

SAMMELBESPRECHUNGEN



Medizin und Soziale Kontrolle. Zur (historischen) Soziologie der Medizin

ALFONS LABISCH

- IRMGARD EISENBACH-STANGL / WOLFGANG STANGL (Hrsg.), Grenzen der Behandlung. Soziale Kontrolle und Psychiatrie. Opladen: Westdeutscher Verlag 1984, 227 S., kt. DM 48,-
- CHRISTIAN VON FERBER / BERNHARD BADURA (Hrsg.), Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. München: Oldenbourg 1983, 306 S., kt. DM 58,-
- UTE FREVERT, Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterschichten in Preussen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1984, 469 S., kt. DM 92,-
- GERD GÖCKENJAN, Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt: Suhrkamp 1985, 436 S., Tb. DM 20,-
- KLAUS HORN / CHRISTEL BEIER / DORIS KRAFT-KRUMM, Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn. Zur Logik von Widerständen gegen gesundheitliche Aufklärung. Opladen: Westdeutscher Verlag 1984, 162 S., kt. DM 26,80
- KLAUS HORN / CHRISTEL BEIER / MICHAEL WOLF, Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Eine empirische Untersuchung subjektiver Sinnstrukturen. Opladen: Westdeutscher Verlag 1983, 220 S., kt. DM 29,80
- CLAUDIA HUERKAMP, Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1985, 409 S., kt. DM 92,-
- ARTUR E. IMHOF (Hrsg.), Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit. Berlin: Duncker & Humblot 1983, 266 S., br. DM 112,-
- EBERHARD JUNG, Das Recht auf Gesundheit. Versuch einer Grundlegung des Gesundheitsrechts der Bundesrepublik Deutschland. München: Beck 1982, 300 S., kt. DM 98,-
- DIETMAR KAMPER / CHRISTOPH WULF (Hrsg.), Der andere Körper. Berlin: Verlag Mensch und Leben 1984, 248 S., kt.

- GERHARD MUTZ, Sozialpolitik als soziale Kontrolle am Beispiel der psychosozialen Versorgung. München: Profil Verlag 1983, 367 S., br. DM 42,-
- GERD OVERBECK, Krankheit als Anpassung. Der sozio-psychosomatische Zirkel. Frankfurt: Suhrkamp 1984, 209 S., Tb. DM 10,-

Lassen wir den besonders sensiblen und daher auch besonders früh problematisierten Bereich der Psychiatrie/Sozialpsychiatrie aus¹, wurde der Begriff „Medizin als Institution sozialer Kontrolle“ 1972 von dem US-amerikanischen Medizinsoziologen *Irving K. Zola* in die Debatte geworfen². Dieser und andere Autoren³ wurden durch eine medizinkritische Attitude getrieben, die sich sowohl aus wissenschafts- (z.B. antimedizinischem, anti-strukturfunktionalistischem) wie gesellschaftspolitischen Impetus (z.B. Rassismus, Sexismus, Feminismus, Imperialismus) speiste. Theoretischer Anspruch und Ertrag dieser wissenschaftlich gewendeten Gesellschaftskritik blieben gering: endeten sie doch stets zirkulär-tautologisch bei Medizin und Arzt als Garanten gesellschaftlicher, durchweg kapitalistischer Macht und Herrschaft.

Gerhard Mutz schließt in seiner Arbeit „Sozialpolitik als soziale Kontrolle“ nicht an die in der Medizinkritik und Medizinsoziologie verbreiteten Autoren an. Vielmehr formuliert er das von *U. Rödel* und *T. Guldemann* 1978 in den Starnberger Studien⁴ vorgelegte Konzept zur Funktionsbestimmung staatlicher Politik als präventiver sozialer Kontrolle durch zwei Elemente um: Er vertieft erstens politisch-ökonomisch die Verbindung zu den Erfordernissen privat-marktwirtschaftlicher Verhältnisse im Rahmen der allgemeinen Problematik der (Selbst-) Produktion des Menschen aus der Natur und bezieht es zweitens soziologisch auf die (unkontrollierte) Entwicklungsdynamik interdependenter Kontrollinstanzen – hier insbesondere in Anlehnung an *Norbert Elias*.

Die zentralen Aussagen *Mutz'* sind (90-94): Durch gemeinsame Bearbeitung der Natur sind die Individuen in Produktionsverhältnissen vergesellschaftet. Aus den konstitutiven Bedingungen der materiellen Produktion bilden menschliche Figurationen weitere Integrations- und Kontrollinstanzen, die – etwa in Form von Sozialpolitik – auf die Integration in eine herrschende Gesellschaftlichkeit abzielen. Beide voneinander abhängige Kontrolltypen erfährt der einzelne Mensch, obwohl selbst Subjekt der gesellschaftlichen Verhältnisse, als ihm „äußerlich“: in unterschiedlichem Maße eignen sich die Individuen die herrschende Gesellschaftlichkeit in einer „inneren Vergesellschaftung“ an. Die Kontrolltypen „Mensch-Natur“, „Mensch-Mensch“ und „Ich/Selbst“ sind dabei aufs engste interdependent und wandelbar verknüpft: Eine bestimmte Kontrollsituation ist nicht auf ein Kontrollmittel oder eine konkrete Kontrollinstanz zurückzuführen; sie ist vielmehr Resultat vieler gesellschaftlicher Kontrollmechanismen: soziale Kontrolle ist damit kein einseitiges Zwangs- und Herrschaftsverhältnis – das etwa in vordergründiger Medizinkritik „entlarvt“ werden kann –, sondern ein Kräftefeld sozialer Beziehungsgeflechte, die die herrschende Form der Gesellschaftlichkeit durchsetzen und deren Reproduktion sichern. Verflechtungen, Zuordnungen, Kräfte und Ziele von Institutionen offenbaren sich insbesondere in ihren umstrittenen und umkämpften Anfängen: *Mutz* fügt also den drei interdependenten Kontrollbereichen die Dimension Zeit hinzu.

Damit lassen sich für die folgende Diskussion drei Ebenen unterschiedlichen Abstraktionsgrades ausmachen: (1.) allgemein die Grundstrukturen der Kontrollen „Mensch-Natur“, „Mensch-Mensch“, „Ich/Selbst“; diese jeweils in der historischen und institutionslogischen Entwicklung der Kontrollen und der von ihnen abgeleiteten Institutionen; (2.) bezogen auf den Gegenstand der Medizinso-

ziologie allgemein Gesundheit (als die gewissermaßen unauffällige körperliche Verfügbarkeit), Krankheit (als das auffällige Merkmal körperlicher Verfügbarkeit) und die institutionellen Formen des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit; schließlich (3.) bezogen auf den Gegenstand der Medizinsoziologie im engeren Sinne medizinisch-wissenschaftliche Interpretationen der Sinnwelt Gesundheit – Krankheit; Medizin als Institution und Profession und schließlich medizinische Versorgungssysteme und Gesundheitspolitik.

Der harte Kern sozialer Kontrolle ist auch in den Erörterungen von *Mutz* die totale Institution. Paradigmatisch exemplifiziert *Mutz* die Dimension Zeit am Beispiel der psychosozialen Versorgung: der Soziogenese der totalen Institution im Absolutismus folgt die Institutionalisierung spezieller desintegrativer Versorgungssysteme in Form der Landeskrankenhäuser um die Jahrhundertwende und schließlich zu Beginn der 70er Jahre der Beginn der Transformation der offenkundigen Autoritäts- und Zwangstechniken in Überzeugungs- und Manipulationsverfahren z.B. durch Psycho- und/oder Soziotherapie.

Die endlose Diskussion zur Psychiatriereform erscheint damit auf einmal als ein Kampfplatz unterschiedlicher Therapieformen, die ihrerseits mit unterschiedlichen Gesellschafts- und Kontrollformen korrespondieren. Den Befürwortern der Reform stellt sich damit nicht die Frage, ob (das ist sicher), sondern nur inwieweit sie Propagatoren transformierter neuer sozialer Kontrollformen sind. Aus dem Meer der Literatur zur Psychiatrie und Psychiatriereform ist hier der von *Eisenbach-Stangl/Stangl* herausgegebene Band „Grenzen der Behandlung“ zu nennen.

In ihrer Einleitung „Ist die Zwangsjacke repressiv? Über die Widersprüche psychiatrisch-medizinischer Kontrollen“ (7-26) gelingt es den beiden Herausgebern trefflich, die Problematik der Transformation psycho-sozialer Hilfen deutlich zu machen: Von der desintegrativen Anstaltspsychiatrie über den medizinisch-pharmakologischen Käfig im Kopf hin zur sozialpolitischen und psycho-/soziotherapeutischen Vernetzung – zum integrativen „Helfen statt Strafen“ also. Aus dem Satz: „So zu tun, als gäbe es eine Gemeinschaft (...), die nach innen oder außen ohne Zwang auskäme, ist entweder ideologisches oder gedankenloses Gerede“ (13), werden sowohl die Positionen normadäquater wie kritischer Beiträge in ihrer jeweiligen Begrenztheit (Beschränktheit?) diskutiert.

Die psychosoziale Versorgung als ein Kernbereich der Kontrolle des „Ich/Selbst“ ist allerdings relativ gut erforscht, so daß neue Gegenstandsbereiche zu erschließen sind. Einer dieser neuen Gegenstandsbereiche ist die umstrittene Definitionsschwelle von Krankheit als sozialer Devianz bzw. von Gesundheit als gegebener oder wiedererreichter Anpassungsleistung. Denn in einer Diskussion um die kontrollierende und disziplinierende Wirkung jedweder – insbesondere der über die staatlichen Hilfsinstanzen vermittelten – Hilfe steckt der Gegenstandsbereich „Krankheit/Gesundheit“ das Interventionsfeld sozial erforderlicher Verfügbarkeit körperlicher (und später: mentaler, psychischer und sozialer) Leistungsfähigkeit ab, die Definition „gesund/krank“ die jeweilige Interventionsart. Obwohl es eine umfangreiche historische, soziologische, sozial- und gesundheitspolitische, philosophische und medizinisch-naturwissenschaftliche Literatur zu den Begriffen „Gesundheit“ und „Krankheit“ gibt, stellen sich diese Begriffe daher neu dar.

Wenn in *Overbecks* Buch der Anspruch erhoben wird, „ein umfassendes sozial-psychologisches Konzept zur Entstehung und angemessenen Behandlung der heutigen Zeitkrankheiten“ vorzulegen (2; Notiz zum Autor), werden also höchste Erwartungen geweckt. Den durchaus interessierten und wohlwollenden Leser beschleicht allerdings mit wachsender Seitenzahl wachsendes Unbehagen:

Der diskursiv-assoziative Stil, angemessen noch für die Einleitung, offenbart sich als Stil des ganzen Buches; exakte Fragestellung und präzise Gedankenführung werden zunehmend vermißt, und vollends verärgert ist man, wenn fundamentale Beiträge nicht zitiert, ja letztendlich ganze Literaturkreise zu klassischen Krankheitstheorien nicht genannt werden. So wird ein Thema verschenkt.

Daß dieser konzeptionslos-assoziative Denkstil nicht ein Stigma psychoanalytischer Überlegungen zum Thema ist, beweist die Forschergruppe um den jüngst verstorbenen *Klaus Horn*. Mit *Christel Beier*, *Michael Wolf*, *Doris Kraft-Krumm u.a.* befaßt sich *Horn* mit dem Krankheitsverhalten und -erleben von Arbeitern und Arbeiterinnen und dem Widerstand gegen gesundheitliche Aufklärung. Die hier vorzustellenden Bücher bestechen sofort durch ihre gesamte Anlage und die nur noch schonungslos zu bezeichnende Transparenz, in der *Horn u.a.* über ihre Arbeit und Arbeitsprobleme berichten. *Horn u.a.* legen implizit folgende Ebenen von Rationalisierung zugrunde: die Naturbeherrschung, die politisch-interaktive Verständigung/Selbstverständigung und die intrapsychische Dimension. *Horn u.a.* kommen damit zu einem ähnlichen, in drei Bereiche aufgeteilten Konzept sozialer Kontrolle über Rationalisierungs- und Disziplinierungsprozesse wie *Mutz*. Der Bezug auf die Theorietradition der Frankfurter Schule und eine sozialwissenschaftlich begriffene Psychoanalyse (*Lorenzer*) begründen den Gegenstand: Gesundheit als Konfliktfähigkeit, Krankheit als Konflikt. Gegen diese Konzeption, die Gesundheit und Krankheit als unabdingbare Bestandteile menschlichen Daseins versteht, steht die einem langen Rationalisierungsprozeß via Medikalisierung vorherrschende Funktionalisierung des Körpers als Pseudokonfliktlösungsmöglichkeit. Individueller Krankheitsgewinn und der objektivierte Fall der Organmedizin gehen nach *Horn u.a.* eine unheilvolle Koalition ein: Konfliktverdeckung für den Kranken und die rational-methodisch betriebene „Verkörperung“ von Krankheiten laufen also in dieselbe Richtung.

Die Arbeiten *Horns u.a.* bereichern unsere Kenntnisse über das Krankheitsverständnis und -verhalten von Unterschichtpatienten bzw. die Abwehr gegen gesundheitliche Aufklärung erheblich: Für jede präventiv orientierte Medizin und Intervention – so etwa für die „theoretische Leerstelle“ *Laien* (*v. Ferber*; vgl. unten) – sind die Arbeiten daher unerlässlich, zumal sie zugleich die rationalisierenden und disziplinierenden Elemente der gesundheitserzieherischen Intervention ansprechen.

Die offene Interpretation von Gesundheit führt auf zwei weitere Problembe-
reiche, nämlich die jeweils zeitbedingt gültige Interpretation von Körper, Leiblichkeit, leiblicher Verfügbarkeit und Leben schlechthin und den Prozeß der Medikalisierung eben dieser leiblichen Verfügbarkeit in westlichen Industriestaaten. Körper und Leiblichkeit lassen sich jenseits des in dem sozialstaatlichen Versorgungssystem durchschlagenden funktionalisierten Verständnisses entweder in anderen Wissenssystemen – wie etwa der Psychoanalyse – oder aber in historischen oder ethnographisch-vergleichenden Studien aufdecken. Aus der unendlichen Literatur, die bereits vor Jahren zur „Wiederkehr des Körpers“⁴⁵ aufsummiert wurde, seien zwei konträre Beispiele herausgegriffen.

Arthur E. Imhof hat unter dem Titel „Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit“ Vorträge eines internationalen Kolloquiums herausgegeben. Der Körper des Menschen als Grundlage leiblicher, seelischer und sozialer Existenz wird aus den verschiedenen Blickwinkeln in seiner historischen Transformation analysiert: Das Leben in agrarischen Gesellschaften, dessen Einschätzung aus heutiger sozialmedizinischer Sicht, verglichen mit aktuellen ethno-medizinischen Beiträgen stellen gewissermaßen die Ausgangslage der weiteren Überlegungen dar. Die soziale Interpretation des Körpers, seiner Grundbedürfnisse und deren kul-

tureller Überformung in verschiedenen Gesellschaften führen das Thema fort: Jedwede Sozialisation jedweder Gesellschaft drückt sich letztendlich auch in der Disziplinierung der Körperlichkeit aus – beim Essen, beim Sport, in der Volkskultur vs. der diese unterdrückenden bzw. durchdringenden Kultur der Eliten, in den Lebensaltern, ja über den Tod hinaus. In den westlichen Industriegesellschaften wird der Körper über einen längeren Prozeß hin schließlich medizinisch interpretiert und beeinflusst: Getrennt allerdings nach Schicht („Volk“ vs. „Obrigkeit“) und Geschlecht („Medikalisierung“ der körperkundigen Frau durch eine professionelle männliche Elitekultur). So sehr die Ergebnisse im einzelnen Zustimmung oder Widerspruch hervorrufen: das Material wird immer stringent und nachvollziehbar ausbreitet.

Die Wiederentdeckung des Körpers ist allerdings zugleich Bestandteil jener Bewegung, die sich gegen die rationalen Grundlagen und Folgen der herrschenden Interpretation von Körperlichkeit, kurzum nicht nur gegen die Auswüchse des Rationalismus, sondern die damit begründeten Formen von Wissenschaft schlechthin wendet. Die neue Literatur zum Körper steht damit gleichzeitig in der Bewegung zum „Alltag“, zur Subjektivität und zu neuen Formen des Erkennens und Wissens. Dies läßt sich – auch als Gegenbeispiel zu *Imhof* – gut aus dem von *Dietmar Kamper und Christoph Wulf* herausgegebenen Band „Der andere Körper“ verfolgen: „Der Alltag *traditionaler* und *rationaler* Lebensformen“ soll in dem Band, zugleich der erste in einer „Edition Corpus“, „in seiner ganzen Exotik und Banalität erkennbar werden“ (Rückseite des Titelblatts): von der Inter-subjektivität zur Subjektivität also – und damit von der Kritik zum Ge-/ oder Mißfallen...

Zum Prozeß einer steigenden Aufmerksamkeit körperlicher Verfügbarkeit und deren nachfolgender Medikalisierung liegen eine Reihe sozialhistorischer Monographien vor. *Ute Frevert* untersucht in „Krankheit als politisches Problem“ die Politisierung von Krankheit zwischen 1770 und 1880. *Frevert* weist die post-factum-Erklärung, das öffentlich-rechtliche Krankenversicherungssystem sei ein zwangsläufiges Derivat des Industrialisierungsprozesses und damit funktional und notwendig, als pauschalisierende Ableitung zurück (12). Daher ist die Politisierung von Krankheit (und Gesundheit) vor dem Hintergrund säkularer gesellschaftlicher Wandlungsprozesse und divergierender sozialpolitischer Interessen Thema der Arbeit.

Frevert untersucht zunächst die öffentliche Diskussion über Gesundheit und Krankheit im Kontext der spätabolutistischen Staats- und Sozialverfassung, um dann herauszuarbeiten, wie sich das allgemeine Problem Gesundheit auf die spezielle „Krankheitsbetroffenheit“ sozialer Unterschichten verengte: die Medikalisierung der Armen als Präventions- und Kontrollmechanismus. Der weitere Teil der Arbeit ist der Transformation des Armenproblems zur „Arbeiterfrage“ gewidmet: aus der Sicht staatlicher, kommunaler und unternehmerischer Kassenpolitik – von oben also – und der Veränderung von Krankheits- und Gesundheitsverhalten der Arbeiter – von unten also – wird gezeigt, wie die Arbeiterschaft durch eine leistungsorientierte Sozialpolitik integriert werden sollte.

Ute Frevert hat einen bedeutenden Beitrag zur Diskussion geleistet. Die Einzelaspekte und -erträge in allen Dimensionen aufzuzeichnen, verbietet der Raum; genannt seien die Uminterpretation von Krankheit als moralisch verwerflich – eine Folge bürgerlich-rationaler Interpretation des 18. und frühen 19. Jahrhunderts – zur körperlichen Krankheit – eine Folge bürgerlich-medikalisierten Interpretation seit Mitte des 19. Jahrhunderts. Damit wird zugleich auf einen wesentlichen Ertrag des 4. Kapitels verwiesen: Krankheit und Gesundheit sind in allen Gesellschaften deren Sinnwelten und deren unterschiedlichen Lebenswelten

jeweils angepaßte Mittel von Positionszuweisung bzw. Kontrolle. Innerhalb der Gesellenkassen herrschte ein erheblicher Anpassungsdruck über Leistungsfähigkeit und Krankheit; dieser Anpassungsdruck wurde durch die gesetzliche Krankenversicherung offenbar nur in eine neue Dimension gehoben: An die Stelle gemeinschaftlicher Sinndeutung und Kontrolle in den Krankenkassen der Gesellen trat nun die den neuen industriellen Verkehrsformen adäquate, rational begründete und von gesellschaftlich bestellten Experten (Ärzten) verwaltete Form medikalisierten Sinnwelten von Krankheit und Gesundheit, vermittelt über die gesetzliche Krankenversicherung als Bestandteil integrierender Sozialpolitik.

Noch umfassender geht *Gerd Göckenjan* an das Thema: Im Mittelpunkt von „Kurieren und Staat machen“ stehen die zeitbedingten Interpretationen von Gesundheit und die allmähliche Usurpation der Sinnwelt Gesundheit durch die Medizin. Die Geschichte der Gesundheitsvorstellungen wird zur Folie ärztlicher Professionalisierungspolitik. In alter, vorrationaler Sichtweise gehören Gesundheit und Medizin keineswegs zusammen. Die akademische Heilkunde ist nicht wirksamer als die alltägliche Heilkunde, die Sinnwelt Mensch-Natur-Welt wird von Theologen verwaltet. Doch bietet die Medizin seit dem 16. Jahrhundert Konzepte an, den Körper ähnlich den entdeckten physikalischen oder chemischen Verfahren und Maschinen kontrollierbar und steuerbar zu machen. Die Beherrschung der Natur am Menschen und die Beherrschung der Natur in der Gesellschaft konvergieren in den staatlichen Durchdringungsprozessen des Absolutismus; die Staatswissenschaft fordert die Medizin auf, über die Wohlfahrt der Bevölkerung die Macht des Staates zu vermehren – allerdings vergeblich noch: die „Medizinische Policey“ bleibt Anhängsel der Verwaltung, bleibt im wesentlichen papierner Anspruch. Erst indem die Naturwissenschaft Bezugswissenschaft auch der Medizin wird, werden Subjekt und Moral verdrängt, die Gesundheitslehre der Vorepoche ins Reich der Spekulation verwiesen: Die objektive Methode der Naturwissenschaft wird zur Wahrheit schlechthin, Gesundheit/Krankheit als Erscheinungsform des Lebens zu statistischen und physisch-chemischen Normen und Gesetzen in „Maß, Zahl und Gewicht“. Wiederum laufen die staatlichen Formierungs- und Funktionsinteressen und professionellen Interessen der Ärzte aufeinander zu: In den Krankenkassen der Industrialisierung werden die Ärzte zu den Verwaltern des gesellschaftlichen Steuerungsbedarfs und der natürlichen Abnutzungsprozesse von körperlicher Verfügbarkeit. Der gesellschaftliche Diskurs über Gesundheit erweist sich damit in seiner Transformation hin zu den objektiven Kriterien der Naturwissenschaften als die Einfallspforte der Profession Medizin schlechthin.

Eine inhaltlich und methodisch interessante Ergänzung zu *Frevert* und *Göckenjan* stellt die Arbeit *Claudia Huerkamps* „Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert“ dar: *Claudia Huerkamp* erarbeitet den vielschichtigen Wandel des Arztberufs im Verlaufe des 19. Jahrhunderts. Die Herausbildung einer einheitlich vorgebildeten Ärzteschaft, die Ausbildung neuer innerberuflicher Verkehrsformen, den Wandel des Arzt-Patienten-Verhältnisses, die Ausdifferenzierung neuer ärztlicher Berufsrollen, die Kassenarztfrage und die ärztlichen Berufsorganisationen bilden die Schwerpunkte der Gedankenführung; eine Fülle empirischen, teils in Tabellen aufbereiteten Materials verleiht der Arbeit besonderen Wert. Theoretisch schließt *Huerkamp* an die soziologische Professionalisierungsdiskussion an: Hier bezieht sie sich insbesondere auf die bekannten Arbeiten von *Freidson* und *Sarfatti-Larson*: ein nicht weiter problematisierter „Gesundheitsmarkt“ (seit wann?) und die bekannten Theoreme medizinischer Professionalisierungsdiskussion strukturieren das Forschungsfeld. *Huerkamp* schließt damit gegenüber den beiden vorgenannten Arbeiten an zwar erprobte, aber begrenzte

theoretische Fragestellungen an. Daher können die Ergebnisse nicht sonderlich überraschen: Der Professionalisierungsprozeß endet hier notwendigerweise beim approbierten Arzt als dem „alleinzuständigen Fachmann für Krankheit und Gesundheit“.

Gesundheit bzw. Krankheit erweisen sich nunmehr als die maßgeblichen Problemfelder sowohl des aktuellen Geschehens als auch der wissenschaftlichen Forschung: Die jeweilige gesellschaftsadäquate soziale Konstruktion und Funktion von Gesundheit bestimmt über die Konzeption von Körper/Leib die jeweilige Hilfsinstitution. Die Stellung der Medizin in der Industriegesellschaft ist damit an die der naturwissenschaftlich-technologischen Organisation der Produktion angepaßte naturwissenschaftlich-medizinische Interpretation des Körpers in der Reproduktion gebunden – und wird sich mit dem Wandel von Produktionsweise und Produktionsverhältnissen ebenfalls ändern. Aus dieser dynamischen Sicht heraus erscheinen aktuelle Beiträge zu Sozial-/Gesundheitsrecht und Sozial-/Gesundheitspolitik ebenfalls in einem neuen Licht.

Eberhard Jung versucht in seinem Buch „Das Recht auf Gesundheit“ eine „Grundlegung des Gesundheitsrechts der Bundesrepublik Deutschland“: Das unzusammenhängend gewachsene und zersplitterte Gesundheitsrecht soll rechtssystematisch erfaßt werden, und zwar nicht im Sinne von Deliktenschutz oder Strafrecht, sondern als „Recht auf“ im Sinne positiven Tuns bis hin zur verfassungsrechtlichen Verankerung.

Jung unterscheidet in seiner verfassungsrechtlichen Diskussion die Verpflichtung des Staates und die Verpflichtung des Individuums (249-253): Das Fehlen von Grundpflichten erweist sich nunmehr als „gewichtiger Nachteil für die Ableitung von gerade im Gesundheitsbereich immer wieder als notwendig bezeichneten Gesundheitspflichten“ (252). *Jungs* Beitrag ist ein bislang einzigartiger Versuch, das Gesundheitsrecht der Bundesrepublik Deutschland historisch und systematisch zu erfassen; *Jung* arbeitet mit einer geradezu erstaunlichen Breite von nationalem und internationalem Gesundheitsrecht bis hin zu medizinhistorischem, sozialhistorischem und sozial-/gesundheitspolitischem Schrifttum. Ein Buch also, das man immer mit Gewinn konsultiert. Gleichwohl weist es sowohl erhebliche immanente als auch aus der hier ausgebreiteten Diskussion deutlich werdende Schwachstellen auf. Die medizinhistorische Literatur, die *Jung* zu Rate zieht, ist begrenzt: *Richard Shryock* und insbesondere *Henry E. Sigrist* und viele andere fehlen – dies ist deshalb bedeutsam, weil *Sigrist* u. a. die Zeitbedingtheit der jeweiligen Deutungen von Gesundheit und Krankheit und Medizin/Arzt/Patient immer wieder herausgearbeitet haben. *Jung* übersieht folglich die Interessenbezogenheit der medizinischen Literatur: dies sowohl in den unterliegenden allgemeinen politischen Dimensionen wie bezüglich der etwa von *Göckenjan* herausgearbeiteten Eroberung der Sinnwelt Gesundheit durch die Medizin. Böse ausgedrückt: Durch den ahistorisch-unkritischen Rückgriff auf die ärztliche Literatur geht *Jung* der ärztlichen Professionalisierungspropaganda im Sinne einer Medikalisierung der Sinnwelt Gesundheit auf den Leim. Die medizinhistorischen und medizinsoziologischen Defizite, die *Jung* allerdings kaum anzulasten sind, schlagen damit auf die Relevanz seines Buches durch: Wenn *Jung* abschließend vollen Ernstes von der verfassungsgerechten Kodifizierung eines Gesundheitsrechts samt einer dem Gesundheitsrecht entsprechenden Gesundheitspflicht spricht, ist dies gewissermaßen die rechtspositive Ausformulierung der untrennbaren Kontroll- und Disziplinierungsmechanismen des *formierten* Sozialstaats, also vor dem aktuellen Transformationsprozeß zu weicheren, internalisierungsfähigen Kontrollformen.

Die Gegenwelt zur „Pflicht auf Gesundheit“ und damit zugleich ein Beispiel der aktuellen Problematik der Involution des Sozialstaates wird in dem von *Christian von Ferber* und *Bernhard Badura* herausgegebenen Buch „Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe“ offenbar. Die versammelten Beiträge ziehen eine Zwischenbilanz des BMFT-Forschungsverbundes „Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe“⁶. Berichtet wird über Gesundheitsselbsthilfegruppen, Selbsthilfe im Familienhaushalt, Gesundheitsvorsorge in der Gemeinde, patientenorientierte Intensivmedizin, Herzinfarkt- und soziale Unterstützung sowie Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz.

Zum Abschluß des Buches versucht *Christian von Ferber*, eine „Soziologie des Laien vor den Ansprüchen der Medizin“ theoretisch zu begründen (265-293). *Von Ferber* bezieht sich hier auf die *Eliassche* Zivilisationstheorie. Präsentation und Kritik des *Ferberschen* Ansatzes führen uns damit auf den Beginn dieses Beitrages und die entsprechende Konzeption von *Mutz* zurück.

Elias' Kernaussagen sind in der *von Ferberschen* Interpretation (282): der soziale Wandel vollzieht sich als Akkumulation und Konzentration von Verfügungsgewalt (Prozeß der Monopolisierung von Chancen); die Verfügungsgewalt bezieht sich auf gesellschaftliche Güter, die für spezielle Personengruppen bedeutungsvoll sind; die „Monopolisierung der Chancen“ wird als Kontrollverlust wahrgenommen und verarbeitet. *Von Ferber* weist dem Arzt in kurzer historischer Darlegung ein sozialstaatlich garantiertes Monopol „Ausübung der Heilkunde“ zu, das über das gesellschaftlich legitimierte Monopol Herrschaft ausübt. Dieses Monopol, das sich auch auf bestimmte Erwartungen seitens der Klientel gründet, weicht dort auf, wo die Medizin die via Krankheitskonzept und technischer Intervention erreichte gesellschaftliche Neutralität berührt. An diesen Zonen des Kontrollverlusts des Monopols setzen Problematisierung und Politisierung von Laien/Laienhilfe ein: Denn hier wird die Übertragung von Kontrolle an das Monopol brüchig – und Verhaltenskontrolle und soziale Herrschaft in der Arzt-Patienten-Interaktion deutlich.

Die Kritik der *Eliasschen* Soziologie steht noch in den Anfängen⁷; die Selbstinszenierungen *Elias'* und seiner Interpreten, hier insbesondere des Herausgebertriumvirats *Gleichmann*, *Goudsblom* und *Korte*⁸, haben inzwischen die Peinlichkeitsschwelle nahezu erreicht. Die von *Mutz* erarbeitete Konzeption sozialer Kontrolle und die hier diskutierte Literatur zeigen aber, daß der zivilisationstheoretische Ansatz *Elias'* auch im Sinne der von *von Ferber* aufgewiesenen Problemstellung wesentlich weiter trägt, als dies *von Ferber* gelingt. Zentralisierung und Monopolisierung von Handlungschancen und Definitionsmacht dienen im Zivilisationsprozeß dazu, die komplexen Beziehungs- und Handlungsgeflechte differenzierter Gesellschaften aufrecht zu erhalten. Die notwendigerweise verbundenen Entlastungen und Belastungen durch Definitions- und Handlungsmonopole müssen daher in einem ausgewogenen Verhältnis stehen. Ansonsten stoßen die Monopole an ihre Grenzen: sie werden kontraproduktiv und geraten damit auf kurz oder lang in Legitimationskrisen, die schließlich zum Aufweichen des Monopols führen können (z.B.: Kirche).

In der *von Ferberschen* Interpretation kann der oben aufgewiesene Prozeß der Usurpation der Sinnwelt Gesundheit durch die Medizin ebenso wenig erfaßt werden wie die Definitionsfunktion der Medizin in den Kontrollbereichen „Mensch-Mensch“ und „Ich/Selbst“ sowie ihre begrenzte Rolle im Kontrollbereich „Mensch-Natur“: hier führen *Frevert* und *Göckenjan* historisch, *Horn* problem- und handlungsorientierend weiter. In dieser Breite ist auch nur zu erfassen, inwiefern die Medikalisation der Verfügbarkeit zwischen einer Ent-

in eine Belastung umschlägt und wie die Position des „Laien“ neu zu konstituieren ist: Der aktuelle Wandel im produktiven Bereich – also im Kontrollbereich „Mensch-Natur“ – erfordert offenbar neue und andere Sinnwelten als diejenigen, die die zweite Phase der Industrialisierung begleitet haben. Insgesamt erscheint die von *Ferbersche* Konzeption sozialer Kontrolle nach *Norbert Elias* in einem undynamischen und undialektischen Macht- und Herrschaftsverhältnis: der produktive Faktor sozialer Kontrolle samt anhängender Probleme (z.B. Arbeiterschaft und Medizin) kann so nicht erfaßt werden.

Abschließend dürfte daher außer Zweifel stehen, daß *Mutz* mit seiner Konzeption sozialer Kontrolle einen erheblichen Fortschritt gegenüber der sogenannten Medizinkritik und der theoretisch wenig begründeten Kontrollkonzeptionen der Medizinsoziologie der 70er Jahre gelungen ist. Es ist nun möglich, Gesundheit/Krankheit, Medizin und Arzt sowie die jeweiligen sozial-/gesundheitspolitischen Institutionen der Medizin als eigene Gegenstandsbereiche im Entwicklungsprozeß von Gesellschaften zu begreifen und herauszuarbeiten. Zwei Elemente der *Mutzschen* Konzeption begrenzen diese Möglichkeit allerdings: Zunächst einmal bindet *Mutz* seine Konzeption ausdrücklich an die Bedingungen kapitalistischer Warenproduktion, kapitalistischen Warenaustausches und die entsprechende Warenförmigkeit sozialer Beziehungen. Damit verkürzt *Mutz* seinen eigenen Ansatz zum Kontrollbereich Mensch-Natur auf bestimmte historische Gesellschaftsformationen und suggeriert ferner die sublimen Entelechie, daß eine nicht auf Warentausch beruhende Gesellschaft keiner Kontrolle bedürfe: die Bedeutung von Krankheit in sogenannten primitiven Kulturen⁹ oder der Psychiatrie oder Gesundheitserziehung im real existierenden Sozialismus¹⁰ beweisen schon auf der Erscheinungsebene das Gegenteil. Die Formen sozialer Kontrolle sind offenbar primär mit dem aus der Produktionsweise folgenden Differenzierungsgrad (Arbeitsteilung!) verbunden und weniger mit dem politischen Gesellschaftssystem.

Ferner bleiben die Ausführungen *Mutz'* im Verlaufe seines Buches merkwürdig blaß: Zwar erlauben die vorausgehenden theoretischen Erörterungen, viele Phänomene neu zu ordnen und in ihre Entwicklungsdynamik zu stellen. *Mutz* geht aber kaum über Ergebnisse hinaus, die nicht andernorts schon genannt worden wären. Hier erlaubt das von *Mutz* vorgelegte Modell eigentlich mehr: Es stellt sich hier die Frage nach der Reichweite und Funktion der theoretischen Vorüberlegungen. Offenbar sind die interdependenten Kontrolltypen nach *Norbert Elias* metatheoretische Vorgaben: diese an einem Gegenstand durchzuexerzieren, reduziert sie auf die Funktion überprüf- und bearbeitbarer Hypothesen. Damit wird eine selbsttätige Reifikationsfalle aufgebaut, die den Ertrag notgedrungenermaßen begrenzt. In diesem methodologischen Bereich liegt daher wohl der Schlüssel zur weiteren Arbeit – sofern die entsprechende Empirie folgt.

Anmerkungen

- 1 *T. Szasz*, *The Myth of Mental Illness*, New York 1961; eine Übersicht geben *P. Conrad / J. W. Schneider*, *Deviance and Medicalization*, St. Louis 1980.
- 2 *I. K. Zola*, *Medicine as an Institution of Social Control*, in: *Sociological Review* 20 (1972), 487-504.
- 3 Eine Sammlung einschlägiger Artikel bietet *J. Ehrenreich* (Hrsg.), *The Cultural Crisis of Modern Medicine*, New York 1978.
- 4 *U. Rödel / T. Guldemann*, *Sozialpolitik als soziale Kontrolle*, in: *Starnberger Studien* 2 (1978), 11-55.
- 5 *D. Kamper / C. Wulf* (Hrsg.), *Die Wiederkehr des Körpers*, Frankfurt 1982.
- 6 Vgl. auch Bd. 1 der Reihe „Soziologie und Sozialpolitik“: *B. Badura / C. v. Ferber* (Hrsg.), *Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen*, München u.a. 1981; vgl. ferner 1986 ebenfalls in dieser Reihe erste Ergebnisse aus dem ähnlich gelagerten DFG-Schwerpunktprogramm „Gesellschaftliche Bedingungen sozialpolitischer Intervention: Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe“, hrsg. v. *F.-X. Kaufmann*.
- 7 Vgl. hierzu vorerst *H. Flap / Y. Kuiper*, *Figurationssoziologie als Forschungsprogramm*, in: *KZfSS* 33 (1981), 273-301; *H. Esser*, *Figurationssoziologie und methodologischer Individualismus*, in: *KZfSS* 36 (1984), 667-702; *ders.*, *Logik oder Metaphysik der Forschung?*, in: *ZfS* 14 (1985), 257-264.
- 8 *P. Gleichmann / J. Goudsblom / H. Korte* (Hrsg.), *Materialien zu Norbert Elias' Zivilisationstheorie*, Frankfurt 1979; *dies.*, *Macht und Zivilisation*, Frankfurt 1984.
- 9 Vgl. z.B. *E. H. Ackerknecht*, *Medicine and Ethnology*, Bern 1971.
- 10 Vgl. z.B. *W. Ludwig* (Hrsg.), *Grundriß der Gesundheitserziehung*, Berlin-Ost 1973, 14, über Gesundheitserziehung und -propaganda bei der Heranbildung sozialistischen Bewußtseins (in der 2. Aufl. 1978 geändert!).