das sie auf spezifische soziale Situationen mit Blick auf ein gewünschtes Ergebnis anwenden kann. Ob das Ergebnis in irgendeinem letztverbindlichen Werte-Sinn wünschenswert ist, ist keine technische Frage der Sozialwissenschaft, sondern hängt mit den Werten der Gesellschaft zusammen. (1948: 76)

Letztlich bleibt also, folgt man dieser Bestimmung des Leistungswertes der Sozialwissenschaft, Webers Trennung von Sozialwissenschaft und Sozialpolitik auch für die Medizinsoziologie verbindlich. Sie sollte auf kulturkritische Gegenwartsdiagnose in ihren Analysen der Medizin verzichten.

LITERATURVERZEICHNIS

- ARNEY W. R. und BERGEN B. J. (1984), *Medicine and the Management of Living: Taming the Last Great Beast*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- BADURA Bernhard, KAUFHOLD Gary, LEHMANN Harald, PFAFF Holger, SCHOTT Thomas und WALTZ Millard (1987), *Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- BADURA Bernhard, KAUFHOLD Gary, LEHMANN Harald, PFAFF Holger, RICHTER Rolf, SCHOTT Thomas und WALTZ Millard (1988), *Soziale Unterstützung und Krankheitsbewältigung. Neue Ergebnisse aus der Oldenburger Longitudinalstudie 4/12 Jahre nach Erstinfarkt*. Psychotherapie und mediz. Psychologie, Bd. 38, S. 48–58.
- BARNARD Keith und LEE Kenneth, Hrsg. (1977), *Conflicts in the National Health Service*. London: Croom Helm.
- BECKER Howard (1963), *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press (dt. Aussenseiter. Frankfurt: Fischer 1973).
- BECKER Howard (1967), *Whose Side Are We On?* Social Problems, Bd. 14, 234–247.
- BERGER Peter und LUCKMANN Thomas (1966), *Social Construction of Reality*. New York: Doubleday (dt. Soziale Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt: Fischer 1967).
- CONRAD Peter und SCHNEIDER Joseph (1980), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St. Louis: Mosby.
- EMERSON Robert M. und MESSINGER Sheldon L. (1977), *The Micro-Politics of Trouble*, in Social Problems, Bd. 25, 121–134.
- v. FERBER Liselotte (1988), *Die ambulante ärztliche Versorgung*. Stuttgart: Enke.
- FIGLIO Kar (1978), *Chlorosis and Chronic Disease in Nineteenth Century Britain: The Social Constitution of Somatic Illness in a Capitalist Society*, in: Social History, Bd. 3, 167–197.
- FOUCAULT Michel (1977), *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt: Suhrkamp (ursprünglich Paris: Gallimard 1975).

- FOUCAULT Michel (1975), *Histoire de la sexualité: la volonté de savoir*. Paris: Editions Gallimard (dt. *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I*. Frankfurt: Suhrkamp).
- FREIDSON Eliot, (ohne Jahr [1966]) *Disability as Social Deviance*, in: Marvin SUSSMAN, Hrsg., *Sociology and Rehabilitation*. Washington: American Sociol. Association, 1–99.
- FREIDSON Eliot (1970), *Profession of Medicine*. New York: Dodd, Mead (dt. *Der Ärztestand*. München: Urban und Schwarzenberg 1979).
- FREIDSON Eliot (1970), *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Chicago: Aldine (dt. *Die Macht der Experten*. München: Urban und Schwarzenberg 1975).
- FRY John und HASLER, Hrsg. (1986), *Primary Health Care 2000*. Edinburg: Churchill Livingstone.
- GERHARDT Uta (1965), *Der Begriff der Krise als soziologische Kategorie im Werk Karl Mannheims*. Soziologische Diplomarbeit, Freie Univ. Berlin.
- GERHARDT Uta (1988), *Sociology on Medicine: Understanding Medical Sociology's Critical Standpoint*, in: Günther LÜSCHEN, William C. COCKERHAM, Gerhard KUNZ, Hrsg., *Health and Illness in America and Germany*. München: Oldenburg, 31–48.
- GERHARDT Uta (1989), *The Sociology of Medicine/Health in the Federal Republic of Germany*, in: *Research in the Sociology of Health Care*, Vol. 9 (editor: Dorothy C. Wertz), Greenwich, CT: JAI Press, 275–288.
- GERHARDT Uta (1989), *Ideas About Illness. An Intellectual and Political History of Medical Sociology*. London: Macmillan; New York: New York University Press 1990.
- GOFFMAN Erving (1961), *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor (Doubleday) (dt. *Asyle*. Frankfurt: Suhrkamp 1968).
- HART Julian T. (1971), *The Inverse Care Law*, in: *Lancet*. 27. 2. (i), 405–412.
- HART Nicky (1986), *The Sociology of Health and Medicine*. Ormskirk: Causeway.
- HART Nicky (1986), *Inequalities in Health: The Individual Versus the Environment*, in: *Journal of the Royal Statistical Society, Serie A (General)*, Bd. 149, 228–246.
- HAYWOOD S. und ALASZEWSKI Alan (1980), *Crisis in the Health Services: The Politics of Management*. London: Croom Helm.
- HENDERSON Lawrence J. (1935), *Physician and Patient as a Social System*. *New England Journal of Medicine*, Bd. 212, 819–823.
- ILLICH Ivan (1975), *Medical Nemesis*. London: Calder and Boyars.
- ILLICH Ivan (1975), *Limits to Medicine: The Expropriation of Health*. London: Calder and Boyars (dt. *Grenzen der Medizin*, Reinbek: Rowohlt 1976).
- KALBERG Stephen (1987), *The Origin and Expansion of Kulturpessimismus: The Relationship between Public and Private Spheres in Early Twentieth Century Germany*. *Sociological Theory*, Bd. 5, 150–164.
- KARMAUS Wilfried (1984), *Bewältigung von arbeitsbezogenen Belastungen und Beschwerden. Eine medizinsoziologische Studie*. Frankfurt: Campus.
- KOSELLECK Reinhard (1959), *Kritik und Krise. Ein Beitrag zur Pathogenese der bürgerlichen Welt*. Freiburg: Alber.
- LEVIN Ruth und WALL Andrew (1984), *The Reorganized National Health Service*, 3. Auflage, London: Croom Helm.
- MANNHEIM Karl (1918), *Seele und Kultur*, in: Karl Mannheim, *Wissenssoziologie. Auswahl aus dem Werk*. Eingeleitet und herausgegeben von Kurt H. Wolff, Neuwied: Luchterhand, 1964, 66–84.
- MANNHEIM Karl (1929), *Ideologie und Utopie*. 5. Aufl. Frankfurt: G. Schulte-Buhmke 1969 (ursprünglich Bonn: Cohen 1929).

- MANNHEIM Karl (1934), *Rational and Irrational Elements in Contemporary Society*. London: Oxford Univ. Press Humphrey Milford.
- MANNHEIM Karl (1935), *Mensch und Gesellschaft im Zeitalter des Umbaus*. Leiden: A. W. Sijthoff's Uitgever smaatschappij N. V. (Man and Society in an Age of Reconstruction. London 1940).
- MANNHEIM Karl (1943), *Diagnosis of Our Time. War Perspectives of a Sociologist*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co. (4. Aufl. 1947), (deutsch: *Diagnose unserer Zeit*, Zürich: Europa Verlag 1951).
- MANNHEIM Karl (1950), *Freedom, Power and Democratic Planning*. New York: Oxford Univ. Press.
- MCKEOWN Thomas (1965), *Medicine in Modern Society*. London: Allen und Unwin.
- MCKEOWN Thomas (1979), *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* New Haven: Princeton Univ. Press.
- PARSONS Talcott (1948), *Social Science: A Basic National Resource. Report Prepared for the Social Science Research Council, Preliminary Draft, Juli* (zitiert nach Harvard University Archives-Manuskript).
- PARSONS Talcott (1951), *The Social System*. Glencoe/Ill.: Free Press.
- PARSONS Talcott und FOX Renée, (1952). *Introduction*, in *Journal of Social Issues*, Bd. 8, Heft 4, 2–3.
- PLOUGH Alonzo L. (1981), *Borrowed Time. Artificial Organs and the Politics of Extending Lives*. Philadelphia: Temple Univ. Press.
- REMMLING Günter W (1969), *Wissenssoziologie und Gesellschaftsplanung: Das Werk Karl Mannheims*. Dortmund: F. W. Ruhfus.
- SCHEFF Thomas (1966), *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine (dt. *Das Etikett der Geisteskrankheit*. Frankfurt: Fischer 1973).
- SCHEFF Thomas (1975), *Schizophrenia as Ideology*, in: Thomas J. Scheff, Hrsg., *Labelling Madness*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 3–10.
- SCHOLMER Joseph (1973), *Patient und Profitmedizin. Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik zwischen Krise und Reform*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- SIEGRIST Johannes, DITTMANN Klaus, RITTNER Karin und WEBER Ingbert (1980), *Soziale Belastungen und Herzinfarkt*. Stuttgart: Enke.
- SIEGRIST Johannes und MATSCHINGER Herbert (1988), *Restricted Status Control and Cardiovascular risk*, in: Andrew STEPTOE and Adrian APPELS, Ed., *Stress, Personal Control, and Health*. John Wiley, Chichester.
- SIMMEL Georg (1911), *Der Begriff und die Tragödie der Kultur*, in: *Philosophische Kultur. Gesammelte Essays*. 2. Auflage, Leipzig: Kröner 1919, 222–253.
- STARR Paul (1982), *The Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.
- STERN Fritz (1961), *The Politics of Cultural Despair*. New York: Anchor (dt. *Kulturpessimismus als politische Gefahr*. Bern: Scherz 1963).
- STRONG Philip (1979), *Sociological Imperialism and the Profession of Medicine*, in: *Social Science and Medicine*, Bd. 13 A, 199–215.
- SZASZ Thomas (1961), *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Hoeber-Harper.
- SZASZ Thomas (1970), *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York: Dell Co..
- SZASZ Thomas (1984), *The Therapeutic State: Psychiatry in the Mirror of Current Events*. Buffalo, N. Y.: Prometheus Books.

- TODD Alexandra (1983), *A Diagnosis of Doctor-Patient Discourse in the Prescription of Contraception*, in: Sue FISCHER and Alecander TODD, Ed., *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*. Washington, D. C.: Center for Applied Linguistics, 154–177.
- TROJAN Alf (1978), *Psychisch krank durch Etikettierung?* München, Urban und Schwarzenberg.
- WAITZKIN Howard (1983), *The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Health Care*. New York: Free Press.
- WRIGHT Peter und TREACHER Andrew, Ed. (1982), *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*. Edinburg: Edinburg Univ. Press.
- ZOLA Irving (1972), *Medicine as an Institution of Social Control*, in: *Sociological Review*, Bd. 20, 487–503.
- ZOLA Irving K. (1975), *In the Name of Health and Illness: On Some Socio-Political Consequences of Medical Influence*, in: *Social Science and Medicine*, Bd. 9, 83–87.

Adresse der Verfasserin:

Prof. Dr. U. Gerhardt

Alicenstrasse 6, D-6300 Giessen