Erschienen in: Soziale Systeme, 11 (2), S. 236-270.

Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften – Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung

Werner Vogd

Zusammenfassung: In diesem Beitrag wird es darum gehen, die Luhmannsche Theorie der funktionalen Differenzierung auf das Gesundheitssystem anzuwenden. Hierbei wird zwischen Medizin, medizinischer Wissenschaft, medizinischen Organisationen auf der einen und den so genannten Gesundheitswissenschaft und der Gesundheitspolitik auf der anderen Seite zu unterscheiden sein. Indem diese unterschiedlichen Kontexturen miteinander in Beziehung gesetzt werden, ergibt sich ein erweiterter Blick auf die gesundheitspolitischen Diskurse der vergangenen Jahrzehnte. Das Verhältnis von Wissenschaft und klinischer Praxis, die Frage der ärztlichen Profession, der Arzt-Patient-Beziehung sowie die von den Gesundheitswissenschaften vertretene Idee der Prävention und Salutogenese erscheinen nun im Lichte der Spannung unterschiedlicher gesellschaftlicher Funktionsbezüge. Teile des gesundheitswissenschaftlichen Diskurses erscheinen nun als eine an die Politik angekoppelte Einheitssemantik, welche einen Zentralwert proklamiert, der sich jedoch im Sinne der Differenzstruktur der modernen Gesellschaft weder in der Medizin, noch in der Wissenschaft als Funktionsbezug wieder findet.

The medical system and the health sciences – A reconstruction of a difficult relationship

The following essay applies Niklas Luhmann's theory of functional differentiation to the health system. To do this we need to distinguish between medicine, medical science and medical organizations on the one hand and the science of public health and health policy on the other. If we relate these different contextures to each other we will obtain an extended view of the health policy discourses of the past decades. The relationship between science and clinical practice, the role of the medical profession, the patient-physician-relationship and the idea of prevention and salutogenesis then appear in the light of the tensions between different systems with their differing social functions. From this perspective the discourse of the protagonists of public health appears to have single semantics that is linked to politics and proclaims a central value, which – in the sense of the functional differentiation of the modern society – neither reflects the logic of medicine nor that of the system of science.

Bislang steht das Projekt einer systematischen gesellschaftstheoretischen Reflexion des Medizinsystems, die dann Sinnform, Codierung, Funktion, seine Organisationen, wie auch seine Evolution und (fehlende) Selbstbeschreibung expliziert, noch aus. Niklas Luhmann hat sich nur in einigen wenigen Aufsätzen ausführlicher zum Medizinsystem geäußert (Luhmann 1983a; Luhmann 1983b; Luhmann 1990). Die „Medizin der Gesellschaft" ist bekanntlich nicht geschrieben und das hat Gründe: Die empirische Basis der Luhmannschen Gesellschaftstheorie liegt in den Selbstbeschreibungen der gesellschaftlichen Funktionssysteme. Die Medizin verfügt jedoch im Gegensatz zum Recht und der Wissenschaft über keine eigene Reflexionstheorie, da sie in ihrem Funktionsvollzug an der negativen Seite ihres Codes, an der Krankheit, anschließt, und die Krankenbehandlung steht angesichts von Schmerzen und existenzieller Bedrohung in der Regel außer Frage (vgl. Luhmann 1983b, 172ff.).

Nun könnte man diesbezüglich nach der Rolle der seit den 1980er Jahren institutionalisierten Gesundheitswissenschaften fragen. Auch bestehen in der Bundesrepublik – vielfach an den medizinischen Fakultäten angesiedelt – eine Reihe von Lehrstühlen unter dem Label „Gesundheitssystemforschung". Das,

was dort praktiziert wird, gelangt jedoch selten über gesundheitsökonomische Modellbildung hinaus. Auch in der innermedizinischen Soziologie[1] stehen eher „praktische“ Forschungsprojekte im Vordergrund. Die Patientenzufriedenheit wird erforscht und bestimmte klinische Settings werden evaluiert. Vieles, was hier geschieht, lässt sich mittlerweile unter dem Label Versorgungsforschung subsummieren.

Unabhängig von ihrer fehlenden theoretischen Reflexion haben die Gesundheitswissenschaften mittlerweile jedoch einen festen Platz im gesundheitspolitischen und öffentlichen Diskurs eingenommen. Sie definieren und besetzen bestimmte Themenkomplexe, insbesondere die Arzt-Patienten-Beziehung, die Frage der Professionalisierung der Gesundheitsberufe, die Prävention. Zudem vertreten sie zunehmend den Anspruch, mitbestimmen zu können, wie das System der „Gesundheitsversorgung“ auf rationale Weise reformiert werden könne.

Auch vor diesem Hintergrund erscheint es lohnenswert, die aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Diskurse unter dem Blickwinkel der Luhmannschen Kategorien zu betrachten, also zu schauen, welche Leitunterscheidungen hier getroffen werden, um dann ggf. auch die Reflexionsschwäche der Gesundheitswissenschaften aus ihrer spezifischen Geschichte heraus verstehen zu können. Möglicherweise zeigt sich hier dann gar eine spezifische Verwicklung von Politik und Wissenschaft, welche – so der im Verlauf dieser Studie nachzugehenden These – die Gesundheitswissenschaften unter Umständen besonders anfällig für eine bestimmte Einheitssemantik werden lässt.

Im Folgenden sind zunächst einige Besonderheiten des Medizinsystems aus Luhmannscher Perspektive kurz zu rekapitulieren, um dann später die angedeutete Fragestellung schärfer formulieren zu können *(I)*. Im Anschluss daran sind die dominanten Themen der gesundheitswissenschaftlichen Diskurse zu reflektieren: das Verhältnis von Wissenschaft und klinischer Praxis *(II)*, die Diskussion um die ärztliche Profession *(III)*, die Arzt-Patienten-Beziehung und nicht zuletzt der von den Gesundheitswissenschaften propagierte Salutogenesegedanke *(IV)*. Nachdem hiermit zumindest skizzenhaft eine systemtheoretische Reformulierung der gesundheitswissenschaftlichen Leitthemen geleistet ist, kann abschließend das problematische Verhältnis von soziologischer Systemtheorie und Gesundheitswissenschaften neu diskutiert werden *(V)*.

I. Das medizinische System

Nur im Medizinsystem können Kranke behandelt werden. Weder die Rechtssprechung, noch die Zahlung von Geld kann heilen. Da sich ein Funktionssystem – wie jedes System – nur an seinen eigenen systemspezifischen Operationen orientieren kann, muss es einen spezifischen Umweltbezug gestalten, der es ihm erlaubt, die Dinge unter seinem spezifischen Funktionsbezug zu assimilieren, um sie so zum Aufbau eigener Strukturen zu nutzen. So kann ein kranker Mensch im Medizinsystem zum Patienten werden, an den sich Diagnose und Therapiebemühungen anschließen lassen. Im Wirtschaftssystem hingegen wird er zum Schadensfall, der Versicherungen zu Zahlungen veranlasst, im Rechtssystem wird er möglicherweise zu einem Fall, bei dem zu prüfen ist, ob alles entsprechend den Gesetzen gelaufen ist. Um ihre jeweilige Zuständigkeit erkennen zu können, benötigen Funktionssysteme ein einfaches Selektionsmerkmal, das quer zu System und Umwelt liegt und ein Unterscheidungskriterium dafür bietet, ob die eigenen Operationen und Programme angeschlossen werden können oder nicht. Möglich wird dies erst durch generalisierte Kommunikationscodes, die in Form einer *binären Codierung* arbeiten. Die Unterscheidung zwischen wahr und unwahr, Recht und Unrecht, Eigentum haben und Eigentum nicht haben gestaltet jeweils eine spezifische Anschlussoperation für jeweils ein Funktionssystem. Das Medizinsystem operiert mit der Leitunterscheidung *krank/gesund*. Ein System knüpft sein Handeln an der positiven Seite der Unterscheidung an – an den so genannten Designationswert –, während der andere Wert, der Reflexionswert, zur (kritischen) Betrachtung

[1] Hier sind die an den medizinischen Fakultäten angesiedelten medizinsoziologischen Institute gemeint.

der eigenen Operationen genutzt werden kann. Während für die meisten Funktionssysteme der positive Wert mit dem gesellschaftlich positiv bewerteten Wert übereinstimmt – die Wissenschaft orientiert sich an Hypothesen, die Wahrheit zu versprechen scheinen, in den Rechtswissenschaften wird das Recht und nicht das Unrecht ausdifferenziert –, orientiert sich die Medizin an dem gesellschaftlich negativ bewerteten Wert. Nur die Krankheit ist anschlussfähig. Krankheiten werden gesucht, während die Gesundheit hier den Reflexionswert für das Nicht-Vorhandene und Noch-zu-Erreichende darstellt.

Die im medizinischen Code angelegte Asymmetrie führt zu dem seitens der Gesundheitswissenschaften bisher wenig beachteten Befund, dass die Behandlung von Kranken und nicht die Behandlung von Gesunden zur Systembildung führt.

Erst in der Krankenbehandlung wird das Medizinsystem zum autonomen System. Hier kann es seine eigenen diagnostischen und therapeutischen Programme anschließen und das, was medizinischer Sachverstand ist, kann keine äußere Instanz in Frage stellen. Neue Krankheiten können entdeckt und die alten Krankheiten können immer genauer diagnostiziert und geheilt werden. Die Entwicklung des medizinischen Fortschrittes findet innerhalb der modernen Medizin keine Grenzen, denn prinzipiell gibt es weder *medizinische* Gründe noch mehr für den Kranken zu tun, noch eignen sich etwa ökonomische oder moralische Maßstäbe, um den Sinn einer therapeutischen Maßnahme *medizinisch* beurteilen zu können. Luhmanns differenztheoretischen Überlegungen entsprechend besteht auch in der Medizin keine gesamtgesellschaftliche Rationalität. Prinzipiell lassen sich die Diagnosemöglichkeiten unbegrenzt ausdehnen, dabei neue Krankheiten „erfinden“ und entsprechende Behandlungsroutinen anschließen.[2] Das Medizinsystem ist – wie jedes andere Funktionssystem – aus sich heraus im Sinne seiner eigenen Leitunterscheidung und ohne Rücksicht auf Verluste auf unbegrenztes Wachstum ausgerichtet. Grenzen können hier nur von außen, insbesondere durch Ressourcenentzug gesetzt werden.[3]

Als System orientiert sich die Medizin natürlich am Funktionsvollzug und nicht an ihren Grenzen. »Hohe Unsicherheiten in Diagnose und Krankheit« mögen zwar vorhanden sein und »werden zugestanden«, spielen aber in der Praxis der Krankenbehandlung keine Rolle, »denn die Ärzte orientieren sich natürlich nicht an ihrer Unsicherheit, sondern an dem, was sie sehen und wissen« (Luhmann 1990, 183). Krankenbehandlung kann leicht – viele Patienten müssen dies erfahren – zum Ziel ihrer selbst werden. Die Tatsache, dass der Erfolg ärztlichen Handelns in vielen Fällen kaum zu garantieren ist und die Gesundung – falls dann eingetreten – immer auch auf unspezifischen anderen Effekten beruhen kann, entlässt die Ärzte nicht von der Aufgabe, auch angesichts einer (epistemisch) unsicheren Wissensbasis im konkreten Fall ihren Patienten etwas anzubieten. In diesem Sinne darf die Medizin hier keinesfalls als Unterabteilung des Wissenschaftssystems verstanden werden. Als eigenständiger Funktionsbezug gelten hier gerade nicht die strengen Wahrheitskriterien, etwa im Sinne einer epidemologisch nachgewiesenen Wirksamkeit, sondern zunächst das Primat, im Angesicht von Krankheit Diagnose und Therapie anbieten zu können.

In der Besonderheit der medizinischen Codierung sieht Luhmann auch den Grund warum, »die Medizin keine auf ihre Funktion bezogene Reflexionstheorie ausgebildet hat – verglichen mit dem, was die Theologie der Religion oder die Erkenntnistheorie der Wissenschaften zu bieten hat« (Luhmann 1990, 187). Das Handeln ziele im medizinischen Funktionssystem auf den nicht zu hinterfragenden Reflexionswert Gesundheit ab. Allenfalls komme es zur Darstellung einer professionellen Ethik, »die sich angesichts technischer Fortschritte vor immer neue Probleme gestellt« sehe (Luhmann 1990, 187). Medizin wird hierdurch relativ immun gegenüber Selbstkritik an ihren eigenen Funktionen, die durch die Leitunterscheidung krank/gesund aufgespannt werden. Ob die Unterscheidung zwischen krank und gesund

[2] Man denke hier beispielsweise an die „Cholesterinlegende“, die Hormonersatztherapie, etc. (vgl. Blech 2003).
[3] Vgl. in diesem Zusammenhang Luhmanns Bild vom Flug der Hummel, der nur durch Erschöpfung zu bremsen ist (Luhmann 1983a).

selbst noch gesund sei,[4] verbietet sich angesichts der existenziellen Lagen der anvertrauten Klienten. Üblicherweise entfaltet die Medizin ihre Paradoxien dadurch, dass sie ihre Probleme durch mehr Medizin bzw. durch eine noch bessere Medizin in den Griff zu kriegen versucht. Sowohl für die Medizin als auch für die Politik, welche die Probleme der Medizin im Wesentlichen für Steuerungs- oder Finanzierungsprobleme hält, ist dies eine befremdliche Perspektive. Für die Medizin selbst dürften solche Überlegungen keine Rolle spielen, denn warum und wozu sollte sie auf solche Dekonstruktionsversuche von außen reagieren.[5]

An dieser Stelle ist hier darauf hinzuweisen, dass zwischen Gesellschaft, gesellschaftlichen Funktionssystemen, Organisationen und Interaktionssytemen „inkongruente" Perspektiven bestehen. Organisationen wie das Krankenhaus koppeln sich zwar als Leistungserbringer an das medizinische System an, folgen jedoch einem anderen Modus der systemischen Reproduktion – sie reproduzieren sich durch Entscheidungskommunikation (Luhmann 2000a). Das Diagnose-Therapie-Schema erscheint dabei als grundlegendes *Entscheidungsprogramm*, aufgrund dessen eine medizinische Organisation ihr Handeln respezifizieren kann. Luhmann unterscheidet zwischen *input*orientierten Programmen, den Konditionalprogrammen, welche jeweils die Bedingungen benennen, auf die entsprechende Konsequenzen folgen sollen, und den *output*orientierten Programmen, den Zweckprogrammen, die über festgelegte Zweck-Mittel-Relationen bestimmte Projekte verfolgen (Luhmann 2000a, 261f.). Mittels dieser Entscheidungsprogramme gelingt es Organisationen, die Komplexität ihres Handelns erheblich zu reduzieren. Die Zweckorientierung lässt die Nebenfolgen des Handelns in den Hintergrund treten, man braucht sie nicht mehr zu thematisieren. Umgekehrt: wenn man entschieden hat, seine Operationen problemorientiert anzuschließen, dann muss man sich nicht allzu viel mit den Ergebnissen herumschlagen.

Für medizinische Organisationen, die an der negativen Seite des medizinischen Codes ansetzen und aufgrund allerlei Unwägbarkeiten gerade auch angesichts unheilbarer Krankheiten permanent mit den Misserfolgen ihres therapeutischen Handelns konfrontiert sind, bewährt es sich, Konditionalprogramme zu verwenden, das heißt, die internen Evaluationskriterien für eine erfolgreiche Arbeit nicht an den Therapieausgang, sondern an die Diagnoseroutinen und Therapievollzüge zu koppeln. Ob beispielsweise die in Betracht gezogene Chemotherapie wirklich heilt oder zumindest einen Gewinn an Lebensqualität und Lebenslänge verspricht, erscheint für den operativen Vollzug des Krankenhauses nur von sekundärem Interesse. Wichtiger erscheint für die Ärzte, dass man überhaupt eine Therapie für das Problem der Krankheit anbieten kann.[6] Da in der Realität medizinischer Organisationen auch das offensichtliche Scheitern verarbeitet werden will und entsprechend im Behandlungsteam durchaus mit Zweifeln an dem Sinn der Arbeit zu rechnen ist, ist zu erwarten, dass sich spezielle Formen, etwa als typische professionelle Erklärungsmuster, entwickeln, um den Sinn und die Bedeutung des eigenen Handelns kommunikativ immer wieder herzustellen. In informellen und formellen Interaktionen mögen dann – wie in der Praxis oft zu beobachten – Zweifel an dem Sinn der eigenen Arbeit geäußert werden. Eine medizinische Organisationen wird dies ihrerseits in Rechnung stellen und entsprechende Supplemente und Hilfsangebote zur Verfügung stellen, um die organisationsüblichen Entscheidungsprogramme zu legitimieren, bzw. neuen Sinn zu inszenieren.[7] „Supervision",

---

[4] Dass solche Fragen nicht nur ein intellektuelles Spiel darstellen, zeigt schon Ivan Illich (1995) mit seinem Vorwurf an das Gesundheitssystem auf, massenhaft „iatrogene" (durch den Arzt verursachte) Erkrankungen zu produzieren. Die außermedizinische Bewegung der *evidence based medicine* und die Immunität der Ärzte gegenüber ihrem Anliegen weisen in eine ähnliche Richtung.

[5] In der Systemtheorie finden sich auch abgemilderte, weniger radikale Positionen: Renate Mayntz geht etwa anlehnend an Parsons noch von einem gesellschaftlichen Gesamtsinn der funktionellen Teilsysteme im Sinne einer sinnhaften Spezialisierung aus (Mayntz 1988, 17) – hier erscheinen dann die Folgeprobleme des Medizinsystems eher als »Entfremdung auf der Mikroebene«, als »Probleme der Regulation ungleicher Teile« und als »Gefährdung der Integration des Gesamtsystems«, also als Steuerungsprobleme, die durch kluge Interventionen mehr oder weniger gut in den Griff zu bekommen sind.

[6] Die vielfach unter Anfängern zu hörende Selbstironisierung „Operation erfolgreich, Patient tot" pointiert den programmatischen Handlungsbezug. Das Konditionalprogramm legt fest, was zu tun ist bzw. auch in Zukunft wieder zu tun sein wird und wo man besser nicht so genau hinschauen sollte.

[7] Vgl. hierzu ausführlich und mit empirischen Beispielen Vogd (2004b, 253ff.).

„Abteilungsbesprechungen“, „Balint Gruppen“ etc. haben unter dieser funktionalen Perspektive einen anderen Sinn als in der üblichen Selbstbeschreibung.

II. Wissenschaft und klinische Praxis

Schon die preußische Prüfungsordnung von 1825 bestimmte den Arztberuf als zugleich wissenschaftlich wie auch praxisorientiert und entsprach damit in seinen Grundzügen dem Modell des professionellen Experten. Die zentrale Funktionsrolle des Arztes ist dabei, wie Mayntz bemerkt, »nicht ausschließlich durch Spezialisierung, sondern auch durch Entstratifizierung und funktionelle Integration gebildet worden« (Mayntz 1988, 123). Das ärztliche Behandlungsmonopol wurde 1852 im »ärztlichen Einheitsstand« zum ersten Mal verankert und schließlich 1939 mit der Verabschiedung des Heilpraktikergesetzes erneut gesichert. Kurz nach der Jahrhundertwende betrieben 17,5% der Ärzte eine Spezialpraxis. Bis heute scheint jedoch die anhaltende Spezialisierung in medizinische Subdisziplinen und Spezialeinrichtungen trotz immer wiederkehrendem Ruf nach Stärkung der Allgemeinmedizin ungebrochen. 1952 lag die Zahl der Krankenhausärzte mit rund 28.000 noch weit unter den 42.000 niedergelassenen Ärzten. Ab den 70er Jahren kehrte sich das Bild jedoch um, wenngleich die Gesamtzahl der Ärzte um ein Vielfaches zunahm. Von den 291.171 im Jahre 1999 berufstätigen Ärzten waren ‚nur’ noch 118.171 niedergelassen tätig.[8]

Die moderne Medizin und die Entwicklung ihrer Wissensbasis entstand dabei im Krankenhaus. In diesem institutionellen Rahmen wurde die Distanzierung vom Patienten erst möglich, ebenso die Inklusion von Forschung in die Medizin (Stichweh 1987, 263). Die Beziehung zwischen Wissenschaft und Medizin ist jedoch keinesfalls trivial. Dies wird schon an der Aufspaltung in eine »akademisch-szientifische Elite« und eine »praktizierende Elite« bzw. an einer nochmaligen internen Aufspaltung der medizinischen ‚Gesamtprofession’ in Professionen und Disziplinen deutlich (Stichweh 1987, 218). Die ‚Experten’ der akademischen Disziplinen erzeugen Wissen »eines relativ esotherischen Typs«, da sie ihre Wissensbasis unter kontrollierten (Labor-)Bedingungen generieren. Es hat zwar oft »wissenschaftlichen Status«, ist jedoch »dennoch in entscheidender Sicht insuffizient«, denn: »der Tendenz nach gibt es eine *Überkomplexität der Situation im Verhältnis zum verfügbaren Wissen*, eine Relation, die es ausschließt, das Handeln des Professionellen als problemlose Applikation vorhandenen Wissens mit erwartbarem und daher leicht evaluierbarem Ausgang zu verstehen« (Stichweh 1987, 228).

Handlungspraktisch muss die Unsicherheit und das Nichtwissen mitbehandelt werden, denn die Ärzte können sich nur an dem orientieren »was sie sehen und wissen«, nicht an dem, was sie nicht wissen. Hieraus ergeben sich als Konsequenz für die professionelle Ideologie die »Ausdifferenzierung der Klientenorientierung« unter dem »Primat des Handlungsbezuges« (Stichweh 1987, 230). Medizin muss im Sinne seines funktionsspezifischen Leistungsvollzugs gegenüber dem ihm verpflichteten Patienten handeln, kann sich jedoch in Bezug auf die Begründung für sein Handeln nur mittelbar auf die kollektiv geteilte wissenschaftliche Basis berufen. „Autonomes individuelles Handeln“ und „universalistischer Anspruch einer wissenschaftlichen Disziplin“ bilden nun ein weiteres Spannungsfeld, das seinerseits nach Entspannungsmaßnahmen verlangt, sei es durch eine Professionsethik (Stichweh 1987, 237f.), Schaffung von Orten professioneller Reinheit (Stichweh 1987, 236) oder auch durch Selbstimmunisierung berufsständiger Organisationen. Professionslogisch gesehen muss die Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis unscharf bleiben, und diese Diffusität gestaltet gleichzeitig Autonomie gegenüber dem Zugriff anderer Funktionssysteme. Das Recht scheitert beispielsweise dann am mangelnden Verständnis medizinischen Wissens. Kostengründe lassen sich nicht gegen Heilungschancen aufrechnen, und die Politik ist selber auf die Expertise ausgewiesener Mediziner angewiesen, um entscheiden zu können.

[8] Statistisches Bundesamt, Personal im Gesundheitswesen, 2001 (http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.php).

Nichts desto trotz zeigt sich in den letzten Jahrzehnten ein deutlicher Wandel im Hinblick auf die Semantiken, wie der Unschärfebereich zwischen klinischer Wissenschaft und Praxis bearbeitet wird. Zum einen spielt hier Globalisierung der Medizin und damit der Anspruch an Standardisierung der klinischen Prozeduren und der damit verbundenen Wissensproduktion eine Rolle. Zum anderen wird die Medizin zunehmend mit der Einsicht der reflexiven Moderne konfroniert, dass erhöhtes Wissen zugleich vermehrtes Nichtwissen bedeuten kann. Mit der hiermit verbundenen Frage der Hyperkomplexität des Wissens stellt sich für die Medizin nun auch die Frage der Organisation bzw. metatheoretischen Reflexion ihrer Wissensbasis.

Die hiermit verbundenen semantischen Verschiebungen führen schließlich wiederum zu einem Wandel im professionellen Selbstverständnis der Ärzteschaft. Diese Entwicklung hat Berg (1995) diskursanalytisch am Beispiel der Editorials der beiden großen amerikanischen Medizinjournale *Journal of the American Medical Association* und *New England Journal of Medicine* nachgezeichnet: In den 50er Jahren erschien Medizin noch als eine Kunstlehre, die sich zwar auf wissenschaftlichen Erkenntnissen begründe, sich jedoch keinesfalls unter diese subsumieren lasse, da sonst die ärztliche Kunst verloren ginge. Im (noch) ungetrübten medizinischen Selbstbewusstsein liege das einzige Problem darin, dass es zu wenige Ärzte gebe und deswegen kaum eine angemessene Versorgung sicherzustellen sei. Die Qualität der medizinischen Leistung selber erscheine fraglos, negative Effekte bestünden bestenfalls in den sozio-ökonomischen Folgeproblemen, die sich daraus ergeben, dass die Menschen nun so alt würden (Berg 1995, 443). Im Lichte des Stalinismus und der Nazi-Wissenschaft erschien das Bild des freien und autonomen Arztes leuchtend und kraftvoll (Berg 1995, 444).

Zu Beginn der 60er Jahre erschien nun das »Tower of Babel«-Problem«: Mediziner sprechen in unterschiedlichen Kulturen und Sprachen. Die Bildung einer einheitlichen Nomenklatur wird zum Leitprogramm (Berg 1995, 447). Anfang der 70er Jahre wird die „wissenschaftliche“ Vereinheitlichung der ärztlichen Praxis zum Diskursthema. Der Patient solle nun nicht mehr mittels (individueller) Kunst und Eleganz behandelt werden, sondern jeder Fall solle nun gleichsam zu einem Gegenstand eines medizinischen Experimentes werden. Invarianzen seien auszuschalten und auch Kommunikation sei hier eher schädlich, wenngleich diese als ergänzender Aspekt der Arzt-Patient-Beziehung am Rande als unwissenschaftlicher, aber dennoch notwendiger Rest bestehen bleiben müsse. Trotz der Befürchtungen, dass diese Bemühungen auch die professionelle Souveränität der Ärzte einschränken könnten (Berg 1995, 451), blieb die Gleichsetzung von wissenschaftlicher Praxis und ärztlichem Handeln ein attraktives Motiv, das zunächst gut mit der Vorstellung eines potenten und autonomen Arztes harmonieren konnte. Mediziner, als Verkörperung der intelligenten Eliten, würden in ihrem Denken den hypothetisch-deduktiven Prozess wissenschaftlichen Arbeitens quasi automatisch nachvollziehen.

Der kognitivistische Diskurs wissenschaftlicher Praxis zeigte sich jedoch für die Ärzteschaft als ein trojanisches Pferd. Ärztliche Autonomie wurde nun in den 80er Jahren zu unwissenschaftlichem Wildwuchs umgedeutet, denn kognitionspsychologische Untersuchungen zeigten auf, dass Ärzte keinesfalls entsprechend der allgemein akzeptierten Standards „idealer“ Rechenoperationen handeln und entscheiden. Im selbstkritischen Diskurs erschien nun der Arzt – nicht jedoch die Medizin als das Problematische (Berg 1995, 460). In der Selbstbeschreibung des medizinischen Systems konnten nun die Probleme des modernen Gesundheitswesens einschließlich der immensen Kostenentwicklung im Sinne kognitiver Fehlleistungen einzelner Ärzte umgedeutet werden.

Während ärztliche Fehlleistungen in der Nachkriegszeit oft den schlechten Umständen zugerechnet wurden, unter denen die Ärzte zu arbeiten gezwungen waren, schien sich nun die »“pathology“ in the physicians decision making« (Berg 1995, 465) als die Ursache der Misere darzustellen. Die komplexen sozialen und systemischen Bezüge ärztlicher Praxis und medizinischer Institutionen wurden nun in kognitivistischer Manier und in individualistischer Zurechnung zugunsten eines scheinbar bestechenden Erklärungsmodells

getilgt: dem Mangel an wissenschaftlicher Rationalität. „Evaluation“, „Qualitätssicherung und –management“ erschienen nun als zeitgemäße Lösung des Problems, als neues Heilmittel für das angeschlagene Selbstbewusstseins der Medizin.

Im letzten Jahrzehnt verdichtete sich die Kritik in einer mittlerweile internationalen Bewegung der Medizinmodernisierung, die unter dem programmatischen Titel *evidence based medicine* (*EBM*) den Anspruch vertritt, klinische Praxis auf die jeweils beste “externe Evidenz“ aus kontrollierten wissenschaftlichen Studien zu gründen (vgl. Raspe 1996; Sackett, et al. 1997). *EBM* möchte dabei aktiv den Prozess der ärztlichen Professionalisierung in Richtung zunehmender wissenschaftlicher Rationalität verändern. Dies soll unter anderem über veränderte Formen der Arbeitsorganisation (etwa EDV-gestützte Formen des Informationsmanagements), die ärztliche Weiterbildung (insbesondere in Methoden der klinischen Epidemiologie), über die Entwicklung so genannter Evidenz-basierter Leitlinien und nicht zuletzt über diesbezügliche Eingriffe in die Finanzierung von Gesundheitsleistungen geschehen. Die Organisation des medizinischen Wissens obliegt nun endgültig nicht mehr der Person des allwissenden Arztes, sondern wird zu einem individuelle Kompetenzen überschreitenden Procedere, das nur in und durch spezielle hierfür legitimierte Organisationen vollzogen werden kann.

Auf dem Boden der so genannten “Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ in Verbindung mit dem statistischen Befund, dass die im internationalen Vergleich hohen Gesundheitsausgaben im Hinblick auf die Gesamtpopulation keinesfalls den erwarteten Gesundheitseffekten entsprechen zu scheinen, konnte die Bewegung der *EBM* in den Gesundheitswesen der Industrieländer eine bis heute ungebrochene Resonanz finden. *EBM* hat den großen Anspruch, sowohl die Klinik als auch die Gesundheitspolitik mit bester »*evidence*« aus klinischer und epidemiologischer Forschung zu versorgen und hierfür überzeugende und einfach handzuhabende Hilfsmittel zur Verfügung stellen zu können. Das letztlich Ausschlag gebende inhaltliche Kriterium für die »*evidence*« einer therapeutischen Intervention ist nicht ihre theoretische Plausibilität, auch nicht ihr praktischer Erfolg, sondern die biostatistische Überprüfung gegenüber unspezifischen Wirkungen (in der Regel dem Placeboeffekt).

Hiermit formuliert die *EBM* nicht nur einen kritischen Widerspruch gegen das Konzept der ärztlichen Intuition, sondern hinterfragt auch den klinischen Nutzen physikalischer, biologischer und chemischer Kausalitätsmodelle, denn letztlich sei ja nicht von Bedeutung, ob ein Medikament aufgrund seiner biochemischen Eigenschaften wirken könne, sondern allein, ob sich seine gesundheitsfördernde Wirkung auch zeige. Nicht mehr allein die *Wirkung* einer Intervention zählt, etwa in der „Verbesserung“ einzelner Laborparameter messbar, sondern der klinische Erfolg, ausgedrückt in den Maßzahlen Lebensqualität und Lebenslänge. Diese Zielkriterien sind dann idealerweise durch den “Goldstandard“ einer randomisierten multizentrischen Therapiestudie zu bestimmen, denn nur hier wäre der Nachweis zu erbringen, dass die Therapieerfolge nicht durch zufällige Verzerrungen (“*biases*“) oder durch irgendwelche Mitursachen (“*confounding*“) hervorgebracht worden sind. Da natürlich nicht alle medizinischen Fragen mittels eines optimalen wissenschaftlichen Studiendesigns beantwortet sind und sich Studienergebnisse gar widersprechen können, sollte zumindest die »*best evidence*« ermittelt werden.

Im Idealfall geschieht dies mittels einer systematischen Metaanalyse, aus der – entsprechend der bestehenden Datenlage, die natürlich auch Studien minderer Qualität einschließt – die therapeutischen Erfolgsaussichten als Kontrapunkt zur Logik der Erfahrungsheilkunde abgeschätzt werden (Sackett/Rosenberg/Gray/Haynes/Richardson 1997). In diesem Sinne möchte *EBM* auch hinsichtlich der Vielzahl von Therapieformen, für die noch keine Ergebnisse aus optimal durchgeführten Studien bekannt sind, handlungsleitend sein. Die Organisation medizinischen Wissens wird dabei zu einem tragenden Pfeiler der *EBM*, denn ihre Methode steht und fällt damit, eine klinische Frage so formulieren zu können, dass

schnell und überzeugend »*the best evidence*« als Antwort gefunden werden kann, um diese am konkreten Einzelfall abgleichen zu können.

Aus systemtheoretischer Perspektive ändert sich hier also die Form, wie die Kontingenz im Hinblick auf die Rationalitätslücke zwischen medizinischer Praxis und klinischer Forschung bewältigt wird. Nicht mehr dem einzelnen Arzt als individuellem Akteur wird hier die entsprechende Entscheidungskompetenz zugerechnet. Die Unsicherheitsadsorption entsprechender Kontingenz obliegt nun den modernen medizinischen Organisationen, denen nun die Aufgabe zufällt, die Rationalität ihrer Entscheidungen zu plausibilisieren.

Während also noch in den 50er Jahren der Arzt als kunstvoller Interpret *einer* wissenschaftlichen Rationalität auftreten konnte (und musste), erscheint nun die Entscheidungskommunikation in medizinischen Organisationen als moderne Form, um die Handlungsunsicherheiten der medizinischen Funktionsvollzüge zu absorbieren. Der einzelne Arzt braucht nicht mehr alles zu wissen und erscheint nur noch als ein Segment innerhalb eines komplexen Leistungsvollzuges, an dem jeweils eine mehr oder weniger lange Kette von „Interpreten" der ärztlichen Kunst beteiligt sind. Organisationen können über „Entscheidungen" über Prozessabläufe, Standardisierungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen etc. Rationalitäten erzeugen, die als Routinen eine Faktizität und Normativität gewinnen, ohne sich dann den jeweils eigenen Paradoxien zu stellen, d. h. es braucht in der Regel nicht mehr nach der Qualität der Qualitätssicherung, der Evidenz der Evidence Based Medizin, dem Standard der Standardisierung gefragt werden.

In ihrem Rekurs auf die Biostatistik folgt *EBM* zwar dem Popperschen Falsifikationspostulat, denn nach der strengen statistischen Logik können Hypothesen nicht bewiesen, sondern nur statistisch widerlegt werden. Für die auf „Evidenz" basierte Intervention oder Leitlinie ist jedoch nur positives Wissen anschlussfähig. Das Transferproblem von Theorie zur Praxis bleibt virulent und kann nur induktiv geschlossen werden. Denn im Sinne eines biostatistischen „Induktionismus" bleibt als handlungspraktischer Schluss nur der Weg offen, die ins Positive gewendeten Ergebnisse der Studie – gleichsam als „unbewiesener" Beweis – auf andere Kontexte und Fragen zu übertragen.

Allein schon aus Kosten- und Zeitgründen kann das Ideal der multizentrischen kontrollierten Studie nicht beliebig ausdifferenziert und rekontextualisiert werden, um zu gehaltvolleren Hypothesen zu gelangen. Dies würde jedoch streng genommen im Popperschen Sinne bedeuten, dass alle weitergehenden Aussagen nichts weiter darstellen als die induktive Bestätigung der eigenen Vorurteile. Unabhängig davon, dass eine solche Logik handlungspraktisch durchaus sinnvoll sein kann, sind hier die Probleme im Verhältnis von Wissenschaft und Praxis keinesfalls grundsätzlich überwunden, wie seitens der EBM-Vertreter in der Regel suggeriert wird. Das hier erscheinende Paradox der Statistik – Gültigkeit bei großen Zahlen, Ungewissheit im Einzelfall – ist dabei nicht das einzige erkenntnistheoretische Problem der *EBM*. Ein weiteres Konfliktfeld zeigt sich in der Datenbasis der so genannten Metastudien selber, denn die Ausgangsstudien zeigen nicht selten eine erhebliche Heterogenität auf, die über Zufallsschwankungen weit hinausgeht.

Der bisherigen Argumentation folgend würde EBM weitaus mehr als allgemein erwartet anfällig für subjektive Einflüsse – auch hier muss Kontingenzbewältigung, also Willkür, stattfinden. Zum einen sind die Vergleichskriterien einer Metaanalyse ebenso wie die Entscheidung für ein Studiendesign von den Präferenzen der Untersucher abhängig. Zum anderen bergen gerade die „weichen" medizinischen Interventionen unter dem Zielkriterium "Patientennutzen" vielfältigen Raum für Interpretationen[9]. Als weitere Irritationsquelle entsteht nun, insbesondere im Zusammenhang mit der zunehmenden Zahl multimorbider chronisch erkrankter Patienten, ein Problembewusstsein darüber, dass auch im Regelfall, d. h.

[9] Hinzu kommen die grundsätzlichen Probleme nutzentheoretischer Überlegungen. Versuche, über *healthy-years equivalents* und *quality-adjusted life years* (Mehrez/Gafni 1993) ökonomisch handhabbare Kosten-Nutzen-Kalküle zu etablieren, lösen nicht das generelle Problem der Willkür der Zielkriterien, die diesen Berechnungen zugrunde liegen. Entsprechend entfalten diese Überlegungen nur weitere Paradoxien. S. hierzu auch Feuerstein (1998).

nicht nur im Falle des Kunstfehlers, mit iatrogenen Effekten der Medizin zu rechnen ist. Wagner spricht am Beispiel der vielfältigen Medikamente, die auf einer Intensivstation zusammenwirken, gar von einer epistemologischen Krise der Medizin (Wagner 1995). Ein Mehr an medizinischer Versorgung kann leicht zur Diagnose von Pseudokrankheiten, schädlichen Interventionen aufgrund von Zufallsschwankungen im Organismus, einer Multiplikation von diagnostischen Fehlern etc. führen (Fisher/Welsh 1999).

In Bezug auf die Bearbeitung dieser Problematik kann die Medizin jedoch nicht dem Weg der Sozialwissenschaften folgen, die Probleme in die metatheoretischen Diskurse auszulagern, denn die Krankheit zwingt zum unmittelbaren Handeln. Die auf den ersten Blick recht plausibel erscheinende Logik der *EBM* zeigt sich beim Blick hinter die Kulissen äußerst anfällig für die Probleme und Paradoxien einer hyperkomplexen Wissenschaft.[10] Dies schmälert jedoch keineswegs ihre funktionale Bedeutung für die Medizin, denn hier geht es ja nicht um Wahrheit, sondern um Krankenbehandlung.

Wissenschaft erzeugt Komplexität, die nach Reduktion verlangt. Und wie auch anders können entsprechende Kontingenzlücken geschlossen werden, als durch Willkür von Entscheidungen? Im Hinblick auf dieses Bezugsproblem unterscheidet sich der Rekurs auf die ärztliche Kunst zunächst nicht wesentlich von der Evidenz-basierten Leitlinienmedizin. In beiden Fällen geht es darum, Behandlungsentscheidungen zu treffen, um eine Therapie anbieten zu können. Im ersteren gelingt dies im Hinblick auf Zurechnung auf Personen, d. h. auf die individuelle ärztliche Autorität, im zweiten Falle durch Rekurs auf Entscheidungen innerhalb der Organisationen medizinischer Wissensorganisation. Beide Lösungen erscheinen funktional äquivalent, denn der medizinische Funktionsbezug verlangt vom Arzt nicht zu prüfen, ob die Dinge, die er tut, wahr oder falsch sind, seine Anschlussfähigkeit ergibt sich im Hinblick auf die Diagnose einer Krankheit und der programmatischen Antwort durch eine plausible Therapie. Er verhält sich in beiden Fällen genauso ärztlich wie der Heiler der Vormoderne, welcher mit aus heutiger Sicht abstrusen Therapiemaßnahmen versucht hatte, der Krankheit seiner Klienten zu Leibe zu rücken.

Aus einer bestimmten wissenschaftlichen Perspektive – insbesondere der Biostatistik – mag man solche induktiven Schlüsse zwar als Täuschung bezeichnen. Aus der Perspektive der Akteure, welche in der Praxis bestehen müssen, scheint ein solches Vorgehen funktional durchaus äquivalent, es folgt dem medizinischen Code. In der „evolutionären" Reihe der Medizin, angefangen mit den magisch und oftmals spirituell begründeten Heilsystemen, über die Rolle der Professionen als dem dritten Stand, bis zur ausdifferenzierten funktionalen Gesellschaft, verschiebt sich hier der Ort der Begründung. Strukturell adaptiert hier das Medizinsystem die Instrumente moderner Unternehmensführung. Evaluation, Controlling und Qualitätsmanagement als eine den aktuellen Verhältnissen entsprechende Legitimationsbasis. Der zugrunde liegende Code mit seinen Paradoxien bleibt jedoch weiterhin bestehen.

Hierin liegt möglicherweise auch eine der Ursachen, dass Effekte von qualitätssichernden Maßnahmen bisher kaum nachweisbar sind (Simoes, et al. 2004). Die Ambivalenz der Ärzte gegenüber Leitlinien und evidenzbasierter Medizin lässt sich in diesem Sinne nur mehrschichtig verstehen. Standespolitisch denkende Ärzte kritisieren diese Prozesse als Eingriffe in ihre Automomie, was in der Praxis aber nicht unbedingt hindern muss, dann im Bedarfsfall doch mal reinzuschauen. Umgekehrt zeigt sich, dass viele Ärzte, welche Leitlinien gut finden bzw. angeben, evidenzbasiert zu behandeln, bei näherer Befragung nicht über deren Inhalt Auskunft geben können (Siering, et al. 2001).[11] Der Blick auf die Eigenarten der Leitunterscheidung des medizinischen Systems weist darauf hin, dass wir es hier nicht (nur) mit der Widerständigkeit ärztlicher

---

[10] Dass die Ergebnisse einer Metaanalyse ins Gegenteil umschlagen können, falls die Randbedingungen in unkonventioneller Weise variiert werden, zeigt die in "*Prevention and Treatment*" geführte Debatte um das *Fluxin* "*Prozac*". Ein breit angewendetes Psychopharmakon der neuen Generation wird hier "metaanalytisch" dekonstruiert. Kirsch und Sapirstein (1998) weisen nach, dass sich der positive Effekt des Antidepressivums gegenüber einem Placebo weitgehend herunterrechnen lässt, wenn neben dem passiven auch der *aktive* Placebo-Effekt, Nicht-Behandlungs- und Wartelisteneffekte, *pre-post effect sizes* sowie andere nicht-spezifische Effekte einbezogen werden.

[11] Lesenswert im Hinblick auf die Differenz von Theorie und Praxis der EBM ist auch das Buch von Timmermans und Berg (2003).

Akteure zu tun haben, die gleichsam am Habitus eines überkommenen Standesdünkels festhalten. Das aus diesem Grunde keineswegs trivial lösbare Problem des Transfers von Wissenschaft zur klinischen Praxis beruht nicht unwesentlich auf einem Codewechsel an der Grenze zweier unterschiedlicher Funktionssysteme. Der medizinische Funktionsbezug ergibt sich aus der Krankenbehandlung, nicht jedoch aus der Überprüfung von Wahrheiten. Im Sinne des Konditionalprogramms bleibt hier vor allem entscheidend, eine Therapie anbieten zu können. Alles andere ist hier zunächst zweitrangig. Leitlinienmedizin, Qualitätssicherung, Controlling etc. stellen in diesem Sinne aus medizinisch funktionaler Perspektive zunächst vertrauensbildende Maßnahmen von Organisationen dar, die ihre eigenen Rationalitätslücken eben so und nicht anders überbrücken.[12]

III. Professionen und Organisationen

Carr-Saunders et al. (1933) definierten in den 30er Jahren Professionen dadurch, dass ihre Akteure spezialisierte intellektuelle Techniken beherrschen, die durch Natur- oder Rechtswissenschaften begründet und in einer längeren Ausbildung erlernt werden. Der Professionelle habe dabei ein Bewusstsein der Verantwortlichkeit gegenüber seinem Klienten und der Gesellschaft und handele überwiegend im Interesse des Gemeinwohls und nicht aufgrund individueller Profitinteressen. Darüber hinaus wurden Professionen in der Regel auch dadurch charakterisiert, dass sie innerhalb ihrer Institutionen die Führungsrolle im Hinblick auf die für sie relevanten Entscheidungen übernehmen und als Berufsstand dadurch Autonomie erhalten, dass sie im Hinblick auf die Definition der eigenen Wissensdomänen, der Ausbildung ihrer Adepten, den Qualitätsstandards ihrer Arbeit sowie den professionsethischen Handlungsmaximen selbst entscheiden.[13]

Einhergehend mit den in den vorangehenden Ausführungen geschilderten strukturellen Veränderungen in der medizinischen Versorgung wie auch der medizinischen Wissensbasis änderte sich auch die Semantik im Diskurs um die ärztliche Professionalität. Während die Medizin in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts einen außerordentlichen Grad an kultureller Legitimation unter günstigen legislativen und ökonomischen Bedingungen genießen konnte, erreichte ihre Macht ihren Zenit in den Jahren von 1950 bis 1960 (Hafferty et al. 1995: 133). Bis in diese Zeit genoss der medizinische Professionelle eine hohe und vor allen Dingen ungebrochene moralische Autorität. Er schien entsprechend der Parsonsschen Rollenbeschreibung universalistisch, funktionsspezifisch, rational und altruistisch zu handeln (im Sinne der *pattern variables*) und bildete gleichsam einen Puffer zwischen Bürgern und den Interessen von Politik und Industrie (Hafferty/Light 1995, 134). Gegen Ende der 60er Jahre änderte sich das Bild. Die Gemeinschaft der Ärzte zeigte sich nicht mehr als eine Gruppe von Gleichen, denn Verteilungskämpfe zwischen den verschiedenen Disziplinen brachen nun auch für die Öffentlichkeit sichtbar auf. Die Spezialisten gewannen zugunsten der Primärversorgung, wenngleich die generalistischen und ganzheitlichen Tugenden der Allgemeinärzte weithin ausgelobt wurden (Hafferty/Light 1995, 136). Als Folge der fortschreitenden Spezialisierung wurden Desintegrationsphänomene sowie vermehrt auch die Entfremdung der Organmedizin vom „ganzen“ Menschen kritisiert.

Aus systemischer Perspektive sind die hier angesprochenen Leistungsmängel, wie auch Renate Mayntz (1988) feststellen musste, jedoch nicht so leicht in den Griff zu bekommen, da die Komplexität der Verflechtungen der kollektiven Akteure, die Disharmonisierung der Funktionsbezüge wesentlich mitprägen würden. Die Ausdifferenzierung des Medizinsystems führt zwar einerseits zu einer Leistungssteigerung, andererseits aufgrund der Kompartimentierung zu Schnittstellenproblemen (Feuerstein 1994). Die jeweiligen Subdisziplinen und Organisationen operieren dann zwar auf einem gegenüber den Generalisten konkurrenzlosen und entsprechend unschlagbaren Leistungsniveau. Die Probleme in der Verzahnung der

[12] Vgl. zur Rolle der *evidence based medicine* ausführlich Vogd (2002b).
[13] Grundlegend zum System der Professionen siehe natürlich Abbott (1988).

Leistungsangebote lassen sich jedoch nicht mehr innerhalb der jeweiligen dienstleistenden Organisationen adressieren. Missstände in der Kooperation der verschiedenen Spezialgebiete, insbesondere aber auch zwischen ambulantem und stationärem Bereich sowie der Rehabiliation können dann, wie empirisch vielfältig zu beobachten, nur noch wirkungslos den jeweils anderen, also den Organisationen der Umwelt zugerechnet werden.

Wie Feuerstein (1995) beispielsweise für das System der Organtransplantation aufzeigt, erscheinen nun komplexe Ketten fragmentierter und geteilter Verantwortlichkeiten, in der die zwangsläufig mitproduzierten Fehler weder den Teilorganisationen noch den in ihnen agierenden Einzelpersonen attribuiert werden können. Hiermit sieht sich der Patient nun weniger dem einzelnen Arzt gegenüber, der nun im Charisma seiner Autorität verantwortlich im Klientelbezug und in persönlicher Vertrauensbeziehung seine Entscheidung trifft. Stattdessen findet sich der Kranke insbesondere im Krankenhaus mit einer Organisation konfrontiert, deren Akteure wie auch innere Prozesse weit gehend unsichtbar und anonym bleiben.

Die Taylorisierung der Medizin stellt zunächst noch nicht die Bedeutung des Arztes als Leitberuf im Gesundheitssystem in Frage. Die professionelle ärztliche Semantik kann der Evolution ihrer Organisationen zunächst folgen und die Rationalisierung ihrer Disziplin gar als Selbstbild ihrer Profession übernehmen.[14] Die eigentliche Krise ergab sich vielmehr einerseits aus der rücksichtslosen Steigerung des Ressourcenverbrauchs der Medizin und andererseits in der vorangehend schon geschilderten Erosion der Wissensbasis im Zuge der Wissensexplosion und damit verbunden den Problemen der reflexiven Moderne. Aus gesellschaftstheoretischen Überlegungen wurde nun der Bedarf für eine von außen zu setzende Grenze hinsichtlich der weiteren Steigerung der Gesundheitsausgaben abgeleitetet (vgl. Herder-Dorneich/Schuller 1983). Auch Kritik von wohlwollenderer Seite kam zu dem Schluss, dass die Gesundheitsbilanz der Bundesrepublik offensichtlich nicht den eingesetzten Mitteln zu entsprechen scheine. Die Gesamtrationalität des Gesundheitswesens zeige sich zumindest fragwürdig und einhergehend damit wurde der medizinischen Profession die Kraft zur Selbststeuerung abgesprochen.

Die äußere Grenze wurde dann zunächst von ökonomischer Seite gezogen: In der Bundesrepublik wurden ab 1977 Krankenkassen und Leistungserbringer verpflichtet, eine Kostendämpfungspolitik mit dem Ziel der Beitragsstabilität zu verfolgen. Mit den Gesundheitsreformgesetzen (1989 „Erste Stufe“, 1993 „Zweite Stufe“, 1997 „Dritte Stufe“) wurden dann Schrittweise die Zugriffmöglichkeiten auf die medizinischen Prozessabläufe seitens der Krankenkassen erhöht. Externe Kontrollen hinsichtlich der Plausibilität und Begründung der ärztlichen Leistung wie auch Einzelverträge mit Krankenhäusern jenseits der globalen Landesbedarfsplanung wurden nun möglich (Observatory 2000, 119ff.).

Aber auch von anderer Seite erscheint die Rolle der ärztlichen Profession nun in Frage gestellt. Nicht zuletzt durch die universitäre Institutionalisierung von Public Health in den 80er Jahren, sowie dem Rekurs auf biometrische Verfahren in der Sozialmedizin und der damit verbundenen Rezeption der sogenannten *evidence based medicine* durch die Gesundheitspolitik konkurrieren nun auch nicht-ärztliche bzw. nicht-klinische Wissenseliten um die wissenschaftliche Definitionsmacht, wie der Zentralwert Gesundheit am besten sicher zu stellen sei. Da die neuen akademischen Absolventen nicht für die klinische Tätigkeit ausgebildet werden, erscheint hier ein neuer akademischer Berufstypus, der im Hinblick auf seine berufsbiografischen Karrieremöglichkeiten der Politik, der Erziehung und der Wirtschaft näher steht als der Medizin.

Ihr Augenmerk ist nun weniger auf die klinische Arbeit mit dem vorrangigen Ziel der Krankenbehandlung denn auf Verwaltung und Management von Ressourcen gerichtet. Gegenüber Politik und Wirtschaft verliert

[14] In diesem Zusammenhang sei nochmals auf Marc Bergs Diskursanalyse am Beispiel der Entwicklung des medizinischen Selbstverständnisses am Beispiel der Editorials der beiden großen amerikanischen Medizinjournale YAMA und NEJM verwiesen.

die ärztliche Profession hiermit deutlich an Macht, denn die Kontrolle über das, was letztlich als medizinische Qualität zu bewerten ist, wird nun immer weniger der ärztlichen Selbstverwaltung zugetraut.[15] Leitlinien zur medizinischen Behandlung, ursprünglich als Instrumente der ärztlichen Selbstkontrolle formuliert, mutieren in den wirtschaftlichen und politischen Kontexturen leicht zu Mitteln, um Steuerungswirkungen auf die Behandlungsleistungen zu entfalten (Vogd 2002b). Darüber hinaus hält es beispielsweise der Gesetzgeber nun für notwendig, die Form und Menge der fachärztlichen Weiterbildungen mit dem Sanktionsmittel „Verlust der kassenärztlichen Zulassung" zu bestimmen und zu kontrollieren (Pfadenhauer 2004).

All dies sind Indikatoren eines fortschreitenden Bedeutungsverlustes der ärztlichen Profession zu Gunsten komplexer, multizentrischer Steuerungsprozesse. Da diese Wandlungsprozesse (in unterschiedlichem Rhythmus) in allen Industrienationen zu beobachten sind (Freidson 2001; Hafferty/McKinlay 1993), müssen wir hier von den Folgen der Evolution von Organisationen in der sich weiter ausdifferenzierenden Weltgesellschaft ausgehen. Es spricht hier also einiges für Rudolf Stichwehs Vermutung, dass die »weitergehende Ausdifferenzierung der gesellschaftlichen Funktionssysteme ebenso wie auch die Evolution moderner Organisationen zu einem Bedeutungsverlust der Professionen geführt habe (Stichweh 1996, 50).

Was nun in den medizinischen Organisationen konkret vor sich geht, entzieht sich jedoch einer einfachen Beschreibung. Auch das Krankenhaus stellt – platt gesagt – zunächst eine autopoietische Einheit dar, die sich selbst erhalten will. Als Organisation reproduziert sie sich über die Kommunikation von Entscheidungen. Dabei steht die Organisation in ihrer Kontextur sowohl in Differenz zu den gesellschaftlichen Funktionssystemen wie Medizin und Wirtschaft, an dessen Operationen sie sich ankoppelt, als auch in Differenz zu Interaktionssystemen. Ärzte können beispielsweise in ihren Interaktionen in Distanz zu den Zielen ihrer Organisation gehen, etwa in dem sie in informeller Kommunikation den ärztlichen Auftrag gegenüber den Entscheidungen des Managements hochhalten oder in stiller Allianz mit den Patienten bestimmte Diagnosen und Therapien simulieren, um anderes für notwenig Erachtetes finanziert zu bekommen.[16] Ganz in diesem Sinne zeigen die Untersuchungen von Vogd (2004a; 2004b; 2004c) zum ärztlichen Entscheidungsverhalten auf, dass das, was innerhalb der Interaktionen im Krankenhaus geschieht, wesentlich dadurch geprägt ist, eine Balance zwischen medizinischen und organisatorischen Kontexturen zu (er-)finden.

Auf der einen Seite kann also die Medizin in Distanz und Differenz zu den seitens der Politik verordneten Programmen gehen, indem sie deren Forderung nach Evidenz und Effizienz entsprechend den eigenen Leitunterscheidungen transformiert. Auf der anderen Seite können Organisationen immer komplexere Umwelten in Rechnung stellen. Im Hinblick auf die eigenen Primäroperationen behalten sie ihre Autonomie, indem dann jenseits der Systemschnittstellen, die extern verordneten Semantiken im Modus-des-als-ob bearbeitet werden können (vgl. Vogd 2002a).

Entgegen dem üblichen Paradigma der Gesundheitswissenschaften sind die Steuerungsprobleme des Medizinsystems also keineswegs in trivialer Weise in den Griff zu bekommen.

IV. Arzt-Patient-Beziehung

Mit dem Bedeutungsverlust der Professionen verändert sich auch die Arzt-Patient-Beziehung. Die Aufgabe der Kontingenzbewältigung, d. h. der interpretativen Schließung von Rationalisierungslücken, geschieht innerhalb medizinischer Organisationen vermehrt durch die Verteilung von Entscheidungslasten, vielfach

[15] Siehe hierzu die Diskussion um das Zentrum der Qualität in der Medizin bzw. dem britischen Gegenstück NICE.
[16] An dieser Stelle sei auf Klaus Dörner (2001) verwiesen, der von einem guten Arzt gar fordert, gegen die Interessen seiner Organisation zu verstoßen.

auch dem Rückgriff auf bürokratische Verfahren und kaum noch im Rekurs auf die professionelle Deutungsmacht eines einzelnen Akteurs.[17] In den Organisationen erscheint nun ein heterarchischer (jedoch keineswegs symmetrischer) Modus der Wissensorganisation. In Kurzliegerstationen und Einrichtungen zum ambulanten Operieren können beispielsweise nun spezialisierte Pflegekräfte das Patientenmanagement innehaben, um dann bei Bedarf einen Funktionsarzt hinzuzuziehen. Auch die Lasten und Folgeprobleme dieser und anderer Fragmentierungen werden schon lange arbeitsteilig bewältigt.

Selbst wenn dem Allgemeinmediziner in diesem Prozess die Funktion des „Integrators" zugewiesen wird, hat sich auch seine Rolle längst verschoben. Entgegen dem alten Bild vom Hausarzt, der seine Patienten mit ihren familiären Umständen gut kennt, arbeitet auch er nun im Hochleistungsbetrieb einer 3-5 Minuten Medizin. Auch er wird die psychosoziale Betreuung delegieren müssen, an entsprechende Spezialisten oder Kompetenzzentren (Rehaeinrichtungen, Psychotherapeuten, Psychosomatiker), die nun – im Falle entsprechender Indikation – beispielsweise an der Krankheitsbewältigung arbeiten können.[18]

Diese Wandlungsprozesse in Richtung auf funktionale Diversifizierung und Organisation betreffen selbst die Bereiche der medizinischen Versorgung, welche von ihrem Selbstverständnis her auf „Ganzheitlichkeit" ausgerichtet sind. Auch in psychosomatischen Kliniken stellt „Verstehen"– hier im Sinne von Luhmann als Versuch verstanden, den anderen unter dem Blickwinkel seiner eigenen Selbstreferenz zu betrachten – nur noch eine Fiktion der Selbstbeschreibungen diesbezüglicher Institutionen dar. Denn Verstehen setzt eine längere Interaktionsgeschichte, d. h. ein entsprechendes Arbeitsbündnis voraus. Man braucht Zeit und Muße, um sich kennen zu lernen, und dieser Raum steht auch hier nicht mehr zu Verfügung.[19] Auch in Kliniken mit psychosomatischer und psychiatrischer Schwerpunktsetzung wird die Kontingenzbewältigung in wesentlichem Maße durch Organisation und nicht durch Beziehung stattfinden müssen. Die Psyche des Patienten erscheint auch hier als Umwelt der Medizin. Entsprechende Einrichtungen haben in diesem Sinne eine hohe Kompetenz, Patienten gleichzeitig vorkommen und nicht vorkommen zu lassen (vgl. Vogd 2004b). Dies schließt nicht aus, dass im Einzelfall nicht doch eine verstehensbasierte Arzt-Patient-Beziehung entstehen kann. So kann beispielsweise über die langen Behandlungszyklen onkologischer Therapien durchaus eine Vertrautheit zwischen Arzt und Patient entstehen, die auf konjunktiver Erfahrung beruht, in der die Interaktionspartner sich gut kennen und entsprechend weniger aufgrund von institutionellen Stereotypen agieren müssen.

Innerhalb der Rationalität moderner medizinischer Behandlungseinrichtungen ist jedoch die Entwicklung einer in diesem Sinne verstandenen Arzt-Patient-Beziehung nicht mehr vorgesehen.[20] Ein intimeres Einlassen auf den Patienten wird in der Regel allein aus zeitlichen und organisatorischen Gründen nicht stattfinden können. Man vertraut entsprechend eher auf das Setting. Ein volles Tagesprogramm, die ärztliche Einstellung der Medikation mit einem entsprechenden Labormonitoring, Musik- und Kunsttherapie sowie Entspannungsübungen, und nicht zuletzt die Stationsdisziplin erscheinen nun als die Quellen, um gegenüber der Nichtbehandlung den entscheidenden Unterschied zu machen. Anders als noch im psychoanalytischen Modell steht nun auf Seiten der Therapeuten nicht mehr die Übertragungsanalyse im Vordergrund. Vielmehr gewinnen Supervision und Teambesprechung nun die Funktion, die Entscheidungsfähigkeit der behandelnden Organisation zu erhalten. Um die Selbstbeschreibung des therapeutischen Systems zu

[17] Zur Taylorisierung von ethischen Problemen, psychischen, emotionalen, rechtlichen und anderen Problemen der Hochleistungsmedizin siehe Gunther Feuersteins Studie zum Transplantationssystem (Feuerstein 1995).

[18] Entsprechend dem medizinischen Code (er)findet das Medizinsystem auch in diesen Feldern unbegrenzten Therapiebedarf, der dann nur an den ökonomischen Möglichkeiten seine Grenze findet.

[19] Strukturell wird Verstehen erst in Freundschaften, längeren Arbeitsbündnissen und natürlich in der Intimbeziehung, die hierin ja ihren funktionalen Ausgangspunkt findet, möglich.

[20] Üblicherweise sind für einen Behandlungszyklus auf einer psychosomatischen oder palleativmedizinischen Station 2 Wochen vorgesehen. In dieser Zeit können zwei therapeutische Einzelgespräche sowie zwei Oberarztvisiten stattfinden.

aktualisieren: es geht hier nicht mehr um „Verstehen“ sondern um die »Supervision gescheiterter Selbstbehandlungsversuche« (Buchholz 1994).[21]

Die hier genannten Befunde vom Verlust der Bedeutung des Professionellen zu Gunsten moderner arbeitsteilig organisierter Organisationen sind bisher von den Gesundheits- und Pflegewissenschaften wenig beachtet. Tendenziell wird hier der persönliche Klientelbezug überbewertet, während die Organisation des Geschehens kaum beachtet wird. Wenn nun aber Organisationen funktional die Stelle besetzen, die früher die professionelle Persönlichkeit ausgefüllt hat, so ist nun auch nach der funktionalen Äquivalenz von Vertrauen zu fragen, denn angesichts der existenziellen Krise einer Krankheit kann und wird nun immer weniger der persönlich bekannte Arzt als Projektionsfläche für die Adsorption von Unsicherheit fungieren können.[22] Anstelle des bekannten und vertrauten Arztes muss jetzt vermehrt die Organisation als Ganzes treten.

Analog zum Übergang vom Handwerk zur Industrieproduktion gewinnt nun die Imageproduktion an Bedeutung. Zertifizierte Krankenhäuser, der Rekurs auf Tradition, ausformulierte und präsentierte Leitbilder sowie der Hinweis, dass hier Evidenz-basiert therapiert und gepflegt wird,[23] weisen auf die wachsende Bedeutung von Markenbildung hin. Auch wenn bei genauerem Hinsehen begründete Zweifel auftreten, ob denn beispielsweise eine Zertifizierung Qualitätsverbesserungen mit sich gebracht habe (Iding 2000) oder ob *de facto* überhaupt eine Implementation der angekündigten Maßnahmen stattgefunden habe (Simoes/Boukamp/Mayer/Schmahl 2004), ist die Bedeutung dieser Maßnahmen für die Vertrauensbildung kaum zu unterschätzen.[24] Wenn nicht mehr über das Charisma des persönlich bekannten und vertrauten Arzt, so können (und müssen) nun über diese und ähnliche Prozesse die Rationalitätslücken der medizinischen Versorgung geschlossen werden.[25]

Parallel hierzu ist eine weitere Verschiebung in der Semantik der Arzt-Patient-Beziehung zu beobachten. Während im Wohlsfahrtsstaat, in dem jede mögliche Therapie auch bezahlbar erschien, der passive und unmündige Patient die Komplementärrolle gegenüber dem omnipotenten Arzt einnimmt, benötigt der Mediziner unter „neoliberalen“ Verhältnissen – in einem Sozialsystem, welches vermehrt Marktelemente integriert – zunehmend den aufgeklärten und emanzipierten Patient. Er wird als Bündnispartner gebraucht, um die Bezahlung teurer und aufwendiger Therapien durch die Kassen einzufordern oder gegebenenfalls selber zu leisten. Der Kranke erscheint neuerdings nicht mehr nur als Patient sondern auch als Kunde. In der Komplementärrolle hierzu erscheint der Arzt vermehrt als Dienstleister. Unter dem Primat eines „Dienstleistungsbetriebes“ erscheinen aber nicht mehr nur gute und schlechte Patienten sondern auch gute und schlechte Kunden. Entsprechend erscheint für die Organisation nicht nur die Krankheit instruktiv für das weitere Vorgehen, sondern auch die Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit.[26]

Der Befund, dass vermehrte Patientenpartizipation eben weniger durch die medizinische Logik gefordert wird sondern eher eine Reaktion auf Irritationen durch systemfremde Kontexturen darstellt, zeigt sich auch in der Diskursgeschichte um die Aufklärung und Beteiligung der Patienten an den ärztlichen Entscheidungsprozessen. Im paternalistischen Modell liegt die Autorität allein beim Arzt, wenngleich dieser sehr wohl „väterlich“ versuchen sollte, die Gesamtsituation seines ihm anvertrauten Klienten zu berücksichtigen. In den moderner klingenden Begriffen der Dienstleistungsgesellschaft spricht man lieber

---

[21] Zur Illustration auf Basis von empirischen Beobachtungen in einer psychosomatischen Klinik siehe Vogd (2004b, 371ff.).
[22] Der Begriff *Vertrauen* ist hier im Sinne von Luhmann (2000b) als soziologische und nicht als psychologische Kategorie zu verstehen.
[23] Evidence based nursing (EBN) etabliert sich mittlerweile als ideologisches Komplement zur medizinischen Rationalisierung.
[24] An dieser Stelle sei auf die diesbezüglich aufschlussreiche empirische Studie zur Zertifizierung von Krankenhäusern von Hermann Iding (2000) verwiesen.
[25] Paradoxerweise wird die Vertrauensbildung nur dann funktionieren, wenn nicht so genau hingeschaut wird, ob die jeweiligen Programme dann auch wirklich implementiert worden sind. Eine gewisse Diffusität der Praxis ist sozusagen vonnöten, um die täglich zu treffenden Entscheidungen vor moralischer Bewertung zu schützen (vgl. auch Calabresi/Bobbitt 1978).
[26] Hier sei ein Beispiel aus der onkologischen Universitätsmedizin verwiesen, wo der Patient dafür gewonnen werden muss, Geld für Therapien bei den Krankenkassen einzufordern, die standardmäßig nicht mehr bezahlt werden (s. ausführlich Vogd 2004b, 187).

vom Arzt als *„perfect agent“*, was jedoch Ähnliches meint. Im Zuge der demokratischen Emanzipationsbewegungen wurde jedoch auch die Allmachtsrolle des Mediziners vielerorts in Frage gestellt (vgl. Gafni, et al. 1998).[27] Als Gegenmodell zum ärztlichen Paternalismus wurden hier Konzepte entwickelt, in denen die Entscheidungsmacht dem Patienten übertragen wird: Der Arzt habe hier letztlich nur noch die Vorschläge zu machen und den Patienten über alle therapeutischen und diagnostischen Alternativen zu informieren. In diesem Modell – oft unter dem Begriff "*informed decision making*" subsumiert – wird die Entscheidungsverantwortung mehr oder weniger vollständig dem Patienten übertragen. Insbesondere unter den prozessfreudigen US-amerikanischen Verhältnissen wurde diese Variante als elegante Form der juristischen Absicherung aufgriffen: Man legt dem Patienten alle zu treffenden Entscheidungen mit ihren möglichen Nebenwirkungen in schriftlicher Form zur Abstimmung vor, um nun für den Falle eines Rechtsstreit die Entscheidungsautonomie dem Patienten zurechnen zu können (vgl. Braddock, et al. 1999).

Im Sinne des Paradigmas der Dienstleistungsgesellschaft wird mittlerweile im gesundheitspolitischen Diskurs die geteilte Entscheidungsfindung gefordert *(„shared decision making“)*. Der Arzt soll den Patienten hinreichend informieren und an den Behandlungsprozessen beteiligen. Hierdurch soll diesem die Chance gegeben werden, eigene Wünsche und Bedürfnisse zu artikulieren, so dass schließlich in einem gemeinsamen Prozess eine Entscheidung getroffen werden könne. Dieses Modell entspricht der *political correctness* einer modernen demokratischen Gesellschaft (Jäger 1999) und in diesem Sinne ruft das Bundesgesundheitsministerium Forschungsprogramme zur Förderung des „*shared-decision-making*“ aus.

Die in den gesundheitswissenschaftlichen Diskursen weit verbreiteten Vorstellungen über die demokratische Arzt-Patient-Beziehung (s. etwa Dörner 2001; Mannebach 2001; Troschke 2001) beschreibt dabei ein *normatives* Modell gesellschaftlichpolitischer Provenienz, welches sich eher am autonomen Gesunden als am hilfsbedürftigen Kranken orientiert (s. hierzu Charles, et al. 1999; Charles, et al. 1997; Deber, et al. 1996; Guadagnoli/Ward 1998). Zwischen Modell und klinischer Realität zeigt sich jedoch eine deutliche Diskrepanz. Die Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung aus den letzten Jahrzehnten weisen keinesfalls auf das Entstehen einer herrschaftsfreien demokratischen Diskurskultur in den Krankenhäusern und Arztpraxen hin (vgl. Ong, et al. 1995). Letztlich ist mit Feuerstein et al.(1999) wohl eher davon auszugehen, dass die Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis ein Mythos bleibt, der in gesundheitspolitischen Diskursen gerne aufgegriffen wird, aus der Kontextur der Medizin jedoch wenig mit der Logik der Praxis zu tun hat (vgl. auch Saake 2003).

Abschließend ist hier auf eine weitere Bewegung einzugehen. An den Rändern des Medizinsystems etablieren sich mittlerweile Angebote einer ganzheitlichen Medizin, die mit dem Anspruch auftreten, die üblichen Fragmentierungen zu überwinden. Homöopathie, Akupunktur und Naturheilkunde erscheinen dabei weniger als Alternativmedizin, d. h. in Konkurrenz zu den orthodoxen Verfahren, sondern als komplementäres Versorgungsangebot, welches auf spezifische Vorsorgungslagen reagiert. Invasive chirurgische Eingriffe und die Applikation von Mistelpräparaten stellen bei einer Krebserkrankung keinen ideologischen Widerspruch mehr dar, antworten beide doch auf unterschiedliche medizinische Bezugsprobleme.[28] Wie Stollberg (1999) aufzeigt, handelt es sich bei der Verbreitung der komplementärmedizinischen Verfahren um einen Länder und Kontinente übergreifenden Prozess. Die Ausbreitung der Schulmedizin führte zwar zum Bedeutungsverlust der meisten lokalen Behandlungssysteme, jedoch parallel zur Globalisierung einzelner heterodoxer Systeme, insbesondere der traditionellen chinesischen Medizin und der Homöopathie. Die Medizin der Weltgesellschaft scheint durch die globale

[27] Medizingeschichtlich ist die Beteiligung des Patienten an ärztlichen Entscheidungen ein relativ neues Phänomen. Erst aufgrund der Vergehen der deutschen Ärzte im Nationalsozialismus und der Aufarbeitung dieser in den Nürnberger Prozessen wurde der „*informed consent*“ auf die Agenda des ärztlichen Kodex geschrieben. Zuvor war es selbst bei medizinischen Versuchen kaum üblich, die Betroffenen hierüber zu informieren (vgl. Vollmann/Winau 1996).

[28] Siehe hierzu den empirischen Befund und dessen Interpretation von Vogd (2004b, 155f.).

Institutionalisierung entsprechender Heilsemantiken ein Bezugsproblem zu bearbeiten, das programmatisch unter dem Begriff der „Ganzheitlichkeit“ zu fassen ist.[29]

V. Salutogenese und Prävention

Einhergehend mit der 1986 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Ottawa-Charta vorgelegten Definition von Gesundheit als »umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden« (WHO 1986) entwickelte sich Antonovskis Idee der Salutogenese rasch zur Leitidee der aufstrebenden Gesundheitswissenschaften. Ausgehend von einer Untersuchung an KZ-Überlebenden identifizierte Antonoviski eine Reihe von Faktoren, die er unter dem Konstrukt *sense of coherence* zusammenfasste. Menschen, denen ihr Leben sinnvoll erscheine, die Kontrolle über ihren Alltag hätten und ihre Lebensumstände überblicken, hätten – so die Argumentation – wesentlich bessere Chancen, gesund zu bleiben als Menschen, die ihre Welt nicht verstehen und kontrollieren sowie keinen sinnhaften Bezug zwischen ihrem Handeln und Erleben herstellen können. Auch wenn mittlerweile methodologische Zweifel an der empirischen Operationalierbarkeit der Antonovskischen Schlüsselkonstrukte formuliert wurden (vgl. Novak 1998), erscheint die Idee, nicht die Krankheit und ihre Bekämpfung, sondern ihre Prävention sowie die Gesundheitsförderung[30] zum Ausgangspunkt gesellschaftlicher Anstrengungen und Analysen zu machen, für die Gesundheitswissenschaften weiterhin bestechend wie auch programmatisch.[31] Zudem scheint sie ihr als eigenständige Disziplin gegenüber den medizinischen Fakultäten erst Sinn und Identität zu geben.

Gegenüber der Aktutmedizin auf der einen Seite, findet sie ihren Gegenstand in den verschiedenen Formen der Prävention, in der *Terziärprävention* als dem Versuch, Potentiale bei vorhandener Krankheit zu erhalten, in der *Sekundärprävention* als den Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung und schließlich in der *Primärprävention* als dem Versuch, Belastungen zu vermeiden wie auch gesundheitsförderliche Lebensweisen zu unterstützen. Letzteres entspricht der Vision der Ottawa Charta, die Gesundheit nicht mehr losgelöst von der sozialen, physischen und spirituellen Umwelt zu betrachten. In diesem weiten Sinne verstanden, können nun „gesundheitsfördernde“ Interventionen an einer Vielzahl von Feldern ansetzen: Am Umweltschutz,[32] in der Aufklärung über sexuell verbreitete Krankheiten, am „gesunden“ Arbeitsplatz, in der lebensfreundlichen Gemeinde und in letzter Zeit vermehrt an der Frage der sozialen Ungleichheit (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2004, 63ff.).

Angesichts der Formulierung solch umfassender Ansprüche verwundert es zunächst nicht, dass auch systemtheoretisch inspirierte Autoren hier ein »Präventionssystem« entdecken (Becker 2004) oder gar eine paradigmatische Verschiebung im Code des Medizinsystems diagnostizieren, wie etwa Jost Bauch, der eine Verschiebung in der Leitunterscheidung von krank/gesund zu lebensförderlich/lebenshinderlich zu entdecken glaubt (Bauch 1996, 80). Für ihn erscheint nun die Gesundheit gar als »Leitcode« bzw. »Supercode« der Gesamtgesellschaft (Bauch 1996, 85). Die einzelnen Funktionssysteme übergreifend, fände nun eine »Hinwendung zur Lebenswelt des Patienten« statt, in der dann auch das medizinische Wissen zunehmend mit dem »Alltagsverständnis diffundieren« müsse (Bauch 1996, 97).

Sowohl der Blick auf die empirischen Verhältnisse als auch eine systemtheoretische Reflexion wird jedoch feststellen müssen, dass weder die Gesundheit noch die moderne Beschäftigung mit dem Körper in eine neue

---

[29] Siehe zur empirischen Rekonstruktion dieser Verhältnisse auch Vogd (2005, 191ff.).

[30] In gesundheitswissenschaftlichen Diskursen finden wir oft die Unterscheidung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung. Letztere habe mehr die gesundheitsfördernden, erstere mehr die krankheitsvermeidenden Faktoren im Sinne. Da nun jedoch auch der Begriff der Gesundheitsförderung die Krankheit als Gegenhorizont voraussetzt, stellt auch hier unausgesprochen die Krankheit den Orientierungspunkt für die angesetzten Maßnahmen dar. In diesem Sinne würde ich hier mit Hafen (2004) argumentieren, dass die Unterscheidung zwischen diesen beiden Begriffen weniger inhaltlich, sondern eher berufspolitisch bzw. im Rekurs auf unterschiedliche Traditionen zu erklären ist.

[31] Und scheinbar auch für die Soziologen: Die Sektion Medizinsoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie hat sich im September 2000 in »Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie« umbenannt.

[32] Auch Lärmschutzwände an der Autobahn erscheinen nun als Maßnahme der vorbeugenden Gesundheitspolitik.

gesellschaftliche Gesamtrationalität mündet. Bei dem Zentralwert Gesundheit, wie im Folgenden noch zu begründen, handelt es sich vielmehr um eine »Einheitssemantik« (Fuchs 1992), welche in der funktional differenzierten Gesellschaft eine Einheit fingiert, wenngleich *de facto* die Differenzstruktur der Gesellschaft in ihren polykontexturalen Sinnhorizonten weiter fortbesteht.[33] Unter diesem Blickwinkel würde das System der Prävention keineswegs als eigenständiges System erscheinen, sondern, ähnlich der Beratung, eher als ein plausibles Kommunikationsschema, das seitens verschiedener systemischer Kontexturen zu Plausibilisierungszwecken genutzt werden kann.

Prävention erscheint dabei zunächst als ein Formschema. Auf der einen, der präferierten Seite, steht die Intervention, auf der anderen, nicht markierten Seite, die Alternative des Nichtstuns. Hier sind die Dinge so zu belassen wie sie sind. Desweiteren beruht die Prävention auf einem Zeitschema, das potentielle, noch nicht eingetretene Probleme zu repräsentiert, um im der Gegenwart zum Handeln zu motivieren. Zudem nutzt die Prävention die Paradoxie der Statistik: Sie begründet ihre Vorhersagen auf Hochrechnungen von Mittelwerten vergangener Ereignisse, die dann, ungeachtet der Problematik der Zeitprojektion, keine Aussagen im Hinblick auf den Einzelnen erlauben. Sie folgt damit einer utilitaristischen Logik, nicht jedoch der üblichen in der Medizin geltenden Einzelfalllogik. Hier bleibt – entgegen dem seitens der Gesundheitswissenschaften proklamierten Paradigmenwechsel – weiterhin die Krankheit im Vordergrund. Innerhalb der Medizin ergibt sich die Anschlussfähigkeit medizinischen Handelns auf der Basis von symptomorientierten und *inputorientierten* Kausalprogrammen, die auf dem zentralen Diagnose-Therapie-Schema beruhen.

So weiß etwa der Chirurg bei Diagnose eines Lungenkarzinoms bestimmter Art und Größe genau, dass und wie zu operieren ist, und der Internist weiß, dass eine chemotherapeutische Nachbehandlung anzuschließen ist, und die Pflege weiß, dass der Sozialdienst einzuschalten ist, um in der Rehabilitation die Krankheitsbewältigung anzugehen. Im Sinne des medizinischen Codes bleibt die Krankheit für die Behandlung instruktiv, während die Gesundheit im Sinne eines Arrangements der Hoffnung nur als Reflexionswert dienen kann. In diesem Sinne wird dann auch das häufige und wahrscheinliche Misslingen aller Heilungsversuche die Beteiligten in der Regel nicht daran hindern, die Behandlung fortzusetzen.

Gegebenenfalls wird der Arzt den Patienten vielleicht darauf hinweisen, dass es im Angesicht seiner Situation wohl aus gesundheitlichen Gründen angesagt sei, mit dem Rauchen aufzuhören. Doch ob der Patient nun seinen Zigarettenkonsum oder anderes gesundheitsschädigendes Verhalten einstellt oder nicht, wird hinsichtlich der zu wählenden diagnostischen und therapeutischen Prozeduren keine Rolle spielen. Unabhängig davon, ob nun Prävention stattfindet oder nicht, die basalen Operationen des medizinischen Systems bleiben konkurrenzlos.

Dies schließt allerdings nicht aus, dass auch die Medizin in einigen ihrer Teilbereiche das Präventionsschema im Sinne ihres eigenen Funktionsbezugs nutzen kann. Dies gilt insbesondere für die Terziär- und Sekundärprävention, da sich hier die Möglichkeiten der Diagnose (und Therapie) oftmals ohne größeren Aufwand auf noch nicht aufgetretene Krankheiten ausdehnen lassen – man also nach Symptomen sucht, die vom Patient noch nicht als Krankheit wahrgenommen werden.

So erlauben biochemische Analyseverfahren genetische Dispositionen einer Reihe von Erkrankungen zu bestimmen. Moderne bildgebende Verfahren wie auch Labordiagnostik gestatten es beispielsweise, einige der Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen zu bestimmen. Entsprechend lässt sich nun „präventiv“ mit einer Therapie beginnen. Dem Herzinfarkt könne nun vorgebeugt werden und selbst dem Brustkrebs sei gegebenenfalls durch eine Operation zuvor zu kommen. Eine in diesem Sinne verstandene Sekundärprävention führt jedoch – wie schnell zu sehen ist – keineswegs zur Reduktion von Krankheit,

[33] Siehe zum Paradoxon der Einheitssemantik in den funktional differenzierten Gesellschaften auch Japp (1993).

sondern vielmehr zu einer weiteren Ausdifferenzierung und Ausweitung des medizinischen Funktionsbezugs. Noch mehr Krankheiten können diagnostiziert werden. Zudem führen die Screeningverfahren unweigerlich zu einer größeren Anzahl fälschlicherweise behandelnder Gesunder (vgl. Blech 2003; Rosenbrock/Gerlinger 2004, 86f.).

Aus dem Blickwinkel eines Gesunden erscheint die Sekundärprävention als Risikosemantik: Rechtfertigt beispielsweise die Wahrscheinlichkeit, eine von den 1000 Frauen zu sein, denen durch die Früherkennung das Leben gerettet wird, dass man sich 10 Jahre lang Mammografieren lässt, um mit einer Wahrscheinlichkeit von über 50% fälschlicherweise mit einer Krebsdiagnose konfrontiert zu werden? Lohnt es sich, die Unsicherheit einer genetischen Erkrankung abzuklären, die, wenn vorhanden, erst in der zweiten Lebenshälfte auftreten würde, die aber unter den derzeitigen Verhältnissen unbehandelbar ist? Soll man zur Schwangerschaftsfrühuntersuchung gehen, um entweder zu erfahren, dass man mit 95% Wahrscheinlichkeit ein gesundes Kind zur Welt bringen werde, oder vielleicht den Befund zu bekommen, dass mit 50% Wahrscheinlichkeit eine Behinderung vorliege, also deshalb eine Abtreibung empfohlen werde?

Diese und andere diagnostische Möglichkeiten provozieren Entscheidungslagen. Sie installieren Risikosemantiken, deren (ethische) Folgelasten sich dabei „individualisierend" auf den jeweils einzelnen Patienten verlagern. Diesem obliegt es nun, angesichts von mehr oder weniger wahrscheinlichen Zukünften zu entscheiden, was zu tun ist. Die Logik der Sekundärprävention selbst folgt einer asymmetrischen binären Struktur: Man kann sich gegen und für die diagnostische Abklärung entscheiden. Im letzteren Falle folgt im Sinne eines *imput*orientierten Konditionalprogramms eine etablierte Routineprozedur. Im Wissen, dass es diese Option gibt, kann der Klient jedoch nicht mehr *nicht* entscheiden. Diese Programme entfalten deshalb innerhalb des Medizinsystems, einmal in den öffentlichen Diskurs eingebracht, unweigerlich ihre eigene Wirkung.

Demgegenüber bieten sich für die Primärprävention, d. h. der „eigentlichen" Salutogenese, innerhalb des Medizinsystems, kaum Anschlussmöglichkeiten. Das moderne Individuum erscheint bekanntlich polykontextural situiert. Es liebt romantisch, handelt wirtschaftlich, übt einen aufgeklärten Skeptizismus, ist von den geheimnisvollen religiösen Sinnformen fasziniert und lässt sich im Falle von Schmerzen und offensichtlicher Krankheit medizinisch behandeln. Es orientiert sich an der Interaktionsgeschichte seiner *peer group* und folgt als Adressat der Entscheidungskommunikation seiner Organisation. Aus der Perspektive des Gesunden müssen die Ideen der Prävention mit all den anderen gesellschaftlichen Semantiken um Aufmerksamkeit konkurrieren.

Die Semantik der AIDS Prävention mag zwar für käuflichen Sex plausibel sein, kaum jedoch für die romantische Liebe. Das gesundheitsschädigende Verhalten heranwachsender Jugendlicher mag zwar aus medizinischen wie auch rechtlichen Gründen problematisch erscheinen, wenngleich aus der Interaktionsgeschichte der *peer group*-Dynamik kaum zu unterbinden. Anders als die Sekundärprävention, die räumlich, zeitlich und semantisch an medizinische Sachzwänge ankoppeln kann, finden die so genannten gesundheitsfördernden Interventionen keinen unmittelbaren Anknüpfungspunkt mehr. Eine in diesem Sinne verstandene Prävention müsste schlichtweg, die gesamte „Lebenswelt" der zu behandelnden Zielakteure betreffen, kann aber dann genau aus diesem Grunde *innerhalb* des Medizinsystems und ihrer Organisationen nicht mehr vorkommen.[34] Die Diagnose lässt sich nicht mehr hinreichend spezifizieren und die Therapie

[34] Der Internist wird zwar den dekompensierten Alkoholiker auf der Intensivstation wieder aufpäppeln und ihm raten, in Zukunft abstinent zu bleiben, doch er wird sein professionelles Bemühen nicht darauf richten können, die Lebensverhältnisse seines Patienten zu verändern. Er mag zwar den Sozialdienst einschalten, aber auch dieser wird im Sinne des eigenen professionellen Ethos gut beraten sein, seine Behandlungsoptionen mit der Bemerkung vorzulegen, dass sein Klient schließlich einsichtig sein müsse und nur von diesem selbst aus die Initiative ausgehen könne (Hierbei handelt es sich nicht nur um eine Schutzbehauptung, sondern um eine Form, die komplementär zur Epistemologie des Alkoholikers liegt. Vgl. Bateson 1992, 400ff.).

entsprechend nicht mehr konkretisieren, denn sie würde nun auf eine durch die medizineigenen Operationen nicht mehr erreichbare Umwelt zielen.

In ähnlichem Sinne können auch die ökonomischen Akteure innerhalb eines über Krankenkassen finanzierten Medizinsystems wenig mit der Primärprävention anfangen, denn aus dem versicherungsökonomischen Blickwinkel geht es um das Individualrisiko der eigenen Klienten, nicht jedoch um eine wie auch immer gestaltbare „Globalgesundheit“.[35]

Die mit der Salutogenese verbundene Idee des „umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens« verlangt nach einer anderen gesellschaftlichen Kontextur, um in die Gesellschaft wieder eingeführt zu werden. Prädestiniert hierfür erscheint zunächst die Politik und in diesem Sinne würde das, was die WHO als Programmatik formuliert hat, keine medizinische Wahrheit sondern zuallererst politische Programmatik darstellen. Es würde hier also primär darum gehen, Chancen für Macht und Konsensus auf der Ebene allgemein gefasster Programme abzutasten. Gerade die Gesundheit als Abstraktum bietet sich hier als unhinterfragbarer Zentralwert an, um programmatisch andere Forderungen, etwa im Zusammenhang mit der Forderung nach entsprechenden Ressourcenallokationen, ankoppeln zu können.

Historisch gesehen erscheint die politische Idee der Prävention zunächst eine Erfindung der vordemokratischen, sich im Übergang zur funktionalen Differenzierung befindenden Gesellschaften. Der Gedanke eines gesunden und starken Volkskörpers, der dem Nationalstaat sowohl in Produktivität als auch in der Kriegsführung eine überlegene Qualität bietet, erschien dabei zunächst als tragende Leitidee.

Mit der fortschreitenden funktionalen Differenzierung schiebt sich nun die ärztliche Profession – gleichsam als dritter Stand – zwischen Staat und Wirtschaft und betont nun den Klientelbezug, also die Verantwortlichkeit gegenüber dem individuellen Klienten auch gegen den staatlichen Durchgriff. Mit der rassenhygienischen Sozialmedizin der Nationalsozialisten findet jedoch zunächst nochmals die Rückkehr zur ulitaristischen Einheitssemantik statt. Die Gesundheit wird hier nicht mehr auf den Einzelfall bezogen sondern im Hinblick auf den Volkskörper begriffen.[36] Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit dem „Dritten Reich“ gehen die gesundheitspolitischen Diskurse der Nachkriegszeit jedoch auf internationaler Ebene deutlich in Kontrast zu den zu Beginn des 19ten Jahrhunderts formulierten sozialmedizinischen Ideen.[37] Der professionelle Arzt, der nun – auf den Einzelfall ausgerichtet – die Würde des ihm anvertrauten Patienten achtet,[38] erscheint nun zunächst als konkurrenzloser Garant wie auch Vertreter gesundheitlicher Belange (Hafferty/Light 1995).[39]

Dies scheint nun auch im Einklang zu sein mit der wachsenden Bedeutung des Individuums in der funktional differenzierten modernen Gesellschaft, denn diesem wird nun auch die Eigenverantwortung für seine Lebensplanung zugerechnet. Freiheit wird nun höher bewertet als verordnete Gesundheit und ganz in diesem Sinne wendet sich die Medizinkritik der 60er und 70er Jahre schließlich konsequenterweise auch gegen die

---

[35] In diesem Sinne muss auch Rolf Rosenbrock feststellen, dass mit dem Gesundheitsreformgesetz die Kassenkompetenzen zwar in Richtung Primärprävention erweitert wurden, das »Budget für Primärprävention« 2001 jedoch »erheblich hinter dem gesetzlich ohnehin schon knapp bemessenen Buget zurück« blieb und »sich die Kassen einseitig auf verhaltenspräventive Handlungskonzepte konzentrieren und integrierten kontextbezogenen Ansätzen einen lediglich geringen Stellenwert zuweisen«. Rosenbrock kommt zu dem Schluss: »Der wichtigste Grund für diese Entwicklung liegt in der gegenwärtigen Form der Kassenkonkurrenz, die auf eine Bevorzugung „guter Risiken“ unter den Versicherten abzielt und keinen wirtschaftlichen Anreiz für eine zielführende Umsetzung des gesetzlichen Auftrags feststellt (Rosenbrock/Gerlinger 2004, 81).

[36] In diesem Sinne ist auch der Befund von Ulrich Oevermann zu bewerten, dass die Mediziner in SS-Uniform nicht mehr *ärztlich* handeln im Sinne der schon zu dieser Zeit längst entwickelten medizinischen Professionsethik (Oevermann 2000).

[37] Auch die USA ist für gesundheitspräventive Einheitssemantiken anfällig. Man denke hier etwa, aber nicht nur an die auch religiös motivierte Phase der Prohibition. Siehe zur Alkoholforschung insbesondere Spode (2002).

[38] In diesem Sinne erscheint der so genannte „informed consent“ erst mit den Nürnberger Prozessen als ethisches Primat ärztlichen Handelns (Vollmann/Winau 1996).

[39] Demgegenüber behielt die Sozialmedizin in der DDR eine höhere Bedeutung (vgl. Elkeles, et al. 1997). Auch hier erschiene es lohnenswert, die Beziehung von funktionaler Differenzierung, Individualismus und Prävention eingehender zu untersuchen.

Dominanz der Ärzte. Es wird nun auch Patientenautonomie gefordert im Hinblick auf die Entscheidung, ob und wie die Krankenbehandlung abzulaufen habe (vgl. Freidson 1975).

Die Semantik des modernen Individuums gestattet es nur noch in geringem Umfang, Präventionsmaßnahmen an staatliche Zwänge zu koppeln. Man mag zwar Rauchen in öffentlichen Räumen verbieten, kann dies dann jedoch nicht mehr moralisch begründen, sondern nur mit dem Individualrecht der Nichtraucher auf Vermeidung gesundheitlicher Belästigungen. Selbst AIDS kann nicht mehr als Legitimation her halten, um staatlicherseits in individuelle Sexualpraktiken einzugreifen.

In diesem Sinne kann und darf sich auch die sozialmedizinische Renaissance der Prävention in den 80er Jahren nicht mehr als unmittelbarer Durchgriff auf die Praxis der angepeilten Zielakteure verstehen. Vielmehr begreift sie ihr Anliegen nun als Beratung und Aufklärung. Man informiert auf Zigarettenschachteln, dass das Rauchen zu tödlichen Krankheiten führen kann und wirbt auf Plakatwänden für den Gebrauch von Kondomen, um damit dann performativ zum Ausdruck zu bringen, dass es eben an dem Einzelnen liege, die richtige Entscheidung hinsichtlich seiner Gesundheit zu treffen.

Unter modernen Verhältnissen kann Prävention also nicht mehr auf staatliche Machtmittel bauen. Sie muss auf Erziehung setzen. Durch entsprechende pädagogische Interventionen, also Schulungen, Appelle etc. soll im Zielakteur etwas bewirkt werden. Auch das die Funktionssysteme übergreifende Schema „Beratung“ bietet sich nun als hilfreiche Form an (vgl. Hafen 2001). Man mag dann stadtteilnah beraten, Ernährungshinweise im Vorabendfernsehen geben und auch die Mitarbeiter eines Unternehmens im Rahmen entsprechender Veranstaltungen zu Fragen der Gesundheitsförderung instruieren. Wenn man aber die Form der Beratung mit Fuchs und Mahler (2000) als Unterscheidung von Rat und Tat betrachtet, reduziert sich hiermit auch die Prävention tendenziell in Richtung einer rituellen Bewältigung von Problemlagen, bei denen *de facto* der Durchgriff auf die Praxis der Zielakteure nicht mehr gelingt.

Im gleichen Sinne mag „Präventionserziehung“ die Teilnehmer ihrer Programme zwar befähigen, am Präventionsdiskurs teilzuhaben – man kann nun mit anderen darüber reden, wie man sich zu ernähren habe – doch auch hier bleiben die eigentlichen Problemfelder (zunächst) unberührt. Entsprechend der Komplexität moderner Verhältnisse kann auch die Erziehung nicht mehr darauf setzen, dass das gelehrte Wissen zu den Problemlagen der Praxis in einem komplementären Passungsverhältnis steht. Vielmehr kann es nur noch darum gehen, die Intelligenz für entsprechende oder andere Situationen zu mobilisieren. Für die Logik der Praxis und dem hierfür entscheidenden „Erleben“ des angepeilten Zielakteurs ist im Zweifelsfall jedoch nicht die Erziehung sondern wiederum die Therapie zuständig. Entsprechend dem medizinischen Code kann selbst hier entsprechender Therapiebedarf diagnostiziert werden, nämlich in Form von Psychotherapie, also einem Procedere, das nun dem Individuum dadurch Rechnung trägt, indem es zum Gegenstand ihrer Diagnose macht, dass es nun um den Willen ihrer Klienten gehe. Der Funktionsbezug der Psychotherapie findet entsprechend seine Sisyphosaufgabe in der Paradoxie der zu behandelnden Autonomie.

Unter den Bedingungen polykontexturaler Verhältnisse moderner Gesellschaften kann Gesundheitsförderung und Primärprävention nur auf einem hohen Abstraktionsniveau operieren. Anders als die Medizin für die Krankheit, die *per se* instruktiv ist, findet sie in ihrer Praxis keinen unmittelbar zwingenden Ansatzpunkt. Aus diesem Grunde lässt sie sich Prävention nur über *output*orientierte Zweckprogramme organisieren. Man kann Projekte und Kampagnen initiieren, die dann temporär verfolgt werden und entsprechend nun für eine gewisse Zeit dadurch Existenz bekommen, dass sie ausgerufen werden. Diese Programme legitimieren sich durch gute Absichten und finanzieren sich durch Mittel, die entsprechend hierfür eingeworben werden. Sie stellen jedoch inhaltlich wie thematisch, ähnlich der Mode, ein relativ fluides Phänomen dar. Es ist darauf angewiesen, an Problemlagen anzukoppeln, die durch die Massenmedien thematisiert werden, die jedoch, und damit auch die für den eigenen Betrieb notwendige Ressourcenallokation, schnell wieder an Attraktivität verlieren kann. In diesem Sinne verstanden erscheint die moderne Prävention als plausibles Schema, auf das

dann insbesondere die Politik situativ zurückgreifen kann, um Problemlagen öffentlichkeitswirksam zu behandeln, welche jedoch *de facto* außerhalb ihrer operativen Kontrolle liegen. Ihr funktionaler Bezug bestände sozusagen in der Behandlung unbehandelbarer Risiken. Zur eigenen Systembildung würde dies jedoch nicht hinreichen, denn sie kann keinen eigenen Code spezifizieren.

VI. Systemtheorie und Gesundheitswissenschaften

Die (Luhmannsche-)Systemtheorie erscheint für viele Disziplinen gleichsam als »Joker« (Baecker 2002), als willkommene Quelle, um die Reflexion der eigenen Disziplin voranzutreiben. In den unterschiedlichsten Disziplinen wird sie kritisch rezipiert. Man denke hier etwa an die Theologie (Welker 1985), die Erziehungswissenschaften (Lenzen 2004), an die klinische Psychologie (Simon 1988) aber auch an die Psychosomatik (Bökmann 2000; Uexküll/Wesiack 1998), die Wirtschaftswissenschaften und dabei insbesondere die Organisationsberatung. Abschließend stellt sich nun die Frage, warum in den Gesundheitswissenschaften trotz ihrer breiten akademischen Institutionalisierung durch die Public Health Studiengänge die systemtheoretische Reflexion praktisch nicht vorkommt?

Einer der Gründe mag in dem Problem der »sekundären Disziplinierung« liegen. Stichweh (1987, 254) unterscheidet dabei zwischen den akademischen Disziplinen, die über ein eigenes Berufsfeld verfügen, für das sie ausbilden, und den Wissensdisziplinen, welche ihre Adepten nur in disziplinfremden Berufsfeldern unterbringen können (»sekundäre Disziplinierung und sekundäre Professionalisierung«). Zu der ersten Gruppe gehören beispielsweise die Theologen, die Pädagogen und die Ärzte, zu der zweiten Gruppe die Sozialwissenschaftler wie auch die Gesundheitswissenschaftler. Da sich die letzteren im Hinblick auf ihre eigene Reproduktion nicht nur auf das Feld der Universität verlassen kann, jedoch auch nicht über eine eigene außeruniversitäre Profession verfügen, vermutet Stichweh hier »ein erhöhtes Risiko der Korrumpierbarkeit der wissenschaftlichen Berufsgruppen« (1987, 260).

Während die Ausbildung von Pädagogen nicht dadurch in Frage gestellt wird, dass man sich eine Reflexionswissenschaft zur Theorie der Erziehung leistet, und auch die Theologie durch die kritische Betrachtung ihrer epistemischen Grundlagen, nicht in ihrer gesellschaftlichen Funktion beeinträchtigt wird, stellt sich die Situation für die Gesundheitswissenschaften anders dar. Sie muss zum einen die programmatische Allianz mit der Politik suchen und darf dann zum anderen nicht die außeruniversitären Berufsfelder in den Krankenkassen und (kommunalen) Gesundheitsbehörden aus dem Blick verlieren. Die Suche nach Anschlüssen zu außeruniversitärer Praxis mag zwar die Abneigung gegenüber allzu viel Theoretisieren verständlich machen und den Hang zu manchem pragmatischen Kompromiss plausibilisieren. Trotzdem scheint jedoch der Dialog mit der Systemtheorie nicht prinzipiell ausgeschlossen. Man denke hier nur an die Organisationsberatung, die trotz konstruktivistischer Perspektiven den einen oder anderen pragmatischen Anschluss finden kann.

Aus diesem Grunde ist noch eine weitere Ursache für die Resistenz gegenüber der Systemtheorie zu vermuten. Um hier eine Antwort zu bekommen, lohnt es sich nochmals die Besonderheiten des medizinischen Codes zu betrachten. Die Medizin selbst hat – anders als das Recht, die Wissenschaft, die Pädagogik – keine eigene Reflexionstheorie ausgebildet. Dies liegt – um nochmals zu wiederholen – darin, dass bei ihr nur die negative Seite des Codes anschlussfähig ist und dass es sich im Angesicht von bedrohlicher Krankheit, verbietet zu fragen, ob es gesund sei, Krankheit zu behandeln. Entsprechend sind die grundlegenden medizinethischen Fragen, also ob und wie lange man das Leben verlängern solle, ob eine Millionen teure Krebsbehandlung durchzuführen sei etc. nicht in der Medizin zu beantworten (Luhmann 1983b).

Die Gesundheitswissenschaften postulieren nun ein Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit und sehen sich dabei selbst in der Position, an der Gesundheit anzuschließen zu können. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich jedoch, dass auch sie *de facto* nur an einem, wie auch immer gearteten Begriff der Krankheit anschließen können (vgl. Hafen 2004). Da es nun schwer fällt, den einzigen Ast, auf dem man sitzt, abzusägen, erscheint auch hier – wie im Medizinsystem, nur diesmal unter einem anderen Vorzeichen – eine Reflexionssperre. Wenn der Zentralwert Gesundheit sowohl den Namen der Disziplin als auch ihre Identität bestimmt, kann und darf nicht gefragt werden, ob es gesund (vernünftig, ökonomisch etc.) sei, die Gesundheit zu fördern. Im Sinne einer an die Politik angekoppelten Wertproblematik verkörpern die Gesundheitswissenschaften auch in der Art und Weise, wie sie auf gesellschaftstheoretische Argumente rekurrieren, *nolens volens* eine Einheitssemantik, die mit differenztheoretischen Perspektiven der Luhmannschen Systemtheorie prinzipiell inkompatibel erscheint.[40] Anders als die Disziplinen, die darum wissen, dass sie trotz inkongruenter Perspektiven für die Gesellschaft unverzichtbar sind, erscheint die Gesundheitswissenschaft deshalb wenig ironiefähig. Man mag zwar Krankenkassen in Gesundheitskassen umbenennen. Im Medizinsystem bleibt jedoch weiterhin die Krankheit und nicht die Gesundheit anschlussfähig.

Literatur

Abbott, Andrew (1988): The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor. Chicago London: The Univiversity of Chicago Press.

Baecker, Dirk (2002): Wozu Systeme? Berlin: Kulturverlag Kadmos.

Bateson, Gregory (1992): Ökologie des Geistes: Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Bauch, Jost (1996): Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Weinheim München: Juventa.

Becker, Thomas A. (2004): Das Ende der Gesundheit. Die Zukunft eines nichtsteuerbaren Gesundheitssystems. Neue Züricher Zeitung.

Berg, Marc (1995): Turning a Practice into Science: Reconceptualizing Postwar Medical Practice. Social Studies of Science 25, 437-476.

Blech, Jörg (2003): Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. Frankfurt/Main: S. Fischer Verlag.

Bökmann, Martin B. F. (2000): Systemtheoretische Grundlagen der Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin Heidelberg New York: Springer.

Braddock, Clarence H./Kelly, Edwards A./Hasenberg, Nicole M./Laidley, Tracy L./Levinson, Wendy (1999): Informed decision making in outpatient practice. Time to get back to basics. Journal of American Medical Association (JAMA) 282, 2313-2320.

Buchholz, Michael B. (1994): Die Rolle der Metapher in der Konstruktion einer psychotischen Biographie. S. 291-325 in: Michael B. Buchholz/Ulrich Streeck (Hrsg.), Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Calabresi, Guido/Bobbitt, Philip (1978): Tragic Choices. New York: Norton.

[40] Auch Gunnar Stollberg (2001, 63f.) formuliert diesbezüglich zu Jost Bauchs Versuch den Code „lebensförderlich/lebenshinderlich" als Leitwert gesellschaftlichen Handelns zu betrachten, dass es sich hier wohl weniger um eine Rekonstruktion der systemtheoretischen Funktionsbezüge im Luhmann'schen Sinne handle, denn um die Reformulierung biopolitischer Argumente.

Carr-Saunders, Alexander Morris/Wilson, Paul Alexander (1933): The Professions. Oxford: Clarendon.

Charles, Cathy/Gafni, Amiram /Whelan, Tim (1999): Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Social Science and Medicine 49, 651-661.

Charles, Cathy/Gafni, Amiram/Whelan, Tim (1997): Shared decision-making in the medical encounter: What does it Mean? (Or it takes at least two to tango). Social Science and Medicine 44, 681-692.

Deber, R. B./N., Kraetschmer/J., Irvine (1996): What role do patients wish to play in treatment decision making? Archives Internal Medicine 156, 1414-1420.

Dörner, Klaus (2001): Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart New York: Schattauer.

Elkeles, Thomas/Niehoff, Jens-Uwe/Rosenbrock, Rolf/Schneider, Frank (1997): Prävention und Prophylaxe: Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949 -1990. Berlin:

Feuerstein, Günter (1994): Schnittstellen im Gesundheitswesen – Zur (Des-)Integration medizinischer Handlungsstrukturen. S. 211-254 in: B. Badura/G. Feuerstein (Hrsg.), Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim München: Juventa.

Feuerstein, Günter (1995): Das Transplantationssystem. Dynamik, Konflikte und ethisch-moralische Grenzgänge. Weinheim München: Juventa.

Feuerstein, Günter (1998): Quality of Life - Ein Kriterium für Entscheidungen über Ressourcen. S. 43-64 in: H. Kaupen-Haas/C Rothmaler (Hrsg.), Strategien der Gesundheitsökonomie. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.

Feuerstein, Günter/Kuhlmann, Ellen (Hrsg.) (1999): Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis. Bern Göttingen Toronto: Huber.

Fisher, Elliott S./Welsh, Gilbert H. (1999): Avoiding the unintended consequences of growth in medical care: how might more be worse? Journal of American Medical Association (JAMA) 281, 446-453.

Freidson, Eliot (1975): Dominanz der Experten. Zur Struktur medizinischer Versorgung. München Berlin Wien: Urban und Schwarzenberg.

Freidson, Eliot (2001): Professionalism. The third logic. Cambridge, Mass.: Polity Press.

Fuchs, Peter (1992): Die Erreichbarkeit der Gesellschaft. Zur Konstruktion und Imagination gesellschaftlicher Einheit. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Fuchs, Peter/Mahler, Enrico (2000): Form und Funktion von Beratung. Soziale Systeme 6, 349-368.

Gafni, Amiram/Charles, Cathy/Whelan, Tim (1998): The physician-patient encounter. The physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. Social Science and Medicine 47, 347-354.

Guadagnoli, Edward/Ward, Patricia (1998): Patient Participation in Decision-Making. Social Science and Medicine 47, 329-339.

Hafen, Martin (2001): Prävention als Beratung. SuchtMagazin 6/01, 32-37.

Hafen, Martin (2004): Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung? Prävention - Zeitschrift für Gesundheitsförderung 1/04, 8-11.

Hafferty, Frederic W./Light, Donald W. (1995): Professional dynamics and the changing nature of medical work. Journal of Health and Social Behavior Extra Issue, 1995, 132-153.

Hafferty, Frederic W./McKinlay, John B. (Hrsg.) (1993): The Changing medical profession. An International Perspective. New York Oxford: Oxford University Press.

Iding, Hermann (2000): Hinter den Kulissen der Organisationsberatung. Qualitative Fallstudien von Beratungsprozessen im Krankenhaus. Opladen: Leske & Budrich.

Illich, Ivan (1995): Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. München: Beck.

Jäger, H. (1999): Stärkung der Patientenposition. Eine neue Herausforderung im Gesundheitswesen. Gesundheitswesen 61, 269-273.

Japp, Klaus P. (1993): Zur Soziologie des fundamentalisitischen Terrorismus. Soziale Systeme 9, 54-86.

Kirsch, I./Sapirstein, G. (1998): Listening to Prozac but hearing placebo: A meta-analysis of antidepressant medication. Prevention and Treatment (http://www.journals.apa.org/prevention/) 1,

Lenzen, Dieter (Hrsg.) (2004): Irritationen des Erziehungssystems. Pädagogische Resonanzen auf Niklas Luhmann. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Luhmann, Niklas (1983a): Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. S. 28-49 in: Phillip Herder-Dorneich/Alexander Schuller (Hrsg.), Die Anpruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt? Stuttgart Berlin Köln: Kohlhammer.

Luhmann, Niklas (1983b): Medizin und Gesellschaftstheorie. Medizin Mensch Gesellschaft 8, 168-175.

Luhmann, Niklas (1990): Der medizinische Code. S. 183-195 in: N. Luhmann (Hrsg.), Soziologische Aufklärung, Konstruktivistische Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Luhmann, Niklas (2000a): Organisation und Entscheidung. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Luhmann, Niklas (2000b): Vertrauen: Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Stuttgart: Lucius & Lucius.

Mannebach, Hermann (2001): Reflexionen über den „Guten Arzt“. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 9, 85-94.

Mayntz, Renate (1988): Funktionelle Teilsysteme in der Theorie sozialer Differenzierung. S. 11- 44 in: R. Mayntz/B. Rosewitz/U. Schimank/R. Stichweh (Hrsg.), Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt/Main: Campus.

Mehrez, Abraham/Gafni, Amiram (1993): Healthy-years equivalents versus quality-adjusted life years: in pursuit of progress. Medical Decision Making 13, 287-292.

Novak, Peter (1998): Salutogenese und Pathogenese: Komplementarität und Abgrenzung. S. 27-39 in: J. Margraf/J. Siegrist/S. Neumer (Hrsg.), Gesundheit oder Krankheitstheorien? Saluto- versus pathogenetischer Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin Heidelberg New York: Springer.

Observatory, European (2000): European Observatory on Health Care Systems. Deutschland. Copenhagen: WHO, Regionalbüro Europa.

Oevermann, Ulrich (2000): Mediziner in SS-Uniformen: Professionalisierungstheoretische Deutung des Falles Münch. S. 18-76 in: H. Kramer (Hrsg.), Die Gegenwart der NS-Vergangenheit. Berlin Wien: Philo Verlagsgesellschaft.

Ong, L. M./Haes, J. C. J. M. de/Hoos, A. M./Lammes, F. B. (1995): Doctor-patient communication: A review of literature. Social Science & Medicine 40, 903- 918.

Pfadenhauer, Michaela (2004): Professionelle Organisation als Lernkulturen am Beispiel ärztlicher Fortbildung. S. 255-297 in: (Hrsg.), Kompetenzentwicklung 2004. Lernförderliche Strukurbedingungen. Münster: Waxman.

Raspe, Heiner (1996): Evidence based medicine: Modischer Unsinn, alter Wein in neuen Schläuchen oder aktuelle Notwendigkeit? Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 90, 553-562.

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Gesundheitswissenschaften. Bern: Huber.

Saake, Irmhild (2003): Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion. Soziale Welt 54, 429-446.

Sackett, David L./Rosenberg, William M.C./Gray, J.A.M./Haynes, R. Brian/Richardson, W. Scott (1997): Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? Münchner Medizinische Wochenschrift 139, 644-645.

Siering, U./Bergner, E./Staender, J. (2001): Richten sich Ärzte nach Leitlinien? - Eine Analyse der Auswirkungen der "Richtlinien der interventionellen Koronartherapie" auf den Behandlungsalltag.

Simoes, E./Boukamp, K. /Mayer, E. D./Schmahl, F. W. (2004): Gibt es Belege für den Impact qualitätssichernder/-fördernder Verfahren in anderen Ländern? Gesundheitswesen 66, 370-379.

Simon, Fritz B. (1988): Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag.

Spode, Hasso (2002): Präventionskonzepte in Geschichte und Gegenwart. S. in: Gerhard Bühringer (Hrsg.), Strategien und Projekte zur Reduktion alkoholbezogener Störungen. Lengerisch:

Stichweh, Rudolf (1987): Professionen und Disziplinen – Formen der Differenzierung zweier Systeme beruflichen Handelns in modernen Gesellschaften. S. 210-275 in: Klaus Harney (Hrsg.), Professionalisierung der Erwachsenenbildung: Fallstudien, Materialien, Forschungsstrategien. Frankfurt/Main: Peter Lang.

Stichweh, Rudolf (1996): Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. S. 49-69 in: Arno Combe/Werner Helsper (Hrsg.), Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Stollberg, Gunnar (1999): Patienten und Homöopathie – ein Überblick über die soziologische Literatur. Medizin, Gesellschaft Geschichte 18, 103-118.

Stollberg, Gunnar (2001): Medizinsoziologie. Bielefeld: Transcript Verlag.

Timmermans, Stefan/Berg, Marc (2003): The Gold Standard. The Challange of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care. Philadelphia: Temple University Press.

Troschke, Jürgen v. (2001): Die Kunst ein guter Arzt zu werden: Anregungen zum Nach- und Weiterdenken. Bern Göttingen Toronto: Huber.

Uexküll, Thure von/Wesiack, Wolfgang (1998): Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Vogd, Werner (2002a): Die Bedeutung von "Rahmen" (frames) für die Arzt-Patient-Interaktion. Eine Studie zur ärztlichen Herstellung von dem, "was der Fall ist" im gewöhnlichen Krankenhausalltag. Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBBS) 2002, 321-346.

Vogd, Werner (2002b): Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive. Zeitschrift für Soziologie 31, 294-315.

Vogd, Werner (2004a): Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus bei komplexer Fallproblematik im Spannungsfeld von Patienteninteressen und administrativ-organisatorischen Bedingungen. Zeitschrift für Soziologie 33, 26-47.

Vogd, Werner (2004b): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität: Eine qualitativ rekonstruktive Studie. Berlin: VWF.

Vogd, Werner (2004c): Entscheidung und Karriere – organisationssoziologische Betrachtungen zu den Geschehnissen einer psychosomatischen Abteilung. Soziale Welt 55, 283-300.

Vogd, Werner (2005): Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung – Versuch einer Brücke. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.

Vollmann, J./Winau, R. (1996): History of informed medical consent. Lancet 347,

Wagner, Gerald (1995): Die Modernisierung der modernen Medizin. Die "epistemiologische Krise" der Intensivmedizin als ein Beispiel reflexiver Verwissenschaftlichung. Soziale Welt 46, 266-281.

Welker, Michael (1985): Theologie und funktionale Systemtheorie. Luhmanns Religionssoziologie in theologischer Diskussion. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Ottawa.