

Hans-Ulrich Deppe

Medizinische Soziologie: Aspekte einer neuen wissenschaftlichen Disziplin*

Schon Anfang der sechziger Jahre hatte sich herausgestellt, daß die ärztliche Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland einer umfassenden Neuordnung bedurfte, da die Disparität zwischen dem ärztlichen Qualifikationsprozeß und den Erfordernissen der ärztlichen Praxis immer größer zu werden drohte. Resultat dieser Entwicklung war die Approbationsordnung für Ärzte, an welcher seit Anfang der sechziger Jahre gearbeitet wurde und die schließlich im November 1970 Rechtskraft erlangte. Nach dieser Ausbildungsordnung haben die inhaltlichen Prüfungs- und damit auch Lehrschwerpunkte in der Medizinischen Soziologie im Bereich der Rollensoziologie mit besonderer Hinwendung zum Arzt-Patient-Verhältnis, der sozialen Schichtung sowie der Entwicklung der Bevölkerungsstruktur zu liegen. Gelegentlich wird versucht, diese Merkmale auch als Definition von Medizinischer Soziologie auszugeben. Ein solches formales Vorgehen führt jedoch nicht nur zum Ausschluß wesentlicher medizinsoziologischer Problemkomplexe wie der Soziologie und Ökonomie des Gesundheitssystems oder der gesellschaftswissenschaftlichen Analyse medizinischer Institutionen, sondern suggeriert überdies, daß man eine wissenschaftliche Disziplin aus singulären Symptomen und Sozialfaktoren konstruieren könne. Auf diese Weise erhält man indessen lediglich ein „Sammelsurium“ von mehr oder weniger relevanten Erscheinungsmerkmalen, deren innerer Zusammenhang verdeckt bleibt. Deshalb muß bei der Begriffsbestimmung der Medizinischen Soziologie von einer wissenschaftlichen Ebene ausgegangen werden, von der aus allgemeinere Zusammenhänge angeschnitten und erkannt werden können, ohne daß dabei von den Besonderheiten des Gesundheitssystems abstrahiert wird. *Insofern ist die Medizinische Soziologie als die Wissenschaft zu verstehen, die gesellschaftliche Beziehungen und Vorgänge der Menschen unter spezifischen Bedingungen — nämlich denen von Gesundheitssicherung und Krankheitsbewältigung — zum Gegenstand hat.* Die Medizinische Soziologie ist also eine *spezielle Soziologie*, die bestrebt ist, die allgemeinen und besonderen Wirkungszusammenhänge, die Theorie und Empirie ihres Gegenstandsbereichs¹ sowie dessen historische Explikation zu analysieren und sie in praktisch relevante Lehr- und Lernziele umzusetzen.

Bei einer weiteren Spezifizierung der Medizinischen Soziologie zeigt sich, daß diese sich vornehmlich unter zwei Aspekten mit den gesellschaftlichen Beziehungen der Menschen beschäftigt: *Zum einen untersucht sie die gesellschaftlichen Beziehungen, die zur Verhinderung und Bewältigung von Krankheit entwickelt werden, und zum anderen befaßt sie sich mit den gesellschaftlichen Beziehungen, die zu Krankheit führen.* Völlig vonein-

ander trennen lassen sich die beiden Aspekte freilich nicht, da soziale Faktoren und Verhältnisse, die zu Krankheiten führen, in der Regel organisatorische Maßnahmen hervorrufen und umgekehrt ebenso medizinische Einrichtungen wesentlich zur Bestimmung dessen beitragen, was in der jeweiligen Gesellschaft als krank gilt. Bei dieser Trennung handelt es sich also nicht um die losgelöste Betrachtung zweier Bereiche, sondern lediglich um die Gewichtung zweier Schwerpunkte ein und derselben Sache.

Zum ersten Aspekt: *Die gesellschaftlichen Beziehungen und Vorgänge, die zur Verhinderung und Bewältigung von Krankheit entwickelt werden*, sind grob nach drei Dimensionen zu differenzieren:

1. Im Mittelpunkt des ersten Problemkomplexes stehen die Beziehungen der Patienten zu den im Gesundheitssystem tätigen Personen: den Ärzten, dem Pflege- und dem technischen Personal u. a. Gemeinhin wird diese Beziehung verkürzt als „Arzt-Patient-Verhältnis“ dargestellt. Eine Vertiefung jener Beziehungen der Patienten findet vor allem nach zwei Seiten hin statt: Von der Psychologie werden insbesondere die individuellen und unmittelbaren Beziehungen zwischen dem medizinischen Personal und den Patienten untersucht, wie Interaktionsmuster, Affekte, Ängste, Abwehrhaltungen, Übertragungen und Gegenübertragungen: von der Medizinischen Soziologie hingegen werden in diesem Bereich vornehmlich das Verhalten, wie das Krankheits- und Gesundheitsverhalten und das Bewußtsein von Kranken und Gruppen des medizinischen Personals untersucht sowie die Eigenart der Beziehungen, die daraus resultieren. Hier bestehen also enge inhaltliche Verbindungen zur Psychologie und Sozialpsychologie.

2. Die zweite Dimension bilden die in den Institutionen des Gesundheitssystems gebündelten gesellschaftlichen Beziehungen und ihre Entwicklung. Bei diesen Dienstleistungseinrichtungen interessieren die besonderen medizinischen Aufgaben, die Spezifizierung und Differenzierung der medizinischen Arbeit infolge wissenschaftlich-technologischer Neuerungen, die Formen der Kooperation, also die innere Organisationsstruktur, die Entstehung und Funktion beruflicher Rollen, die Art der Finanzierung und nicht zuletzt der Zweck der jeweiligen Einrichtung, denn erst die Reflektion des gesellschaftlichen Zwecks einer sozialen Institution eröffnet der soziologischen Analyse — auch des Verhaltens und des Bewußtseins ihrer Mitglieder — den Weg. Die bekanntesten Institutionen in diesem Bereich sind: die Praxis des niedergelassenen Arztes, das Krankenhaus, der sozialärztliche und der betriebsärztliche Dienst, aber auch die Krankenversicherungen als jene Institutionen, die für die Finanzierung medizinischer Einrichtungen notwendig sind. Charakteristisch für diese Dimensionen sind berufs- und betriebsbezogene soziologische Merkmale.

3. Die dritte und allgemeinste Dimension dieses Bereichs ist die gesellschaftliche Bedeutung des Gesundheitssystems als Teil der Infrastruktur; der volkswirtschaftliche und politische Stellenwert des Gesundheitssystems im Rahmen der gesellschaftlichen Reproduktion. Auf dieser Ebene sind die gesellschaftlichen Eigentums- und Aneignungsverhältnisse sowie die daraus resultierenden Herrschaftsstrukturen, die dominierenden gesellschaftlichen Interessen und ihre Organisierung ebenso wie staatliche Interventionsmaßnahmen, strukturelle Widersprüche im Gesundheitssystem, Probleme der „Kostenexplosion“ und Bedarfsplanung in die Analyse der sozialen Be-

ziehungen im Gesundheitssystem einzubeziehen. Sozialökonomische und politische Fragestellungen bilden hier den Rahmen zur Ermittlung medizin-soziologischer Erkenntnisse.

Zum zweiten Aspekt: *den gesellschaftlichen Beziehungen und Vorgängen, die zu Krankheit führen, zur Soziogenese von Krankheiten.*

Seit langer Zeit, insbesondere seit Bernardino Ramazzini (1633—1717) und Johann Peter Frank (1745—1821), ist bekannt, daß die Entstehung, Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten durch die Arbeits- und Lebensverhältnisse der Menschen vermittelt sind. Dabei handelt es sich im Bereich der Produktionssphäre um die Einwirkungen der mechanisch-technologischen Arbeitsbedingungen ebenso wie um die Art der gesellschaftlichen Organisation der Arbeit, also die spezifischen gesellschaftlichen Verhältnisse, unter denen produziert wird. Die Bedeutung der Lebensverhältnisse für Krankheitsentstehung und -verlauf wird vor allem am Konsumverhalten, in den Ernährungs- und Wohnverhältnissen, dem Freizeitverhalten, aber auch der spezifischen gesellschaftlichen Struktur und Bedeutung der Familie transparent. Mit diesem Gesamtbereich beschäftigte sich bisher vornehmlich die soziale Epidemiologie und die Ökologie. Während die soziale Epidemiologie vorrangig die klassen- und schichtenspezifische Verteilung von Krankheiten untersuchte, bemühte sich die Ökologie zunächst um die regionale Verteilung von Krankheiten. Eine scharfe Trennung zwischen Ökologie und Epidemiologie wird heute nicht mehr stringent durchgehalten, da die regionale Verteilung der Menschen in aller Regel Ergebnis sozialstruktureller Entwicklung ist. Die Analyse der gesellschaftlichen Beziehungen, die zur Krankheit führen, erfordert also die Berücksichtigung eines breiten Spektrums allgemeiner und spezieller soziologischer Erkenntnisse, wobei der Analyse der Sozialstruktur und ihrer Entwicklung besondere Bedeutung beizumessen ist. Die Untersuchung dieses Komplexes ist an enge wissenschaftliche Beziehungen zur Sozialmedizin, der Sozialhygiene und der Arbeitsmedizin, aber auch an alle jene klinischen Fachrichtungen gebunden, in denen epidemiologische Untersuchungen durchgeführt werden.

Diese hier unter zwei verschiedenen Aspekten entwickelten gesellschaftlichen Beziehungen in der Medizin existieren freilich nicht selbständig, unabhängig und losgelöst von anderen sozialen Beziehungen, sondern sind Ausdruck allgemeiner gesellschaftlicher Zusammenhänge, Widersprüche und Abhängigkeitsverhältnisse. Die Menschen in der Medizin — ob Patienten, Krankenschwestern oder Ärzte — handeln und denken nämlich nicht allein unter dem Einfluß der in diesem Bereich jeweils gültigen Regeln, sondern zugleich auch unter dem unmittelbaren und mittelbaren Einfluß anderer Bereiche des gesellschaftlichen, ökonomischen, politischen und kulturellen Lebens. Dabei ist zweifellos den prägenden Bedingungen der gesellschaftlich organisierten Arbeit, der Art und Weise der Produktion, eine dominierende Bedeutung beizumessen. Denn die gesellschaftlichen Einrichtungen, die Krankheit verhindern und bewältigen sollen, sind letztlich ebenso wie die gesellschaftlichen Bedingungen, die zu Krankheit führen, wesentlich von der materiellen Struktur einer Gesellschaft — der Gesamtheit der Eigentums- und Aneignungsverhältnisse, die sich von dem Entwicklungsstand der Produktivkräfte nicht abstrahieren lassen — abhängig. Verändern sich diese, so zieht dies auch eine Veränderung des menschlichen

Lebens insgesamt nach sich. Immer dann, wenn nämlich eine bestimmte Art der materiellen Produktion auftritt, entwickeln sich auch langsamer oder rascher bestimmte Formen der gesellschaftlichen Beziehungen der Menschen, bestimmte Normen und Werte, bestimmte Staatsformen und soziale Strukturen. Davon bleibt auch der gesellschaftliche Teilbereich der Gesundheitsversorgung nicht unberührt. Medizinische Soziologie, die diese gesellschaftlichen Grundsachverhalte und Entwicklungsprozesse in ihre Analyse einbezieht, ist letztlich als *materialistische Wissenschaft* zu be- greifen.

Gleichwohl lassen sich gesellschaftliche Teilbereiche nicht als bloße Widerspiegelung ökonomischer Grundstrukturen interpretieren, denn die ökonomischen Gesetzmäßigkeiten setzen sich hier in aller Regel nicht direkt und unvermittelt durch. Vielmehr werden Teilbereiche in unterschiedlichem Ausmaß von politischen, juristischen und kulturellen Einwirkungen über- formt und entwickeln demzufolge relative Eigenständigkeit. Die hier vorherrschenden Eigengesetzmäßigkeiten sind um so stärker: 1. je weiter der spezielle Bereich von der ökonomischen Basis entfernt ist, je mittelbarer er mit dieser in Berührung kommt und 2. je schärfer grundlegende gesell- schaftliche Widersprüche werden. Denn mit einer Verschärfung gesellschaf- tlicher Antagonismen können ideologische Momente zunehmend die Ober- hand über unmittelbar ökonomische gewinnen. In der soziologischen Ana- lyse spezieller gesellschaftlicher Bereiche ist daher der Diskussion um die Vermittlung zwischen Allgemeinem und Besonderem oder zwischen Teil und Ganzem große Bedeutung beizumessen. So kommt es darauf an, zu zeigen, welche Ebenen der gesellschaftlichen Wirklichkeit auf den speziel- len Bereich besonderen Einfluß haben und in welchem Zusammenhang sie seine Entwicklung bestimmen. Überdies ist zu untersuchen, in welchem Verhältnis die einen speziellen Bereich bestimmenden gesellschaftlichen Gesetzmäßigkeiten zu der Eigengesetzlichkeit des zu untersuchenden Teil- bereichs stehen, die sich aus seiner besonderen stofflichen Beschaffenheit ergibt².

Das Gesundheitswesen, jener besondere Teilbereich der Gesellschaft, dessen soziale Strukturen sich unter den spezifischen Bedingungen der Krankenversorgung und Gesundheitssicherung entwickeln, liegt außerhalb der Sphäre der Produktion und erfüllt Lebensfunktionen, die vornehmlich reproduktiven Charakter haben. Gleichwohl können sich diese reproduktiven Funktionen, die Wiederherstellung und Erhaltung von Gesundheit, nur in dem Maße erfüllen, wie die materiellen Voraussetzungen dafür mittels gesellschaftlicher Produktion geschaffen und eingesetzt werden. Dies kann jedoch nicht bedeuten, daß die Organisation, Entwicklung und Funk- tion des Gesundheitswesens lediglich ein „Abklatsch“ der ökonomischen Gesetze ist, sondern der Entwicklung des Gesundheitswesens muß vielmehr auch eine relative Eigenständigkeit konzediert werden, die sich aus der Spezifität ihres Gegenstandsbereichs und dessen historischer Explikation ergibt.

Und schließlich ist an dieser Stelle zu erwähnen, daß die Medizinische Soziologie eine historisch verfahrenende Wissenschaft ist. Denn wollen wir Gegenwärtiges analysieren, d. h. mehr über einen sozialen Sachverhalt erfahren, als dies durch oberflächliche Wahrnehmung möglich ist, so zeigt

sich, daß ein gegenwärtiger gesellschaftlicher Sachverhalt sowohl Resultat als auch Voraussetzung geschichtlicher Entwicklung ist. Geschichtliches ist in der Gegenwart stets aufgehoben — und zwar in doppeltem Sinne³. Die Medizinische Soziologie, die gegenwärtig Vorhandenes analysiert, ist deshalb auf die Einbeziehung des Prozeßcharakters oder der Dynamik der sozialen Wirklichkeit angewiesen. Deshalb wird nicht zu Unrecht auch die *Sozialgeschichte der Medizin* als relevanter Teil der Medizinischen Soziologie begriffen.

Die Medizinische Soziologie ist zur Zeit dabei, sich als *eigenständige wissenschaftliche Disziplin* an den Universitäten und medizinischen Hochschulen in der Bundesrepublik im Rahmen der ärztlichen Ausbildung zu etablieren. Um ihr wissenschaftliches Selbstverständnis formulieren zu können, muß sie zunächst darauf sehen, daß sie weder inhaltlich noch organisatorisch von anderen medizinischen Fächern überdeckt wird. Sie muß aus wissenschaftlichen Gründen — als spezielle Soziologie — trotz ihrer formalen Zuordnung zur Humanmedizin engen institutionellen Kontakt zur Soziologie behalten. Gleichwohl ist die Medizinische Soziologie von ihrem Inhalt her darauf angelegt, die Kooperation mit einer Vielzahl von medizinischen Fächern zu suchen und wirkungsvoll zu gestalten. Sie läßt sich also — wie dies gelegentlich versucht wird — weder auf den vor-klinischen Teil der Sozialmedizin reduzieren noch zu einem Appendix eines anderen medizinischen Stoffgebietes machen, sondern *die Medizinische Soziologie bildet den Kern des gesellschaftswissenschaftlichen Teils der Medizin*.

Anmerkungen

* Geringfügig überarbeitetes Kurzreferat, gehalten auf der Gesamtkonferenz der „Ständigen Konferenz der Hochschullehrer für Psychosomatik/Psychotherapie, medizinische Psychologie und medizinische Soziologie (HPPS)“ am 24. Oktober 1975 in Frankfurt am Main. Ersterscheinung des Originaltextes in: *Medizinsoziologische Mitteilungen, Berufspolitische und wissenschaftliche Informationen der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie in der BRD e.V.*, Heft 3 (1975), S. 1—5.

1 Dieser darf nicht mit dem Krankheitsbegriff verwechselt werden, da die Bestimmung von Krankheit als Kern einer Theorie der Medizin — und nicht der Medizinischen Soziologie — zu begreifen ist.

2 Vgl. hierzu auch: J. Breddemann, Protokoll einer wissenschaftlichen Strategiediskussion der Abteilung Medizinische Soziologie im Fachbereich Humanmedizin der Universität Frankfurt, unveröffentlichtes, hektografiertes Manuskript, September 1975.

3 In doppeltem Sinne meint hier: Geschichtliches ist sowohl in gegenwärtigen Strukturen und Verhaltensweisen aufbewahrt und enthalten als auch zugleich negiert und aufgelöst.