Theorie und Methode
Sozialwissenschaften

»Multioptionsgesellschaft« ist ein deskriptiver Begriff, der mittlerweile zum gängigen Sprachgebrauch gehört. Dies verdankt er seiner unmittelbaren Plausibilität, haben sich die Optionen, mit denen der einzelne Akteur in modernen Zeiten konfrontiert ist, doch nahezu in jedem lebensweltlichen Bereich vervielfältigt. »Multioptionsgesellschaft« steht aber auch für die theoretische Zeitdiagnose von Peter Gross, der die gesellschaftliche Dynamik der Modernisierung durch die Triade von Optionierung, Entobligationierung und Individualisierung beschreibt und erklärt.
Die »Multioptionsgesellschaft« wurde in der Öffentlichkeit wie in der Soziologie breit rezipiert. Der vorliegende Band versammelt eine Reihe soziologischer Beiträge, die sich entweder mit dem Begriff oder mit der Theorie der »Multioptionsgesellschaft« auseinandersetzen. Die Vielfalt der Zugänge, Diskussionsweisen und Analysen spiegelt die Offenheit des Konzepts ebenso wie die Breite der Interessen und Fragestellungen, die es ermöglicht.

Achim Brosziewski ist Forschungsmitarbeiter und Lehrbeauftragter für Soziologie an der Universität St. Gallen.
Thomas Samuel Eberle ist Privatdozent für Soziologie und Ständiger Dozent an der Universität St. Gallen.
Christoph Maeder ist Leiter der Abteilung Forschung am Institut für Soziale Arbeit, FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen.

ISBN 3-89669-800-1
UVK Verlagsgesellschaft
www.uvk.de

A. Brosziewski, T. S. Eberle, C. Maeder (Hg.)
Moderne Zeiten

Achim Brosziewski
Thomas Samuel Eberle
Christoph Maeder (Hg.)

Moderne Zeiten

Reflexionen zur Multioptionsgesellschaft

UVK

Für Peter Gross

Achim Brosziewski,
Thomas Samuel Eberle,
Christoph Maeder (Hg.)

Moderne Zeiten

Reflexionen zur Multioptionsgesellschaft

UVK Verlagsgesellschaft mbH

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung
des Bühler-Reindl-Fonds der Universität St. Gallen (HSG)

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Moderne Zeiten : Reflexionen zur Multioptionsgesellschaft. / Hrsg.: Achim Brosziewski; Thomas Samuel Eberle; Christoph Maeder. - Konstanz : UVK-Verl.-Ges., 2001
ISBN 3-89669-800-1

ISBN 3-89669-800-1

©UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz 2001
Einbandentwurf: Riester & Sieber, Konstanz
Satz: Dieter Heise, Konstanz
Druck: Digital Druck AG, Birkach

UVK Verlagsgesellschaft mbH
Schützenstr. 24 · 78467 Konstanz
Tel. 0 75 31-90 53-0 · Fax 0 75 31-90 53-98
www.uvk.de

Inhalt

Zur Attraktivität und Aktualität der Multioptionsgesellschaft 7

1. Steigerung und Zerstörung

Thomas S. Eberle
Are the Great Warriors dying?
Aborigines in der Multioptionsgesellschaft 25
Franz-Xaver Kaufmann
Weltverlust und Lebenskunst 43
Ulrich Beck
Der hässliche Bürger 57
Achim Brosziewski
Innovation und Erfahrung.
Über Generationen und die Zeiten der Gesellschaft 69

2. Transformation und Triebkraft

Thomas Olk
Bürgerengagement und aktivierender Staat –
zwei Seiten einer Medaille? 83
Rolf Heinze / Christoph Strünck
Bürgerschaftliches Engagement
inmitten von Markt und Staat 99
Bernhard Badura
Bürgerorientierung als Reformziel im Gesundheitswesen . . 113
Eckart Pankoke
Netzwerke und Lernprozesse:
Komplexitätsmanagement als Kunst des Möglichen 125
Anne Honer
»In dubio pro morbo«: Medizinische Dienstleistungen
zwischen technischen Optionen und ethischen Ligaturen . . 141

3. Fluchten, Zwischenwelten, Exodus-Phantasien

Hubert Knoblauch
Ekstatische Kultur.
Zur Kulturbedeutung der unsichtbaren Religion 153

Olaf Zorzi
Abenteuer, wohin man blickt –
Bemerkungen zur Ethnographie (in) der Moderne 169

Ronald Hitzler
Existenzbastler als Erfolgsmenschen.
Notizen zur Ich-Jagd in der Multioptionsgesellschaft..... 183
Daniel Diemers
Die Multioptionsgesellschaft im Cyberspace 199
David Bosshart
Spektakuläre Multioptionalität.
Philosophische Bemerkungen zur Spektakelökonomie 213

4. Grenzen im Grenzenlosen?

Laszlo A. Vaskovics
Familiale Entwicklungsverläufe
in der Multioptionsgesellschaft 229
Elisabeth Beck-Gernsheim
Von der Bastelbiographie zur Bastelkultur –
über binationale Paare und Migrantenfamilien 245
Manfred Garhammer
Kontingenzmanagement und Fatalismus –
Zeitinstitutionen und Unsicherheit in der
spätmodernen Arbeitswelt 263
Peter Atteslander
Verliert sich das Private? 279
Christoph Maeder
Bürger oder Kunde? Missratende Optionen
des ›New Public Management‹..... 293

5. Quo vadis?

Thomas Luckmann
Sinn in Sozialstruktur 311
Emil Walter-Busch
Optionen und Illusionen moderner Zeitdiagnostik 327
Armin Nassehi
Odysseus, die Sirenen und die Taue der Moderne.
Eine Meditation über die »Multioptionsgesellschaft« 347
Michael Sukale
Alles und Nichts.
Zur Sozio-Theologie der Multioptionsgesellschaft 363

Autoren 379

Anne Honer

»In dubio pro morbo«: Medizinische Dienstleistungen zwischen technischen Optionen und ethischen Ligaturen

Die vielgepriesenen Erfolge der modernen Medizin (vgl. hierzu kritisch McKeown 1982) veränderten das Morbiditäts- und Mortalitätsspektrum der westlichen Gesellschaften. Sie hatten eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit bei Infektionskrankheiten zur Folge – und erhöhten damit (zwangsläufig) auch die Zahl chronisch Kranker und sogenannter Defektkranker. Zugleich führten die neuen und verbesserten Diagnosetechniken dazu, dass heute einerseits Krankheiten in einem früheren Stadium erkannt und andererseits neuartige Befunde ermöglicht werden, deren Wertigkeit unklar ist und die mit den herkömmlichen medizinischen Begriffen ›normal‹ oder ›pathologisch‹ nicht mehr zu fassen sind.

Diese quasi-paradoxen Phänomene indizieren eine historisch-kulturelle Umbruchssituation hinsichtlich der sozial gültigen Definition von Gesundheit und Krankheit (wie sie anhaltend, wenn auch meist nur mittelbar mit Blick auf die Folgen der Medizintechnik, auch im ›new public health‹ ausbuchstabiert wird; vgl. Schwartz et al. 1998). Denn die professionell dilemmatische Situation wird sich voraussichtlich in dem Masse weiter verschärfen, wie die Zahl der in der bzw. mit Hilfe der Humangenetik entdeckten Erbkrankheiten bzw. genetisch bedingten Anlagen für bestimmte Krankheiten, die erst in einem späteren Lebensalter und auch dann ›nur‹ mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit ausbrechen, in den kommenden Jahren und Jahrzehnten steigen wird. Zugespitzt formuliert: Ein ›Erfolg‹ der Humangenetik könnte darin bestehen, den Latentkranken sozusagen als biographischen Normalfall zu produzieren. Der humangenetisch ›betreute‹ Mensch würde damit bereits durch und in der Zeugung im (Zell-)Kern zum Träger eines Krankheitsbündels, das es – nach dem geltenden Prinzip der Früherkennung – wenn schon nicht zu therapieren, so doch frühestmöglich zu diagnostizieren und ›gesundheitsfördernd‹ zu umsorgen gilt.

Damit kommt eine keineswegs fatale, aber eine hinsichtlich ihrer Konsequenzen kaum abschätzbare Entwicklung in Gang: Zum einen wird das Angebot und damit der Zuständigkeitsanspruch medizini-

scher Hilfeleistungen immer umfassender, zum anderen werden die Erwartungen an eine medizinische ›Generalbetreuung‹ – jedenfalls gegenüber unseren heutigen Leistungsansprüchen – hypertrophieren (zur Diskussion der Anspruchsspirale vgl. Luhmann 1983; Herder-Dorneich/Schuller 1983; Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992). Wie weit sich die Spirale von Kompetenzausweitung der und Kompetenzanforderungen an die Medizin schon heute gedreht hat, lässt sich exemplarisch an Bereichen wie Reproduktions- und Transplantationsmedizin zeigen (und zwar schon vor ihrer Verknüpfung, die die Klonierungsexperimente mit menschlichen Keimzellen in den Bereich des Denkbaren und potentiell Machbaren gebracht hat): Früher haben Geburt und Tod die individuelle Lebensspanne markiert, innerhalb derer Irritationen dessen, was als gesundheitlicher Normalzustand betrachtet bzw. akzeptiert wurde, Hilfeansprüche begründen konnten. In jüngerer Zeit hingegen hat sich zum einen die Geburtshilfe – die ihrerseits das Hebammenwesen vereinnahmt hat (vgl. Böhme 1980) – durch die Perinatalmedizin inzwischen zur vorgeburtlichen Versorgung erweitert, welche im Zweifelsfall bereits mit den diversen Techniken der Befruchtungsassistenz beginnt (vgl. Gross/Honer 1990; Honer 1990, 1993). Zum anderen wird im Gefolge technologischer Neuerungen der Mensch immer unabweisbarer zur (potentiellen) Organbank – und zwar über den Tod hinaus, dessen medizinische Bestimmung seinerseits bekanntlich immer noch umstritten ist (vgl. dazu Leist 1990; Streckeisen et al. 1992; Schneider 1999).

Hier konkretisiert sich, was Giddens (1991) »Life Politics« nennt: Zuvor schicksalhafte Lebensbedingungen werden – im Gefolge der verallgemeinerten Selbstverwirklichungsidee in modernen Gesellschaften im Verein mit medizin-technischen Innovationen – zu »Optionen«, zu Entscheidungschancen und Entscheidungszwängen (vgl. hierzu auch Gross 1994). Damit wird in der für hochindustrialisierte Gesellschaften am Umbruch zu einer ›anderen‹ Moderne als symptomatisch angesehenen ›reflexiven‹ Situation die Frage nach der ›Technologie und Politik des Lebens‹, die Frage also der Herstellung, der Manipulation, der Verlängerung und Verkürzung, der Beendigung von Leben und der Weiterverwertung lebender Organismen, bzw. wird überhaupt die Frage der sozial akzeptablen Definition menschlichen Lebens zu einem zentralen und seit zwei Jahrzehnten anhaltend heftig diskutierten Thema. Dass es auch für den Beginn menschlichen Lebens keine naturwissenschaftlichen Kriterien gibt, dass (auch) dieser Beginn vielmehr eine Frage der gesellschaftlichen Definition ist, hat jüngst auch Hubert Markl nochmals klar zum Ausdruck gebracht (vgl. Süddeutsche Zeitung, Nr. 143, 25.6.01). Kurz: Die individuelle Existenz wird entfatalisiert und politisiert (vgl. dazu auch Beck-Gernsheim 1993; Honer 1993).

Auch innerhalb der Medizin werden die technologischen Innovationen und deren (absehbare) Auswirkungen analysiert bzw. projiziert und strukturelle Veränderungschancen reflektiert. Aus ärztlicher Sicht resultieren, über die fachlichen Spezialisierungen hinweg, aus der medizintechnischen Entwicklung mehrere mehr oder minder problematische Konsequenzen:

1. Das traditionelle ärztliche Handlungsschema (Anamnese, körperliche Untersuchung, Diagnostik, Therapie) verändert sich informationstechnologisch dahingehend, dass künftig der Arzt-Patient-Interaktion routinemässig ein standardisiertes Programm zur Vorab-Diagnostik vorgeschaltet wird (vgl. zum Stichwort Expertensysteme z.B. Lüschen 1989; John/Engelbrecht/Potthoff 1992). Dadurch dürfte sich für den Patienten der Eindruck der ›Apparatemedizin‹ verstärken und die raum-zeitliche sowie die emotional-mentale ›Entfernung‹ zwischen Arzt und Patient zunehmen. Die Folge davon könnte sowohl ein Bedeutungsverlust als auch eine noch stärkere Mystifizierung des Arztes für den Patienten sein – oder auch beides zugleich.
2. Die Erweiterung des herkömmlichen Krankheitsspektrums durch neue diagnostische Verfahren führt zu einer Mentalitätsveränderung des Arztes: seine Entscheidungsunsicherheit wird grösser, die Rate der Kunstfehler erhöht sich, vor allem aber wächst seine Neigung zu einer Art Endlos-Diagnostik und -Therapie (dieser Sachverhalt wird in der Medizin unter dem Stichwort »Polypragmasie« abgehandelt; vgl. z.B. Silomon 1983) – nicht zuletzt um nicht juristisch belangt werden zu können. Die medizintechnische ›Aufrüstung‹ könnte somit traditionelle, an Sinneswahrnehmungen gebundene ärztliche Untersuchungsmethoden ablösen zugunsten technisch-abstrakter, modellorientierter Diagnoseergebnisse und einer verstärkten Tendenz zur ›Zahlengläubigkeit‹. Die Rede ist von einer Dequalifikation ärztlicher Kompetenz und ebenso von einem Verlust individueller ärztlicher Autonomie aufgrund grösserer Abhängigkeit des einzelnen Arztes von anderen medizinischen Spezialisten bei der Diagnose und bei der Interpretation der Befunde (vgl. Hartmann 1983; Schaefer 1983; Mannebach 1999).
3. Aus dem wachsenden Potential diagnostischer Verfahren und der daraus offenbar resultierenden Diagnose- und Therapieunsicherheit des Arztes folgt eine Tendenz zur »Klinifizierung« sozialer Problemlagen, d.h. das immer unerschöpflicher erscheinende Diagnoseangebot beinhaltet eine Art Dauerversprechen, mit der noch nicht eingesetzten Methode doch noch einen somatischen Befund zu entdecken (vgl. Schaefer 1983; auch Baier 1988). Die Zunahme invasiver diagnostischer Verfahren bewirkt, dass die Menschen bereits bei

der Abklärung einer möglichen Krankheit zu – der Betreuung und Kontrolle bedürftigen – Patienten werden. Die wachsende Zahl chronisch Kranker benötigt regelmässige und dauerhafte Fürsorge und Pflege; insbesondere muss die therapeutische Langzeitwirkung von Medikamenten und Prothesen (ebenso wie die zu erwartenden nanotechnologischen Therapiemittel) auf die körperliche Homöostase, für die es keine Erkenntnisse aus Tierversuchen gibt, beobachtet und überwacht werden. Die somit von der Ärzteschaft selbst geschürte, hohe Erwartungshaltung der Patienten respektive der Gesellschaft gegenüber den ›Machbarkeiten‹ in der Medizin, die die diagnostisch-therapeutische Spirale in Gang hält und antreibt, könnte im Falle des Versagens der Medizin das bisher typische Vertrauen in den Arzt in »Aggressivität« gegenüber dieser Profession umschlagen lassen (vgl. Silomon 1983; Schipperges 1985), zumindest aber das bekannte Phänomen des ›Ärzte-Hopping‹ weiter antreiben.

Das heisst, sowohl die Quantität medizinischer Hilfebedürftiger als auch deren Qualifizierung nach verschiedenen Krankheitsweisen wird sich, den Erwartungen der Ärzteschaft zufolge, ausweiten (Schaefer 1983). Mit dem Topos ›Enthumanisierung der Medizin durch Technik‹ wird folglich auf vielfältige Handlungsprobleme, ja Handlungsdilemmata des medizinischen Praxis-Alltags verwiesen – und ist eben deshalb gerade dort empirisch zu explorieren. Allerdings finden sich bislang immer noch wenig empirische Studien über den Technikeinsatz und seine Folgeprobleme für das medizinische Handeln (vgl. aber Strauss et al. 1985; Schnabel/Wolters 1992; Teile in Badura/Feuerstein 1994); besonders fehlen Studien zum kommunikativen Entscheidungshandeln im medizinischen setting vor dem Hintergrund des vermuteten Wandels einer »arztgesteuerten« hin zu einer »patientengesteuerten Medizin« (Mannebach 1999) und im Rahmen neokorporatistischer Verhandlungsstrukturen im Gesundheitswesen (vgl. Feuerstein/ Kuhlmann 1998). Denn hiermit liesse sich in einem gesellschaftlichen Teilbereich konkretisieren, wie sich in der von Peter Gross generell festgestellten modernen Steigerungsdynamik (›Optionen und Teilhabe an Optionen‹) Entscheidungen auswirken, denn es gilt auch hier: »Zu entscheiden ist, wo Traditionen, Routinen und Organisationen, eingeschlossen Ordnungen und Gesetze, nicht in der Lage sind, das Handeln zu lenken, zu befehlen und zu führen, wo Alternativen gegeben, die Operationsräume abgeschritten und bewertet und eine Möglichkeit gewählt wird, während die anderen, jedenfalls für den Moment der Entscheidung, verblassen. Entschieden werden muss, wenn Unsicherheiten und Ungewissheiten eintreten.« (Gross, MS: 5) Zu fragen ist dann, wie und auf welchen Ebenen sich in der Medizin als gesellschaftlichem Teilbereich manifestiert, dass »(i)n einer Gesellschaft, in der gewissermassen jede Entscheidung den Möglichkeitsraum verändert, (...) sich eine neue Logik einspielen – oder erfunden werden (muss)« (Gross, MS: 6).

In Frage stehen somit die Probleme und Chancen aktueller medizintechnischer Innovationen für das professionelle Wissen und Handeln klinischer und niedergelassener Ärzte. Im Zentrum des empirischen Interesses stehen dabei die faktischen und erwartbaren Veränderungen überkommener Interaktionsstrukturen zwischen Arzt und Patient. Veränderungen, die sowohl aufgrund der Leistungserwartungen seitens der Patienten als auch infolge einschlägiger gesetzlicher Vorschriften zu gewärtigen sind; aber auch infolge steigender Investitionsrisiken einer sich durch Neuzulassungen hie und enger werdenden Verteilungsspielräumen öffentlicher Mittel da verschärfenden Konkurrenzsituation – und zwar auf allen Ebenen des Gesundheitssystems. Es geht empirisch also wesentlich um die Frage nach Persistenzen und Transformationen im kostenintensiven Bereich personenbezogener Dienstleistungen.

Das empirische Interesse muss somit auf der Frage liegen, ob überhaupt und, wenn ja, inwiefern der Arzt durch Technik zum ›Humaningenieur‹ wird oder geworden ist, und inwiefern sich im Praxisalltag technische Innovationszwänge auswirken. Die prognostizierten Veränderungen des medizinischen Praxisalltags und des medizinischen Selbstverständnisses lassen sich in drei verschiedenen medizinischen ›Feldern‹ aufzeigen, denen ein exemplarischer Stellenwert für die hypostasierte Ausweitung des Hilfepotentials infolge der Technisierung zukommt: in der Reproduktionsmedizin, in der Kardiologie/Nephrologie, die als Exempel hochtechnisierter Diagnose betrachtet wird, und in der orthopädischen Chirurgie, als Exempel hochtechnisierter Therapie, und beide zusammen als Exempel der Herstellung von Dauerhilfebedürftigkeit. Mit dem Instrumentarium ethnographischer Empirie (wie sie am Seminar für Soziologie in St. Gallen vorzugsweise unternommen wird) lässt sich das vielfach konstatierte Dilemma der medizinischen Profession zwischen technischer Innovation und ärztlicher Fürsorge konkretisieren, in seinen verschiedenen Ausprägungen systematisieren und hinsichtlich seiner praktischen Bedeutung rekonstruieren.

Hinter diesem für den ärztlichen Berufsalltag relevanten und folglich vom Arzt auch als Problem wahrgenommenen Dilemma zwischen Technik und Hilfe steht jedoch jenes, insbesondere modernisierungstheoretisch virulente Problem der Hypertrophie des medizinischen Hilfepotentials als Konsequenz vielfältiger technischer Entwicklungen. Diese Hypertrophie resultiert aus dem Ineinandergreifen von Kompetenzansprüchen auf der einen Seite und Leistungserwartungen der Gesellschaft auf der anderen. Modernisierungstheoretisch gesehen

hat also, so die Hypothese, medizintechische Innovation insgesamt eine andere (fast gegenläufige) Konsequenz als die ›kleinen‹ technischen Veränderungen im ›kleinen‹ Praxisalltag: Wird im letzteren vor allem das Selbstverständnis des Arztes als ›humaner Helfer‹ irritiert, so entfaltet im ersteren die medizinische Profession hierdurch ganz neue, noch kaum erahn-, geschweige denn abschätzbare Hilfepotentiale. Dieser Dimension des Themas ist, da sie beim medizinischen Praktiker wahrscheinlich nicht alltäglich präsent sein dürfte, empirisch allenfalls mit so etwas wie ›reflexiven Interviews‹ beizukommen, d.h. mit einer Gesprächstechnik, die darauf abzielt, das Nachdenken über zu vermutende Konsequenzen zu befördern.

Zu fragen und zu hinterfragen ist hierbei, wie sich Hilfe durch Technik verändert, wenn immer mehr Befindlichkeiten und Zustände pathologisiert werden; wenn die Biographie zu einer latenten Krankheit umdefiniert wird; wenn über Lebensbeginn und Lebensende medizinische Zuständigkeit beansprucht wird. Und wenn, je länger das Leben dauert und je mehr Krankheiten von der modernen Medizin bewältigt werden können, um so mehr andere Krankheiten hinterrücks zum Vorschein kommen. Und wenn auf der anderen Seite durch das Wissen um die medizintechnische Kompetenz der Anspruch generalisiert wird, jegliche vorhandene Hilfe im Falle akuter Erkrankung auch in Anspruch nehmen zu können. Nach wie vor gilt ja sowohl für das schweizerische (vgl. Bernardi-Schenkluhn 1992) und das bundesdeutsche Gesundheitswesen (Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992), dass prinzipiell jedem Bürger die Leistungen des Medizinsystems zugänglich sind. Aber beim (diagnosetechnisch produzierten) Latentkranken nimmt das Vorsorgebedürfnis zwangsläufig sozusagen biographische Dimensionen an, wodurch wiederum auch jenes alte Dilemma hervortritt, das aus der Diskrepanz zwischen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen erwächst (vgl. nochmals Gross/Hitzler/Honer 1989).

Der Anspruch, diagnostiziert zu werden, und das Verlangen, ständig ein Bild der aktuellen Krankheits- bzw. Gesundheitslage zu bekommen, wächst natürlich auch mit der medizintechnischen Entwicklung, die – jedenfalls der Tendenz nach – auf eine jederzeitige Abrufbarkeit (biologischer) Zustandsdaten zusteuert. Die immer kleiner und kostengünstiger werdenden, mit-tragbaren Geräte (z.B. Pulszähler, Blutdruckmessgerät, 24-Stunden-EKG-Apparat, Blutzuckermessgeräte) ermöglichen es – und fordern sozusagen dazu auf –, die Hinwendung zur subjektiven Befindlichkeit zunehmend zu ersetzen durch die Produktion ›objektiver‹ Daten über den eigenen Organismus bzw. die je akute physische Situation. Auf der Basis solcher Selbst-Kontrolle steigen wiederum die Erwartungen gegenüber dem Arzt: Er soll – und zwar zugleich – mehr Daten, bessere Daten, zufriedenstellende bzw. zumindest den Deutungsbedarf deckende Interpretationen all der Daten, geeignete therapeutische Empfehlungen, mitmenschliche Zuwendung und paternalistischen Trost im Angesicht des Leidens – und selbstverständlich auch Heilung oder zumindest Linderung liefern. Und die institutionalisierte Entsprechung hierzu: Jeder wird jederzeit und im Hinblick auf nachgerade alles zum potentiellen Patienten, zum Objekt medizinischer Betreuung und Kontrolle gemacht.

Das durch Technik aufgeblähte, biographisch immer grenzenlosere medizinische Hilfepotential dürfte so auch zu einer Zunahme asymmetrischer Hilfekonstellationen führen, also dazu, dass künftig, statt der zwischen Patient und Arzt (idealtypisch) einvernehmlich nachgefragten und angebotenen Hilfeleistungen, zum einen vermehrt Hilfeerwartungen von (potentiellen) Patienten durch medizinische Hilfeleister zurückgewiesen und frustriert werden und zum anderen Hilfeangebote von medizinischen Dienstleistern durch die (potentiellen) Patienten abgelehnt und kritisiert werden. Auf den meisten ›Feldern‹ wird dabei zunehmend deutlich erkennbar, wie im Zuge der Entwicklung von einer kurativen zu einer Präventivmedizin asymmetrisches Hilfeverhalten durch die einschlägig befassten Spezialisten forciert wird, die mit immer neuen Krankheitsbildern und Risikofaktoren das Gesundheitsverhalten zu steuern suchen und dadurch auch die Abhängigkeit der Laien von der Expertenkultur verstärken (vgl. Baier 1988; Labisch 1992). Reproduktionsmediziner hingegen sehen sich oft mit – ihrer Meinung nach – ›unrealistischen Erfolgserwartungen‹ (Hohl/ Urech-Ruh/ Häberle 1992) seitens der Patienten konfrontiert, seitdem Wissen um die neuen Fortpflanzungstechniken allgemein verbreitet ist. Zugleich wird aber auch das Therapieverständnis und Verhältnis von Diagnose und Therapie problematisiert: Einerseits sieht sich die Reproduktionsmedizin dem Vorwurf ausgesetzt, dass die künstliche Befruchtung den ›organischen‹ Defekt lediglich überbrücke, aber nicht heile. Andererseits wird von psychosomatisch orientierten Medizinern der ›vorschnelle‹ Technikeinsatz kritisiert, weil dabei die Abklärung der ›psychosozialen Verursachung‹ ungewollter Kinderlosigkeit vernachlässigt würde (Mohr/ Schubert/ Jürgensen 1989; Stauber 1988).

Angesichts der skizzierten medizintechnisch erweiterten Optionenvielfalt und angesichts der sogenannten Kostenexplosion im Gesundheitswesen findet seit geraumer Zeit eine gesellschaftspolitische Diskussion darüber statt, ob das bisherige normative Prinzip, dass alle medizinischen Möglichkeiten für alle Gesellschaftsmitglieder zur Verfügung stehen müssen, überhaupt aufrechterhalten werden kann (oder soll). Hierbei ist jedoch zu konstatieren, dass die Frage der Rationierung medizinischer Leistungen hinsichtlich ihrer ethisch relevanten, normativen Verteilungsprinzipien (egalitär und/oder utilitaristisch) verdeckt und als »allokationstechnische Debatte« (Rommel 2000) verhandelt wird, während die im engeren Sinne sogenannte neue Biome-

dizin primär auf ethische Letztbegründungen fokussiert. Ob sich künftig »Differenzakzeptanz« (Gross 1994), wie sie offenbar beim Gewebe-Matching in der Transplantationsmedizin feststellbar ist, als ethisches Regulativ einer multioptionalen Medizin verallgemeinern lässt, ist eine noch offene, empirische Frage.

Da sich vor dem Hintergrund der sogenannten Hochleistungsmedizin somit auch vielfältige ethische Fragen stellen und in variierenden öffentlich-medialen Aktualitätsintervallen die Bestimmung menschlichen Lebens und menschlicher Lebensqualität im Kontext von Euthanasie, Humangenetik (aktuell am Beispiel der Präimplantationsdiagnostik (PID) und der Stammzellenforschung) und Abtreibung ebenso diskutiert werden wie die grundlegenden Ideen von Gesundheit und Krankheit, von Leben und Tod, muss eine wissenssoziologische Rekonstruktion der Medizinentwicklung im Spannungsfeld von technischer Innovation und zwischenmenschlicher Hilfekompetenz die Symbolisierungen der verschiedenen ethisch-normativen Argumentationen ebenfalls miteinbeziehen. Denn gerade für den medizinischen Bereich trifft die allgemeine Diagnose zu, dass »immer häufiger (...) etwas bestimmt oder getan oder erreicht werden will oder muss, die dazu verfügbaren Mittel aber vielfältig, unterschiedlich und teilweise hinsichtlich ihrer Effektivität zur Zielerreichung mehr oder weniger unbekannt sind« (Gross, MS: 10). Oder gerade – wie die Gen-Et(h)ik-Debatte zeigt – wegen ihrer vermuteten und (teilweise) unerwünschten Effektivität Legitimation erfordern.

Literatur

Alber, J./ Bernardi-Schenkluhn, B., 1992: Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Frankfurt/New York: Campus.

Badura, B./ Feuerstein, G., 1994: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim/München: Juventa.

Baier, H., 1988: Ehrlichkeit im Sozialstaat. Zürich: Interform.

Beck-Gernsheim, E., 1993: Perspektiven für eine humane Medizintechnologie. S. 361–384 in: S. Unseld (Hg.), Politik ohne Projekt? Frankfurt: Suhrkamp.

Bernardi-Schenkluhn, B., 1992: Das Gesundheitssystem der Schweiz. Schriftenreihe der SGGP, Nr. 24.

Böhme, G., 1980: Wissenschaftliches und lebensweltliches Wissen am Beispiel der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe. S. 27–53 in ders., Alternativen der Wissenschaft. Frankfurt: Suhrkamp.

Dunning, A.J., 1989: Bruder Esel oder Die sterbliche Hülle. Frankfurt/ New York: Campus.

Feuerstein, G./ Kuhlmann, E. (Hg.), 1998: Rationierung im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Fourastié, J., 1969: Die grosse Hoffnung des zwanzigsten Jahrhunderts. Köln: Bund-Verlag.

Giddens, A., 1991: Modernity and Self-Identity. Cambridge: Polity Press.

Gross, P., 1983: Die Verheissungen der Dienstleistungsgesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Gross, P., 1984: Transformationen des Helfens unter den Bedingungen moderner Sozialstaatlichkeit. Brennpunkte sozialer Arbeit, H. 1: 20–29.

Gross, P., 1985: Vergebliche Liebesmüh. S. 265–292 in: A. Bellebaum u.a. (Hg.), Helfen und Helfende Berufe als soziale Kontrolle. Opladen: Westdeutscher.

Gross, P., 1994: Die Multioptionsgesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp.

Gross, P., o.J.: Individualisierung, Pluralisierung und Entscheidung (MS).

Gross, P./ Hitzler, R./ Honer, A., 1989: Diagnostiche und therapeutische Kompetenz im Wandel. S. 155–172 in: F. Wagner (Hg.), Medizin. Momente der Veränderung. Berlin u.a.: Springer.

Gross, P./ Honer, A., 1990: Multiple Elternschaften – Neue Reproduktionstechnologien, Individualisierungsprozesse und die Veränderung von Familienkonstellationen. Soziale Welt, H. 1: 97–116.

Hartmann, F., 1983: Arzt – Medizin – Technik. S. 45–66 in: H. Silomon (Hg.), Technologie in der Medizin, Stuttgart: Hippokrates.

Herder-Dorneich, P./ Schuller, A. (Hg.), 1983: Die Anspruchsspirale. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.

Hohl, M./ Urech-Ruh, C./ Häberle, M., 1992: Wunschkinder. Ein Film für Betroffene. Baden: Kantonsspital.

Honer, A., 1993: Entfatalisierung des Lebens? Zum Expertendiskurs über Gen- und Reproduktionstechnologie. Soziologische Revue, H. 3: 272–278.

John, J./ Engelbrecht, R./ Potthoff, P., (1992): Explorative Technikfolgenabschätzung des Einsatzes von Expertensystemen in der Medizin, S. 431–

441 in: Brennecke, R. (Hg.), Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen. Berlin u.a.: Springer.
Labisch, A., 1992: Homo Hygienicus. Frankfurt/ New York: Campus.
Leist, A., (Hg.), 1990: Um Leben und Tod. Frankfurt: Suhrkamp.
Lüschen, G., 1989: Die Implementation des Computers in der Medizin. S. 277–301 in: M. Gatzemeier (Hg.), Verantwortung in Wissenschaft und Technik. Mannheim u.a.: BI Wissenschaftsverlag,
Luhmann, N., 1983: Anspruchsinflation im Krankheitssystem. S. 28–49 in: P. Herder-Dorneich, P./ A. Schuller (Hg.), Die Anspruchsspirale. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
Mannebach, H., 1999: Varianz im ärztlichen Handeln. S. 53–72 in: B. Badura, B./ J. Siegrist (Hg.), Evaluation im Gesundheitswesen. Weinheim/München: Juventa.
McKeown, T., 1982: Die Bedeutung der Medizin. Frankfurt: Suhrkamp.
Mohr, J./ Schubert, Ch./ Jürgensen, O. (Hg.), 1989: Management der Unfruchtbarkeit. Berlin u.a.: Springer.
Rommel, A., 2000: Allokationsethik im deutschen Gesundheitswesen. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, H. 1: 38–57.
Schaefer, H., 1983: Technologie in der Medizin. S. 229–241 in: H. Silomon (Hg.), Technologie in der Medizin. Stuttgart: Hippokrates.
Schipperges, H., 1985: Homo patiens. München/ Zürich: Piper.
Schnabel, P.-E./ Wolters, P., 1992: Einfluss der Medizintechnik auf das Verhältnis von Patient, Arzt und Pflegepersonal. S. 420–430 in: R. Brennecke (Hg.), Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen. Bd. 1, Berlin u.a.: Springer.
Schneider, W., 1999: »So tot wie nötig – so lebendig wie möglich!« Münster/ Hamburg/ London: LIT.
Schwartz, F.W./ Badura, B./ Leidl, R./ Raspe, H./ Siegrist, J. (Hg.),1998: Das Public Health Buch. München: Urban & Schwarzenberg.
Silomon, H. (Hg.), 1983, Technologie in der Medizin. Stuttgart: Hippokrates.
Stauber, M., 1988: Psychosomatik der sterilen Ehe. Berlin: Grosse.
Strauss, A./ Fagerhaugh, S./ Suczek, B./ Wiener, C., 1985: Social Organization of Medical Work. Chicago, London: University of Chicago Press.
Streckeisen, U./ Roost Vischer, L./ Salis Gross, C., 1992: Die berufliche Konstruktion des Lebensendes. Bern: Bericht an der Schweizerischen Nationalfonds.