

Suhrkamp Verlag

Leseprobe



Gerhardt, Uta
Gesellschaft und Gesundheit

Begründung der Medizinsoziologie

© Suhrkamp Verlag
suhrkamp taschenbuch wissenschaft 970
978-3-518-28570-1

suhrkamp taschenbuch
wissenschaft 970

Auf den ersten Blick scheint die Medizinsoziologie, seit 40 Jahren vornehmlich in Ländern der westlichen Welt eingeführt, einer Begründung nicht mehr zu bedürfen. Sie hat eine umfangreiche Forschungsliteratur hervorgebracht und wird durch Sektionen in nationalen und internationalen Gesellschaften für Soziologie vertreten. Sie hat einen Kanon der Begründungen ihrer – meist distanzierten – Haltung zur Medizin entwickelt und sich dabei mit neueren Strömungen der Public-Health-Bewegung identifiziert. Sie prägt zunehmend Ansätze der Gesundheitspolitik und versteht sich als Sachwalter des Individuums im Zusammenhang der Krankenversorgung.

Auf den zweiten Blick wird sichtbar, daß dabei das *Soziologische* eine untergeordnete Rolle spielt: im Konflikt zwischen Sozialwissenschaft und Sozialpolitik als Zielorientierungen des Wissenschaftsverständnisses scheint die Medizinsoziologie sich der zweiten dieser Alternativen zuzuneigen.

In den in diesem Band zum Teil erstmals veröffentlichten Studien geht es um die Begründung der Medizinsoziologie aus den Traditionen des soziologischen Denkens. Indem sie Untersuchungen zu Empirie, Theorie und Geschichte miteinander verbinden, kommen sie ein gutes Stück auf dem Wege zu einer *soziologisch* entwickelten Medizinsoziologie voran.

Uta Gerhardt
Gesellschaft und Gesundheit

Begründung
der Medizinsoziologie

Suhrkamp

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

2. Auflage 2015

Erste Auflage 1991

suhrkamp taschenbuch wissenschaft 970

© Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main 1991

Suhrkamp Taschenbuch Verlag

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das der Übersetzung,
des öffentlichen Vortrags sowie der Übertragung
durch Rundfunk und Fernsehen, auch einzelner Teile.

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)
ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert
oder unter Verwendung elektronischer Systeme
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Satz: Wagner GmbH, Nördlingen

Printed in Germany

Umschlag nach Entwürfen von
Willy Fleckhaus und Rolf Staudt

ISBN 978-3-518-28570-1

Inhalt

| | |
|--|-----|
| Vorbemerkung | 7 |
| Idealtypische Analyse von Statusbiographien bei chronisch Kranken | 9 |
| Chronische Erkrankung: Handlungsrationalität und das Problem der sozialen Pathologie | 61 |
| Krankheitsdeutung und Rückkehr zur Arbeit. Zum Problem sozialen Handelns im Arzt-Patient-Verhältnis (mit Joachim Thönnessen, unter Mitarbeit von Ursula Völk) | 88 |
| Überlegungen zur Effektivität der konkurrierenden Programme der AIDS-Kontrolle | 133 |
| Rollentheorie und gesundheitsbezogene Interaktion in der Medizinsoziologie Talcott Parsons' | 162 |
| Soziologische Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Probleme der theoretischen Rekonstruktion empirischer Befunde | 203 |
| Kulturpessimismus in der soziologischen Medizinkritik . . | 229 |
| Medizin, Soziologie und Re-Education | 261 |
| Nachweise | 301 |
| Literatur | 302 |
| Register | 327 |

Vorbemerkung

Auf den ersten Blick scheint die Medizinsoziologie, seit vierzig Jahren vornehmlich in Ländern der westlichen Welt eingeführt, einer Begründung nicht mehr zu bedürfen. Sie hat eine Fülle von Forschungsliteratur hervorgebracht und wird durch Sektionen in nationalen und internationalen Gesellschaften für Soziologie vertreten. Sie hat einen Kanon der Begründungen ihrer – meist distanzierten – Haltung zur Medizin entwickelt und sich dabei mit neueren Strömungen der Public-Health-Bewegung identifiziert. Sie prägt zunehmend Ansätze der Gesundheitspolitik und versteht sich als Sachwalter des Individuums im Zusammenhang der Krankenversorgung.

Auf den zweiten Blick wird sichtbar, daß dabei das *Soziologische* eine untergeordnete Rolle spielt: Im Konflikt zwischen Sozialwissenschaft und Sozialpolitik als Zielorientierungen des Wissenschaftsverständnisses scheint die Medizinsoziologie sich der zweiten dieser Alternativen zuzuneigen.

Vielleicht ist es unausweichlich, solange die klinische Medizin sich nicht dazu versteht, den soziologischen Sachverstand an den Universitätskrankenhäusern und anderswo ernstzunehmen und zu nutzen. Vielleicht liegt die Problematik umgekehrt: Solange die Medizinsoziologie *auch* Politik sein möchte, nicht nur methodisch akribische Analyse *sine ira et studio* der gegebenen Sachverhalte und Strukturen in der – klinischen und öffentlichen – Medizin, wird letztere die Soziologie in ihren »heiligen Hallen« nicht mit ausgebreiteten Armen empfangen.

Die Sammlung von Essays, die hier zusammengestellt wird, enthält bereits veröffentlichte und noch unveröffentlichte Texte, deren gemeinsamer Bezugspunkt eine Soziologie ist, die sich aus »klassischen« Ansätzen der Gesellschaftsanalyse und -theorie herleitet. Es geht um Begründung der Medizinsoziologie aus den Traditionen des soziologischen Denkens. Unabhängig davon, ob in puncto Medizin ein Standpunkt gewählt wird, der dort Anerkennung findet oder nicht, sollte der Medizinsoziologe (die Medizinsoziologin) an der Verfeinerung eines soziologischen Zugangs zur durchaus spröden Empirie der medizinischen Welt arbeiten. Dabei, so scheint es, kommt letzten Endes ein Ansatz

zustande, der sich soziologisch gut genug begründet, um jederzeit – auch Medizinern – explizierbar zu sein.

Die verschiedenen Beiträge dieses Bandes umreißen den Versuch, Aspekte eines solchen Ansatzes zusammenzutragen. In den verschiedenen Arbeiten der letzten Jahre steckt in unterschiedlicher Form der Versuch, die drei Seiten des *Phänomens*, das der Gegenstand der Medizinsoziologie ist, zu beleuchten und miteinander zu verbinden. Empirie, Theorie und Geschichte bilden eine Art tentativer Einheit, deren ausgearbeitetes Bild aber bisher noch nicht besteht. Das Buch ist ein Versuch, den Weg einer *soziologisch* entwickelten Medizinsoziologie zu gehen, auch um eine bessere Sicht auf die Möglichkeiten einer *gesellschaftlichen* Rolle der Medizinsoziologie zu gewinnen.

Für Kommentare und Ermutigungen habe ich vielen zu danken, auch und vor allem jenen, deren Optimismus und analytische Geduld mich immer wieder bestärkt haben.

März 1991

Idealtypische Analyse von Statusbiographien bei chronisch Kranken

Einführung

In der Medizinsoziologie wird gegen die klinische Medizin seit zwanzig Jahren argumentiert, die professionelle Dominanz im Arzt-Patient-Verhältnis führe zur strukturellen Benachteiligung des Patienten als Subjekt (Freidson 1970, Conrad und Kern 1980, Turner 1987). Die Soziologie der Medizin sieht als ihre Aufgabe und Leistung an, die Perspektive des Patienten einzunehmen und eine Medizin zu fordern bzw. zu fördern, die den Interessen und Lebensverhältnissen des Subjekts gerecht wird (Badura et al. 1987, Ben-Sira 1988). Die *Subjektorientierung* als weltanschaulicher und methodologischer Bezugsrahmen wird in der qualitativen Forschung über chronische Erkrankungen vielfach mit einer Forschungsperspektive gleichgesetzt, die den Standpunkt des Patienten einnimmt. Diese Begrenzung der Subjektorientierung auf eine sogenannte Innenperspektive unterstreicht P. Conrad in *The Experience and Management of Chronic Illness* folgendermaßen:

»Es gibt zwei übergreifende Orientierungen, die der Sozialwissenschaftler bei seiner Forschung über Krankheit haben kann: wir wollen sie Außenorientierung und Innenorientierung nennen ... Außenorientierungen analysieren die Krankheit von außerhalb der Erfahrung selbst, wobei sie die subjektive Realität des Kranken minimieren oder ignorieren. Sie sehen den Patienten, das Kranksein (sickness) oder die Krankheit (illness) als ein Objekt oder etwas, auf das eingewirkt werden muß ... Aber diese Forschungsansätze sind oft deduktiv und machen medizinische oder gesellschaftstheoretische Fragen zu ihrem Hauptanliegen. Dabei besteht eine Tendenz zu arztzentrierter Krankheitssicht ... und Vernachlässigung der Krankheitserfahrung. Eine Innenperspektive richtet sich demgegenüber direkt und explizit auf die subjektive Erfahrung des Lebens mit und trotz der Krankheit. Sie richtet sich besonders auf die Perspektive des kranken Menschen und versucht, die Krankheitserfahrung in einer eher induktiven Weise zu untersuchen« (Conrad 1987: 2).

Gegen eine Beschränkung auf die Erlebnisspielräume der Betroffenen bei der Orientierung der Forschungsperspektive am Subjekt hat beispielsweise ein Zweig der Arbeits- und Berufssoziolo-

gie plädiert, der eine »subjektorientierte Soziologie« als »spezifisches ›In-den-Blick-Nehmen‹« leisten will, das »gesellschaftliche Strukturen hinsichtlich ihrer menschenprägenden Wirkung sowie als spezifischen Rahmen und spezifische Resultante menschlichen Verhaltens darzustellen« sucht (Bolte 1983: 16). Dabei wird das *vergesellschaftete* Subjekt als Mittelpunkt der Institutionenstrukturen und der menschlichen Denk- und Handlungsweisen gesehen, wobei »Menschen bestimmter sozio-historisch geformter Individualität innerhalb dieses strukturellen Rahmens agieren und so u. a. zu seiner Verfestigung und Veränderung beitragen« (ibid.). Plastisch zeigt sich der neue Ansatz beispielsweise in der Verschränkung einer diachronen und einer synchronen Perspektive bei der individuellen Verteilung von Arbeit auf verschiedene Lebensbereiche der Subjekte. W. Kudera und G. Voß (1988) kennzeichnen ihr Programm der subjektorientierten Forschung folgendermaßen:

»Eine langfristig-strategische Komponente ..., was heute in der Lebenslaufforschung Biografiekonstruktion genannt wird, ... thematisiert ... planmäßig angelegte subjektive Konstruktion, als eine spezifische subjektive Leistung sui generis. Gegenüber dieser *diachronen* Komponente enthält der Idealtypus der methodischen Lebensführung jedoch zugleich eine *synchrone* Komponente, die sich auf die je aktuelle Gegenwart bezieht und auf den Aspekt des konkreten Alltagshandelns zielt, also auf den der methodischen Umsetzung von Lebensplanung ... Dieses Konzept der Alltagskonstruktion läßt sich operationalisieren über die reale Arbeitsteilung der Personen, also über die Fragen, was Leute tagaus, tagein tun; wie sie das organisieren, was sie tun und schließlich, warum sie es so und nicht anders tun. Dabei werden sich Muster zeigen, die zwar individuell idiosynkratische Züge haben, aber dennoch sozial ... kollektive Gehalte implizieren, die es zu dechiffrieren gilt« (1988: 177).

Eine »subjektorientierte« *Medizinsoziologie* muß den Ansatzpunkt der Arbeits- und Berufssoziologie übernehmen, das vergesellschaftete Subjekt im Schnittpunkt der Wirkungsfelder Gesellschaft und Individuum zu erfassen. Die besondere Fragestellung hinsichtlich der Vergesellschaftung des Subjekts richtet sich auf Aspekte der Erkrankung, die das Leben im Alltag tangieren, insbesondere die Aus- und Einwirkungen einer Krankheit auf Lebenslage und Lebensplanung. Dabei wirken drei Themenbereiche der Literatur zusammen, um zu einem analytischen Bezugshorizont zu verschmelzen. Sie seien zunächst in Umrissen dargestellt:

(1) Krankenrolle und Statusbiographie

Die Krankenrolle, als Substrat der Rechte und Pflichten, die einen (gesamt)gesellschaftlichen Status des Kranken definieren, wurde durch T. Parsons als Element des *sozialen Systems* Medizin erfaßt (Parsons 1951a, 1975). Krankenrolle bezieht sich auf »sickness« (Kranksein) als diagnoseunabhängige Tatsache, grundsätzlich durch Krankschreibung, Rehabilitation und Berentung diagnoseunspezifisch institutionell geregelt: Kranksein ist gewissermaßen das einheitlich gefaßte Statuskorrelat zur Vielheit der nach Diagnose unterschiedenen Krankheitszustände (»illness«, »disease«) (Field 1976, Kleinman et al. 1978).

Für die Krankenrolle als tendenziell alle anderen Rollen der Individuen modifizierende oder negierende Statusrolle muß geklärt werden, in welcher Weise sich dieser Status in den Lebenszusammenhängen der (kranken und auch nicht-kranken) Gesellschaftsmitglieder verwirklicht.

Rollentheoretisch muß man auf die *Typisierungsthe*se zurückgreifen, die die Rolle nicht – wie in Dahrendorfs und im strukturfunktionalistischen Ansatz – als Denkform, sondern – im Anschluß an Georg Simmel – als *Sozialform* zeigt (Gerhardt 1971, 1973, 1980). Rollen sind demgemäß Typisierungsschemata, die nicht nur den Soziologen zum Verständnis institutioneller Strukturen und der normativen Bindung des sozialen Handelns dienen. Sondern sie sind die Formelemente, mit deren Hilfe die *Gesellschaftsmitglieder* ihre soziale Wirklichkeit ordnend verstehen und handelnd gestalten.

Die Krankenrolle – als Sozialform – realisiert sich in der Biographie der Individuen. Die Biographieforschung in der Medizinsoziologie hat diese Seite des Krankheitserlebens – nämlich daß es Gestaltung der *Krankenrolle* ist – bisher wenig berücksichtigt (Bury 1982, Locker 1983); sie hat sich bei der Untersuchung der biographischen Strukturen in der Krankheit mehr auf Wahrnehmungs- und Erlebnismuster sowie die Eigengestaltung der Arzt-Patient-Beziehung und anderer Bereiche des krankheitsrelevanten Bedeutungshorizonts und Umweltfeldes gestützt (Schneider und Conrad 1983, Scambler und Hopkins 1990). Je stärker der Normalitätsgesichtspunkt im biographischen Geschehen hervorzuheben ist, desto mehr muß die Frage der Krankenrolle thematisiert werden.

Die Forschungsliteratur zeigt, daß die Biographie der Individuen,

als Verlauf unterschiedlich langdauernder und verschieden verpflichtender Statusteilhabe (verbunden mit Status- und Positionsrollen), im Krankheitsfall teilweise drastisch in neue Bahnen gelenkt wird. Zugleich bleibt die Kontinuität der Alltags-Statusverläufe des Berufs- und Familienbereichs vielfach teilweise oder vollständig erhalten, wenngleich vorübergehend oft in einer Art Latenzzustand. An anderer Stelle habe ich drei Aspekte des *Verlaufs*scharakters des Krankseins (Realisierung der Krankenrolle) aus der Perspektive der Statusbiographie des in seine Alltagszüge eingebundenen Individuums thematisiert. Es sind:

- »1) Unsicherheit bezüglich Dauer und Verlauf der Krankheit, d. h. Fehlen einer geordneten Abfolge von Stadien; die zeitliche Sequenz des Verlaufs erscheint ... als fallspezifische Abweichung vom Idealtypus einer unstrukturierten ... Karriere;
- 2) Umkehrbarkeit der Episodenstruktur, d. h. Fehlen eines deutlichen Endpunktes und dauernde Gefahr für den Patienten, in ein früheres Stadium der Krankheit zurückzufallen oder in eine neue Episode zu geraten, und
- 3) Relativität hinsichtlich der Diagnose akut-chronisch ...« (Gerhardt 1981: 36).

Dabei wird der Parsons'sche Analysegesichtspunkt »auf die Füße gestellt«, insofern argumentiert wird, daß der Bezugstypus des Krankseins – dessen »reine Form« – das *chronische* Krankheitsgeschehen ist. In der zeitgenössischen Gesellschaft der Industrieländer, deren Umweltverbesserungen und Hochleistungsmedizin zur drastischen Verkürzung oder zum Verschwinden zahlreicher akuter Erkrankungen beigetragen haben, sind chronische Erkrankungen jene, die für den Soziologen als *typisch* gelten müssen. Vom Gesichtspunkt des Soziologen aus, der die Ein- und Auswirkungen des Krankseins auf subjektive Lebensumstände analysiert, werden akute Erkrankungen gewissermaßen als *abweichende* Formen des chronischen Verlaufs betrachtet. Das heißt: Die Normalform des Krankseins, der chronische Fall, hat eine Variante in dem zahlenmäßig allerdings häufigeren der akuten Erkrankung, die nur teilweise oder gar nicht jene Umgestaltungen der Statusbiographie erzwingt oder nahelegt, die beim chronischen Fall mehr oder minder unausweichlich sind. Für die Medizinsoziologie heißt dies, daß sie die chronischen Verläufe als Normalform untersuchen muß, wenn sie das Kranksein als am Subjekt erlebte typische gesellschaftliche Realität erkennen will.

(2) Lebenslaufforschung und Patientenkarriere

Der Begriff Patientenkarriere, der sich weithin durchgesetzt hat, jedoch kritischen Einwänden ausgesetzt ist, nimmt den Gedanken der chronischen Erkrankung als Normalform auf. Dabei werden zwei getrennte Argumentationslinien verfolgt, die in der Sekundärliteratur nicht ausreichend auseinandergehalten werden.

Auf der einen Seite steht ein *beschreibender* Karrierebegriff. Er wurde erstmals bei E. Hughes (1958) expliziert, dem es darum ging zu zeigen, daß Karrieren sowohl im Arbeits- und Berufsreich als auch in berufsfernen Lebensbereichen möglich sind:

»Man kann eine Karriere sowohl in einem Nichtberuf als auch in einem Beruf haben ... Karrieren denkt man sich meistens bezüglich der Arbeitsposition, denn das ist der Hauptverbindungs- und Kontaktpunkt zwischen individueller und institutioneller Struktur ... Aber ... es gibt andere Punkte, an denen die Lebenssituation die soziale Ordnung berührt« (1958: 64).

Im Bereich Krankheit führte E. Goffman den Doppelbegriff ein, der erlaubt, das Individuum im Schnittpunkt institutioneller und persönlicher Entwicklungen zu sehen, wobei das Schicksal des Individuums in der Institution (»moralische Karriere des psychiatrischen Patienten«) als Abfolge von Stadien analysiert wird (Prä-Patientphase, Patientphase, Nach-Patientphase):

»Der Begriff der Karriere ... ermöglicht, daß man sich in der Analyse zwischen dem Persönlichen und dem Öffentlichen hin- und herbewegen kann, zwischen dem Selbst und seinen signifikanten Anderen in der Gesellschaft, ohne bei der Datengenerierung hauptsächlich auf das angewiesen zu sein, was die Person von sich sagt, das er/sie selbst zu sein sich vorstellt« (1961: 127).

In anderen Arbeiten der sechziger Jahre wurde der Karrierebegriff vor allem verwendet, um *Statusverläufe* bei der Behandlung verschiedener Erkrankungen als *Stadiensequenz* zu erfassen (Roth 1963, Davis 1963). Dabei war entscheidend, daß hier ein analytischer Bezugsrahmen vorlag, der erlaubte, Krankheitsgeschehen – genauso wie Kriminalität und andere Rollenaneignungen und -entwicklungen – als einen *dynamischen* Vorgang zu erfassen, dem eine Struktur der typischen lebensgeschichtlichen Prozesse zugrundeliegt (Stebbins 1970, Haferkamp 1979, Inciardi 1975, Gerhardt 1988a).

Obwohl der beschreibende Karrierebegriff sich heute vielfach einbürgert, ist kritisch zu sagen, daß lediglich der Verlaufsaspekt

der gesellschaftlichen Rollenteilhabe dabei erkannt und abgebildet wird. Allerdings wird dabei ein zentrales Anliegen der Soziologie verwirklicht. In der *Lebenslaufforschung*, die die Statusdynamik systematisch erfaßt, sind seit Ende der siebziger Jahre wesentliche Beiträge zur Weiterentwicklung der Schicht- und Klassentheorie, Bildungssoziologie und anderer Themengebiete entstanden (Müller 1978, Goldthorpe et al. 1980, Blossfeld et al. 1987, Mayer 1990). In dieser Literatur wird der Wandel der Lebensläufe analysiert, wobei die These zugrunde liegt, daß deren Normalform für bestimmte Statusgruppen (z. B. Mädchen/Frauen, Verheiratete, Söhne/Töchter von Arbeitern) sich während der letzten Jahrzehnte mehr oder minder radikal verändert hat. Zugleich werden Kohorteneffekte gefunden, nämlich typische Lebensschicksale oder Lebenschancen für Jahrgangskohorten, deren kritische Lebensphasen (Kindheit, Berufsfindung, Familiengründung) in Zeiten der »großen Depression«, des Krieges, der Nachkriegszeit oder des »Wirtschaftswunders« lagen (Elder 1974, 1981, Kudera et al. 1984, Mayer 1988).

Im Krankheits/Gesundheitszusammenhang stellt K. Smith »Arbeitsleben und Gesundheit als konkurrierende Karrieren« dar. Er untersucht mittels *Ereignisanalyse* (vgl. Blossfeld et al. 1983), welche Sequenz von Übergängen – teilweise strukturiert-geordnet, teilweise unstrukturiert-unvorhersehbar – zwischen Erwerbslaufbahn und Behinderung zu beobachten ist. Dabei werden einerseits »Karriere-Kreuzungs-Effekte« untersucht, nämlich Übergangswahrscheinlichkeiten beispielsweise von Arbeitslosigkeit zu Erkrankung mit chronischer Behinderung, und andererseits »Eigeneffekte« der Karrieren, d. h. Auswirkungen des bisherigen Verlaufs auf die Wahrscheinlichkeit der Erreichung weiterer Stadien im Verlauf. Die Ergebnisse zeigen, daß etwa der Effekt von Behinderung auf Erwerbstätigkeit entweder in der Beendigung des Erwerbslebens oder in der Stillstellung beruflicher Mobilität besteht, daß Erwerbstätigkeit nur schwach auf Behinderung »durchschlägt«, mit Ausnahme einer deutlichen Beziehung zwischen langer Arbeitslosigkeit und negativer Gesundheitsentwicklung etc. (Smith 1985).

Der Gedanke der Normalform wird in der jüngeren Diskussion durch ein Konzept der *Idealtypus-Form* vertreten. Es baut teilweise auf F. Schützes Kritik am beschreibenden Karrieremodell auf, daß dieses allzu schematisch dem kranken Individuum eine

strukturierte Sequenz der Stadien vorgebe; statt dessen müsse man sehen,

»daß die Betroffenen von Fallkarrieren einem Identitätswandlungsprozeß unterliegen, der ihnen flexible (»opportunistische«) Handlungsmöglichkeiten einräumt bzw. wegen eklatanter Identitätsdegradationen und systematischer Desorientierungen ihre Handlungskapazität reduziert« (Schütze 1981: 93).

Die Flexibilität der Handlungschancen, die Schütze betont, muß bei der Konzeptualisierung des sozialen Handelns als der »treibenden Kraft« individueller Fallverläufe berücksichtigt werden. Das heißt, *Coping* als Reaktion des chronisch Kranken auf seine Lebenssituation und zugleich Gestaltung der in ihr enthaltenen Lebensmöglichkeiten muß begrifflich analog der These der »subjektorientierten Arbeits- und Berufssoziologie« gefaßt werden,

»daß die Lebensführung der Personen eine komplexe Leistung ist, die eine eigene subjektive Rationalität aufweist ... Die Personen versuchen, eine für ihre Lebensführung optimale Kombination von Tätigkeiten zu finden und diese für einen größeren Zeitraum zu stabilisieren, um sich zu entlasten. Es zeigt sich, daß die Personen dabei mehr oder minder bewußte *subjektive* Konzepte für die Konstituierung und Stabilisierung ihrer Tätigkeitsverteilung verwenden« (Kudera und Voß 1988: 179, 181).

Zu den subjektiven Konzepten, die (auch) bei Kranken im Zuge möglichst weitgehender Erhaltung normaler Bezüge in Beruf und Familie benutzt werden, gehört *Karriere*. Sie meint – wie im Alltag allgemein – das *normative* Bild möglichst erfolgreicher Berufslaufbahn, wobei der Berufsstatus verbessert wird und keinerlei Nachteil oder Verschlechterung in (allen) anderen Lebensbereichen entsteht. *Diese* begriffliche Setzung einer *Patientenkarriere* als der optimalen Normalisierung des Lebens der chronisch Kranken bzw. optimaler sozialer Normalität von Familien mit einem chronisch erkrankten Mann/Vater, liegt der Studie *Patientenkarrieren* zugrunde (Gerhardt 1983, 1984, 1986a, 1990a). Die Langzeitrehabilitation chronisch Niereninsuffizienter wird unter dem Gesichtspunkt untersucht, unter welchen Bedingungen Patienten(familien) nicht nur Erhaltung der Berufstätigkeit, sondern sogar beruflicher Aufstieg gelingt.

(3) Klinische Praxis und Biographieforschung

Den dritten Bezugshorizont bildet die Diskussion über den *praktischen* Charakter der Medizin als Wissenschaft und die dynami-

sche Normalform der Krankheitsbilder, die für Diagnose und Therapie im Individualfall verwendet werden. In der Soziologie entspricht dieser medizintheoretischen Debatte im wesentlichen ein biographieanalytischer Ansatz.

W. Wieland (1975) zeigt in einem medizintheoretischen Essay, daß die ärztliche Diagnose zentral innerhalb der klinischen Medizin steht. Diagnose bedeutet Anwendung allgemeiner Begriffe auf individuelle Patienten, wobei Diagnose als (soziale) *Handlung* zu sehen ist, die nicht rückgängig gemacht werden kann (dies bedeutet, daß sie nicht ungeschehen zu machen ist, wenn sie sich nachträglich als falsch erweist, sondern durch eine neue Diagnose ersetzt wird, die ihrerseits wiederum singulärer Akt ist). Diagnose ist also stets einmalige, auf den Einzelfall bezogene Praxis. Darin liegt allgemein – so A. Feinstein (1967, 1973) – das Prinzip des klinischen Handelns. Insofern es immer um den Einzelpatienten geht, dessen Erkrankung zu therapieren ist, muß stets ein für den *Fall* angemessenes diagnostisches Urteil gefunden werden, unabhängig davon, ob die Symptomatik und Prognose im Individualfall *typisch* für das jeweilige Krankheitsbild ist. Der Prozeß des »clinical reasoning« beginnt mit »clinical data«, d. h. *Individualdaten*; erst im weiteren Verlauf bezieht er »paraclinical and demographic data« ein, wobei der Bezug zur Individualperson (behandelter Patient XY) keinesfalls verlorengehen darf. Krankheitsbilder als Wissensschablonen für klinische Entscheidungen setzen sich aus Erfahrungen über eine Fülle individueller Fälle zusammen und dienen letztlich zur Erkenntnis und Therapie im Einzelfall. Verlaufsmuster, die das typische Bild einer Erkrankung beschreiben, sind verallgemeinerte Schemata, die zur Erhellung der Besonderheit jedes Einzelfalls dienen. Bei der Diagnose werden Fall- und Allgemeinperspektive zugleich aktiviert. Im aktuellen Handlungsfeld des Arztes wird Erfahrungswissen gebildet, das aus dem allgemeinen Erfahrungshorizont des Lehrbuchwissens über typisierte Krankheits(verlaufs)bilder gespeist wird; zugleich wirkt die Erfahrung des Einzelfalls auf das allgemeine Wissen zurück, erstens indem es dieses – per »erfolgreicher Therapie« – validiert und zweitens indem es ihm – wenn der Einzelfall anders als die im allgemeinen Wissen gespeicherten Varianten verläuft – ein neues Element hinzufügen und es dadurch verändern (anpassen) kann. Dazu schreibt Feinstein zur Erfahrung des Klinikers selbst, die aus dem Umgang mit Krankheitsfällen hervorgeht:

»Ein Kliniker erreicht seine »Erfahrung«, indem er die Krankheit seiner Patienten beobachtet, die Beobachtungen kategorisiert, den Inhalt der Kategorien analysiert, die Informationen in seinem Gedächtnis speichert und später die Daten selektiv hervorholt, wenn er in die Denkprozesse (reasoning processes) anlässlich des klinischen Entscheidungshandelns eintritt. Die Information, die in den rationalen Hintergrund aufgenommen wird, umfaßt viele Typen klassifizierter Daten, aber das Besondere an der Erfahrung des Klinikers ist intellektuelle Datensammlung, bei der die Krankheit entsprechend ihrem klinischen Verlauf (clinical behavior) klassifiziert wird« (1967: 142).

Die Zentriertheit der klinischen Medizin auf die Situation der Arzt-Patient-Konsultation – also den besonderen Fall jedes einzelnen Patienten – betont auch S. Toulmin (1976). Er siedelt die Medizin im Spannungsfeld zweier scheinbar widersprüchlicher Erkenntnismodi an, nämlich dem allgemeinen analytischen Schließen nach dem Vorbild der Naturwissenschaften auf der einen Seite (naturwissenschaftlicher Pol) und dem lebensgeschichtlichen Verstehen nach dem Vorbild der historischen und hermeneutischen Wissenschaften auf der anderen Seite (biographischer Pol). In der Soziologie kommt dieser Medizinthorie ein Forschungszweig nahe, der seit etwa einem Jahrzehnt Biographien als gesellschaftlich vermittelte Lebensverläufe untersucht. Einige Arbeiten, die seither entstanden sind, seien exemplarisch erwähnt. D. Bertaux (1981) stellt Arbeiten vor, die zeigen, daß sich in Lebensgeschichten wirtschaftliche und politische Verhältnisse abbilden. J. Matthes et al. (1981) dokumentieren Ansätze, die sich u. a. dem Problem widmen, wie Biographien durch Ereignisse wie Krankheit oder Arbeitslosigkeit »gebrochen« werden. M. Kohli und G. Robert (1984) stellen Beiträge zum Thema *Biographie und soziale Wirklichkeit* zusammen, die auch den methodologischen Vorbehalt reflektieren, daß der Soziologe Biographien aus lebensgeschichtlichen Erzählungen rekonstruiert. P. Alheit und E. Hoerning (1989) wählen Arbeiten aus dem Programm der Sektion Biographieforschung in der Deutschen Gesellschaft für Soziologie aus, die die Bedeutung der gesellschaftlich normierten Wissenshorizonte für das Erleben und die Verarbeitung der individuellen Biographie (bzw. deren erzählende Wiedergabe) betonen.

Zur Grundlegung der idealtypischen Analyse von Statusbiographien bei chronisch Kranken müssen die drei Bezugshorizonte

der Literatur zusammengefügt werden. Die Grundperspektive ist eine »subjektorientierte Soziologie«. Die drei Bezugshorizonte ergeben folgende Argumentationslinie: Die Theorie der Krankenrolle wird überführt in eine Sicht der multiplen Statusverläufe. Sie lehnt sich an die Lebenslaufforschung an, geht jedoch über diese hinaus, indem ein optimierender Gesichtspunkt normativ verstandener Normalität zusätzlich eingeführt wird (z. B. »Patientenkarrieren«). Es wird vorausgesetzt, daß Statusverläufe – als Typen – in Einzelbiographien erlebt und durch sie individualisiert werden. Dadurch gewinnt die Medizinsoziologie eine analytische Perspektive, die ihr erlaubt, eine Brücke zu schlagen zwischen der auf praktisches Entscheidungshandeln im Krankheitsfall gegründeten klinischen Medizin auf der einen Seite und der auf Deutungsvorgänge und Entwicklungsstrukturen des biographisch-situationalen Geschehens gerichteten verstehenden Soziologie auf der anderen Seite.

Idealtypus – Methodologie und Methode

Soziales Handeln – so Max Weber – ist »dem gemeinten Sinn nach auf das Verhalten *anderer* bezogen ... und daran in seinem Ablauf orientiert« (1922/1956: 1). Im Falle einer chronischen Erkrankung bedeutet soziales Handeln, daß der Statusverlust (beruflich, familiär etc.) und die Stigmatisierung (durch andere, durch sich selbst) soweit abgefangen werden sollen, daß die Lebenssituation möglichst erhalten bleibt. Das heißt, selbstverursachte oder durch andere oder Institutionen aufgezwungene Statusseinbußen und Identitätsverluste sollen soweit wie möglich vermieden werden. Dies geschieht dadurch, daß der chronisch Kranke, seine Angehörigen, seine Familie etc. sich im Medium *sozialen* – sinnhaft auf andere bezogenen – Handelns gegen Einschränkungen der Lebenslage wehren. (Fälle, in denen z. B. Angehörige einem Kranken schaden oder ein Betrieb einen Kranken hinausdrängt, werden hier beiseitegelassen; im Forschungszusammenhang können sie als mehr oder minder verbreitete Abweichung vom Grundmodell der kooperativen Sicherungsstrategien betrachtet werden.) Die Existenzbedrohung, die von der Krankheit ausgeht, wird abgefangen durch *Coping* – im Optimalfall so erfolgreich, daß die bisherige Lebensführung unbeeinträchtigt fortgesetzt oder gelegentlich sogar verbessert werden kann. (Als

Beispiel sei der Bundesinnenminister genannt, der nach einem Attentat, das zu einer Querschnittslähmung führte, im November 1990 in sein Amt zurückkehrte.) Insgesamt kann man sagen, daß *Kranksein*

»– als Verlauf in den Dimensionen Gesundheit/Erkrankung, Einkommen/finanzielle Sicherheit, Beruf, Familie/Privatsphäre vorgestellt – ... als ein Prozeß der relativen Bewältigung existenzbedrohenden Risikos anzusehen (ist), das durch den Erkrankungsfall auftritt. Veränderungen im Grad der Existenzbedrohung sind zum einen eine Funktion der Zeitstruktur ... (Episodendauer, -frequenz), zum anderen hängen sie mit dem Wirksamkeitsgrad individuell zugänglicher Sicherungsstrategien zusammen« (Gerhardt 1976: 222).

Die Sicherungsstrategien, die die Individuen (Familien) wählen, füllen einen Rahmen der Existenzsicherung aus, der sozialpolitisch vorgegeben ist. Die Struktur der sozialen Sicherung in einem Land bildet das Gerüst, in das alle Formen der Statuserhaltung oder Statusoptimierung hineinpassen, die in einer Bevölkerung durch die Kranken (Familien) im Fall chronischer Behinderung gewählt werden. Dabei kann Statusoptimierung darin bestehen, einen Statusverzicht auszugleichen oder Statusverlust ungeschehen zu machen. Soziale Statusteilhabe im Krankheitsfall ist prekär in um ein Vielfaches gegenüber Nichtkranken erhöhtem Ausmaß, insbesondere für gehobene bzw. konkurrenzmäßig besetzte Statuslagen. Westliche Industriegesellschaften unterscheiden sich von traditionellen Gesellschaften u. a. dadurch, daß ein *Minimum* der überlebensnotwendigen Existenzerhaltung sozialpolitisch gesichert wird. Statuserhaltung ist deshalb – in diesen Gesellschaften – für Überleben nicht konstitutiv, sichert aber andererseits ein »besser-als-minimales« bis hin zu einem »normal-optimalen« Überleben.

In den leitfadengestützten Interviews, die die Krankengeschichte in den Bereichen Medizin (Diagnose, Behandlung, Rehabilitation), Beruf, Familie etc. erheben, werden Lebensgeschichten bzw. Teile erlebter Lebensgeschichten unter diesen Themenperspektiven erzählend dargestellt (Gerhardt 1985, 1986a, Gerhardt und Thönnessen 1990). Die lebensgeschichtlichen Erzählungen sind historisch in einem doppelten Sinne: *Erstens* werden Ereignisse, die zeitlich aufeinander folgen, zu einem Bild des Geschehens miteinander verbunden, das eine konsistente Zeit- und Sachstruktur aufweist. *Zweitens* geschieht diese Darstellung an einem

bestimmten Punkt der Biographie des Protagonisten, von wo aus er/sie in einer bestimmten Weise in eine absehbare oder projizierte/projizierte Vergangenheit und Zukunft gestellt ist. Aus dieser Perspektive werden bestimmte Ansichten und Bewertungen (Deutungen) des Geschehens der Biographie »richtig«, so daß sie dem Interviewer so dargestellt werden (können), daß er/sie daraus ein »richtiges« Bild der Ereignisse gewinnt oder gewinnen sollte. (Auf die »unrichtige« Darstellung sei hier nicht eingegangen, da sie als Variante der »Richtigkeitsorientierung« im Interview gelten kann.)¹

Die Wirklichkeitskonstruktion, die dabei zustandekommt, entspricht einem Prozeß *doppelter Deutung*. Auf der einen Seite werden im Interview – in den erzählten Ereignissen etc. – Deutungen der Welt wiedergegeben; die dargestellte Welt ist bereits durch Deutungen (Auslegungen institutioneller und personaler Bezüge) vorstrukturiert. Auf der anderen Seite leistet der Interviewer, als Adressat der Ereignisdarstellung (und eventuell später als dateninterpretierender Forscher) eine Deutung der bereits vom Protagonisten der erzählten Ereignisse (Befragten) gedeuteten Vorgänge. Diese doppelte verstehensmäßige Konstitution der sozialen Welt schildert H.-G. Soeffner folgendermaßen:

»Das (sinnhaft) Soziale in all seinen Erscheinungsformen ist implizit oder explizit bereits ausgelegt und gedeutet, wird implizit oder explizit zumindest jeweils von denen gewußt, die diese Erscheinungsformen hervorbringen: das von den Soziologen deutend zu verstehende und zu erklärende Handeln ist bereits gedeutet und verstanden . . . Die in wissenschaftlicher Perspektive und Einstellung erarbeiteten Modelle und Konstruktionen ›zweiter Ordnung‹ (Schütz) haben es sowohl material als auch methodisch nicht nur mit der Rekonstruktion und Deutung der alltäglichen Konstruktionen ›erster Ordnung‹ zu tun, sondern sie basieren auch darauf . . . Dabei bewegt man sich – auch in wissenschaftlicher Einstellung – nicht gegenüber einer weitgehend symbolisch ausgedeuteten Welt, sondern in

1 Man muß dabei voraussetzen, daß Erzählungen bzw. Antworten auf Fragen stets den *ad-quem*-Charakter aufweisen, d. h. auf die Person des Interviewers per *Ihr-Einstellung* (Schütz) zugeschnitten sind. Allgemeine Statusmerkmale wie Geschlecht, Alter und eventuell Nationalität, ferner Berufs-, Bildungs- und Familienstand haben typisierenden Einfluß auf die Strukturierung der Darstellung. Dies gilt offenbar sogar für die Antworten in standardisierten Fragebogeninterviews, wie Reuband kürzlich anhand der Untersuchung von Interviewfälschungen zeigen konnte (Reuband 1990).