10. Jahrgang Heft 3+4/1985

ÖZS

Herausgegeben von der Österreichischen Gesellschaft für Soziologie

ASPEKTE SOZIALER KONSTITUTION VON MEDIZIN

INHALT

Editorial 3

Horst Baier
Die ‚Idee des Menschen' in der Medizin
Überlegungen zu einer Medizinsoziologie zwischen Gesellschaftlichkeit und Leiblichkeit des Menschen 5

Peter Novak
Grenzprobleme der Medizin 17

Uta Gerhardt
Probleme der Medizinkritik 35

Paul Ridder
Die gespaltene Identität der praktischen Wissenschaft 43

Alfons Labisch
Die soziale Konstruktion der „Gesundheit" und des „homo hygienicus":
Zur Soziogenese eines sozialen Gutes 60

Hans-Ulrich Deppe
Selbsthilfe zwischen Subsidiarität und Klassensolidarität 82

Rolf Rosenbrock
Wirtschaftskrise und Arbeitsschutz
Gegenwärtige Entwicklungsbedingungen betrieblicher Gesundheitspolitik 96

Traugott Koch
Die ethische Grenze medizinischer Machbarkeit in der Berufspraxis des Arztes 108

Jörg Hutter
Medizinisches Wissen und soziale Kontrolle 116

Irmgard Vogt
Frauen im Medizinsystem – Frauensyndrom und „Krankheit Frau" 127

Reinhard Schmidt-Rost
‚Zuvorkommende Behandlung?
Historisch-soziologische Skizzen zur Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung unter den Bedingungen fachlicher Spezialisierung in der Medizin 139
Peter Gross, Ronald Hitzler und Anne Honer
Zwei Kulturen? Diagnostische und therapeutische Kompetenz im Wandel 146
Helga Wimmer und Jürgen M. Pelikan
Gestörte Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus
Eine Analyse von Kommunikationsbedingungen am Beispiel der Anamnese 163
Gerald Schneider
Inhumane Intensivmedizin?
Zur Struktur der Interaktion von Personal und Patienten auf der Intensivstation . . . 179
Klaus Westerbeck und Manfred Gaspar
Patienteninformation bei Krebs
Aspekte ärztlichen Aufklärungsverhaltens im Ländervergleich Bundesrepublik Deutschland – Schweden 191
Heinrich Huebschmann
Dialog als Therapie 206
Wolfgang Wesiack
Über ärztliches Rollenverständnis in Vergangenheit und Gegenwart 218
Wolf R. Dombrowsky
Panikpillen – Medizynische Abseitigkeiten zur Massenmedikalisierung bei Katastrophen und Kriegen 229
Lars Clausen
Offene Fragen der Seuchensoziologie 241
Matthias C. Angermeyer und Ludwig Kühn
Der Psychoboom auf dem deutschen Buchmarkt 250
Ivan Engler
Medizin als Naturwissenschaft und Erfahrungsheilkunde 260
FORSCHUNGSNOTIZEN
Reinhard Larcher und Godfried B. Pohl
Zwischen Macht und Ohnmacht – Wege zum humanen Krankenhaus 267
Karl Krajic
Studienanfänger im Medizinstudium – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung . 273
Helga Wimmer und Jürgen M. Pelikan
Effekte psychosozialer Interventionen bei der prä- und postoperativen Betreuung von Patienten im Krankenhaus 280
REZENSIONEN
(Franz Wagner)
Angst ist der Schlüssel – Rühmann, Frank, AIDS 283
(Franz Wagner)
Von der Geschichte der Krankheit zur Philosophie der Gesundheit 286
(Alfred J. Noll)
Menges, Walter, Sozialarbeit im Strafvollzug 288
(Wolfgang Lukas und Hartman Tyrell)
Girtler, Roland, Methoden der qualitativen Sozialforschung 290
(Emmerich Talos)
Amann, Anton, Lebenslage und Sozialarbeit 292

EDITORIAL

Banale Feststellung und paradigmatisches Novum zugleich: Medizin wird allemal sozial konstituiert. Medizin war und ist Lebensordnungslehre; man braucht nicht lange die abendländische Medizingeschichte zu Rate zu ziehen – alle Heilungsriten, ob die der Schamanen, Medizinmänner oder Mediziner, dienen der Rückführung des Kranken in eine bestimmte Ordnung. Ärztliches Handeln ist soziales Handeln; Medizin als angewandte Wissenschaft wird zur Sozialwissenschaft.
Medizinsoziologie ist daher mehr als ein Anhängsel im Fächerkatalog der ärztlichen Ausbildung; mehr als eine sozialwissenschaftliche Korrektur naturwissenschaftlicher Begrenztheiten: Medizinsoziologie hat Grundlagen zu schaffen für eine Heilkunde, in deren Zentrum nicht länger alle Wissenschaft auf zu enge Konzepte von Krankheiten baut, sondern deren Ausgangspunkt eine Idee des Menschen bildet. Mit der „Idee des Menschen in der Medizin" setzt sich H. Baier auseinander. Konzepte vom Menschen als Körper, als Individualität, Bilder der Kulturbestimmtheit und der Institutionalität des Menschen sowie die Dimension der Sozialität wollen zu einem Begriff in einer das medizinische Denken und Tun leitenden ‚Idee des Menschen' verschmolzen werden. In Baiers Versuch, die Medizinsoziologie aus dem Spannungsfeld von makro- bzw. mikrotheoretischen Ansätzen herauszuführen, ist der Hinweis gegeben, Geschichte und Soziologie der Medizin könnten zur „neuen" Medizinphilosophie vereinigt werden.
Die Grenzen der ökonomischen Machbarkeit, der technologischen Machbarkeit sowie die Überforderungssyndrome der Medizin – Behandlungsfolgen, professioneller Imperialismus und therapeutische Entmündigung der Laien – sind Themen des Beitrags von P. Novak über „Grenzprobleme der Medizin". Die wichtigsten Komponenten, welche als Rahmenbedingungen das medizinische Handeln sowohl in normativer wie in instrumenteller Hinsicht bestimmen, sind Naturwissenschaften und Technologie. Monopolisierung der Ärzte und Medikalisierung sozialer Probleme lassen sogar Fragen über Verletzungen humanitärer Grundsätze aufkommen.
Den Ruf nach einem neuen Menschenbild in der Medizin kann der Leser auch in dem Beitrag von U. Gerhardt vernehmen. In einem ersten Teil wird dieser Überlegung anhand kritischer Betrachtungen über den technologischen Fortschritt nachgegangen; in einem zweiten Teil des Artikels „Probleme der Medizinkritik" geht es um die Frage der Effektivität der modernen Medizin sowie um ein Plädoyer für präventivmedizinische Maßnahmen. Die „soziale Konstruktion von Gesundheit" als Sinnwelt und die Konstruktion des „homo hygienicus" als Leitfigur der Industriegesellschaft behandelt A. Labisch in seinem Beitrag. Gesundheit als soziales Konstrukt, als sozialhygienisches Kulturgut, das seine Perfektion in planerischer Hinsicht im Nationalismus erlebte, liefert in einer adäquaten Sinnwelt industrieller Gesellschaften die Rechtfertigung „sozialtechnologischer Gestaltung von Verhältnissen und Verhalten".
H.-U. Deppe thematisiert in seinem Beitrag „Selbsthilfe zwischen Subsidiarität und Klassensolidarität" den grundsätzlichen Widerspruch zwischen den politischen Inhalten des Subsidiaritätsprinzips und des klassensolidarisch zu sehenden Selbsthilfebegriffes; er sieht diesen Widerspruch aber aufhebbar, sobald die Selbsthilfe als besondere Stufe und Entwicklungsform der klassensolidarischen Bewegung begriffen werden kann.
R. Rosenbrock setzt sich mit der Aufgabe der Gewerkschaften bei der Schaffung menschengerechter Bedingungen für die gesellschaftliche Nutzung der Arbeitskraft auseinander. Der Beitrag „Medizinisches Wissen und soziale Kontrolle" von J. Hutter beschreibt an-

ZWEI KULTUREN? DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE KOMPETENZ IM WANDEL

Peter Gross, Ronald Hitzler und Anne Honer

1. Doktors Dilemma heute

Um die Jahrhundertwende hat Bernhard Shaw in einer fulminanten Vorrede zur Komödie „Der Arzt am Scheideweg" der Schulmedizin und ihren geschäftigen Ausbeutern der menschlichen Gläubigkeit und Todesfurcht die Leviten gelesen (Shaw 1919). Der Erfolg der Gesundbeter mit ihren Kathedralen und Gemeinden, ihren Zeloten und Wundern und Kuren erscheint ihm, gegenüber der Pseudowissenschaft des naturwissenschaftlich orientierten Doktors, „obwohl töricht" noch sinnvoll und poetisch. Des Doktors Dilemma rührt aus der Scharlatanerie und Hochstapelei seines Standes, der die wundergläubige Gesellschaft durch eine objektiv betrachtete nutzlose und parasitäre Medizin bedroht und darum beseitigt werden soll. Des Doktors Dilemma heute resultiert nun nicht mehr aus der Scharlatanerie seines Standes, sondern fatalerweise aus dem Abschied von der Scharlatanerie. Was heißt das?
Die medizinische Kultur kann als eine Art Kokon betrachtet werden, die den einzelnen einspinnt, einbettet in ein Netz von Vorstellungen und Praxen, welche ihm helfen sollen, mit den drei intimsten und fundamentalsten Gefahren fertig zu werden: nämlich mit Krankheit, Schmerz und Tod. Diese fundamentalen Gefährdungen haben in jeder Gesellschaft Vorstellungen, Vorkehrungen und Experten erzeugt, um diese dunklen Seiten jedes Lebens zu bekämpfen. Heute scheint sich diese Kultur in einer zweifachen Weise geteilt zu haben: in eine Experten- und Laienkultur einerseits, in sich unterschiedlich und mit unterschiedlicher Geschwindigkeit entwickelnde Identifikations- und Bewältigungssysteme der Gefährdungen und Krankheiten andererseits. Der „Krieg" zwischen Experten und Laien scheint sich in Anbetracht der gegenseitigen Höflichkeiten und der politischen Unterstützung der Selbsthilfegruppen in ein friedliches und arbeitsteiliges Miteinander verwandelt zu haben. Arbeitsteilig in dem Sinne, daß die Expertenkultur hinsichtlich vieler Krankheiten die Identifikation bzw. Diagnose übernimmt, die Laienkultur bzw. die Selbsthilfegruppen hingegen die Therapie, die Rehabilitation und auch die Prävention. Diese Arbeitsteilung rührt aus der Schwierigkeit der Schulmedizin, der immer diffiziler und feiner werdenden Diagnostik therapeutisch zu folgen. Identifikations- und Bewältigungssysteme, diagnostische und therapeutische Kompetenz driften so auseinander, daß man von zwei Kulturen zu reden geneigt ist (vgl. Gross 1985a, 1985b). Sir Charles Snow, erfolgreicher Romancier, Wissenschaftler und hoher Staatsbeamter, der 1959 in Cambridge einen Vortrag mit dem Titel „The Two Cultures and the Scientific Revolution" gehalten hat, hat mit seiner Annahme eines Auseinanderdriftens von naturwissenschaftlicher und literarischer Kultur, von Natur und Geist eine weltweite Resonanz ausgelöst (Snow 1969). In einem gewissen Sinne spiegelt die hier vertretene These seine Annahmen: Der interne und externe Anspruch an die medizinische Profession auf präzise und überprüfbare Diagnosen verwissenschaftlicht den Arztberuf immer mehr. Das ist auch durchaus beabsichtigt und von der Profession selbst intendiert. Hinterrücks schlägt aber die „Ironie des Alltags" zu: Der Arzt, der immer genauer

Krankheiten zu identifizieren weiß, weiß auch um die prinzipielle Unzulänglichkeit medikamentöser und chirurgischer Behandlung. Er weiß ganz genau, daß der Organismus grosso modo als Äquilibrium funktioniert und daß von daher die alternativen Medizinen, Naturheilkunde, Selbsthilfegruppen, ja schon das therapeutische Gespräch, Wunder wirken können. Er ist aber dazu verurteilt, auf diesen ganzen Hokuspokus zu verzichten, und zwar auf den Hokuspokus der Geistheilung wie der Chemie. Er verliert sein (Amts-)Charisma, jene Eigenschaften also, mit denen seine frühesten Kollegen, obwohl nach wissenschaftlichen Standards „lausige" Diagnostiker, doch erfolgreich therpiert haben: mit Geheimnis, Begeisterung, Furcht und Schrecken, Ekstase, Verrückung, Austreibung etc. Die Ursachen, Bedingungen und Konsequenzen dieses Auseinandertretens von diagnostischer und therapeutischer Kultur sind das Thema der nachfolgenden Überlegungen.

2. Unaufhaltsames Gesundheitswesen

Die zivilisatorische Entwicklung hin zur und in der modernen Gesellschaft nimmt sich aus wie ein riesiges Buch der Rekorde. Rekorde an erreichten Höhen und Tiefen, an gebauten Autobahnkilometern und vom Band gelaufenen Autos, an verkabelten Häusern und installierten Bädern, an Ernteerträgen und Spitzenergebnissen, wobei und wovon auch immer. Inzwischen jedoch ist die sportlich-schneidige Philosophie des ‚immer mehr und immer größer' obsolet, ja ‚welk' geworden: Die dröhnende (Pseudo-)Religion der ‚Bigness', wie sie Röpke (1942) schon vor Jahrzehnten persiflierte, und wie sie die Meadows, Gruhl, Illich, Schuhmacher und Capra (dazu Lutz 1984) dann gescholten und verdammt haben, hält sich selbst in solch dezidierten Hochleistungs-Kulturen wie dem Sport nicht mehr unproblematisiert und unkritisiert. Ungebrochen, ja im Grunde noch kaum hinterfragt hingegen gilt diese szientistisch-technologische Fortschrittsattitüde nach wie vor zumindest im Mainstream des medizinischen Sektors, in dem, was wir etwas euphemistisch unser Gesundheitswesen oder Gesundheitssystem nennen. Auf das noch umfassendere System der Sozialen Sicherheit bezogen hat Achinger (1958, S. 96) schon vor drei Jahrzehnten glossiert, daß jeder finanziell aufweisbare Zuwachs und Ausbau in diesem Bereich stets und umgehend ‚positiv' verbucht werde: Wachstum und Gedeihen sozialpolitischer Einrichtungen und Rechtsverhältnisse ebenso wie eine in Jahresberichten als ‚wachsend' niedergelegte Geschäftstätigkeit würden ganz selbstverständlich als Erfolge und als Fortschritt ausgewiesen und verstanden. Umgekehrt würde jede Sozialreform, die nicht in dieses simple Ausbauschema hineinpaßt, als konservativ, als rückschrittlich, ja als Demontage des Sozialstaates abqualifiziert.
Aber mit einem solch schlichten ideologischen Häkelmuster läßt sich diese progressistische Blauäugigkeit, oder besser vielleicht doch gleich: Betriebsblindheit, selbst politisch nicht mehr ‚vermarkten'. Zumindest die Frage nach der ‚Effektivität' (wie immer sie sich definieren ließe) wird heute auch im Zusammenhang mit sozialpolitischen Maßnahmen aufgeworfen und diskutiert. Ja, gelegentlich wird die Höhe der Sozialleistungsquote sogar zur Fortschrittsbilanz konträr interpretiert: nämlich nicht als Indikator für die *Sozialität und Solidarität* einer Gesellschaft, sondern als ‚Spiegel' defekter zwischenmenschlicher Beziehungen und Hilfestrukturen (vgl. Badura/Gross 1976). Das Gesundheitswesen jedoch scheint gegenüber einem solchen Wechsel der Bewertungsperspektive resistent, ja nachgerade immun zu sein. Wer auch immer, von ‚innen' wie von ‚außen', die positive Funktion der technologisch-bürokratischen Expansion medizinischer ‚Versorgung' bezweifelt, zieht allzuleicht den Verdacht auf sich, provokant, radikal, ja umstürzlerisch zu sein. Nach wie vor werden in diesem institutionellen Sektor Entwicklung

und Fortschritt synonym oder jedenfalls äquivalent gesetzt mit wachsenden Geschäftstätigkeiten, wachsenden Ausgaben, wachsenden Ärztedichten, wachsenden Konsultationen, wachsendem Geräteeinsatz, mit steigenden Zahlen von Krankenhausbetten und mit steigenden Zahlen verordneter und verkaufter Brillen, Schuheinlagen, Prothesen, Transplantationen und künstlichen Zähnen. Dem medizinischen Koloß scheint das ideologische Säurebad, das den Progressismus anderer leviathanischer Ausgeburten gerade zersetzt oder schon destruiert hat, nichts anhaben zu können. Zwar bündelt sich immer wieder, wie in einem Brennglas, jedwelches Unbehagen an der an immer neue finanzielle Grenzen stoßenden *Kostenlawine* des Gesundheitswesens auf solche Exponenten, die auch dem sogenannten ‚gesunden Menschenverstand' sichtbar und faßbar werden (entfacht vor allem durch kritische Medienreports und spektakuläre Ärzteprozesse). Aber Anlaß zur ‚allgemeinen' Aufregung geben eben nicht die eigentlichen Quantitäten und Quantitätssteigerungen, sondern individuelle oder ständische Einkommenshöhen und Verdienstspannen, nicht die medizinische ‚Kolonialisierung' des öffentlichen und privaten Bereiches schlechthin, sondern singuläre Okkupationen des Privatlebens einzelner.
Diese antiprogressistische Mentalität nimmt sich hinsichtlich der medizinischen bzw. der ‚helfenden' Professionen überhaupt aus wie eine allenfalls diffuse Hintergrunds- und Begleitmusik zum differenziert expansiven Etablierungsprozeß von immer mehr und immer neuen Berufsfeldern und Zuständigkeitsbereichen. Nahezu ungehemmt entfalten, spalten, teilen und vermehren sich die Ableger medizinischer Dienste, rhizomartig durchwuchern die Netze des Gesundheitswesens die Gesellschaft und treiben, oft ganz unvermutet, verführerische Blüten an die Oberfläche. Eifrig drängt der Bildungsnachwuchs mit den besten Abiturnoten in die Hörsäle der medizinischen Fakultäten, und unverdrossen innovieren, propagieren und installieren Akademien, Hochschulen und Universitäten immer artifiziellere Techniken des ‚Helfens'. Aber: Sind diese neuen ‚Helfer' denn Protagonisten, Vorläufer oder Träger einer neuen Solidarität? Realisieren sie tatsächlich die Wiederentdeckung solcher Werte wie Altruismus und Philanthropie, Verantwortungsbewußtsein und zwischenmenschliches Engagement? Oder untergraben sie als professionelle und paraprofessionelle Instanzen gerade die noch verbliebenen unzeitgemäßen weil unwägbaren, informellen mitmenschlichen Vernetzungen? Komplettieren sie die zweckrationalen Überwachungs-Interessen gegenüber dem ‚störenden' individuellen Faktor? Verwandeln sie ‚Helfen' in ein Verantwortungsrisiko, das durch erlernbare methodische Kompetenzen entschärft werden muß und dazu führt, „daß sich die professionelle Version als allein richtige Form des Helfens (durchsetzt), demgegenüber private Hilfeversuche immer in der Gefahr stehen, dilettantisch, falsch oder gar gefährlich für den Hilfeempfänger zu sein" (Wolff 1981, S. 213)?
Die professionellen und paraprofessionellen Helfer beanspruchen typischerweise zumindest außergewöhnliche, durch Schulung und Ausbildung systematisch internalisierte zwischenmenschliche Kommunikationskompetenz. Sie handeln überdies typischerweise aus einer prinzipiellen Gewißheit über Therapienotwendigkeiten und Therapiewürdigkeiten, auch wenn sie gegenüber konkreten Hilfemöglichkeiten und Hilfepraktiken ‚kritisch' sind, auch wenn sie durch bestimmte Rahmenbedingungen und Begleiterscheinungen ihrer Tätigkeit ‚frustriert' sind, auch wenn sich resignative Reaktionen einstellen. Denn Helfen ist, jenseits allen altruistischen Selbstverständnisses, ein Handeln, das vor allem darauf abzielt, Devianzen zu korrigieren, die eine Irritation akzeptierter Normalitäten darstellen.
Ein essentielles Axiom dieses altruistischen Selbstverständnisses des professionellen und paraprofessionellen Helfers ist offenkundig, daß es – wie auch immer erkennbar – hilfsbedürftige Mitmenschen und Zeitgenossen gibt (vgl. exemplarisch Egan 1979). Als hilfsbedürftig und hilfewürdig wird der andere vor allem dann thematisch, interpretativ und

motivational relevant, wenn er als faktischer oder potentieller Unruhe- und Konfliktherd wahrgenommen wird, wenn er geltende Wertordnungen und Normengefüge stört oder durchbricht. Solches ‚Helfen' ist demnach vor allem ein konfliktreaktives oder konkonfliktpräventives soziales Handeln, das konkret darauf abzielt, definierte Problem- oder Notsituationen zu verändern. Solche Situationsdefinitionen aber bedürfen offensichtlich der Berufung auf eine ‚objektive' Kompetenz zur Auslegung von wahrnehmbaren Anzeichen als Appräsentation der subjektiven Lebenslage eines anderen, sie bedürfen der Berufung auf eben außeralltägliche Kenntnisse und Fähigkeiten von ‚legitimerweise' zuständigen Experten mit besonderen Wissenssystemen und Orientierungsrahmen (vgl. Honer 1985). Während Helfen prinzipiell zu den alltäglichen Selbstverständlichkeiten des menschlichen Lebens gehört, also eine ‚Urkategorie des Gemeinschaftshandelns' darstellt, wird es aktuell immer stärker professionalisiert, verrechtlicht und bürokratisiert, wird es auch immer unabhängiger von der subjektiven Situationsdefinition des anderen, der dem professionellen und paraprofessionellen Helfer eben zumindest potentiell grundsätzlich als ‚Klient' und damit als Objekt der ‚Hilfezumutung' gilt. Unübersehbar findet damit eine ‚Transformation des Helfens unter den Bedingungen moderner Sozialstaatlichkeit' statt, die den quasi-natürlich hilfsbereiten Alltagsmenschen zum inkompetenten Laien macht (vgl. Gross 1984).

3. Machseligkeit als Mentalität

Wenn wir uns fragen, wo denn dieser ‚Imperialismus' und diese ‚Immunität' gerade des institutionellen Gesundheitswesens und der darin involvierten Professionen herrührt, dann stoßen wir auf eine Reihe von Erklärungsvarianten, die auffallend plastisch mit jener Metapher vom Heuschreckenflug korrespondieren, die Luhmann (1983) in die neuere sozialwissenschaftliche Diskussion implantiert hat. Danach gibt es ein sozusagen ‚autopoetisches' Prinzip des Schwärmens der Heuschrecke, das diese immer weiter vorantreibt, bis sie die Erschöpfung ihres Glucose-Vorrates zu Boden zwingt – oder, so können wir wohl hinzufügen, bis sie im blinden Flugrausch an einer Wand, einem Baum, einem Telefonmast oder woran auch immer zerbirst. – Im Gesundheitssektor stoßen wir auf eine (scheinbar ebenfalls ‚autopoetische') Eigendynamik der Technisierung, die immer größere Investitionen und teurere Leistungen erfordert. Wir stoßen auf den Quasi-Automatismus einer – zumindest für den ‚Laien' – gänzlich undurchsichtigen Zwangsfinanzierung gesundheitlicher Leistungen, auf die weitgeöffnete Rationalitätenfalle, in die einerseits die Patienten geraten, wenn sie die ärgerlich hohen Beiträge wieder einzuziehen versuchen, und in der sich andererseits die Kassenärzte fangen, wenn sie ihren individuellen Anteil an der ausgehandelten Pauschalvergütung durch – vor allem apparative – Vermehrung ihrer Leistungen erhöhen (vgl. zusammenfassend Herder-Dorneich 1985). Wir stoßen auf das – zumindest offiziell – ungebrochene Prestige der medizinischen Professionen, in denen sich die Idee des Berufes als einer Berufung vor dem Hintergrund einer allgemein sich verbreitenden Job-Mentalität noch einmal eigentümlich zugespitzt und ausgeprägt hat.
Das Charakteristikum der personenbezogenen Dienstleistungsberufe – Parsons (1968) hat das als erster deutlich aufgezeigt –, nämlich daß ihre Arbeit eben Arbeit mit und an Menschen ist, daß hier Arbeit (im weiten Verständnis von Schütz/Luckmann 1984) im wesentlichen mit Interaktion verschmilzt, entkoppelt diese Professionen – jedenfalls nominell und aus der Sicht einer ‚gläubigen' Klientele – vom generellen Trend zum mehr oder minder beiläufigen Job und bewahrt ihnen – noch – einen nachgerade ‚unzeitgemäßen' Glanz. Wird deshalb der Dienstleistungs-Professionalismus so gerne mit ‚positi-

ver Professionalität' identifiziert? Gilt er deshalb als idealer Prototyp einer postmaterialistischen Lebensweise? Nennt Gorz (1984) deshalb die helfenden Professionen die neue ‚classis ex machina'? Und konnten deshalb Fourastie (1969), Bell (1975), Gartner und Riessman (1978) so ‚wunderbare' Versionen der nachindustriellen Gesellschaft träumen (vgl. Gross 1983)?

Wie immer diese Faktoren, einzeln oder gebündelt, das ungebremste, gegen alle politischen Steuerungsversuche und moralischen Appelle resistente Wachstum des Gesundheitswesens auch zu plausibilisieren scheinen, so scheint es doch vor allem, bislang noch geradezu verdeckt durch die Reden von Anspruchsdynamik, Rationalitätsfalle, Profitstreben, Technisierungsschüben und so weiter, einen mehr oder minder stillschweigenden Konsens aller Beteiligten zu geben: den, daß so etwas wie ein linearer Konnex zwischen Modernität und Pathogenität, zwischen Pluralität und anomischer Maladie bestehe. Vereinfacht ausgedrückt: daß die Gegenwartsgesellschaft eine solche Vielzahl von Krankheiten produziere, daß man eigentlich, Finanzierungsprobleme hin oder her, gar nicht genug institutionalisierte und professionalisierte Medizin haben könne.

Wenn dies zutrifft, dann ist die Entwicklung im Gesundheitswesen allenfalls vordergründig ein Problem der Finanzierbarkeit, hintergründig erweist es sich dann als Problem unserer kollektiven Mentalität! Und dieser Mentalität kommt man durchaus auf die Spur, schon wenn man auch nur einige ‚zufällige' Beispiele alltäglicher Ereignisse in scheinbar ganz verschiedenen Bezugsrahmen betrachtet: Unlängst ist ein Fernsehfilm ausgestrahlt worden mit dem Titel „Männer, die Frauen waren" (ARD, 23. September 1984). Darin ist das Leiden am Mann-sein als eine mittels operativer Technik zu behebende Krankheit dargestellt worden. Was, wenn eine Frau daran leidet, eine Frau zu sein? Oder ein Mann es bei dem Gedanken nicht mehr aushält, daß er nicht daran leidet, daß er ein Mann ist? In den Zeitungen wurde uns kürzlich der Fall eines Mörders nahegebracht, der auf gräßlichste Weise drei Frauen gequält und getötet hat. Natürlich war er krank – denn in den höheren Etagen gerichtlicher Verhandlungen und mit den entsprechenden Anwälten und Gutachtern wird die für jede Gesellschaft unumgehbare Grenze zwischen Krankheit und Kriminalität mit Bewilligung der Gesellschaft *eingenebelt.* Im Vorwort zum eindrücklichen Buch von Fritz Mertens (1984, S. 10) „Ich wollte lieben und lernte hassen", in dem ein Doppelmörder sein Schuldbekenntnis protokolliert, erklärt z.B. der Jugendpsychiater die Gesellschaft für schuldig und den Täter für krank. Er schrieb: „Eines ist mir deutlich geworden: es ist nicht unser Verdienst, wenn wir nicht straffällig werden, wenn wir in unserem Leben niemals durch unsere Schuld töten ..." Nichts ist unser Verdienst, und wir sind alle schuldig – aber nicht durch eigene Schuld; Kranksein hieß immer, daß einem etwas zugestoßen ist, das man nicht will und für das man nichts kann.

Sobald jedes Tun und jedes Lassen aus der Selbstverantwortung entlassen und einer neuen Macht des Schicksals, diesmal in Form gesellschaftlicher oder biographischer Umstände, ausgeliefert wird, läßt es sich immer ins Krankhafte und Kranke wenden. So ist es heute (vgl. Gross 1985; vgl. auch die Kulturkritik in Hitzler 1985a). In immer neuen Formationen türmen sich Krankheiten auf und bündeln sich diese in immer neuen Ansprüchen an die Gesellschaft, weil der einzelne ja aus der Verantwortung für die Gesellschaft entlassen ist. Was für den kranken Wald gilt, soll auch für das Herz, die Zähne, die Depressionen, die Stimmungen gelten, in der Verursachung und in der Therapie. Es gibt gleichfalls nichts mehr, was nicht krank macht. Nach der ungesunden Lebensweise ist es nun die gesunde, die gefährdet. Schon gibt es Stimmen, welche die früher ungesunden Verhaltensweisen zu gesunden erklären. Triviale Beispiele sind Bauchroller und das Sonnenbad, aber schon sind Forschungen im Gange, die nachweisen, daß dauernd risikovermeidendes Verhalten (etwa Nichtrauchen) selber riskant ist.

Entsprechend der Dehnung des Krankheitsbegriffs hat sich der Gesundheitsbegriff gleichsam *zusammengezogen.* Er fungiert als ein abstrakter Wert, der alle anderen Ansprüche begrenzt. Er ist anonymisiert und entindividualisiert – die ganze Individualisierungsthematik ist spurlos an ihm vorbeigegangen. Man hat sein eigenes Urteilsvermögen, was Gesundheit – Krankheit betrifft, verloren, weil man weiß, daß diejenigen, die sich gesund fühlen und auch gesund *sind,* gegenüber denjenigen, die sich gesund fühlen und dennoch krank sind, eine hoffnungslose Minderheit darstellen. Der Gesundheitsbegriff ist android geworden: Idealbild ist der immerfort gesunde, resistente, zähe, ewig lebende Kunstmensch. Nachdem die menschliche Machseligkeit gegenüber der Natur ihre Lektion erhalten hat, hat sie sich mit voller Wucht auf den Menschen selber geworfen. Die Mischung von Faszination und Grausen, mit der wir heute die Maschinengeschöpfe der Romantik aus Eisen, Leder und Porzellan beargwöhnen und die in der Literatur beschriebenen, in Retorten ge- bzw. erzeugten Homunculi und die aus Lehm gekneteten Golems, ist von der Wirklichkeit eingeholt worden. Heute sind Retortenbabys und Menschen mit Kunstherzen und Kunstgliedern mitten unter uns. In Salt Lake City baut die Firma Symbion Incorporation einen Markt für elektronische Körperteile auf und hofft, dreißig Prozent des „Ohrengeschäfts" in Europa abzuwickeln (Cleis 1985). Die Biotechnologie ersetzt ausfallende Funktionen bzw. auffallende ‚Fehl'-Funktionen, defekte und unschöne Organe, durch biologische oder technische Substitute, die – wie etwa die Zahnprothesen – den Menschen um ein Vielfaches überdauern, gleichsam für die Ewigkeit gehärtet scheinen.

Es ist keine Häresie mehr, sich über das Collagieren, ja das Komponieren von Menschen Gedanken zu machen, die alles ‚Edle und Schöne' in sich vereinen und sich alles Unschönen und Unappetitlichen entledigt haben. Gesundheit ist ein Wert ohne Maß geworden, er fungiert außerhalb aller ideologischen Meinungen, er begrenzt in seiner Grenzenlosigkeit alle anderen Ansprüche. Trifft dieser unbegrenzte Anspruch, diese hypertrophe Gesundheitsomnipotenz, auf das oben beschriebene Krankheitsverständnis, so gibt es sozusagen ‚kein Halten mehr'. Wenn einer als Ehrenrettung des Laiensystems gedachten Studie zufolge mehr als zwei Drittel aller Krankheiten im Laiensystem verbleiben und dort mehr schlecht als recht kuriert werden, so kann man das auch als Manifestation einer Mentalität auffassen, für die die Welt zu einem großen Krankenhaus geworden ist, allerdings zu einem schlecht gerüsteten.

4. Hilflose Virtuosität

Diese hypertrophe medizinische Kultur, von Kritikern des Medizinbetriebes als Medicalisierung der Gesellschaft gegeißelt, gerät nun freilich angesichts epidemisch auftretender neuer Krankheitsbilder doch selber in Schwierigkeiten, ihren Bestand und ihr weiteres Wachstum zu legitimieren. Das naturwissenschaftlich-diagnostische Instrumentarium, die in großer Zahl entwickelten psychodiagnostischen Theorien und Nomenklaturen und ein immer weiter in die ‚Tiefen' des menschlichen Körpers und der menschlichen Seele vordringendes szientistisches Interesse haben sich – nun offenkundig – von der therapeutischen Kompetenz abgekoppelt und diese nachgerade prinzipiell zumindest zum ‚Nachhinken' verurteilt. Eine anscheinend unproblematische Verknüpfung von Diagnose und Therapie liegt zwar noch immer bei vielen Krankheiten vor: vor allem bei den bakteriellen Infektionskrankheiten. Aber diese einfachen Krankheitsbilder sind medizinsoziologisch relativ uninteressant, obwohl die spektakulärsten Erfolge der modernen Medizin wohl auch künftighin damit assoziiert werden.

An eine neue, unvermutete Grenze ist vor wenigen Jahren allerdings auch die medizinische *Infektions*forschung und -bekämpfung gestoßen: Gerade als es den Anschein hatte, als seien die Menschheitsgeißeln infektiöser Epidemien ‚unter Kontrolle' und damit gebrochen, begann sich eine bislang unbekannte, bis heute prinzipiell mit tödlichen Konsequenzen behaftete Krankheit zunächst diskret, inzwischen mit epidemieartigen Raten auszubreiten: eine virusbedingte Abwehrschwäche des menschlichen Immunsystems, bekannt als ‚AIDS' (Acquired Immune Deficiency Syndrome). Gegen diese, wie auch immer, ansteckende Schwächung des menschlichen Organismus, deren Erreger unterdessen ihrer Herkunft, ihrer genetischen Struktur und ihrer biochemischen Wirkungsweise nach als bekannt gelten, lernen wir derzeit zwar das Ansteckungsrisiko mindernde *praktische* Vorsichtsmaßnahmen, *medizinische* Vorbeugungsmittel allerdings sind noch nicht in Sicht. Mit einer zielgerichteten Behandlung oder gar einer Heilung von AIDS-Kranken ist vorläufig noch weniger zu rechnen. AIDS erweist sich aber nicht nur als vorderhand unlösbares Problem der medizinischen Experten, AIDS dürfte, wenn nicht alsbald doch erfolgreiche Mittel dagegen bereitgestellt werden können, auch zu einem gravierenden *soziokulturellen* Problem werden: Die *Furcht* vor AIDS mobilisiert bei immer mehr Menschen in unserer medizinisch anscheinend so perfekt versorgten modernen Gesellschaft hysterische Ansteckungs- und archaische Todesängste, die sich gegenüber der realen Gefährdung zunehmend zu verselbständigen und unseren Alltag, unsere Gewohnheiten, unseren gesamten Lebensstil zu verändern drohen (vgl. Hitzler 1985b). Schon immer ist den Menschen als naheliegendste Reaktion auf Epidemien, wenn nicht die physische Vernichtung der Kranken, dann eben die *Flucht* erschienen (vgl. Sigerist 1963). Vor dem utopischen Schreckensgemälde barbarischer Möglichkeiten (die mit unsinnigen Zwangsisolationen und Massendemonstrationen beginnen) könnte deshalb die Umkehrung des aktuellen freizeitkulturellen Trends zur Geselligkeit ‚weg von den eigenen vier Wänden' (Opaschowski 1983) in den fluchtartigen Rückzug genau dorthin noch zu den harmloseren potentiellen Erscheinungen zählen.

Aber diese Lücke zwischen Diagnose und Therapie hat es natürlich auch schon in bezug auf andere Infektionskrankheiten gegeben. Z.B. nahm die Entwicklung eines Impfstoffs gegen Hepatitis 17 Jahre in Anspruch. Somit könnte eine neue, zwar grausame, aber auch hoffnungsträchtige ‚Faustregel' Gültigkeit bekommen: Je differenzierter und komplexer die Krankheitsbilder werden, die die modernen diagnostischen Apparaturen immer frühzeitiger zu erfassen imstande sind, desto unabwendbarer und existentiell problematischer könnte sich der ‚time-lag', möglicherweise sogar die prinzipielle Unmöglichkeit einer adäquaten Therapie erweisen. Wenn ein Pharma-Forscher zu bedenken gibt, daß „von den bekannten Krankheiten ... erst ein Drittel medikamentös wirksam zu behandeln (ist), und nur knapp zehn Prozent ... wirklich heilbar (sind)" (Deck 1982); so mag das als Ansporn für die Pharma-Industrie wirksam sein. Je wirksamer die Arbeit im diagnostischen Sektor aber wird, desto größer wird auch die „technologische Lücke" zwischen Diagnose und Therapie.

Das Morbiditäts- und Mortalitätsspektrum hat sich in modernen Gesellschaften in den letzten hundert Jahren erheblich verändert. Die Statistiken zeigen einen Rückgang der Infektionskrankheiten und eine Zunahme tödlich verlaufender Krebs-, Herz- und Kreislauferkrankungen. Das ist wohlvertraut. Ebenso daß das eine Phänomen zum Teil das andere bedingt: Personen, die in frühem Alter an Infektionen sterben, haben nicht mehr die „Chance", einem Karzinom oder einem Apoplex in ihren späteren Lebensjahren zu erliegen (vgl. Geisler 1981). Mit anderen Worten: die Verlängerung der Lebenserwartung muß zwangsläufig zu einem veränderten Mortalitätsspektrum führen. In bezug auf Herz- und Kreislauferkrankungen, wie in bezug auf Krebs und chronisch-degenerative Leiden klaffen aber diagnostisches und therapeutisches Wissen weit auseinander. Die Exaktheit

der Diagnose hat, schreibt Peter Noll (1984) in seinem Tagebuch „Diktate über Sterben & Tod", verglichen mit der Ungewißheit des therapeutischen Erfolges, etwas Absurdes: „Wie ein Film im Zeitlupentempo einen Autounfall oder einen Flugzeugabsturz darstellt. Man sieht alles ganz genau, aber man kann nichts dagegen machen ..." (1984, S. 45).

Auch hier ist die Lücke teilweise prinzipieller und nicht zu schließender Natur. Bei den chronisch degenerativen Leiden liegen häufig keine akuten Funktionsstörungen vor, sondern degenerative Prozesse, die höchstens zu verlangsamen, aber nicht umzukehren sind. Anders als bei den Infektionskrankheiten sind bezüglich der Herz- und Kreislauferkrankungen und auch für Krebs die Ursachen nicht genau bekannt, nicht auf einen Erreger beschränkbar. Ihre multifaktorielle Verursachung verhindert eine gezielte Therapie. Die Flut von therapeutischen Erkenntnissen und immer neuen Risikofaktoren führt zu einer Art Informationskollaps – besonders dann, wenn neue Erkenntnisse alten widersprechen. Es ist auch keineswegs erwiesen, daß die Früherkennung hilfreich für die Therapie ist. So zeigt sich ein deutlicher Mortalitätsanstieg auch bei jenen Krebsarten, deren Früherkennungsuntersuchung seit 1971 zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen gehören: Mamma-Carcinom, Cervix-Carcinom und Prostata-Carcinom. Zumindest an Mortalitätsraten läßt sich Wirksamkeit präventiver Maßnahmen nicht nachweisen (vgl. Greiser 1981, S. 15). Die Frage ist, woran das liegt, ob an der Unfolgsamkeit der Patienten oder daran, daß eine feinere und umfassendere Diagnostik erst jene Krankheiten ans Licht bringt, deren Therapie entsprechend schwierig ist.

Erweist sich der medizinische Fortschritt also insgesamt als diagnostische Einbahnstraße? Werden die Identifikationssysteme von Krankheiten auf Kosten der Bewältigungssysteme von Krankheiten entwickelt? Oder gibt es einen prinzipiellen Zusammenhang der Art, daß die Komplexität der *Identifikations*systeme zu einem immer eklatanten, sozusagen ‚automatischen' Nachhinken der *Bewältigungs*systeme von Krankheiten führt? Wie steht es überdies mit der bürokratischen Einflußnahme auf diese Entwicklung? Ist nicht eine hohe diagnostische Sensibilität gefragt? Hat denn ein Arzt nicht grundsätzlich ‚bessere' (d.h. intersubjektiv befriedigendere) Entschuldigungen für diagnostische Fehler als für nicht gelungene Therapien? Welches ärztliche Tun – das diagnostische oder das therapeutische – ist denn leichter überprüfbar? Welche Art von Fehler wird wohl der selbsterhaltungsbedachte Arzt folglich auf jeden Fall zu vermeiden versuchen? Was kann im Nachhinein klarer als Versäumnis ausgelegt werden: eine falsche oder unvollständige Diagnostik oder eine nicht gelingende Therapie? Gibt es für eine nichtgelingende Therapie nicht zahllose Entschuldigungen, für einen diagnostischen Fehler aber kaum eine? Gerät so das ärztliche Tun nicht in ein nachgerade paradoxes Dilemma?

5. Hilfreiche ‚Begeisterung'

Das noch immer insgesamt ungebrochen hohe Prestige der medizinischen Professionen, insbesondere das des Arztes, beruht auf der , oft als ‚magisch' erscheinenden, Fähigkeit, zu helfen und zu heilen. Die Verfügungsmacht der ‚Helfer und Heiler' über ihre Klientele, die, von uneingeschränkten Herr-Sklaven-Verhältnissen abgesehen, allenfalls noch mit der von Priesterkasten bestimmter Kulturen und mit (in einem nicht pejorativen Sinne) tyrannischen Herrschaftsverhältnissen zu vergleichen ist, legitimiert sich und bezieht ihre ‚normative Würde' (vgl. Berger/Luckmann 1969) für den Alltagsmenschen durch den *Glauben* (im Sinne Webers 1972) daran, daß alle Eingriffe in die Intimzone des Leibes und in das Innere des Körpers, daß alle Schmerzzufügungen und Plagen dazu

dienen, ein fiktives Äquilibrium des Körpers, des Geistes, von Körper und Geist, oder auch von Körper, Geist und Kosmos, herbeizuführen oder wiederherzustellen.
Diese religiös-magische Komponente des Heilens, die auf ‚Vertrauen' basiert, resultiert aus der Zuschreibung alltagstranszendenter Befähigungen zum Umgang mit Leid und Leiden an den medizinischen Experten. Diese Zuschreibung, darauf haben wir eingangs bereits hingewiesen, erfolgt in unserer Kultur aufgrund scheinrationaler Prämissen hinsichtlich der Wissenschaftlichkeit ärztlicher Kunst. Das galileisch-kopernikanisch-newtonsche Paradigma ist so verbindlich, daß auch ‚alternative' Helfer und Heiler ihr Tun quasi- oder pseudo-szientistisch legitimieren bzw. legitimieren zu müssen glauben (vgl. im Überblick Löbsack 1980, für die Homöopathie z.B. Hochstetter 1973; für die Orgonomie Raknes 1973). In vormodernen Kulturen hingegen galten andere Paradigmen, die die Welt für den Einzelmenschen wie für die Gemeinschaft sinnhaft und glaubwürdig ordneten (vgl. Luckmann 1972 und 1980b; vgl. zur Archaik auch Durkheim/Mauss 1963; zum Mittelalter Gurjewitsch 1980, zum Übergang in die Neuzeit Thomas 1973). In archaischen Kulturen etwa galt typischerweise, daß es so etwas wie eine *natürliche* Erkrankung und einen *natürlichen* Tod nicht gibt. Verursacht wurden individuelles Leiden und Sterben ebenso wie soziale Katastrophen durch außeralltägliche Kräfte, simplifiziert ausgedrückt: durch Geister und Dämonen. Vermittels besonderer Fähigkeiten und Techniken war es prinzipiell möglich, zu diesen Kräften auch *aktiv* in Beziehung zu treten, mit ihnen zu kommunizieren, ja sogar sie zu beeinflussen und auch vorübergehend und in beschränktem Umfang zu ‚beherrschen' (vgl. Mauss 1974). Mithin korrespondiert die *medizinische* Kompetenz eines archaischen Menschen hochgradig damit, wie glaubhaft seine *kommunikative* Kompetenz gegenüber diesen Kräften seinen Mitmenschen erschienen ist. Am plausibelsten wurden solche interaktiven ‚Jenseits'-Beziehungen natürlich dann, wenn die Kontaktperson selber ‚besessen' war, wenn also der menschliche Körper von einer transzendenten Kraft bewohnt oder mitbewohnt wurde. Solche ‚begeisterten' Körper werden in der einschlägigen Literatur normalerweise als *Schamanen* bezeichnet (vgl. Hitzler 1982).
Ein Schamane übt, fast ausschließlich in archaischen, gelegentlich auch in Enklaven traditionaler Gesellschaften religiös-medizinische Funktionen aus aufgrund seiner, aus seiner ‚Begeisterung' resultierenden, empathischen Kompetenz gegenüber all den Geistern, die sich in der Welt herumtreiben, die Menschen ängstigen, ihnen nachschleichen, auflauern, ihnen Besuche abstatten, sie heimsuchen und sie eben manchmal auch krank machen. Die ‚Begeisterung', die sich in Ekstase, Trance und Träumen manifestiert, reicht weit über das hinaus, was wir heute als ‚professionelles Sonderwissen' bezeichnen würden. Sie verweist sozial glaubhaft auf eine besondere *Qualität* der Erfahrung. Der Schamane ‚verkörpert' (im wörtlichen Sinne) das Außeralltägliche, während eben ‚normale' Experten, wie Medizinmänner, Zauberer und Priester, zum Transzendenten lediglich in einer rituellen Beziehung stehen. Der Schamane ist *inspiriert*, ein Körper im (Mit-)Besitz einer nichtmenschlichen Kraft. Sozial betätigt er sich beispielsweise als Mystiker, Magier, Mythologe, Dichter, Tänzer, Künstler, Politiker und – nicht zuletzt – als Mediziner, als Arzt (vgl. Eliade 1975, Halifax 1980). Er stellt, im Dienste der Gemeinschaft, die Verbindung mit dem Jenseits nicht nur her sondern auch *dar*.
Insbesondere Hans Schadewaldt (1968) hat auf die Unterschiede zwischen den Heilmethoden des Schamanen und denen des gewöhnlichen Medizinmannes hingewiesen: Während letzterer, persönlich distanziert, mit einer Mischung aus Beschwörungstechniken und rational-empirischer Erfahrung arbeitet, also professionelles Sonderwissen anwendet, erfolgt beim Schamanen eine *Identifikation* mit dem krankheitsverursachenden Dämon. Der Schamane hat also ein anderes Selbst- und Wirklichkeitsbewußtsein als der Medizinmann. Zwar greift er in seiner medizinischen Praxis ebenso wie dieser

auf naturkundliches Wissen zurück, das Wesentliche *seiner* therapeutischen Kompetenz besteht jedoch darin, daß sich in seinem außergewöhnlichen Zustand selber Katharsis und Heilung intersubjektiv wahrnehmbar ‚verkörpern'. Anders ausgedrückt: Der Körper des Schamanen ist für seine Mitmenschen Ausdruck einer Umwandlung des ‚Inneren' in einem viel einschneidenderen Sinne als für uns moderne Menschen Körpermodifikationen Anzeichen für Stimmungsänderungen sein können. Gerade infolge der intersubjektiv wahrgenommenen körperlichen Repräsentanz des ‚Jenseitigen' wird das Phänomen des ‚begeisterten' Schamanen in einem sozial gültigen Klassifikationssystem als *heilkräftige* Institution legitimiert.
Schamanismus, so könnten wir das Phänomen vielleicht in unsere moderne (und damit eigentlich schon inadäquate) Denkweise übersetzen, repräsentiert eine Art und Weise der universalhistorischen Bemühungen des Menschen, durch Wissen die Beherrschung der dem Alltagsverstand unergründlich scheinenden Mächte in seinem Inneren zu erlangen (vgl. Kreitler/Kreitler 1980, S. 320). Schamanismus ist, funktional betrachtet, eine komplexe, integrative Sozial-Kunst, die die Kompetenz zum Heilen, im medizinischen Sinne, einbettet in die Sorge um und in den Dienst am existentiellen ‚Heil' des Mitmenschen überhaupt. Im schieren Gegensatz zu einer solchen *emphatischen* Heilkunst reduzieren die szientistisch legitimierten Reparaturdienstleistungen des rein naturwissenschaftlich orientierten Mediziners heute den maladen Klienten zum unpersönlichen Forschungs- und Behandlungsobjekt. Statt *wechselseitiger* Kommunikation und mitmenschlicher Fürsorge findet – idealtypisch – Exploration, Analyse, Diagnose statt. Polemisch formuliert: Der im Banne des galileisch-kopernikanisch-newtonschen Paradigmas agierende Arzt versteht nicht mehr viel von Gesundheit, aber dafür umso mehr von Krankheit. Seine ‚Kunst' zeitigt hypertrophe, ja kontraproduktive Konsequenzen: Galt bislang noch die Devise ‚Keine Therapie *ohne* Diagnose', so gilt heute für viele Krankheiten sozusagen ein achselzuckendes ‚Keine Therapie *trotz* Diagnose'.

6. Apparate und Alternativen

Heinrich Schipperges (1970, S. 1) kritisiert das verfehlte Schema, die Geschichte der Medizin als eine Geschichte des beständigen Fortschreitens zu begreifen. Nun spiegeln die Historien der Einzeldisziplinen ja die neuzeitliche Deutung der Weltgeschichte: stolz posieren die westeuropäischen Wohlfahrtsstaaten noch bis vor wenigen Jahrzehnten auf dem Gipfel des Fortschritts, bis sich der Fortschritt gleichsam selber zu überschlagen begann und die Philosophie des ‚immer mehr und immer größer' das Abendland an die Grenze des Abgrundes getrieben hat. Zweifellos schreitet die moderne Medizin in einiger Hinsicht immer noch fort: in der Diagnostik, in der chirurgischen Technik, in der Biotechnologie, in der Prothesenmedizin. Aber die gewaltige Umstrukturierung der Krankenlandschaft, nicht zuletzt durch die modernen diagnostischen Möglichkeiten selber, haben die therapeutischen Möglichkeiten gegenüber den modernen Zivilisationsseuchen nicht steigern können. Je differenzierter die Objektivierungsverfahren, von der Röntgenologie über die Computer- und Kernspin-Tomographie bis zur Scintiagraphie, und je detaillierter die Laborprodukte, je tiefer die diagnostischen Geräte in den Körper eindringen, also je exzessiver die apparative Diagnostik wird, desto armseliger erscheinen die therapeutischen Möglichkeiten. Jede Diagnose wird von den Menschen gleichsam als ein Versprechen rezipiert, die entdeckte Krankheit auch zu heilen. Die moderne Medizin weckt durch ihre analytischen Triumphe immer neue unerfüllbare Ansprüche.
Die offenkundig *therapeutisch* erfolgreiche Medizin in vormodernen Gesellschaften hingegen hat auf einer analytisch höchst unzureichenden, in szientistischer Perspektive typi-

scherweise sogar gänzlich falschen Diagnostik beruht. Wenn eben in der magischen Heilkunst das Leid und das Leiden eines Menschen ‚übertragen' und damit die Krankheit – nach unserer Denkweise – einfach symbolisch überwunden wird, wenn sich der Ehemann im „kuwade" ‚dem sympathetischen Männerkindbett, lautklagend vor Schmerzen krümmt, sobald sein Weib zu gebären beginnt, wenn der Schamane auf dem Höhepunkt seiner Zeremonie den Krankheitsdämon auf sich zieht und dabei zusammenbricht, so sprechen diese Therapien jeder naturwissenschaftlichen Krankheitslehre Hohn – und gelingen doch, sozusagen ‚auf wunderbare Weise' (dazu Lippross 1971). Wenn die alten Griechen glaubten, daß Krankheiten Strafen seien, die erzürnte Götter über die Menschen verhängt hätten, und daher durch Sühnemittel, Zaubergesänge und Opfer Heilung suchten, wenn so manche christliche Heilmethode sich auf den Sühneglauben stützt, d.h. die eigentlichen Krankheits-Ursachen in ungetilgter Schuld und in der Erbsünde sah (so galt vor noch nicht allzu langer Zeit die erbliche Fallsucht als Zeichen Gottes und wurde deshalb „morbus sacer" genannt), und wenn schließlich bis heute Menschen Hilfe vor Gnadenbildern und Altären suchen und ihre kranken Glieder und Organe in Votiv-Gaben aus Wachs und Holz nachbauen und damit Gott darbringen, so zeigt dies, daß doch auch die ‚andere' Heil-Kunst, gleichsam im ‚Unterleben' zum offiziellen medizinischen System, bis in die Gegenwart hineinwirkt. Auch hier zeigt sich, daß das naturwissenschaftlich orientierte Krankheitsverständnis immer mit einem lebensweltlichen zu konkurrieren hatte, und daß das letztere letztlich für den gewöhnlichen Menschen wohl doch nicht nur ‚dereinst', sondern *nach wie vor* bedeutsamer ist.

Üblicherweise versucht man, diese differierenden Bezugs- und Beurteilungssysteme einer Expertenkultur einerseits und einer Laienkultur andererseits zuzuweisen (vgl. dazu Badura/v. Ferber 1981; Gross 1982). Die unbestreitbaren Erfolge der naturwissenschaftlichen Medizin (vergleichbar der Einführung des Schießpulvers!) in allen Kulturen, und die anscheinend universelle Anwendbarkeit der entsprechenden Medikamente und Methoden, mag dazu geführt haben, daß das szientistische ‚Modell' des Heilens einerseits fast allgemein die legitimatorischen Standards setzt, andererseits aber nicht mehr und nirgends mehr als Oktroi aufgefaßt wird. Vor allem die wohlfahrtsstaatliche Einbindung des Gesundheitswesens, mit der versicherungsrechtlich notwendigen Kalkulierbarkeit der Kosten einer Behandlung und der politischen und bürokratischen bzw. rechtlichen Kontrollierbarkeit der Verfahren, erfordert eben ‚verständlicherweise' die Orientierung des Krankheitsbegriffs an Maß und Zahl, an der experimentellen Erarbeitung der Erkenntnisse und der darin liegenden Chance der Nachprüfbarkeit.

Nochmals also: Das Verhältnis von Diagnose und Therapie, das Verhältnis von Identifizierung und Bewältigung von Krankheiten ist historisch variabel; die unaufhaltsamen Fortschritte in der Diagnostik haben zu einem Nachhinken – vielleicht zu einem prinzipiellen, nie mehr einholbaren Nachhinken – der Therapeutik geführt. Die Professionen blühen gleichsam diagnostisch auf und glühen therapeutisch aus. Und die anschwellende Flut pharmazeutischer Erzeugnisse, einschließlich der auf der Gesundheitswelle mitschwimmenden „Medikamentenführer", verstärkt die therapeutische Not noch. Das hat nicht nur Kritiker des modernen Medizinbetriebes auf den Plan gerufen, sondern auch zu einer Renaissance ‚alternativer' Therapieangebote geführt. Die Selbstentzauberung des ärztlichen Tuns, die im Auseinanderdriften von diagnostischer und therapeutischer Kompetenz so sichtbar wird, wird neuerdings auch vom Arzt selber durch das freundliche und verständnisvolle Eintreten für Fern- und Geisterheiler, Handauflegen und ‚elektrische Felder' kompensiert.

Die Ärzteschaft taucht ihre, gegenüber dem diagnostischen Wissen abfallende und sich der einfachen Empirie des Alltags anschmiegende, therapeutische Vagheit in das sanfte Licht ganzheitlicher Orientierung. Die ganzheitliche Orientierung ist das schlechte Gewissen des naturwissenschaftlich orientierten Arztes, der selber lebensweltlich weiß, daß Kranksein und Heilung aus mehr besteht als aus berechenbaren Kausalzusammenhängen, dieses Wissen aber im Rahmen seines professionellen Bezugssystems nicht unterbringt. Hingegen deuten und behandeln die ‚ganzheitlichen Heiler', wie etwa Naturheilkundige, Physiotherapeuten, Homöopathen und andere medizinische Außenseiter, immer den Gesamtzustand des Kranken. Diagnostik im Sinne der Schulmedizin wird gegenüber dem beinahe ausschließlichen Ziel einer – grundsätzlich – allgemeinen Gesundung fast nebensächlich. Die Grundübel werden in den Lehren der Naturheilkunde typischerweise mehr oder weniger hypothetischen Gewebeverschlackungen, Versäuerungen oder Vergiftungen zugeschrieben. Reinigung, Entschlackung, Ausscheidung und Ausleitung sind die entsprechenden therapeutisch bedeutsamen Vorgänge. Auch die – in ihrer Theorie und ihrem Heil-Erfolg ganz unterschiedlich beurteilte – Homöopathie versteht sich zuerst als Therapie, bzw. Therapie ist hier zugleich Diagnose. Werden die Krankheitssymptome durch ein Mittel nicht gedeckt, wird das nächste Mittel angewendet. Nicht zuletzt deshalb hat man die Homöopathie auch verächtlich als ‚Symptomdeckerei' bezeichnet (vgl. Lippross 1971, S. 112; aus der Fülle der neuen Literatur: Petersohn/Petersohn 1981; Grossinger 1982; kritisch zum Verhältnis von Schulmedizin und alternativen Medizinen Schoene 1980; kritisch in historischer Betrachtung Wuttke-Groneberg 1983).

Wenn nun die Schulmedizin angepaßte Versionen von Akupunktur, Chiropraktik, Homöopathie, Makrobiotik usw. in ihre Praxis einfügt, wenn sich nun moderne Ärzte mit den Techniken, Verfahren und Wissenssystemen von indianischen Medizinmännern, von christlichen Gesundbetern, T'ai-chi-Meistern und Vegetariern, von Yoga- und Atemspezialisten und Spiritualisten aller Art befassen, und wenn nun New-Age- und Ganzheitsphilosophien eine Literaturflut auch zu alternativen Medizinen bewirkt und provoziert haben, so fragt sich freilich, ob daraus mehr wird und überhaupt mehr werden kann, als eine temporäre Reaktion auf das lebenspraktische Ungenügen unseres naturwissenschaftlich ausgerichteten offiziellen Gesundheitswesens. Denn das galileisch-kopernikanisch-newtonsche Weltbild und das ihm inhärente Krankheitsverständnis, das die Schulmedizin leitet, ist prinzipiell inkompatibel mit den Kosmologien alternativer Medizinen,die eben typischerweise fundamentale Fragen nach dem *Sinn* von Krankheiten stellen und auch Antworten darauf geben (vgl. Schoene 1980). Das gilt für Schamanismus, Vodoo und Geistheilung, aber auch für Akupunktur und Kräuterheilkunde.

Die Verwissenschaftlichung des Arztberufes ist in der westlichen neuzeitlichen Kultur *notwendig* einhergegangen mit kognitiver Distanzierung vom konkreten Mitmenschen. Der moderne Arzt hat es – bei aller selbstverständlichen Freundlichkeit des Umganges mit dem Patienten – soweit er eben naturwissenschaftlich orientierter Arzt ist, typischerweise *nicht* mit wirklichen Menschen zu tun, sondern mit einem Menschenmodell. Insofern treibt er auch keine Krankheiten mehr ‚aus', sondern spürt sie auf, teilt sie mit und verordnet ein Mittel, an das sich dann der Patient halten kann oder nicht. Nun ist diese Art der medizinischen Behandlung – objektiv betrachtet – zwar hochkompatibel mit dem Sinn- und Stilpluralismus einer offenen und freien Gesellschaft (vgl. Gross/Hitzler/Honer 1985), aber das Bedürfnis des Patienten nach Entlastung und Entschuldigung, nach religiöser Erklärung, nach Sinndeutung der Krankheit, schlicht: das Verlangen nach Autorität und entsprechender Verantwortungsübernahme durch den Heiler, wird dabei evidentermaßen nicht gestillt. Pointiert ausgedrückt: Gerade, *weil* der Arzt nach szientistischen Kriterien kompetenter, gerade *weil* er pragmatisch distanzierter wird, gerade *deshalb* zweifelt der Patient, der Klient zunehmend auch und gerade *diese* Kompetenz an, fühlt sich unverstanden, unerkannt, schlecht ‚behandelt' – im doppelten Wortsinne: als Person und als Rollenträger. Der Arztberuf wird gewissermaßen ‚reeller'

und produziert gerade dadurch eine Bedarfs- und Bedürfnislücke, in die nun die alternativen Medizinen, die Heilkundigen, Neo-Schamanen und Gesundbeter – aber auch die Selbsthilfegruppen – nachstoßen: die nach ‚Helfen und Heilen' im ganzheitlich religiösen Sinne.
Die Akzeptanz der Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich durch die große Politik, das Werben für diese durch prominente Sozialsenatoren, das unterdessen ganz selbstverständliche Funktionieren von Tausenden solcher Gruppen weist im übrigen darauf hin, daß sich die Schulmedizin zumindest mit therapeutischen Laien-Gruppen arbeitsteilig (und vorläufig?) eingerichtet hat. Die Professionellen nehmen eine Auslagerung ihrer Problemfälle in die Selbsthilfegruppen vor, die Selbsthilfegruppen werden zu einer Art Ausfallbürge einer diagnostischen Profikultur. Der Aufbau solidarischer Handlungsfelder, jenseits von Markt und Staat, wie es so schön heißt, entlastet das professionelle Gesundheitswesen (vgl. Gross 1982). Insbesondere die *„warme" Atmosphäre* der Selbsthilfegruppe als helfend-heilende Instanz scheint ja auch das ‚unsichtbar' religiöse Bedürfnis des modernen Lebens-Bastlers nach *sicheren*, kleinen, überschaubaren Heimatwelten besonders adäquat zu befriedigen (vgl. Luckmann/Berger 1964; Hitzler 1985a) – zumindest vorläufig (nämlich bis sich *unweigerlich* auch deren kosmologische Unzulänglichkeit erweisen wird).
Alles was in die vom Arzt hinterlassene Sinn-Lücke springt, ist grosso modo gekennzeichnet durch eine (im *naturwissenschaftlichen* Sinne) frappante diagnostische Unzulänglichkeit, um nicht zu sagen: durch eine horrende Inkompetenz, die sich beeindrukkend ideologisch zu verschleiern versteht. Die Frage ist nur: Ist diese ‚Helferschaft' therapeutisch so erfolgreich, *obwohl* oder gerade *weil* sie diagnostisch dilettiert? Wird der Mediziner zum organischen Not-Dienstler, *obwohl* oder *weil* er sein Geschäft ‚reell' zu betreiben versucht? Des *Doktors Dilemma heute* also: indem er die diagnostische Kompetenz ständig erweitert und immer stärker eine rein szientistische Einstellung annimmt, verliert er seine therapeutische Kompetenz (die eben nicht aus objektivem Tatsachen-Wissen resultiert, sondern aus sozialer Approbation), weil die therapeutische Funktion der Scharlatanerie vernachlässigt wird, weil die Profession zwar Not-Dienstleistungen anbietet, aber eben immer weniger – man gestatte den Ausdruck – „Kuhstallwärme".

7. Vergessene Fundamente

Heilen ist essentiell ein Bündel heterogener prosozialer Funktionen. Medizin ist vor allem Heil-*Kunst* und nur unter anderem auch Wissenschaft. Der abendländische Rationalismus korrespondiert als diffuse Gesamtentwicklung mit der Entwicklung der Medizin von einer Sozial-Kunst zu einer Natur-Wissenschaft. Diese Entwicklung kulminiert (vorläufig?) im offenkundigen Auseinanderklaffen von diagnostischer und therapeutischer Kompetenz bei der heutigen medizinischen Profession. Die Definition von ‚Kompetenz' (dieser wie jener Ausprägung) meint *nicht* eine Bewertung von Kompetenz aufgrund (wie auch immer gearteter) ‚objektiv' wissenschaftlicher Kriterien. Kompetenz ist hier vielmehr gemeint im Sinne von ‚intersubjektiv erfolgreich gelingend'. Bewertet werden soll also nicht etwa die Kompetenz der (medizinischen) Profession in bezug auf ihre *eigenen* Kompetenzkriterien, sondern bezogen auf die sozialwissenschaftlich konstatierbaren (nicht etwa die von Sozialwissenschaftlern konstruierten) Kompetenzkriterien, und das heißt, bezogen auf die Kompetenz-*Zuschreibungen* durch die faktische und potentielle Klientele selber, also sozusagen aufgrund der Rekonstruktion der ‚typischen' Alltagsperspektive.
In diesem Sinne verfügt die medizinische Profession heute über ein relatives Optimum an objektivierenden Techniken zur Diagnose von Krankheiten. Sie verfügt überdies über relativ detaillierte *„naturwissenschaftliche"* Thesen über den Ursachen-Wirkungszusammenhang psychischer, organischer und somatischer Phänomene. Schließlich verfügt sie über relativ trivial-szientistische Erklärungsmuster zum Ursachen-Wirkungszusammenhang menschlicher Gesellschaftlichkeit, Geschichtlichkeit und Körperlichkeit. Vereinfacht ausgedrückt: Die medizinische Profession steht, nicht erst heute, aber heute *unübersehbar*, in dem Dilemma, die Sozial-Kunst des Heilens im kosmologischen Bezugsrahmen des galileisch-kopernikanisch-newtonschen Paradigmas (Luckmann 1980a) auszuüben. Die hieraus zwangsläufig resultierende ‚Krise', nämlich diagnostisch in einem *naturwissenschaftlichen* Verständnis immer perfekter und damit gegenüber allen alltäglichen Erfahrungen immer ‚aparter' (und vom Nichtmediziner un-nachvollziehbarer) zu werden und *zugleich* den offensichtlich eben *nicht* auf szientistische Kausalerklärungen reduzierbaren therapeutischen Bedürfnissen ihrer Klientele immer weniger entsprechen zu können, läßt sich auch als Abkoppelung des medizinischen Wissens- und Handlungssystems von der Lebenswelt des Menschen (im Sinne Husserls 1954) verstehen. Die neuerdings zu beobachtende ‚Krisenreaktion', daß Mediziner nunmehr (wieder) dazu übergehen, ihre – im szientistischen Sinne – virtuose Diagnostik therapeutisch damit zu koppeln, daß sie ihre gleißende technische Ausstattung ins Schummerlicht ganzheitlicher Vorstellungen tauchen, daß sie ihre Klientele an vernachlässigte und zum Teil vergessene ‚Rezepte' des Alltagswissens über eine sinnvolle, normale, gesunde Lebensführung erinnern, korrespondiert zwar mit der aktuellen ideologischen ‚Wende' zurück zum Mythos quasi-natürlichen ‚Helfens', insbesondere der ‚Selbst'-Hilfe in Betroffenheits-Gruppen und -Gruppierungen, verfehlt aber in der jetzigen Form einen wesentlichen Gesichtspunkt der Heil-Kunst (vgl. dazu Wuttke-Groneberg 1983).
Heil-Kunst ist eine Sozial-Kunst. Das heißt, daß ‚Heilen' zumindest *auch*, vielleicht sogar *vor allem* eine religiöse Angelegenheit sei. Und ‚religiös' ist eine Angelegenheit dann, darauf hat schon Durkheim (1981, ursprünglich 1912) aufmerksam gemacht, und dies hat Luckmann (z.B. 1967 und 1984) auch für die neuere Religionssoziologie wieder in Geltung gesetzt, wenn sie dazu beiträgt, das Einzeldasein in ein transzendierendes Sinngefüge einzubeziehen und einzubinden. Diese Verortung individueller Erfahrungen in übergreifenden symbolischen Sinnsystemen ist eine prinzipiell prekäre gesellschaftliche Konstruktion, zu deren Stabilisierung es einschlägiger Experten bedarf (vgl. Berger/Luckmann 1969). Diese Experten sind deshalb im allgemeinsten Verstande eben Sozial-Künstler, Virtuosen der Sinnstiftung und vor allem der Sinnvermittlung. Und die Kunst des ‚Heilens' ist essentiell (d.h. ihrer existentiellen Funktion nach, die sie für das menschliche Dasein schlechthin hat) die Kunst, Irritationen und Deprivationen der sozialen Sicherheit und Selbstverständlichkeit, wie Anomie und Maladie, aufzufangen, auszubalancieren und zu entwirklichen.
Katastrophen im Leben des einzelnen wie in dem der Gesellschaft (nicht nur ‚große', sondern auch ‚kleine') erschüttern die alltäglichen Vertrautheiten und Gewißheiten. Sie verweisen auf alltagstranszendente Wirklichkeiten (Schütz/Luckmann 1984), nicht etwa nur im Rahmen von so gern als ‚naiv' angesehenen vormodernen Weltbildern, sondern auch im Rahmen moderner Wirklichkeitsauffassungen. Vom Alltagsverständnis aus betrachtet (also *nicht* im Kontext szientistischer Sonderwissenssysteme, über die der moderne Normalmensch zweifellos *nicht* verfügt), verweist der Rekurs z.B. auf Viren, Bakterien und Mikroben zur Erklärung einer Maladie nicht weniger auf ‚mysteriöses', jenseitiges Wissen, als der Rekurs z.B. auf den bösen Blick oder auf ein göttliches Strafgericht. Die Einsicht, daß dem so ist, und daß sich dies auch nicht mit aufklärerischen Entzauberungsprogrammen beseitigen läßt (weil diese Entzauberung in der tatsächlichen Erfahrung des Alltagsmenschen nur die Aufforderung zum Glauben an den einen durch den an den anderen Zauber ersetzt), läßt sich im Rahmen des galileisch-kopernikanisch-newton-

schen Paradigmas *nicht* gewinnen. Sie bedarf unumgänglich der Reflexion auf die vorwissenschaftliche Gegebenheit der Welt für das menschliche Bewußtsein, eben auf die alltägliche Lebenswelt. In diesem Sinne einer interpretativen Grundlegung (und nicht im Sinne eines normativ-szientistischen Imperialismus) muß sich die Medizin, will sie ihre therapeutische ‚Krise' überwinden, entweder versozialwissenschaftlichen oder alle pastoralen Funktionen abweisen und sich auf die „Knochenschlosserei" beschränken. Sie muß die sinnstiftende, also im Grunde die religiöse Bedeutung des ‚Zaubers' wiederentdecken oder ihren Anspruch, zu ‚heilen', auf rein handwerklich-technische Reparaturdienstleistungen reduzieren und damit die ursprüngliche Domäne der hippokratischen Kunst zum größeren und existentiell entscheidenden Teil der massiv herandrängenden Konkurrenz neuer bzw. wiederbelebter Heil-Künste überlassen.

Unter den gegebenen Umständen einer ungebremsten Kostenentwicklung im (bundesrepublikanischen) Gesundheitswesen, einer haltlosen und verantwortungsethisch problematischen Dehnung des Krankheitsbegriffs und der parallelen „androiden" Verengung der Vorstellung von Gesundheit und den daraus resultierenden Grenzüberschreitungen zwischen Eigen- und Fremdverantwortung und zwischen Krankheit und kriminellem Verhalten wäre eine Beschränkung auf die handwerklich-reelle Seite der medizinischen Tätigkeit möglicherweise wünschenswerter als die ganzheitliche Verzauberung oder Verbrämung einer naturwissenschaftlich-somatisch orientierten Medizin. Die Beschränkung auf handwerklich-technische Reparatur würde keinesfalls die ganzheitliche Wende überflüssig machen, diese hilft vielmehr die Grenzen einer erfahrungs- und naturwissenschaftlich orientierten Medizin sichtbar zu machen. Sie fördert auch die Besinnung darauf, daß die ‚Anfänge der Medizin' nicht nur von beiläufigem historischen, sondern im Sinne eines Rückganges auf die Lebenswelt vor allem von *systematischem* Interesse sein dürften (vgl. Sigerist 1963). Dieses systematische Interesse richtet sich darauf, unter selbstkritischer Bewahrung der akkumulierten naturwissenschaftlichen Erkenntnisse die medizinische Kultur nicht mehr nur als Technik, sondern als Leiden und Leid begleitendes, minderndes und manchmal auch beseitigendes *soziales Handeln*, als komplexen Zusammenhang von diagnostischen und therapeutischen, von helfenden und heilenden Vorkehrungen zu verstehen, deren arbeitsteilige Ausformung ein historisch variables und von den Heilern und ihren Patienten gleichermaßen mitzuformendes Produkt darstellen.

LITERATUR

Achinger, H. (1958), Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik, Hamburg.
Badura, B., P. Gross (1976), Sozialpolitische Perspektiven, München.
Badura, B., Ch. v. Ferber (Hrsg.) (1981), Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen, München.
Bell, D. (1976), Die nachindustrielle Gesellschaft, Frankfurt. a.M./New York.
Berger, P., Th. Luckmann (1969), Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit, Frankfurt a.M.
Cleis, A. (1985), Symbion – die Herzfabrik in Salt Lake City. Ein Markt für elektronische Körperteile, in: Neue Zürcher Zeitung, 29. Mai 1985, S. 37 (Fernausgabe).
Deck, K. (1982), Lücken im Therapiearsenal, in: Medikament und Meinung 11, S. 9 f.
Durkheim, E. (1981). Die elementaren Formen des religiösen Lebens, Frankfurt a.M.
Durkheim, E., M. Mauss (1963), Primitive Classifications, London.
Egan, G. (1979), Der fähige Helfer, Freiburg i.B.
Eliade, M. (1975), Schamanismus und archaische Ekstasetechnik, Frankfurt a.M.
Fourastie, J. (1969), Die große Hoffnung des zwanzigsten Jahrhunderts, Köln (2. Aufl.).
Gartner, A., F. Riessman (1978), Der aktive Konsument in der Dienstleistungsgesellschaft. Zur politischen Ökonomie des tertiären Sektors, Frankfurt a.M.

Gorz, A. (1984), Wege ins Paradies, Berlin.
Greiser, E. (1981), Epidemiologische Grundbegriffe und Methoden, in: Viefhues, H. (Hrsg.), Lehrbuch der Sozialmedizin, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, S. 9 – 42.
Gross, P. (1982), Der Wohlfahrtsstaat und die Bedeutung der Selbsthilfebewegung, in: Soziale Welt 1, S. 26 – 49.
Gross, P. (1983), Die Verheißungen der Dienstleistungsgesellschaft. Soziale Befreiung oder Sozialherrschaft?, Opladen.
Gross, P. (1984), Transformationen des Helfens unter den Bedingungen moderner Sozialstaatlichkeit, in: Brennpunkte Sozialer Arbeit, Heft 1.
Gross, P. (1985a), Das Überangebot an professionellen Dienstleistungen aus sozialökonomischer Sicht, in: Herder-Dorneich, Ph., A. Schuller (Hrsg.), Die Ärzteschwemme, Baden-Baden, S. 101 – 115.
Gross, P. (1985b), Liebe, Mühe, Arbeit. Abschied von den Professionen, in: Soziale Welt, Heft 1.
Gross, P. (1985), Vergebliche Liebesmüh. Professionalisierung, Entprofessionalisierung und die Grenzen der Erwerbsgesellschaft, in: Bellebaum, A. u.a. (Hrsg.), Helfen und Helfende Berufe als soziale Kontrolle, Opladen, S. 265 – 292.
Gross, P., R. Hitzler, A. Honer (1985), Kleine Konstruktionen, Manuskript, Bamberg.
Grossinger, R. (1982), Wege des Heilens. Vom Schamanismus der Steinzeit zur heutigen alternativen Medizin, München.
Gurjewitsch, A. (1980), Das Weltbild des mittelalterlichen Menschen, München.
Halifax, J. (1980), Shamanic Voices, Harmondsworth.
Herder-Dorneich, Ph. (1985), Die Ärzteschwemme als Steuerungsproblem, in: Herder-Dorneich, Ph., A. Schuller (Hrsg.), Die Ärzteschwemme, Baden-Baden, S. 13 – 35.
Hitzler, R. (1982), Der ‚begeisterte' Körper. Zur persönlichen Identität von Schamanen, in: Gehlen, R., B. Wolf (Hrsg.), Unter dem Pflaster liegt der Strand, Band 11, Berlin.
Hitzler, R. (1985a), Und Adam versteckte sich, in: Soziale Welt, Heft 4.
Hitzler, R. (1985b), Lebensstile und Freizeiträume (Vortrag beim 6. Kontaktseminar des ‚Osnabrücker Praktikums'), Köln.
Hochstetter, K. (1973), Einführung in die Homöopathie, Regensburg.
Honer, A. (1985), Sozialhelfer im Betrieb. (Vortrag bei der Tagung ‚Kulturtypen, Kulturcharakter – Träger, Mittler und Stifter von Kultur' der Sektion ‚Kultursoziologie'), Tutzing.
Husserl, E. (1954), Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die Transzendentale Phänomenologie, Den Haag.
Kreitel, H., S. Kreitel (1980), Psychologie der Kunst, Stuttgart u.a.
Lippross, O. (1971), Medizin und Heilerfolg. Logik und Magie in der Medizin, Frankfurt a.M.
Löbsack, Th. (1980), Magische Medizin – Methoden und Erfolge der Wunderheiler, München.
Luckmann, Th. (1967), The Invisible Religion, New York/London.
Luckmann, Th. (1972), Zwänge und Freiheiten im Wandel der Gesellschaftsstruktur, in: Gadamer, H.-G., P. Vogeler (Hrsg.), Neue Anthropologie, Bd. 3, Stuttgart/München.
Luckmann, Th. (1980a), Philosophie, Sozialwissenschaft und Alltagsleben, in: Luckmann, Th., Lebenswelt und Gesellschaft, Paderborn u.a.
Luckmann, Th. (1980b), Persönliche Identität als evolutionäres und historisches Problem, in: Luckmann, Th., Lebenswelt und Gesellschaft, Paderborn u.a.
Luckmann, Th. (1984), Über die Funktion der Religion (Beitrag zum CIVITAS-Symposium ‚Die religiöse Dimension der Gesellschaft'), München.
Luckmann, Th., P. Berger (1964), Social Mobility and Personal Identity, in: European Journal of Sociology, Vol. V, No. 2.
Luhmann, N. (1983), Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht, in: Herder-Dorneich, Ph., A. Schuller (Hrsg.), Die Anspruchsspirale, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, S. 28 – 50.
Lutz, R. (1984), Die sanfte Wende. Aufbruch ins ökologische Zeitalter, München.
Mauss, M. (1974), Entwurf einer allgemeinen Theorie der Magie, in: Mauss, M., Soziologie und Anthropologie, Band I, München.
Mertens, F. (1984), Ich wollte lieben und lernte hassen, Zürich.
Noll, P. (1984), Diktate über Sterben und Tod, Zürich.
Opaschowski, H. W. (1983), Arbeit, Freizeit, Lebenssinn?, Opladen.
Parsons, T. (1968), Einige theoretische Betrachtungen zum Bereich der Medizinsoziologie, in: Parsons, T., Sozialstruktur und Persönlichkeit, Frankfurt a.M., S. 408 – 449.
Petersohn, L., H. Petersohn (1981), Für eine andere Medizin, Frankfurt a.M.
Raknes, I. (973), Wilhelm Reich und die Orgonomie, Frankfurt a.M.

Röpke, W. (1942), Die Gesellschaftskrisis der Gegenwart, Erlenbach-Zürich.
Schadewaldt, H. (1968), Der Medizinmann bei den Naturvölkern, Stuttgart.
Schipperges, H. (1970), Moderne Medizin im Spiegel der Geschichte, Stuttgart.
Schoene, W. (1980), Alternative Medizinen und die Medizin. Zum Kontrast ihrer sozialen Funktionsweisen, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft 4, S. 226 – 233.
Schütz, A., Th. Luckmann (1984), Strukturen der Lebenswelt, Bd. 2, Frankfurt a.M.
Shaw, B. (1919), Der Arzt am Scheideweg. Vorrede, in: Shaw, B., Komödien des Glaubens, Werke Bd. 5, Berlin, S. 193 – 299.
Sigerist, H. E. (1963), Anfänge der Medizin, Zürich.
Snow, C. P. (1969), Die zwei Kulturen, in: Kreuzer, H. (Hrsg.), Literarische und naturwissenschaftliche Intelligenz. Dialog über „zwei Kulturen", Stuttgart, S. 11 – 26.
Thomas, K. (1973), Religion and the Decline of Magic, Harmondsworth.
Weber, M. (1972), Wirtschaft und Gesellschaft, Tübingen (5. Aufl.).
Wolff, St. (1981), Grenzen der helfenden Beziehung, in: Kardoff, E. v., E. Koenen (Hrsg.), Psyche in schlechter Gesellschaft, München u.a.
Wuttke-Groneberg, W. (1983), Nationalsozialistische Medizin. Volks- und Naturheilkunde auf „neuen Wegen", in: Argument-Sonderband AS 77, Alternative Medizin, S. 27 – 51.

GESTÖRTE KOMMUNIKATION ZWISCHEN ARZT UND PATIENT IM KRANKENHAUS (1)

Eine Analyse von Kommunikationsbedingungen am Beispiel der Anamnese

Helga Wimmer und Jürgen M. Pelikan

1. Kommunikation zwischen Arzt und Patient als Problem

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient, wie sie sich in theoretischen und empirischen Untersuchungen darstellt, zeigt alle Merkmale einer asymmetrischen Situation (Parsons 1951): Dem medizinischen Experten Arzt als Wiederherstellungs- und Kontrollinstanz steht der Laie Patient als Wiederherzustellender und zu Kontrollierender gegenüber. Medizinische Expertenstellung bedeutet Fachwissen – und damit verbunden Autorität –, Kenntnis der Fachsprache und Handeln in beruflicher Routine. Laienstellung heißt geringeres medizinisches Wissen, eingeschränkte Kenntnis der Fachterminologie und existentielle Betroffenheit durch die Krankheit.
Im Gespräch realisiert sich diese Asymmetrie

- in einer dominanten, auch Gesprächsinhalte und Gesprächsstil bestimmenden Haltung des Arztes, d.h. in einem an den fachlichen Interessen des Arztes orientierten „Frage-Antwort-Spiel" unter Vernachlässigung der Bedürfnisse des Patienten und
- in einer passiven Haltung des Patienten, der trotz Unzufriedenheit mit Inhalt und Stil der Kommunikation und nachgewiesener Informationsdefizite überwiegend auf Initiativen des Arztes reagiert und wenig eigene (Frage-)Aktivität zeigt (vgl. als Übersicht Köhle/Raspe 1982).

Während Parsons von einer gesellschaftlichen Notwendigkeit und Funktionalität dieser Asymmetrie ausgeht, zeigen empirische Untersuchungen immer häufiger die negativen Konsequenzen der damit verbundenen Vernachlässigung von Patientenbedürfnissen (vgl. als Übersicht Wimmer/Pelikan 1984). Von besonderer Relevanz ist dieses Problem angesichts gesellschaftlicher und medizinischer Entwicklungen, die effektive Kommunikation in verstärktem Maße notwendig machen.
Veränderungen innerhalb der Gesamtgesellschaft, wie steigendes Bildungsniveau, verstärkte Demokratisierungsbestrebungen etc. lassen Patienten und Öffentlichkeit immer häufiger eine partnerschaftliche Beteiligung am medizinischen Entscheidungsprozeß fordern. Effektivstes Medium zur Schaffung der dafür notwendigen Voraussetzungen durch Aufklärung und Information des Patienten bildet das Gespräch zwischen Arzt und Patient.
Im medizinischen Bereich gewinnt die Kommunikation im Zusammenhang mit den Bemühungen um die Durchsetzung einer stärker patientenzentrierten Medizin an Bedeutung: Ausgelöst durch einen, als Folge geänderter Lebens- und Arbeitsbedingungen anzusehenden Wandel des Krankheitsspektrums tritt ein medizinisches Modell immer mehr in den Vordergrund, das nicht Krankheitssymptome, sondern den „ganzen" Menschen in den Mittelpunkt therapeutischer Bemühungen stellt. Innerhalb dieses Konzeptes kommt der Kooperation und Kommunikation zwischen Arzt und Patient weitaus größere Bedeutung zu als im Modell einer krankheitszentrierten Medizin.