

Isabelle Baszanger

- Harrison, T.R. (1950), *Principles of Internal Medicine*, New-York : McGraw Hill (1ère édition et suivante) (traduction française, Principes de médecine interne. Paris, Flammarion).
- Jewson, N. D. (1974) The Disappearance of the Sick Man from Medical Cosmolgy, 1770–1870. *Sociology*, 10, 225–244.
- Melzack, R. et Wall, P. D. (1965), Pain Mechanisms. A New Theory. *Science*, 150, 971–979.
- Reiser, S. J. (1978), *Medicine and the Reign of Technology*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Rey, R. (1994), *Histoire de la douleur*. Paris, La Découverte.

## Reflexive Mediziner? Die Definition professioneller Kompetenz als standespolitisches Problem am Übergang zu einer „anderen“ Moderne

Ronald Hitzler und Michaela Pfadenhauer

### 1 Medizin als Prototyp einer erfolgreichen Profession

Angesichts der Macht, die die Medizin in der bisherigen Moderne über die Definition, die Organisation und die Mittel und Praktiken von gesellschaftlich als „legitim“ anerkannten „Lösungen“ der Probleme hat, die sich aus der Differenz von „gesund oder krank“ ergeben, stellt sich immer wieder die schon so oft und so divergent beantwortete Frage, wie sich diese Profession historisch derart erfolgreich hat institutionalisieren können, ehe man sich dann wiederum ebenso verwundert fragt, wie es kommt, daß sie nun neuerdings nicht nur öffentlich beargwöhnt und kritisiert, sondern auch politisch und ökonomisch attackiert wird.<sup>1</sup>

Nach wie vor gilt uns Sozialwissenschaftlern die Medizin in ihrer klinischen Variante ja als prototypisches Modell einer gelungenen Professionalisierung<sup>2</sup>, vereinigt die Universitätsklinik doch die drei als wesentlich angesehenen Professionalitätselemente – Praxis, Forschung und Ausbildung – in einer unter medizinischer Kontrolle stehenden Organisationsform. Darüber hinaus kontrollieren Mediziner bekanntlich auch die Qualifikations-

1 Vgl. dazu im historischen Überblick Labisch/Spree (1989). Mit den sozialen, politischen und ökonomischen Implikationen der medizinischen Profession in den USA hat sich insbesondere Eliot Freidson (1989) immer wieder befaßt.

2 Nach Schütz und Luckmann (1979: 387 ff.) bedeutet „Professionalisierung“ die soziale Verfestigung einer Berufsgruppe durch die Systematisierung eines Wissensgebietes, die Länge und Komplexität der (institutionell spezialisierten) Ausbildung, durch Beglaubigung der beruflichen Kompetenzen in anonymen institutionellen Kategorien und durch ein Geflecht von auf Sonderwissen bezogenen Selbst- und Fremdtypisierungen („Berufsprestige-Skala“).

standards für ihr Hilfspersonal, und sie definieren den relativen Status von mit ihnen kooperierenden Berufsgruppen (z. B. den von Chemikern, Biologen, Psychologen, Physiotherapeuten usw.) – nämlich als „Zuarbeiter“ (vgl. Freidson, 1986; Armstrong, 1983).

Legitimiert wird der Autonomie- und Hegemonieanspruch dieser Profession durch die in ihr versammelte – und als nachgewiesen geltende – Kompetenz zur Linderung und Heilung körperlich-seelischer Leiden. Und das wiederum bedeutet natürlich auch, daß die Ärzteschaft das Deutungsmonopol in medizinischen Fragen beansprucht und die Wissensentwicklung über Gesundheit und Krankheit maßgeblich steuert.<sup>3</sup> Anders ausgedrückt: Der professionelle Kompetenzanspruch der Mediziner zielt wesentlich darauf ab, die Berechtigung zur Linderung bzw. zum Heilen von Leiden dauerhaft und exklusiv an jene Personengruppe zu binden, die nachweislich die von der Profession definierten Qualifikationsstandards erfüllt: an den Stand eben der approbierten Ärzte. „Die Professionalisierung war in erster Linie ein Mittel, um den Zutritt zu bestimmten Berufen zu beschränken. In der Medizin z. B. überzeugte das erschreckende Überangebot an Ärzten den Berufsverband American Medical Association (AMA) letztlich vom Wert „wissenschaftlicher“ Reformen, die das Praktizieren auf jene beschränken sollten, die ein Collegestudium und vier zusätzliche Jahre medizinische Standardausbildung abgeschlossen hatten“ (Ehrenreich, 1994: 79).

In eben diesem Verstande hat sich die neuzeitliche Medizin als akademische Disziplin installiert und ihr Kompetenzmonopol bekanntlich gegen alle möglichen konkurrierenden Deutungssysteme durchgesetzt (vgl. z. B. Thomas, 1973, dazu auch Foucault, 1976; Hartmannbund, 1986). Vereinfacht gesprochen basiert diese ganze institutionelle Etablierung der Medizin vor allem darauf, daß es gelungen ist, das Wissen der Ärzte von den Deutungsmustern der Patienten abzulösen und es so deren Kontrolle, überhaupt der Kontrollierbarkeit durch Nicht-Mediziner zu entziehen.<sup>4</sup> Wichtig ist dabei

3 Professionelle Kompetenz meint – in Anlehnung an Odo Marquard (1981: 24) – die *Bereitschaft* (angezeigt durch „Leistungs-Angebote“), die *Befähigung* (nachgewiesen durch eine meist wissenschaftliche Ausbildung), und die *Befugnis* (beglaubigt durch „Zertifikate“), Lösungen für spezifische Probleme anzubieten (vgl. dazu auch Hitzler/Pfadenhauer, 1996).

4 Ärztliches, naturwissenschaftlich orientiertes Professionswissen ist nach anderen Relevanzkriterien geordnet als das Alltagswissen: es geht nicht so sehr um unmittelbares Helfen auf der Basis von Mitleid und Mitgefühl, sondern um technisch-apparativ vermittelte Hilfe auf der Basis und zum Zwecke rationaler Erkenntnis und fortschrittlicher Innovation (vgl. Böhme, 1981, sowie Honer, 1994b). Die „Transformation des Helfens unter den Bedingungen moderner Sozialstaatlichkeit“

u. a., daß die Medizin damit, daß ihre Protagonisten relativ erfolgreich das Monopol für die Definition von Krankheit und Gesundheit und die daraus sich ergebenden bzw. zu ziehenden Konsequenzen beanspruchen, sozusagen ein kulturelles Fürsorglichkeits-Versprechen beinhaltet, aus dem ein unlösbares Dilemma resultiert: Da das menschliche Dasein ein „Sein zum Tode“ ist, sind spezielle ebenso wie generelle Heilerfolge stets und zwangsläufig lediglich so etwas wie zurückgezogene Vorhänge, hinter denen immer neue Leiden zum Vorschein kommen. Das Dilemma liegt darin begründet, daß einerseits medizinische Erkenntnislogik im Wesentlichen naturwissenschaftlich begründet ist, andererseits in der „Natur“ selbst für die Medizin „unüberwindbare Grenzen“ angelegt sind (vgl. hierzu am Beispiel der Reproduktionsmedizin Honer, 1994a).

Technischer formuliert: Die Erfolge der modernen Medizin (vgl. hierzu kritisch den Sozialmediziner McKeown, 1982; vgl. zur Kritik an McKeown Gerhardt, 1989) verändern das Morbiditäts- und Mortalitätspektrum der westlichen Gesellschaften, denn sie bewirken eine höhere Überlebenschance z. B. bei Infektionskrankheiten – und damit eben (zwangsläufig) auch eine Zunahme chronischer Krankheiten und sogenannter Defektkranker. Zugleich führen überdies die neuen und verbesserten Diagnostiktechniken dazu, daß einerseits Krankheiten in einem früheren Stadium erkannt werden und andererseits neue Befunde diagnostiziert werden, deren Wertigkeit unklar ist, und die mit den medizinischen Begriffen „normal“ oder „pathologisch“ nicht mehr zu fassen sind.

Somit treibt das institutionelle Fürsorglichkeits-Versprechen die medizintechnische Entwicklung wenigstens ebenso voran, wie etwelche Profitinteressen einschlägig engagierter Waren- und Dienstleistungs-Produzenten. Und ein weiterer Motor in dieser Entwicklung ist – auf der Nachfragerseite – die „Anspruchsspirale“ der Patienten (vgl. dazu Herder-Dorneich/Schuller, 1983, sowie Luhmann, 1983). Die prinzipielle Uneinlösbarkeit dieses Versprechens aber impliziert eben auch ein immerwährendes Scheitern dieses Funktionssystems, welches wiederum eine prinzipiell unbegrenzte Kritik daran evoziert. So setzte bereits Anfang der 70er Jahre in den USA und in Großbritannien eine vehemente (marxistisch begründete) Kritik der Medizin ein.<sup>5</sup>

(vgl. Gross, 1984) macht den quasinatürlich hilfsbereiten Alltagsmenschen zum inkompetenten Laien. Das Arzt-Patient-Verhältnis (vgl. z. B. Freidson, 1976, 1979, 1986; Foucault, 1976, und Lachmund, 1987 und 1992) ist nachgerade prototypisch als Experten-Laien-Verhältnis beschreibbar (vgl. dazu nochmals Honer, 1994a, und Hitzler, 1994).

5 Populärster Vertreter dieser Kritik ist zweifellos Ivan Illich (vgl. z. B. 1975 und die Beiträge in 1977). Zur „Gegenkritik“ vgl. Baier, 1979.

Infolgedessen trübt sich das sozial approbierte Vertrauen auf die Kompetenzen des Arztes in jüngerer Zeit typischerweise (wieder) ein und muß durch alle möglichen Formen „populärer“ Imagewerbung sowohl für den Berufsstand (z. B. durch die sogenannten „Arztserien“ im Fernsehen) als auch durch den Berufsstand (z. B. durch nicht nur allgemeinverständliche, sondern auch unterhaltsame „Patienteninformationen“ – vgl. dazu nochmals Honer, 1994a) wiederhergestellt werden.

## 2 Die Binärcodierung (in) der Medizin

Dabei produziert – metaphorisch gesprochen – die Medizin das Wissen, auch das Laien-Wissen, das ihr zum Problem wird, im wesentlichen *selber*: Es ist das Wissen, auf dem strukturell ihre Erfolgsgeschichte in der bisherigen Moderne basiert. Um zu verdeutlichen, worum es dabei geht, setzen wir (unoriginellerweise) bei jener sattsam bekannten WHO-Formel an, wonach Gesundheit eben „ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisetzen von Krankheit und Gebrechen“ sei (vgl. Pschyrembel, 1994).

In diesem Zusammenhang geht es uns weder um eine Kritik der Deutungen dieser Definition noch um eine Deutung der Kritiken daran, denn gleichviel, ob das Gemeinte in der einschlägigen Literatur nun affirmativ erläutert oder vorbehaltvoll problematisiert wird: der Topos „Gesundheit“ wird so und so stets in Opposition zu Krankheit gedacht. Der „Skandal“ der WHO-Formel (falls es denn einen geben sollte) besteht mithin lediglich darin, daß Gesundheit mehr sein soll als nur die Abwesenheit von Krankheit. Die für die Entwicklung der modernen Medizin konstitutive Binärcodierung von „gesund“ und „krank“ wird damit jedoch keineswegs problematisiert, sondern sozusagen linear fortgeschrieben und „lediglich“ im Hinblick auf ihren konnotativen Horizont gegenüber „einfältigeren“ bzw. pseudo-eindeutigen naturwissenschaftlichen Bestimmungen erweitert.<sup>6</sup>

Dies festzuhalten ist deshalb bedeutsam, weil zum einen diese Formel selber eine Konsequenz – ironischerweise – sowohl des von einschlägigen Gegen-Experten zumindest auf den Begriff gebrachten (wenn nicht ohnehin maßgeblich beförderten) zeitgenössischen Unbehagens an der Eindimensionalität einer apparatetechnisch fixierten Medizin<sup>7</sup> als auch des sich ständig

6 Zur Debatte um ein Gesundheitsverständnis, das auf der WHO-Formel beruht, vgl. z. B. Fülgraff, 1994; Lupton, 1995; Noack, 1991, und Seehouse, 1995.

7 Vgl. zur engagierten Diskussion um die durch die moderne Medizintechnik vorangetriebene „Enthumanisierung“ der Medizin exemplarisch die Beiträge in Silomon, 1983; weiterführend dazu z. B. Gross/Hitzler/Honer, 1989.

erweiternden Zuständigkeits-Anspruchs der Medizin und ihrer professionellen Randgebiete darstellt<sup>8</sup>, und weil zum anderen sich auf dieser Formel – teils implizit, teils explizit – unter anderem auch eine ganze Disziplin sozialwissenschaftlich armerter Medizin-Kritik entwickelt, die unter diversen Etiketten, vorzugsweise aber unter dem der Gesundheitsforschung bzw. Gesundheitssoziologie vorangetrieben wird.<sup>9</sup>

Ungeachtet dieser Entwicklungen geht es uns hier aber darum, die Aufmerksamkeit vor allem auf die in dieser Formel fortgeschriebene Binärcodierung zu lenken, in der sich das Erfolgskonzept der modernen Medizin wesentlich verdichtet, bzw. darauf, daß das, was Gläubige und Zweifler, Apologeten und Kritiker des modernen Medizinsystems typischerweise beschäftigt, der Definitionskampf um die Konnotationen von „gesund“ und „krank“ ist, während diese Binärcodierung „an sich“ in dem ganzen Diskurs weitgehend einvernehmlich als plausibel vorausgesetzt wird.<sup>10</sup> Modernisierungstheoretisch gesprochen: Der Streit um die Medizin, um ihre Chancen und Grenzen, ihre Verheißungen und Gefahren, ihre Fortschritte und Irrtümer, ihre Erfolge und Kosten, ihre Erkenntnisse und ihre Bornierungen, der Streit um all das und um all das, was damit – wie auch immer – in welchen Zusammenhang auch immer gebracht wird, ist ein Streit im paradigmatischen Rahmen der – mehr oder minder „dialektisch“ begriffenen – Aufklärungsidee der bisherigen Moderne (vgl. dazu Fischer-Homberger, 1977; Labisch/Spree, 1989; Labisch, 1992, sowie Siegerist, 1963).

Demgegenüber bzw. „jenseits“ dieser (sattsam) bekannten Diskursformation wird – noch weitgehend übersehen – das ganze Deutungssystem, sozusagen das „Weltbild“ der modernen Medizin und werden infolgedessen auch die verselbstverständlichten Grundlagen des diagnostisch-therapeutischen Praktizierens durch nichtbeabsichtigte Konsequenzen einer erfolgreichen medizin-technischen Entwicklung selber fundamental erschüttert: dadurch nämlich, daß eben die tradierte Binärcodierung von „gesund“ und „krank“ per se in Frage gestellt wird – wenn auch bislang eher bei- und zwangsläufig als intendiertermaßen. Dergestalt manifestiert sich mit und in diesem Umbruch

8 Böhme (1980) veranschaulicht dies am Beispiel der Geburtshilfe, die inzwischen – qua Perinatal- und Reproduktionsmedizin – sozusagen bereits bei der Befruchtung beginnt (vgl. dazu auch Honer, 1994c).

9 Zur Medizinkritik aus der Public Health-Perspektive vgl. z. B. Badura, 1993; Deppe u. a., 1991; Faltermaier, 1994, sowie Gerhardt, 1993.

10 Der Medizin wird aufgrund dieser Binärcodierung in der Systemtheorie der „Status“ eines autonomen Funktionssystems zuerkannt, das im Bereich der Gentechnologie eine Neuerung aufweist: Luhmann (1990) zufolge „spaltet“ die Gentechnologie den Wert „Gesundheit“ in die Zweitcodierung „genetisch o.k./genetisch bedenklich“ auf, den Wert „Krankheit“ in „heilbare/unheilbare Krankheiten“.

auch am Beispiel der Medizin jener Wandel im Rahmen dessen, was Jürgen Habermas (1981) „das Projekt der Moderne“ genannt hat (vgl. dazu auch z. B. Kneer, 1990): jener Wandel von der bisherigen, einfachen Form von Modernisierung zu dem, was insbesondere Ulrich Beck (neuerdings in der Diskussion vor allem mit Anthony Giddens und Scott Lash) als „andere“, als reflexive Modernisierung skizziert hat (dazu Beck/Giddens/Lash, 1996).

### 3 Zum „Projekt der Moderne“

Diese Idee einer reflexiven Modernisierung resultiert aus einer doppelten Kritik: aus der Kritik am Mythos einer immer weiter fortschreitenden, technisch-industriell-formaldemokratischen Entwicklung funktional ausdifferenzierter moderner Gesellschaften einerseits und aus der Kritik am Gegenmythos einer in ihren zivilisatorischen Potentialen erschöpften, ideologisch ausgelaugten, sich (nur noch) selbst zitierenden und simulierenden Post-Moderne andererseits (vgl. Beck, 1996: 38). Reflexive Modernisierung meint demgegenüber das Kumulieren, das Aufbrechen und „Umschlagen“, aber auch das Ent-Decken und Sichtbarmachen nichtintendierter (und oft nicht bzw. kaum beachteter) Nebenfolgen des bisherigen Modernisierungsprozesses in (fast) all seinen Facetten. Das Etikett „reflexiv“ verweist darauf, daß es dabei insbesondere um eine neue „Qualität“ von Nebenfolgen geht, nämlich um solche, die die Voraussetzungen und Grundlagen unterschiedlicher Entwicklungsbereiche und -linien des Modernisierungsprozesses selber tangieren, irritieren und unterminieren (können).<sup>11</sup> Ganz vereinfacht gesagt: Die Konsequenzen der Modernisierung stellen deren Prämissen und Postulate in Frage.

Diese „zweite Aufklärung“, die Selbst-Aufklärung moderner Gesellschaften, geht einher mit Individualisierung, d. h. mit der Ablösung der Menschen aus biographiedeterminierenden Sozialstrukturen<sup>12</sup>, mit Politisierung bzw.

11 Während es also im Beckschen Konzept der „Reflexiven Modernisierung“ vorrangig um die Reflexartigkeit der Nebenfolgen von Modernisierung geht, stellen Giddens und Lash in ihren – im Weiteren unterschiedlichen – Konzeptionen die Reflexion über Grundlagen, Folgen und Probleme von Modernisierungsprozessen in den Vordergrund (vgl. dazu nochmals die Beiträge in Beck/Giddens/Lash, 1996).

12 Anders ausgedrückt: Je „moderner“ eine Gesellschaft verfaßt ist, umso eher sind, strukturell gesehen, mehr oder weniger alle Bürger dieser Gesellschaft „emanzipiert“, d. h. freigesetzt aus verbindlichen Denk-, Deutungs-, und Verhaltensnormen (vgl. dazu z. B. die Beiträge in Beck/Beck-Gernsheim, 1994, und in Beck/Sopp, 1997; dazu auch Berger, 1996).

einer politischen Selbstermächtigung der Bürgerinnen und Bürger (vgl. dazu Beck, 1993, sowie z. B. die Beiträge in Hitzler/Althammer, 1994) und – im Gefolge davon – mit einer Sklerotisierung sozialer Institutionen qua faktischem Glaubens-, Zustimmungs- und Gehorsamsentzug, die dadurch zumeist zwar nicht beseitigt, aber entleert, ausgehöhlt, „entmachtet“ – und so ganz beiläufig transformiert – werden. Insbesondere dieser zuletzt genannte Aspekt bildet nun wiederum den Hintergrund für die hier zu stellende Frage nach der Reflexivität der Medizin als einer der Institutionen in modernen Gesellschaften mit dem höchsten Definitionspotential.<sup>13</sup>

Entwickelt werden soll das Reflexivitätsproblem – nochmals: verstanden als, von den Protagonisten erkannte oder auch nichterkannte, Unterminierung der Grundlagen einer Entwicklung durch die nichtintendierten Folgen des Erfolgs dieser Entwicklung – hier am Beispiel der bereits eingetretenen wie der erwartbaren Irritationen der Medizin als einem System von Wissen und Praktiken durch eine ihrer eigenen avancierten Techniken, nämlich durch die Humangenetik, deren Professionalisierungsprozeß derzeit u. a. in einem Projekt im Arbeitsbereich von Ulrich Beck beobachtet wird.<sup>14</sup>

### 4 Humangenetik: die Folgen des Erfolgs

„Humangenetik“ bedeutet im Wesentlichen die Anwendung gentechnischer Verfahren auf den Menschen. Sie erhebt den prinzipiellen Anspruch, mit der Methode des „genetic screening“ die (routinisierte) Analyse zur Entdeckung bestimmter genetischer Defekte und mit der des „genetic engineering“ eine Neukonstruktion des menschlichen Erbguts möglich zu machen. Drei Anwendungsbereiche sind derzeit in der Diskussion: die genetische Diagnostik, die in der genetischen Beratung bereits seit einigen Jahren zum Einsatz kommt; die Genomanalyse, ein internationales Programm zur Entschlüsselung und Codierung des menschlichen Erbguts; und seit kurzem die Genterapie, die Heilungschancen bei den häufigsten Zivilisationskrankheiten unserer Zeit verspricht.

13 Die „Institutionenkrise“, die sich in allen gesellschaftlichen Handlungsbereichen bemerkbar macht (vgl. generell dazu Hitzler/Koenen, 1994, und Hitzler, 1996), wird im Vertrauensverlust in die Kompetenzen des Arztes manifest und in der „Expertenkritik“ an der Medizin zum Ausdruck gebracht.

14 Das Thema und die Fragestellung dieses von der Volkswagen-Stiftung geförderten Projekts ist die „Normierung professionellen Handelns im Spannungsfeld von Rechtsrahmen, professioneller Selbstkontrolle und reflexiver Kompetenz am Beispiel der Humangenetik“ (vgl. dazu auch Hitzler/Pfadenhauer, 1996).

Während die Humangenetik sich vor wenigen Jahrzehnten noch vehement um einen Anschluß an die „kurative“ Medizin bemühen mußte, überschreitet sie mit ihren Diagnosemöglichkeiten heute bereits deutlich deren präventive Grenzen und – und das ist für unsere Überlegungen hier wichtig – problematisiert mit der (beiläufigen) Auflösung des Dualismus von „Krankheit und Gesundheit“ sozusagen dogmatische Elemente der Grundprinzipien modernen medizinischen Wissens – und zwar eben als Teilgebiet innerhalb des professionell organisierten medizinischen Deutungssystems.<sup>15</sup>

Zwar wird angesichts ihres aktuellen Forschungsstandes der Humangenetik von vielen Medizinern noch immer der mindere Rang einer „Hilfswissenschaft“ zugewiesen, mit deren Erkenntnissen sich in erster Linie die Diagnostik in der Humanmedizin verbessern und erweitern läßt (vgl. Theisen, 1991). Dem gegenüber erheben die Humangenetiker selber jedoch einen nahezu paradigmatischen Anspruch: mit ihren technologischen Errungenschaften und den daraus ableitbaren Erkenntnissen und Methoden wird die Humangenetik zumindest von ihren Apologeten als wissenschaftliche Revolution gewertet, die die Medizin in ihren Grundlagen insgesamt verändern wird bzw. bereits verändert (vgl. emphatisch dazu Hood, 1995).

Denn zwar ist auch die Humangenetik, so wie die Medizin generell, dem modernen Grundwert „Gesundheit“ verpflichtet, ja im engeren Sinne bezieht sich ihre Zuständigkeit ohnehin „nur“ auf die Probleme genetisch bedingter und vererbbarer Krankheiten.<sup>16</sup> Aber in und aus der Humangenetik stellt sich – angesichts der Differenz zwischen ihren diagnostischen Potentialen im Hinblick auf irgendwann und möglicherweise auftretende Erkrankungen hier, und teils fehlenden therapeutischen Chancen, teils möglichen bis wahrscheinlichen schädlichen Nebenfolgen aus vorhandenen therapeutischen Chancen da<sup>17</sup> – die Frage nach einem sinnvollen Umgang mit dem Wissen, das sich aus der Diagnose von Krankheiten bzw. noch problematischer aus dem Wissen

15 Vgl. dazu ausführlich Weingart u. a. (1988): 622 ff.

16 „Humangenetik ist die Wissenschaft von der genetisch bedingten Variabilität des Menschen. (...) Für weite Bereiche der Medizin und angrenzende Gebiete kann die Humangenetik eine allgemeine Theorie zum Verständnis der Entstehung von Erkrankungen und Fehlentwicklungen liefern“ (Präambel des Positionspapiers der Gesellschaft für Humangenetik, 1996).

17 Die Diskrepanz zwischen den Diagnosemöglichkeiten, die sich durch die Genomanalyse und insbesondere die DNA-Analyse auf tun, und den Therapiechancen, deren Grenzen gerade auch im heutigen Stand der Genterapie liegen, bietet in der Öffentlichkeit, aber auch unter Fachleuten Anlaß zu Kritik. Exemplarisch für viele die Humangenetikerin und Kritikerin Kollek: „Im weitesten Sinne ‚produziert‘ diese Art von Diagnostik Krankheiten, für die in vielen Fällen kaum eine Heilungschance besteht“ (Hansen/Kollek, 1985: 18).

um die Disposition für Krankheiten ergibt, mit besonderer, unabweisbarer Schärfe: Der „Erfolg“ der Humangenetik könnte eben darin bestehen, den Latentkranken sozusagen als biographischen Normalfall zu produzieren. Denn jeder Mensch ist schon von seiner Zeugung an im Kern, im Zell-Kern sozusagen, Träger eines Krankheitsbündels, das es nach dem geltenden Prinzip der „Früherkennung“, wenn schon nicht zu therapieren, so doch frühestmöglich zu diagnostizieren gilt.

Mithin also: Wann, inwiefern und aufgrund welcher Indikatoren ist ein Mensch nun krank oder gesund? Oder: Ist nicht vielmehr jeder Mensch zugleich und letztlich unaufhebbar krank und gesund?<sup>18</sup> Verallgemeinert gesagt: Durch den sich (unter anderem) in der Humangenetik manifestierenden Erkenntnisfortschritt im medizinischen Wissen selbst wird das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit generell problematisiert. Und dementsprechend appellieren denn auch keineswegs nur Sozialwissenschaftler an die Ärzteschaft, sondern appellieren ebenso „reflexive“ Mediziner an ihre Fachkollegen, „von einer klaren Dichotomie Gesundheit – Krankheit zugunsten eines Kontinuums Abstand (zu) nehmen“.<sup>19</sup>

## 5 Medizin unter den Bedingungen reflexiver Modernisierung

Aufgrund welcher Merkmale Mediziner nun jedoch tatsächlich als „reflexiv“ gelten können bzw. sollen, das ist der Literatur nicht eindeutig zu entnehmen. Vielmehr läßt sich mit dem Begriff „reflexive Mediziner“ mehrerlei konnotieren: z. B. können mit Anthony Giddens (1990) jene Akteure der neuen, globalen Systeme einschlägigen wie auch disziplinär quervernetzten Expertenwissens gemeint sein, die unter den Bedingungen reflexiver Modernisierung Problemlösungen versprechen; mit Ulrich Beck (1986) und Elisabeth Beck-Gernsheim (1995) jene Ärzte, die vor dem Hintergrund öffentlicher Kritik an medizinischen Vollzugsroutinen daran mitarbeiten, sozusagen eine neue Balance zwischen Experten und Laien bzw. zwischen den Problemwahrnehmungen von Experten und denen von Laien zu finden; mit Peter Gross (1994) jene Vertreter dieser Profession, die das Prinzip des „Höher-Schneller-Wei-

18 Mit dem Wissen über krankheitsverursachende Gene entsteht eine neue biographische Kategorie, die man als der „gesunde Kranke“ bezeichnen könnte (vgl. dazu Beck-Gernsheim, 1993; Scholz, 1995, in diesem Sinne aber auch schon Gross, 1985).

19 So äußerte sich der Ulmer Humangenetiker Prof. Dr. Walther Vogel uns gegenüber in einem Gespräch im Juli 1996.

ter“ auch in Bezug auf die Vermeidung menschlichen Leidens zu hinterfragen beginnen; oder mit Zygmunt Bauman (1994 und 1995) jene Mediziner, die in sozusagen „postmoderner“ Manier das Konsistenzpostulat auch für den eigenen professionellen Sonderwissensvorrat in Frage stellen und in Kenntnis und unter Berücksichtigung strukturell „unheilbarer“ Ambivalenzen forschen und praktizieren.

Der Vorschlag von Anthony Giddens erscheint uns aber, jedenfalls im Hinblick auf das skizzierte Reflexivitätskonzept, im Grunde „lediglich“ als eine Fortschreibung des Modells „linearer“ Modernisierung auf der Grundlage technisch avancierter Global-Kommunikation. Giddens vertraut auf eine Bereitschaft zur Selbst-Reformation von Professionen vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Innovationen, die – ungeachtet seiner Reflexivitäts-Semantik – ganz in der Tradition der „einfachen“ Aufklärung steht und speziell für den Ärztestand zumindest seit Freidson (1986) als hinlänglich problematisiert gelten darf.

Stärker in der Logik einer, allerdings optimistischen, Variante der „Dialektik der Aufklärung“ muß hingegen wohl die implizite Erfolgswilanz einer inzwischen selber konventionellen Medizinkritik begriffen werden, wie sie Ulrich Beck und Elisabeth Beck-Gernsheim ziehen: Auch Ärzte fangen demnach an, Problemwahrnehmungen von Laien ernst bzw. ernster zu nehmen und ihr professionelles Handeln an diesem Problembewußtsein zu orientieren. Die Differenz zwischen einer Position, wie sie symptomatisch etwa Niklas Luhmann (1986) vertreten hat, und der von Beck und Beck-Gernsheim, besteht diesbezüglich u. E. vorzugsweise darin, daß für Luhmann wesentlich die *Wahrnehmung* eines Problems durch Laien zum Problem der Professionellen wird,<sup>20</sup> während Beck und Beck-Gernsheim die tatsächliche Akzeptanz eines von Laien wahrgenommenen *Problems* als Kriterium für eine reflektierte Haltung von Professionellen behandeln.

Als prominenter soziologischer Vertreter gar der „Gegenaufklärung“ wird in jüngerer Zeit zunehmend Peter Gross rezipiert, der das moderne Medizinsystem schon seit langem als ein – hinsichtlich seiner Konsequenzen problematisches – Instrument der Erhöhung von individuellen und kollektiven Überlebens-Chancen und so gesehen eben als technisch-kulturelles „Vehikel“ jener Spirale zwischen der faktischen Multiplikation von Optionen und der mentalen Steigerung optionaler Ansprüche beschreibt (vgl. z. B. Gross, 1984, 1985). In Grossens Konzept für den kollektiven oder auch individuellen Ausstieg aus dem modernen Multioptionen-Karussell erscheint somit ein Medizinerotypus, der zwar die Erfolgs-Prinzipien der modernen medizin-

20 Diese Denkfigur hat Luhmann (z. B. 1986) allerdings nicht im Kontext der Medizin, sondern im Zusammenhang mit der Ökologieproblematik expliziert.

technischen Entwicklung reflektiert und auch in Frage stellt. Dieser Typus setzt aber eher aus einer „höheren“ professionellen Einsicht in gewisse Unabwendbarkeiten der *Conditio Humana* heraus Behandlungslimitierungen und trifft somit – gegenüber einem (zumindest vermeintlichen) technischen Machbarkeits-Wahn – im wohlgemeinten Sinne paternalistische Entscheidungen *für* den Patienten, als daß er sich selber bzw. seinen Status *an sich* „neu erfinden“ würde.

Die plausibelste Spur für eine Rekonstruktion genuin *reflexiver* Potentiale im medizinischen Denken scheint in diesem kleinen Konzert einschlägig befasster Gesellschaftstheoretiker somit Zygmunt Bauman zu legen, auch wenn – oder vielleicht auch gerade weil – er die explizite Akzeptanz von Ambivalenzen als signifikant nicht für eine reflexiv-moderne, sondern für eine *postmoderne* Form der Weltwahrnehmung deklariert. In eben dieser „Logik“ schlagen wir vor, von „reflexiven Medizinerinnen“ dann zu sprechen, wenn und in dem Maße wie diese die Auflösung der Binärcodierung von „gesund“ und „krank“ in Folge des medizinischen Erkenntniszuwachses selber, wie er sich exemplarisch an der Humangenetik zeigt, explizit in ihrem professionellen Handlungskalkül berücksichtigen; wenn sie also auf der Grundlage forschen und praktizieren, daß Menschen eben immer *zugleich* gesund und krank sind. Denn die Auflösung dieser Binärcodierung ist bzw. wäre eben eine Nebenfolge von einer solchen „Qualität“, wie Beck sie als symptomatisch für reflexive Modernisierung im Sinn hat: eine Nebenfolge, die die „Logik“ einer der Erfolgsgeschichten der Moderne, hier eben die der Medizin, insgesamt unterminiert bzw. destruiert.

## 6 Auf der Suche nach der reflexiven Kompetenz von Medizinerinnen

Wie aber läßt sich dann – jenseits aller Querelen um staatsbürokratische Verrechtlichungstendenzen, jenseits allen Konkurrenzgerangels mit anderen Professionen und jenseits aller Mitsprache-Forderungen medizinischer Laien – angesichts dieser *selbsterzeugten* Irritationen des medizinischen Selbstverständnisses noch der Anspruch auf eine *spezifische* Kompetenz dieser Profession definieren?

Indikatoren für „professionelle Kompetenz“ (vgl. dazu generell z. B. Alisch u. a., 1990, aber auch Pfadenhauer, 1995) sind – bezogen auf die Medizin – zum einen die Bereitschaft, Befugnis und Befähigung dazu, in die medizinische Zuständigkeit fallende *Probleme* zu erkennen, zu typisieren, einzuschätzen, zu vermitteln und zu lösen; zum anderen wiederum die Bereit-

schaft, Befugnis und Befähigung dazu, *Lösungen* solcher Probleme zu kennen, zu erarbeiten, zu beurteilen, zu alterieren, zu plausibilisieren und – notfalls gegen Widerstreben – durchzusetzen.<sup>21</sup> Professionelle Kompetenz ist, was immer sie „wirklich“ sein mag, für Sozialwissenschaftler nun aber kein „brute fact“, sondern ein – über ihre „Darstellungen“ rekonstruierbarer *Anspruch*. Sozialwissenschaftlich relevant ist also (zumindest vorderhand) nicht die „objektive“ Kompetenz, relevant sind vielmehr die (vielfältigen) „Objektivierungen“ des Kompetenz-Anspruchs. Gegenstand einer Kompetenzanalyse kann – aus methodischen Gründen – mithin nur die *Darstellung* von Kompetenz sein, die dazu dient, andere dazu zu bewegen, den, der die Kompetenz beansprucht, in einer bestimmten Weise zu sehen – nämlich als befugt, befähigt, bereit „zu etwas“, das selber *nicht* offensichtlich ist.<sup>22</sup>

So begriffene *professionelle Kompetenz* läßt sich mittels einer ersten – heuristischen – Systematik in *praktische* und *symbolische Kompetenz* differenzieren. Die praktische Kompetenz umfaßt ihrerseits sowohl *instrumentelle Kompetenz*, also diejenigen (technischen) Kenntnisse und Fähigkeiten, über die ein Professioneller zur unmittelbaren Ausübung seiner Arbeit verfügt<sup>23</sup>, als auch *strukturelle Kompetenz*, also die Kenntnisse und Fähigkeiten, über die ein Professioneller zur Ausübung seiner Tätigkeit im Professionskontext verfügt<sup>24</sup>. Während die praktische Komponente die Basis des professionellen Kompetenzanspruchs bildet, versetzt die symbolische Kompetenz den Professionellen in die Lage, von der alltäglichen Erfahrungsebene aus auf andere Erfahrungsebenen zu verweisen bzw. diese anderen Erfahrungsebenen alltäglich zu vergegenwärtigen.<sup>25</sup> Sie läßt sich ihrerseits (wiederum heuristisch) in *legitimatorische* und *reflexive Kompetenz* differenzieren.

21 Auf den zentralen Bezug von Professionswissen und Problemlösung verweisen z. B. Burrage/Torstendahl (1990: 10): „Professionals exist in the form in which society – market or state – finds use for their knowledge base.“

22 Es handelt sich dabei um „symbolische Repräsentation“ von Kompetenz, im Goffman'schen Sinn um eine „Technik der Imagepflege“, die mittels einer umfangreichen Palette von „Taktiken“ betrieben werden kann (vgl. Goffman (1971)).

23 Im Falle der Humangenetik u. a. molekularbiologische, biochemische, medizinische Wissensselemente, technisches Apparatewissen und Kenntnisse über Diagnose- und Therapiemöglichkeiten.

24 Dieser Kompetenztypus beinhaltet für den Humangenetiker u. a. Vorstellungen über das humangenetische Berufsbild in Anlehnung an bzw. Abgrenzung von „verwandten“ Disziplinen, Kenntnisse über Ausbildungsverläufe, über Arbeitsmöglichkeiten und Tätigkeitsbereiche und über Karrierechancen ebenso wie das Wissen um die Existenz von Berufsverbänden und anderen Interessensorganisationen, über Fachpublikationen, Publikationsorgane, Fachtagungen usw.

25 Der Begriffswahl liegt also ein phänomenologisches Verständnis von Symbolen zugrunde, das dieselben als Phänomene begreift, denen gemeinsam ist, daß sie

Unter *legitimatorischer Kompetenz* verstehen wir das Argumentations- und Rechtfertigungsrepertoire über Sinn und Zweck, Nutzen und Risiken der professionellen Tätigkeit, das typischerweise zur Abwehr von Außenkritik geäußert wird.<sup>26</sup> Mit der spezifischen Kompetenz aber, die zumindest in Zukunft im Umgang mit der Auflösung der Binärcodierung gefragt sein wird, meinen wir – d. h. hypostasieren wir eher als daß wir sie bereits analytisch präzisieren oder gar empirisch „sicher“ belegen könnten – eine *neue bzw. neuartige Form* professioneller Kompetenz, die wir als „reflexiv“ zu bezeichnen vorschlagen: Als „*reflexive Kompetenz*“ im weiteren Sinne soll all das gelten, was den Mediziner – neben und vor allem quer zu den professionell verwalteten Beständen an instrumentellem, strukturellem und legitimatorischem Wissen – dazu befähigt, innovative „Antworten“ auf die Fragen und Probleme der „reflexiven Moderne“ zu geben, Antworten also vor dem Hintergrund *wahrgenommener Irritationen der basalen Voraussetzungen des eigenen Handelns*.

Das zentrale Kriterium für diesen Kompetenztypus dürfte seine thematisch fokussierte *Unsicherheit* in Bezug auf *nicht* intendierte, *nicht* gesehene, aber eben mögliche Folgen des professionellen Tuns oder Unterlassens sein. D. h. es geht bei dieser reflexiven Kompetenz nicht mehr nur um selbstlegitimatorische Argumentation, nicht um „reine“ Nachdenklichkeits-Rhetorik. Es geht vielmehr um eine konstruktive Form des professionellen Umgangs mit Ambivalenzen und Kontingenzen im Hinblick auf den Nutzen und die Zukunft einer Medizin, die tatsächlich auf der Prämisse beruht, daß Gesundheit und Krankheit lediglich divergente *Aspekte* des *gleichen* Seins-Zustandes sind. Und es geht darum, anzuerkennen, daß man die *potentiellen* Konsequenzen dieser Auflösung einer tradierten Grundannahme der modernen Medizin gar nicht (wirklich) kennen *kann*. Kurz: Es geht darum, im Bewußtsein dieser Irritation *nichtintendierte*, aber möglicherweise gravierende Folgen des professionellen Handelns zu reflektieren, antizipatorisch zu berücksichtigen und tatsächlich auch zu *verantworten* – wie immer das faktisch zu bewerkstelligen sein wird.

sinnhaft auf etwas – einer wie auch immer gearteten „anderen Wirklichkeit“ Angehöriges – verweisen bzw. etwas vergegenwärtigen, was sie nicht selber sind; vgl. Schütz (1971), Schütz/Luckmann (1984), Soeffner (1989) und Hitzler/Kliche (1995).

26 Hierbei geht es um die professionelle Identität des Humangenetikers ebenso wie um seine Ideen und Utopien, seine Vorstellungen und Illusionen von technologischer Machbarkeit, seine ethischen Grundüberzeugungen und Legitimationen im Hinblick auf die Möglichkeiten und Grenzen der neuartigen Technologie.

## Literatur

- Alisch, Lutz-Michael/Baumert, Jürgen/Beck, Klaus (Hrsg.) (1990), *Professionswissen und Professionalisierung* (Band 28 der Braunschweiger Studien zur Erziehungs- und Sozialwissenschaft). Braunschweig.
- Armstrong, D. (1983), *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in the Twentieth Century*. Cambridge.
- Badura, Bernhard (1993), Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis*. Weinheim, 64–87.
- Baier, Horst (1989), Im Dienst des Leviathan – Ivan Illich herrschaftssoziologisch weitergedacht. In: Flöhö, R. (Hrsg.), *Maßlose Medizin*. Berlin, 7–33.
- Bauman, Zygmunt (1994), *Moderne und Ambivalenz*. Frankfurt a.M.
- Bauman, Zygmunt (1995), *Ansichten der Postmoderne*. Hamburg, Berlin.
- Beck, Ulrich (1986), *Risikogesellschaft*. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M.
- Beck, Ulrich (1993), *Die Erfindung des Politischen*. Frankfurt a.M.
- Beck, Ulrich (1996), Das Zeitalter der Nebenfolgen und die Politisierung der Moderne. In: Ders./Giddens, Anthony/Lash, Scott (1996), *Reflexive Modernisierung*. Frankfurt a.M., 19–112.
- Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hrsg.) (1994), *Risikante Freiheiten*. Frankfurt a.M.
- Beck, Ulrich/Giddens, Anthony/Lash, Scott (1996), *Reflexive Modernisierung*. Frankfurt a.M.
- Beck, Ulrich/Sopp, Peter (1997), *Individualisierung und Integration*. Neue Konfliktlinien und neuer Integrationsmodus? Opladen.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (1993), Zwischen Prävention und Selektion. Fortschritte und Dilemmata der Gentechnologie. In: Zwierlein, Eduard (Hrsg.), *Gen-Ethik*. Zur ethischen Herausforderung durch die Humangenetik. Idstein, 72 ff.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (1995), *Welche Gesundheit wollen wir?* Dilemmata des medizintechnischen Fortschritts. Frankfurt a.M.
- Berger, Peter A. (1996), *Individualisierung*. Opladen.
- Böhme, Gernot (1981), Wissenschaftliches und lebensweltliches Wissen am Beispiel der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe. In: Stehr, Nico/Meja, Volker (Hrsg.), *Wissenssoziologie* (Sonderheft 22 der KZfSS). Opladen, 445–463.
- Burrage, Michael/Torstendahl, Rolf (Hrsg.) (1990), *The Formation of Professions*. Knowledge, State and Strategy. London u. a.
- Deppe, Hans-Ulrich/Friedrich, Hannes/Müller, Rainer (Hrsg.) (1991), *Öffentliche Gesundheit – Public Health*. Frankfurt a.M.
- Ehrenreich, Barbara (1994), *Angst vor dem Absturz*. Das Dilemma der Mittelklasse. Reinbek b. Hamburg.
- Faltermaier, Toni (1994), *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln*. Weinheim.
- Fischer-Homberger, Esther (1977), *Geschichte der Medizin*. Berlin u. a.
- Foucault, Michel (1976), *Die Geburt der Klinik*. Frankfurt a.M., Berlin, Wien.
- Freidson, Eliot (1975), *Dominanz der Experten*. München, Berlin, Wien.
- Freidson, Eliot (1979), *Der Ärztestand*. Stuttgart.
- Freidson, Eliot (1986), *Professional Powers. A study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago/London.
- Freidson, Eliot (1989), *Medical Work in America*. New Haven.
- Fülgraff, Georges (1994), Gesundheit als individuelle moralische Verpflichtung? Über Public Health. In: *Leviathan*, Heft 4: 593–604.
- Gerhardt, Uta (1989), Probleme der Medizinkritik. In: Wagner, Franz (1989), *Medizin – Momente der Veränderung*. Berlin, Heidelberg, 23–31.
- Gerhardt, Uta (1993), Gesundheit – ein Alltagsphänomen. Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe ‚Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik‘ am WZB. Berlin, *WZB-Forschungsbericht* P93–206.
- Gesellschaft für Humangenetik (1996), Positionspapier der Gesellschaft für Humangenetik e. V. In: *Medizinische Genetik*, Heft 1: 125–131.
- Giddens, Anthony (1990), *The Consequences of Modernity*. Stanford.
- Giddens, Anthony (1991), *Modernity and Self Identity*. Cambridge.
- Goffman, Erving (1971), Techniken der Imagepflege. In: Ders.: *Interaktionsrituale*. Frankfurt a.M., 10–53.
- Gross, Peter (1984), Transformationen des Helfens unter den Bedingungen moderner Sozialstaatlichkeit. In: *Brennpunkte sozialer Arbeit*. H. 1: 31–45.
- Gross, Peter (1985), Liebe, Mühe, Arbeit. Abschied von den Professionen. In: *Soziale Welt* Heft 1: 60–82.
- Gross, Peter (1994), *Die Multioptionsgesellschaft*. Frankfurt a.M.
- Gross, Peter/Hitzler, Ronald/Honer, Anne (1985), Zwei Kulturen? Diagnostische und therapeutische Kompetenz im Wandel. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*. Heft 3+4: 146–162.
- Habermas, Jürgen (1981), Die Moderne – ein unvollendetes Projekt. In: Ders.: *Kleine Politische Schriften I–IV*. Frankfurt a.M. 444–464.



- Hansen, Friedrich/Kollek, Regine (1985), *Gen-Technologie*. Die neue soziale Waffe. Hamburg.
- Hartmannbund (Verband der Ärzte Deutschlands), *Grundsatzklärung zur Stellung des Arztes in Gegenwart und Zukunft*. Köln, 1986.
- Herder-Dorneich, Philipp/Schuller, Alexander (Hrsg.) (1983), *Die Anspruchsspirale*. Stuttgart.
- Hitzler, Ronald (1994), Wissen und Wesen des Experten. Ein Annäherungsversuch – zur Einleitung. In: Hitzler, Ronald/Honer, Anne/Maeder, Christoph (Hrsg.), *Expertenwissen*. Opladen, 13–30.
- Hitzler, Ronald (1996), Orientierungsprobleme: Das Dilemma der Kirchen angesichts der Individualisierung der Menschen. In: *Leviathan*, Heft 2: 272–286.
- Hitzler, Ronald/Althammer, René (1994), Im Dschungel der politisierten Gesellschaft. Ulrich Beck in der Diskussion. Heft 85–86 von *Ästhetik & Kommunikation*.
- Hitzler, Ronald/Honer, Anne/Maeder, Christoph (Hrsg.) (1994), *Expertenwissen*. Opladen.
- Hitzler, Ronald/Kliche, Thomas (1995), Zwischen Sozialtechnologie und Heiligkeit: Symbolpolitik und Symbolisierende Politik. Ein konzeptkritischer Feldbericht. In: *Zeitschrift für Politische Psychologie (ZfPP)*, 3. Jg., Heft 4: 359–384.
- Hitzler, Ronald/Koenen, Elmar (1994), Kehren die Individuen zurück? Zwei divergente Antworten auf eine institutionentheoretische Frage: In: Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hrsg.), *Risikante Freiheiten*. Frankfurt a.M. 447–465.
- Hitzler, Ronald/Pfadenhauer, Michaela (1996), *Bereit, befugt, befähigt? Zur Kompetenzdarstellungskompetenz von Experten, Profis und Eliten*. Überarbeitetes Manuskript eines Vortrags im Hospitalhof Stuttgart.
- Honer, Anne (1994a), Die Produktion von Geduld und Vertrauen. Zur audiovisuellen Selbstdarstellung der Fortpflanzungsexperten. In: Hitzler, Ronald/Honer, Anne/Maeder, Christoph (Hrsg.) (1994), *Expertenwissen*. Opladen, 44–61.
- Honer, Anne (1994b), Qualitätskontrolle. Fortpflanzungsexperten bei der Arbeit. In: Schröer, Norbert (Hrsg.), *Interpretative Sozialforschung*. Opladen, 178–196.
- Honer, Anne (1994c), Reproduktionsmedizin als technisches und politisches Problem. In: Hitzler, Ronald/Althammer, René (1994), Im Dschungel der politisierten Gesellschaft. Ulrich Beck in der Diskussion. Heft 85–86 von *Ästhetik & Kommunikation*, 120–124.

- Hood, Leroy (1995), Biologie und Medizin im 21. Jahrhundert. In: Kevles, Daniel J./Hood, Leroy (Hrsg.) (1995), *Der Supercode*. Die genetische Karte des Menschen. Frankfurt a.M., Leipzig, 156–183.
- Illich, Ivan (1975), *Die Enteignung der Gesundheit*. „Medical Nemesis“. Reinbek.
- Illich, Ivan (1977), *Die Nemesis der Medizin*. Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Reinbek.
- Illich, Ivan u. a. (1979), *Entmündigung durch Experten*. Zur Kritik der Dienstleistungsberufe. Reinbek.
- Kneer, Georg (1990), *Die Pathologien der Moderne*. Zur Zeitdiagnose in der ‚Theorie des kommunikativen Handelns‘ von Jürgen Habermas. Opladen.
- Labisch, Alfons (1992), *Homo Hygienicus*. Frankfurt, New York.
- Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (Hrsg.) (1989), *Medizinische Deutungsmacht im Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts*. Bonn.
- Lachmund, Jens (1987), Die Profession, der Patient und das medizinische Wissen. In: *Zeitschrift für Soziologie*. Heft 5: 53–366.
- Lachmund, Jens (1992), Die Erfindung des ärztlichen Gehörs. In: *Zeitschrift für Soziologie*. Heft 6: 235–251.
- Luhmann, Niklas (1983), Anspruchsinflation im Krankheitssystem. In: Herder-Dorneich, Philipp/Schuller, Alexander (Hrsg.), *Die Anspruchsspirale*. Stuttgart, 28–49.
- Luhmann, Niklas (1986), *Ökologische Kommunikation*. Opladen.
- Luhmann, Niklas (1990), Der medizinische Code. In: Ders.: *Soziologische Aufklärung 5*. Opladen, 183–195.
- Lupton, Deborah (1994), *The Imperative of Health*. Public Health and the Regulated Body. London.
- McKeown, Thomas (1982), *Die Bedeutung der Medizin*. Frankfurt a.M.
- Noack, Horst (1991), Conceptualizing and Measuring Health. In: Badura, Bernhard/Kickbusch, Ilona (Hrsg.), *Health Promotion Research: Towards a New Social Epidemiology*. Kopenhagen (WHO), 85–112.
- Pfadenhauer, Michaela (1995), Professionelle Mikropolitik. In: Brosziewski, Achim (Hrsg.), *Mikropolitik* (Dokumentation Nr. 8 der Sektion ‚Politische Soziologie‘ der DGS). St. Gallen, 118–123.
- Psychembel (1994), *Klinisches Wörterbuch*. Berlin/New York.
- Scholz, Christine (1995), Biographie und molekulargenetische Diagnostik. In: Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hrsg.), *Welche Gesundheit wollen wir? Dilemmata des medizintechnischen Fortschritts*. Frankfurt a.M., 33–72.
- Schütz, Alfred (1971), Symbol, Wirklichkeit und Gesellschaft. In: ders., *Gesammelte Aufsätze*, Band 1. Den Haag, 331–411.

- Schütz, Alfred/Luckmann, Thomas (1979), *Strukturen der Lebenswelt*. Band 1. Frankfurt a.M.
- Schütz, Alfred/Luckmann, Thomas (1984), *Strukturen der Lebenswelt*. Band 2. Frankfurt a.M.
- Seehouse, David (1995), 'Well Being': Health Promotion's Red Herring. In: *Health Promotion International*, Vol. 10: 61–67.
- Sigerist, Henry E. (1963), *Anfänge der Medizin*. Zürich.
- Soeffner, Hans-Georg (1989), Emblematische und symbolische Formen der Orientierung. In: ders., *Auslegung des Alltags – Der Alltag der Auslegung*. Frankfurt a.M., 158–184.
- Theisen, Heinz (1991), Zur Demokratieverträglichkeit der Bio- und Gentechnologie. In: *Soziale Welt*, Heft 1: 109–130.
- Thomas, Keith (1973), *Religion and the Decline of Magic*. Harmondsworth.
- Weingart, Peter/Kroll, Jürgen/Bayertz, Kurt (1988), *Rasse, Blut und Gene*. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt a.M.
- Meyer, Peter C.; Decurtins, Lucio; Niklowitz, Matthias (1997), *Geschiedene Väter: Lebensformen, soziale Unterstützung und Gesundheit*. Schlussbericht des Forschungsprojektes GeVaP, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.
- Meyer-Fehr, Peter C.; Suter, Christian; Willi, Jürg (1991), Längsschnittstudie über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Gesundheit (LÄNGSOZ). Schlussbericht an den Schweizerischen Nationalfonds. *Forschungsbericht der Abteilung für Psychosoziale Medizin*, Nr.4/1991, Psychiatrischen Poliklinik, Universitätsspital Zürich.
- Minton, Carmelle, und Kay Pasley (1996), Fathers' Parenting Role Identity and Father Involvement. A Comparison of Nondivorced and Divorced, Nonresident Fathers. *Journal of Family Issues*, 17/1, 26–45.
- Myers, Michael F. (1986), Angry, Abandoned Husbands: Assessment and Treatment. *Marriage and Family Review* 9/3–4, 31–42.
- Napp-Peters, Anneke (1995), *Familien nach der Scheidung*. Verlag Antje Kunstmann, München.
- Riehl-Emde, Astrid (1992), Ehescheidung und ihre Folgen. *Familiendynamik*, 17, 415–432.
- Steinkamp, Günther (1993), Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 38, 111–122.
- Suter, Christian, Meyer-Fehr, Peter C. (1991), Methodenstudie zur Zweitebefragung über soziale Unterstützung und Gesundheit: Reliabilität, Validität, Stabilität und Veränderungen der zentralen Skalen. *Forschungsbe-*

- richt der Abteilung für Psychosoziale Medizin*, Nr.1/1991, Zürich, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital.
- Suter, Christian; Meyer, Peter C. (1997), Soziale Unterstützung, soziale Belastung und Gesundheit bei leicht hilfebedürftigen Betagten. *Sozial- und Präventivmedizin*, 42, 204–215.
- Tschann, Jeanne M., Janet Johnson und Judith S. Wallerstein (1989), Resources, Stressors, and Attachment as Predictors of Adult Adjustment after Divorce: A longitudinal Study. *Journal of Marriage and the Family* 51, 1033–1046.
- Wallerstein, Judith S. und Joan Berlin Kelly (1980), *Surviving the Breakup. How Children and Parents Cope With Divorce*. New York, Basic Books.
- Wethington, Elaine, Jane D. McLeod und Ronald C. Kessler (1987), The Importance of Life Events for Explaining Sex Differences in Psychological Distress, in: Barnett, Rosalind C. Lois Biener und Grace K. Baruch (eds.), *Gender and Stress*. New York, Free Press, 44–156.

Le 764

Publiziert mit Unterstützung der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften.

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Gesundheit, Medizin und Gesellschaft : Beiträge zur Soziologie der Gesundheit = Santé, médecine et société / Christoph Maeder ... (Hrsg.). - Zürich : Seismo-Verl., Sozialwiss. und Gesellschaftsfragen, 1999

ISBN 3-908239-70-2

Copyright © 1999, Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen  
Postfach 313, CH-8028 Zürich

<http://www-sagw.unine.ch/seismo>  
E-mail: [seismo@gmx.net](mailto:seismo@gmx.net)

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung (Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung u. a. m.) dieses Werkes oder einzelner Teile ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig.  
ISBN 3-908239-70-2

Umschlaggestaltung: C. Wirth, PC Grafik AG, Wetzikon  
Druck: Druckerei Schüler AG, Biel

2000. 86

# Gesundheit, Medizin und Gesellschaft

Beiträge zur  
Soziologie  
der Gesundheit

Herausgegeben von  
Sous la direction de  
Edited by

Christoph Maeder  
Claudine Burton-Jeangros  
Mary Haour-Knipe

**Santé,  
médecine et  
société**  
Contributions à  
la sociologie de la  
santé

# Health, Medicine and Society

Contributions to  
the Sociology of  
Health

