

Ist Medizin-Soziologie noch zeitgemäß?

Ernst von Kardorff

Keywords: Lage der Medizin-Soziologie in Deutschland, Erweiterungen und Veränderungen im Feld, medizin-soziologische Diskurse

Abstract

Derzeit existiert ein günstiges Klima für die Medizin-Soziologie und alle anderen Wissenschaften, die sich mit Gesundheit, Krankheit, Versorgung, mit Gesundheitsökonomie und gesundheitlicher Lebensqualität beschäftigen. Das Wachstum der Medizinsoziologie geht jedoch mit einer inhaltlichen Krise einher: Angesichts neuer Entwicklungen im „Feld“ stößt die Medizin-Soziologie (v.a. in Deutschland) an historisch gewachsene (Selbst-)Begrenzungen ihrer disziplinären Selbstverortung und droht, insbesondere durch die Abkoppelung von den theoretischen und konzeptionellen Entwicklungen in ihrer Herkunftsdisziplin an analytischer Kraft und Kritikfähigkeit einzubüßen, ihr spezifisches Profil und die Anschlussfähigkeit an neuere Entwicklungen im Feld zu verlieren oder in neuen Disziplinen „aufzugehen“.

1. Von der Medizin- Soziologie zu den Gesundheitswissenschaften – Erweiterungen und Veränderungen im Feld auf dem Weg zur „Gesellschaftsgesellschaft“

Gesundheit als Thema öffentlicher Debatten hat Konjunktur, angefangen von den steigenden Kosten des Gesundheitswesens über die Zunahme chronischer Krankheiten und hier insbesondere der Diagnosen psychischer Störungen bis zu den Moden gesunder Ernährung; dies zeigt sich nicht allein in der unüberschaubaren Ratgeberliteratur und in besorgten politischen Kommentaren, sondern auch in einer Vielzahl einschlägiger Kongresse und (sozial-)wissenschaftlicher Studien – ein großer Teil davon im Auftrag von Sozialversicherungsträgern und Ministerien¹.

1 Um nur einige zu nennen: das Gesundheitsmonitoring des Robert-Koch-Instituts in Berlin (z.B. die KiGGs und die DEGS-Studien), die Analysen der der BAuA zum Zusammenhang von Arbeitswelt und Gesundheit (etwa der Stress-Report Deutschland: Lohmann-Haislah 2012), die

Kurz, es existiert ein günstiges Klima für die Medizin-Soziologie und alle anderen Wissenschaften, die sich mit Gesundheit, Krankheit, Versorgung, mit Gesundheitsökonomie und gesundheitlicher Lebensqualität beschäftigen. Das Wachstum der Medizin-Soziologie geht, so meine These, mit einer inhaltlichen Krise einher: angesichts neuer Entwicklungen im „Feld“ stößt die Medizin-Soziologie (v.a. in Deutschland) an historisch gewachsene (Selbst-)Begrenzungen ihrer disziplinären Selbstverortung und droht, insbesondere durch die Abkoppelung von den theoretischen und konzeptionellen Entwicklungen in ihrer Herkunftsdisziplin an analytischer Kraft und Kritikfähigkeit einzubüßen, ihr spezifisches Profil und die Anschlussfähigkeit an neuere Entwicklungen im Feld zu verlieren oder in neuen Disziplinen „aufzugehen“. Das gilt umso mehr als die medizinische Soziologie in ihrer derzeit dominierenden Gestalt in Deutschland, die Herausforderungen, die mit der Entwicklung zu einer „Gesundheitsgesellschaft“ (Kickbusch 2006; Kickbusch/Hartung 2014²) verbunden sind, vorrangig als „technische“ Probleme der „Medizin“ aufgegriffen hat, anstatt sie als Herausforderung einer *gesellschaftstheoretischen Reflexion* der Bedeutung (und des Bedeutungswandels) von Gesundheit und Krankheit etwa im Kontext der demografischen Alterung, steigender sozialer Ungleichheit und zunehmender Vermarktlichung von Gesundheitsdiensten, der wachsenden volkswirtschaftlichen Rolle der Gesundheitswirtschaft sowie der rasanten Entwicklung und Ausweitung medizinischer Diagnostik, Behandlung und biogenetischer Interventionen zu begreifen. So betonen Krajic, Forster und Mixa (2009) im Editorial eines Sonderhefts zum Thema „Gesundheit“ der Österreichischen Zeitschrift für Soziologie die Notwendigkeit einer kritischen und grundsätzlichen Debatte angesichts einer mehrheitlich empiristischen, kleinteiligen und hoch spezialisierten sowie vorwiegend auf konkrete Anfragen aus der „Medizin“ ausgerichteten anwendungsorientierten Medizin-Soziologie.

Vor diesem Hintergrund werde ich *erstens* anhand der gegenwärtigen Lage der medizinischen Soziologie (in Deutschland) zeigen, auf welche Weise sie sich als lehrende, forschende und beratende Disziplin an den medizinischen Fakultäten erfolgreich etablieren konnte – in der Forschung vor allem als angewandte Sozialforschung zu extern von der „Medizin“ vorgegeben Fragestellungen mit besonderen Kompetenzen im Bereich quantitativer und zunehmend auch qualitativer Methoden und Forschungsdesigns. *Zweitens* möchte ich zeigen, dass sie diesen Erfolg nicht zuletzt dadurch errungen hat, dass sie überwiegend zu einem fraglosen Bestandteil des medizinischen Systems und seiner Programme (und auch der

Gesundheitsreports großer Krankenkassen wie DAK und BKK, die Studien der Deutschen Rentenversicherung zur Rehabilitation, der Deutschen Unfallversicherung zum Arbeitsschutz, die auf wissenschaftlichen Studien basierenden Stellungnahmen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen oder den Teilhabebericht der Bundesregierung.

„Mythen der Medizin“: Saake/Vogd 2008) sowie der heraufkommenden Gesundheitsgesellschaft geworden ist; damit hat sie sich zu großen Teilen von einer gesellschaftstheoretischen Reflexion und Kritik an der Medizin und deren Hegemonialanspruch (so explizit schon von Rudolf Virchow 1848 formuliert: „Die Medizin ist eine sociale Wissenschaft und Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen“ [S. 125] bis zu einigen Vertretern der modernen Neurowissenschaften²) entfernt. Und sie hat damit das Fach auch um wichtige Positionierungen in ihrer Entwicklungsgeschichte halbiert, die mit Namen wie z.B. Irving Zola, Eliott Freidson, Thomas Scheff, Andrew Scull, Nikolas Rose und anderen verbunden sind. Tendenziell hat sie damit ihren Anspruch als geistesgegenwärtige Analyse der sich wandelnden Beziehungen zwischen Gesundheit und Gesellschaft (z.B. Dreitzel 1968; Deppe 2005³; Rosenbrock³; Ehrenberg 2004) in weiten Teilen aufgegeben und ist – von Ausnahmen abgesehen – nur noch lose mit ihrer Mutterdisziplin verbunden. *Drittens* geht es mir darum, zu klären, ob es angesichts der neuen Disziplinen, die sich mit den Themen rund um „Gesundheit(en)“ beschäftigen noch ein Proprium einer genuin soziologischen Gesundheitswissenschaft im Unterschied zu anderen Disziplinen gibt, das mehr als eine bloße Übernahme sozialwissenschaftlicher Methodenkompetenz ist.

2. Stichworte zur Lage der Medizin-Soziologie in Deutschland

Nachdem die Soziologie insgesamt ihre Deutungshoheit über Beschreibung, Analyse und Zukunftsperspektiven der Gesellschaft zunehmend an die Wirtschaftswissenschaften, die Kulturwissenschaften, die Bildungswissenschaften und die Lebenswissenschaften oder an außeruniversitäre Think-Tanks verloren hat, wäre es erstaunlich, wenn dies nicht auch auf die Bindestrichsoziologien insgesamt zuträfe. Gleichwohl ist die medizinische Soziologie die wahrscheinlich erfolgreichste Bindestrichsoziologie in Deutschland: sie ist an allen medizinischen Fakultäten mit eigenen Instituten vertreten, an Hochschulen für Angewandte Forschung auch in den Studiengängen *Soziale Arbeit*, *Pflegewissenschaften* und *Pflegepädagogik*, an denen neben Ärzten/-innen auch Medizin-Soziologen/-innen lehren und forschen. Zudem verfügt die Medizin-Soziologie über eine eigene Sektion bei der DGS und eine seit 1972 bestehende eigene Fachgesellschaft, die DGMS (*Deutsche Gesellschaft für medizinische Soziologie*), die von René König, Hans-

- 2 Kritisch zu den stark mit den Ergebnissen bildgebender Verfahren argumentierenden und bis in die Pädagogik reichenden Ansprüchen der medizinischen Neurowissenschaften vgl. Baecker (2014)
- 3 Rolf Rosenbrock war von 1978-1995 Herausgeber des Jahrbuchs für Kritische Medizin und hat durch seine Arbeiten zur Präventionspolitik, zu AIDS und zu Fragen der Kassenpolitik wichtige Positionen sozialwissenschaftlicher Medizin(system)kritik unter anderem am WZB und als Politikberater mitgeprägt.

Ulrich Deppe, Horst Baier und anderen gegründet wurde. Die 1976 gegründete medizin-soziologische Fachzeitschrift *Mensch, Medizin, Gesellschaft* hat ihr Erscheinen 1992 eingestellt; *Prävention und Gesundheitsförderung*, *Forum Public Health* oder *Das Gesundheitswesen* sind keine explizit soziologischen Journale. Im Unterschied zum angelsächsischen Sprachraum (z.B. *Social Science and Medicine*; *Sociology of Health and Illness*; *Journal of Health and Social Behaviour*; *Medical Sociology* online; etc) gibt es hierzulande keine eigenständige medizin-soziologische Zeitschrift.

Die von der American Sociological Association (ASA) veröffentlichte Definition von Medical Sociology, findet sich in ähnlicher Weise auch in einschlägigen Texten im deutschsprachigen Raum (vgl. von Ferber 1975; Gerhardt 1991; Siegrist 2005⁶; Graumann/Lindemann 2010); sie lautet:

„Medical sociology provides an analytical framework for understanding the social contexts of health, illness and health care. Central topics include the subjective experience of health and illness, political, economic and environmental circumstances fostering ill health; and societal forces constraining the medical care system and individuals' responses to illness. This field draws on traditional sociological issues and contributes to them through reformulations of such basic concepts as social systems and institutions, professionalism, social movements and social change, and social interaction and negotiation. Drawing from pluralistic perspectives, the field is concerned with basic sociological research and its implications for public policy and practice” (<http://www.asanet.org/communities/sections/sites/medical-sociology>; Zugriff am 05.01.2017).

Ich unterscheide nachfolgend die an den medizinischen Fakultäten verankerte *institutionalisierte* medizinische Soziologie von der universitären „Schulsoziologie“, die sich mit Themen im Umkreis von Gesundheit, Krankheit und Behinderung befasst, ohne dass die entsprechenden Lehrstühle die Denomination „Medizinsoziologie“ aufweisen⁴. Abgesehen von der seit 1970 verpflichtenden Lehre im Rahmen der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte, greift die medizinische Soziologie vorwiegend als anwendungsorientierte Forschung wichtige Themen im Spektrum medizinischer Versorgung und Praxis auf: z.B. Fragen nach einer Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, heute unter dem Gesichtspunkt des shared decision making und der Berücksichtigung der Expertise der Patienten/-innen in eigener Sache; Analyse von Patientenerwartungen und -verhal-

4 Vorausgesetzt meine Recherche hat nichts Wesentliches übersehen, existiert derzeit in Deutschland an keinem soziologischen Institut ein Lehrstuhl mit der expliziten Denomination *Medizin-Soziologie* und dementsprechend auch keine spezielle Nachwuchssozialisierung; viele in der Medizin tätige Soziologen/-innen werden über die stark sozialepidemiologisch und versorgungsorientierten Master of Public Health-Studiengänge fachspezifisch einsozialisiert.

ten; Motive und soziale Bedingungen für gesundheitsschädigende Verhaltensweisen; Ursachen für die Zunahme sogenannter Zivilisationskrankheiten; Auswirkungen sozialer Ungleichheit und ihre Folgen für Gesundheit (Marmot/Siegrist 2015; Richter/Hurrelmann 2009²); Gründe für milieuspezifisch und herkunftsbedingt oder regional ungleiche Zugangschancen zu Angeboten des Gesundheitssystems; Rekonstruktion von Krankheitsnarrationen unter dem Blickwinkel von Anpassungsleistungen (Schütze 1999), Bewältigungsstrategien (Schaeffer 2009) und Formen kreativer Transformation und unter dem Blickwinkel individueller und familialer biografischer (Neu-)Positionierungen (Hildenbrand 2009); sie rekonstruiert subjektive Krankheitstheorien im Horizont sozialer Repräsentationen (Flick 1998) und gewandelter gesellschaftlicher Resonanzböden; sie fragt nach den Grundlagen der Selbsthilfe (Trojan 1986; Borgetto 2004) und analysiert die Dynamik solcher Gruppen oder setzt sich mit dem Umgang von Patienten mit neuen Medizintechnologie auseinander oder sie untersucht Ansatzpunkte für nachhaltige Formen der Gesundheitsbildung; sie untersucht Professionalisierungsprozesse und Kooperationsformen der Medizinberufe, etc..

An dieser Aufzählung zeigt sich, dass soziologische Fragestellungen und Methoden durchaus in der Medizin und im Gesundheitssystem angekommen sind und auch das Denken innerhalb der Medizin beeinflusst haben, sichtbar etwa an einer zunehmenden (zumindest rhetorischen) Anerkennung eines bio-psycho-sozialen Krankheits- und Salutogenesemodells oder der ICF in der Rehabilitation. Gleichwohl ist ihre Stimme in der Öffentlichkeit nur wenig präsent und auch innerhalb der Fachzeitschriften der Mutterdisziplin finden sich nur wenige Veröffentlichungen der an den Medizinischen Hochschulen *institutionalisierten* Medizin-Soziologie. Dies könnte als Hinweis darauf gelesen werden, dass die Beiträge der *Medizin-Soziologie* im Hinblick auf Theorieentwicklung und die innerhalb der Mutterdisziplin aktuell geführten Diskurskonjunkturen bis auf wenige Ausnahmen als nur wenig anschlussfähig eingeschätzt werden, dies gilt teilweise auch für die Publikationen aus der Gesundheitswissenschaft. Meine Vermutung geht dahin, dass innovative und grundagentheoretisch interessante Perspektiven – wie sie etwa von Emotions- und Körpersoziologie, phänomenologischen Analysen subjektiver Konstruktionsprozesse von Gesundheit und Krankheit, Studien zur modernen Gendiagnostik und -technik sowie darauf basierender Interventionen oder zur Rolle des gesellschaftlichen Gesundheitsdiskurses und der telemedizinischen Überwachung sowie Fragen nach dem gesellschaftlichen Resonanzboden, der etwa den Erfolg von gesundheitlichem self-tracking erklären könnte – eher in der Mutterdisziplin entwickelt und diskutiert werden und nur vereinzelt in der institutionalisierten Medizin-Soziologie aufgegriffen werden. Vielleicht ist ein Grund für das Verschwinden der Reflexion ganz aktueller und kritischer Themen (Biopolitik, Gentechnologie) in der (deutschen) medizinischen Soziologie in ihrem

„Aufgehen“ im medizinischen System und in der schon beschriebenen Abkopplung von der Mutterdisziplin zu sehen, die soweit ich sehe ein Spezifikum der Medizinsoziologie in Deutschland ist. Gerade die grundlagenwissenschaftlich relevanten neuen und die Gesellschaft als Ganze betreffenden Probleme werden kaum mehr in der Medizin-Soziologie behandelt, sondern teils in anderen Spezialsoziologien wie der Körper- und Emotionssoziologie oder von Soziologen und Soziologinnen aufgegriffen, die sich auf Fragen der Biotechnologie und des Verhältnisses von Natur und Gesellschaft spezialisiert haben (z.B. Lemke 2013) oder Fragen des medizinischen Fortschritts oder der Reproduktionsmedizin unter Genderaspekten (Beck-Gernsheim 2016; dies. 1995) zum soziologischen Thema machen. Dass darüber hinaus qualitative Analysen der Bewältigung chronischer Krankheit die deutsche Medizin-Soziologie bislang nur am Rande beeinflussen und inzwischen auch von Pädagogen aufgegriffen werden (z.B. Nittel/Seltrecht 2013; Seltrecht 2006), dürfte wiederum an der doch noch weitgehend sehr engen quantitativ-naturwissenschaftlichen Ausrichtung der akademischen Medizin und ihrer Orientierung an der am naturwissenschaftlichen Experiment orientierten Evidenzbasierung mit dem „Goldstandard“ des Randomized Control Trail und darauf basierender Leitlinien liegen, der die medizinische Soziologie aus vermeintlichen Akzeptanzgründen in ihrem naturwissenschaftlichen Umfeld zu folgen scheint⁵. Erklärungsbedürftig bliebe hier der Widerspruch, dass Ärzte ja die Erfahrung großer individueller Variationen in der Reaktion auf Krankheiten machen (Resilienz und Salutogenese, Vulnerabilitäten – körperlich wie seelisch) und es immer mit einzelnen Patienten/-innen im Kontext des Alltags ihrer Familien und Arbeitswelten zu tun haben, gleichzeitig aber eine unreflektierte Standardisierung und an evidenzbasierten Leitlinien orientierte Praxis (und Ideologie) die akademischen Medizin beherrscht; die Medizin-Soziologie könnte aus ihrer spezifischen soziologischen Perspektive das Selbstmissverständnis der Medizin als rein naturwissenschaftlicher Disziplin ebenso thematisieren, wie die Differenz zwischen Medizin und ärztlicher Profession in ethnomethodologischen Studies of Work beobachten und analysieren.

Als „*spezielle Soziologie*“ ist Medizin-Soziologie nicht nur auf ein bestimmtes Untersuchungsfeld und dessen Themen(konjunkturen) bezogen, sondern findet sich auch teils als Ergänzung, Konkurrenz und Dienstleistung oder als Unterstützung, aber auch im Widerspruch zu Konzepten der zentralen wissenschaftlichen Disziplin *Medizin* und ihrer Nachbarfächer; das zwingt zur Klärung des Verhältnisses und der Beziehungen zwischen den Disziplinen, zur Bestimmung der eige-

5 Mit Blick auf die Akzeptanz qualitativer und mixed-method-Studien zeichnen sich hier allerdings einige Veränderungen ab (z.B. an der Medizinischen Hochschule Hannover) oder auch bei institutionellen Fördern der Rehabilitationsforschung wie der Deutschen-Rentenversicherung Bund.

nen Rolle, zu Differenzierungen, Abgrenzungen und zur Adressierung von Anschlussfähigkeiten; all dies ist (oder sollte es sein) ein Dauerthema ihrer Selbstverständigung.

In diesem Kontext verstehe ich auch den Titel der Tagung *Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik* im Rahmen des DFG Netzwerks „Qualitative Gesundheitsforschung“, die exemplarisch für die interdisziplinäre Begegnung zweier von ihren Herkunftsdisziplinen arbeitsteilig ausdifferenzierter sozialwissenschaftlicher Spezialisierungen steht, die sich beide mit ihren unterschiedlichen Perspektiven und Fragestellungen auf aktuelle Entwicklungen im Feld der „Medizin“ richten und dabei die Medizin als Teil(system) der Gesellschaft in den Blick nehmen und Gesundheit als gesellschaftliches Produkt und kulturelle Norm und nicht allein „technisch“ als Heilkunde betrachten. Diese Spezialisierungen können dabei sehr Unterschiedliches bedeuten: In der Tradition der *Medizin-Soziologie* sind dies – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – etwa Analysen des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und sozialer Lage (Richter & Hurrelmann 2009²), die Rolle gesellschaftlicher Bedingungen bei der Verursachung und Aufrechterhaltung von Krankheiten (Marmot 2004; Siegrist/Marmot 2008), Auswirkungen kritischer Lebensereignisse auf die Gesundheit in der gesamten Lebensspanne, sozialisatorische Bedingungen für Vulnerabilität und Resilienz (Welter-Enderlin/Hildenbrand 2012³), Voraussetzungen arbeitsbedingter Krankheiten und der Gesunderhaltung im Arbeitsleben (Siegrist 2015; ders. 2016; Badura/Walter/Hellmann 2010) und in der Familie (Schnabel 2001; Ohlbrecht/Schönberger 2010), Studien zur Professionalisierung von Gesundheitsberufen (Becker u.a. 1961; Bollinger, Gerlach/Pfadenhauer 2005), die Untersuchung der Klinikorganisation und ihrer Abläufe (Goffman 1961/dt.1973; Roth 1963; Sudnow 1973; Vogd 2011; Bode/Vogd 2016), die Veränderungen der Arzt-Patient-Interaktion im gesellschaftlichen Wandel (Rosenbrock/Hartung 2012), Erwartungen an und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen in Abhängigkeit von sozialen Milieus und subjektiven Krankheitskonzepten (Wippermann u.a. 2012), der individuelle und familiäre Umgang mit chronischen Krankheiten (Corbin/Strauss 1988/dt. 2004; Charmaz 1993; von Kardorff/Schönberger 2004; Seltrecht 2006; Schaeffer 2009; Detka 2011) und Krankheitskarrieren (z.B. Gerhardt 1986), die Bedeutung einer geschlechtersensiblen Gesundheitsforschung (Maschewsky-Schneider 1996; Kolip/Hurrelmann 2016) oder medizinischer Diskurse und Praktiken als Dispositive sozialer Kontrolle (Zola 1983), die Vorgeschichte und die Prozesse der Etablierung von Bio-Macht (Foucault 2006) als neuer Form der Regulierung der Bevölkerung und des Einzelnen sowie neuartiger Formen der Subjektivierung (Lengwiler/Madárász 2010).

In der noch jungen Disziplin der medizinischen Pädagogik und der Medizinpädagogik-Studiengänge⁶ dominieren Themen wie Lernprozesse von Ärzten und Patienten im Verlauf von Krankheitskarrieren, Entwicklung und Überprüfung neuer Curricula für Ärzte und andere Medizinberufe, partizipative Entscheidungsfindung im Behandlungssetting, Bedingungen erfolgreicher Kooperation der Medizinberufe, Aushandlungsprozesse bei moralischen Dilemmata am Beginn und Ende des Lebens, Unterstützung chronisch kranker und behinderter Menschen bei der Bearbeitung von Krankheitserfahrungen und der Vermeidung von Stigmatisierung und Abstiegskarrieren, Bedingungen zur Gestaltung selbstbestimmter Pflegearrangements, Gesundheitspädagogik im Rahmen von Präventionsprogrammen, Setting-basierte Gesundheitskommunikation in Betrieb und Kommune, Qualitätssicherung und -verbesserung gesundheitsbezogener Dienstleistungen und vieles mehr.

In diesen stichwortartigen Aufzählungen werden inhaltliche Berührungspunkte und Überschneidungen zwischen beiden Disziplinen sichtbar, wenngleich mit unterschiedlicher Akzentuierung – in der Medizin-Soziologie eher in einer analytischen, in der Medizin-Pädagogik in einer stärker normativen Perspektive. Die kurz angedeutete Themenvielfalt wird von der *Entwicklung des Feldes selbst* (wie neue medizinische Erkenntnisse, Diagnosetechniken und Behandlungsformen, Veränderung des Krankheitsspektrums, demografische Alterung, etc.), von *gesellschaftlichen Diskursen über das Feld* (wie Selbstverantwortung, Priorisierung von Gesundheitsleistungen, Kostenexplosion, etc.) und von *Nachfragen aus dem Feld* bestimmt (z.B. Verbesserung von Schnittstellen bei Behandlungsübergängen, Patientenzufriedenheit; Gründe für Unter- und Überinanspruchnahme oder für die Zunahme von diagnostizierten psychischen Störungen; Klärung der Wirksamkeit, Spezifität, Effizienz und Nachhaltigkeit von Therapie und Rehabilitation). Hinzu kommen neue Entwicklungen, die grundsätzliche ethische Fragen und das anthropologische Selbstverständnis der Gattung berühren und in Öffentlichkeit, Politik und Recht umstritten sind (Reproduktionsmedizin; Gentechnologie; Organersatz; Neuroenhancement; Telemedizin; etc.). All dies drängt sich der Aufmerksamkeit der Medizin-Soziologie geradezu auf. Vor diesem Hintergrund stellt sich die nicht nur semantisch relevante Frage, ob die historische Bezeichnung „medizinische Soziologie“ oder „Medizin-Soziologie“ (*medical sociology, sociology of medicine*) für die oben angedeuteten Herausforderungen noch inhaltlich, von den Konzepten und vom Methodenarsenal her gesehen angemessen ist. So hat die Deutsche Gesellschaft für Soziologie den Namen ihrer einschlägigen Sektion um den Begriff Gesundheitssoziologie erweitert (*Medizin- und Gesundheitssozio-*

6 Diese in Deutschland mittlerweile über dreißig Studiengänge zielen auf die Ausbildung von Lehrkräften für medizinische Berufe, für Qualitätsmanagement und Führungsaufgaben in medizinischen Organisationen.

logie) und somit sowohl auf die neuen Herausforderungen als auch auf die diskursive Akzentverlagerung von „Medizin“ (Krankenbehandlung, Medizinsystem) reagiert und als Bezugsproblem auf „Gesundheit“ als neuen Bezugsrahmen umstellt.⁷

3. Der Erfolg der „medizinischen Soziologie“ und sein Preis

3.1 *Gesellschaft und Gesundheit und die Entwicklung der Medizin-Soziologie – einige Stichworte*

Der Zusammenhang zwischen der Gesellschaft und ihrer Gesundheit sei es als staatliche Aufgabe der Hygiene und Überwachung („Medizinische Polizey“ [Johann Peter Frank 1799] oder als Aufgabe einer volkerzieherischen und arbeitsmedizinischen „Sozialreform“ [Virchow 1848]) ist spätestens seit dem späten 18. Jh. mit dem Anwachsen der städtischen Bevölkerung und besonders mit der Entstehung der modernen Industriegesellschaft zu einem Dauerthema öffentlicher Debatten in Medizin, Pädagogik und Philosophie, als Handlungsfeld der Politik und als Thema für soziale Bewegungen (z.B. Engels 1845) zum Gegenstand wissenschaftlicher Beschäftigung geworden. Auch wenn sich bereits Ende des 19. Jh. einzelne Publikationen finden, die den Begriff „Medical Sociology“ im Titel aufweisen (vgl. zur historischen Entwicklung: Bloom 2002), dauert es noch bis in die 50er und 60er Jahre des 20. Jh. bis sich eine Medizin-Soziologie als eigenständige Binde-Strich-Soziologie mit der Gründung einer eigenen Sektion in der American Sociological Association im Jahr 1959 etablieren konnte; hierzu haben vor allem die theoretischen Konzeptualisierungen von Talcott Parsons (Parsons 1951; ders. 1951a⁸, vgl. Gerhardt 1989), quantitative sozialepidemiologische Studien zum Zusammenhang von sozialer Schicht und psychischer Krankheit (z.B. Hollingshead/Redlich 1958), qualitative Studien zur Professionalisierung von Ärzten (Becker u.a. 1961) oder Studien zu Strukturen, Prozessabläufen und Funktionen von

7 Dem sind auch einige Institute mit neuen Abteilungsdenominationen gefolgt, wie z.B. „Soziologie der Gesundheit und des Gesundheitssystems“ (Siegen), „Gesundheitssoziologie“ (Chemnitz), „Soziologie mit dem Schwerpunkt Gesundheitsforschung“ (Augsburg), „Fakultät für Gesundheitswissenschaften“ (Bielefeld, dort sind einige Lehr- und Arbeitsbereiche auch durch Soziologen/-innen vertreten).

8 In einem soziologischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit wird deutlich, dass es sich dabei nicht allein um eine in naturwissenschaftlichen Kategorien definierbare Norm und entsprechende Abweichungen davon handeln kann, sondern um kulturelle Konventionen und subjektive Deutungen, wie dies im Spannungsverhältnis zwischen *disease* und *illness* und auf einer Skala zwischen „dis-ease“ und „health-ease“ zum Ausdruck kommt, auf der sich Mischverhältnisse zwischen den *Gesunden Kranken* und den *Kranken Gesunden* abbilden (Akashe-Böhme/Böhme 2005). Diese Überlegungen haben dazu beigetragen ein bio-psycho-soziales Modell von Gesundheit/Krankheit zu entwickeln, wie es im Gesundheitsbegriff der WHO kodifiziert wurde.

Kliniken und Anstalten (Goffman 1961; Roth 1963; Glaser/Strauss 1965; Sudnow 1973) beigetragen, bevor dann vom Mitte der 70er bis ca. Mitte der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts eine Blüte medizinkritischer Debatten und Forschungsarbeiten in der Medizin-Soziologie zu beobachten ist, etwa die Kritik am medizinischen Modell und seine Erweiterung zum bio-psycho-sozialen Modell (vgl. v. Kardorff 1978; Franke 2010²; Wainwright 2008), an der Deutungsmacht der Ärzte für gesellschaftliche Problemlagen (z.B. Freidson 1970) und an der Rolle des medizinischen Systems als Instanz sozialer Kontrolle (z.B. Zola 1975), an der Enteignung der Gesundheit (Illich 1975) oder den Tendenzen einer Psychiatisierung des Alltags (Castel u.a. 1982) sowie der weitergehenden Analysen zur Etablierung der medizinischen Wissensordnung (Foucault 1973) und der Formierung einer auf das Subjekt wie die Bevölkerung gerichteten Biopolitik (Foucault [1978/79]2006). Ab den 80er Jahren erweitern mikrosoziologische Fragestellungen wie die Sicht auf Krankheiten als Lebenskrise (Bury 1982), die Rolle sozialer Unterstützung (snetze) im Fall chronischer Krankheiten (Badura 1981), Aufgaben der Bewältigung chronischer Krankheiten (Hildenbrand 1983; Corbin/Strauss 1988; Charmaz 1993) oder biografisch-narrative- Perspektiven auf das Leben mit Krankheit und Behinderungen (Zola 1982; Schütze 1999) das Spektrum medizinsoziologischer Themen.

Parallel dazu etabliert sich im Kontext sozialstaatlicher Gesundheitspolitiken eine stark anwendungsorientierte Medizin-Soziologie, die Beiträge zu einer erklärenden Sozialepidemiologie und zur Versorgungsforschung liefert und eine Vielzahl sehr spezieller Fragestellungen aus dem medizinischen Versorgungssystem aufgreift – von der Verbesserung der Krankenhausorganisation und der Übergänge und Schnittstellen zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen über Ansätze zur Gesundheitsprävention bis zur Verbesserung der Behandlungssadhärenz, von der Wirkung von Anreizsystemen zur rechtzeitigen Inanspruchnahme von Behandlungen über die Akzeptanz von Organspenden bis zur Organisation von Palliativstationen, von pfadabhängigen Prozessen der Ausdifferenzierung medizinischer Organisationen, der Akademisierung von Medizinberufen bis zur Entwicklung von Konzepten des Qualitätsmanagements oder der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Bis heute ist es der an den medizinischen Fakultäten institutionalisierten medizinischen Soziologie und der meist in einem Atemzug genannten medizinische Psychologie gelungen, durch eine Vielzahl von Studien eine durchaus erfolgreiche anwendungsbezogenen empirischen Forschungsroutine im Auftrag der „Medizin“ zu etablieren.

3.2 Die Etablierung der medizinischen Soziologie in Deutschland

In Deutschland konnte sich die Medizin-Soziologie seit der 1970 neu gefassten Approbationsordnung für Ärzte fest etablieren und wurde damit zum Regelangebot mit eigenen Abteilungen an allen 26 medizinischen Fakultäten⁹. Dort agiert sie weitgehend als *angewandte Soziologie* im Sinne von Manfred Pflanz als „Anwendung soziologischer Theorien und Methoden auf das Gesundheitswesen sowie auf die Phänomene Gesundheit und Krankheit“ (Pflanz 1975: 238). Diese z.B. von Johann Behrens (2003) mit dem Verweis auf die Notwendigkeit eigenständiger Perspektiven, Fragestellungen und Definition von Grundlagenproblemen zu Recht kritisierte Einführung einer „Speziellen Soziologie“ begrenzte das vorrangige Selbstverständnis der Medizin-Soziologie an den medizinischen Fakultäten auf eine überwiegend an Aufgabenstellungen einer Soziologie *in der Medizin*¹⁰ hin ausgerichtete Sichtweise, die sie von ihrer Mutterdisziplin schrittweise entfernt. Im Ergebnis führt dies zum Verlust eines wesentlichen Merkmals ihrer soziologischen Spezifität und im Verhältnis zu neuen Disziplinen – so meine These – tendenziell auch dazu, dass sie sich als Subdisziplin mit diesem Namen tendenziell auflöst bzw. mit diesen verschmilzt.

Schon 2001 formuliert Hans-Ulrich Deppe – neben Manfred Pflanz, Johann Jürgen Rhode, Christian von Ferber, Horst Baier, Johannes Siegrist, Uta Gerhardt, Alf Trojan und Bernhard Badura – einer der Pioniere der *Medizin-Soziologie* in Deutschland: „Die Medizinsoziologie hat sich in den letzten Jahren gemeinsam mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen zu dem entwickelt, was heute als *Gesundheitswissenschaft* bezeichnet wird.“ (<http://archiv.labournet.de/diskussion/wipo/gesund/hudeppe.html>: 2001). Parallel dazu haben sich unter den Bezeichnungen *Public Health* (Schwartz u.a. 2002, *Rehabilitationswissenschaften* (Bengel/Koch 2000), *Frauengesundheitsforschung*, *Gesundheitsökonomie*, *Gesundheitssoziologie* (Hurrelmann 2000; Jungbauer-Gans/Kriwy 2016), *Versorgungsforschung* (Pfaff 2016³), *Sozialmedizin*, *Sozialepidemiologie*, *Arbeitsmedizin*, *Disability Studies*, etc. weitere Spezialgebiete und hybride Disziplinen rund um

9 Einschränkung muss dabei festgehalten werden, dass an vielen Fakultäten die für das Lehrgebiet der medizinischen Soziologie zuständigen Abteilungen zusätzlich das Gebiet der medizinischen Psychologie, teils der Sozialmedizin vertreten und die Lehrstühle oft von Psychologen/-innen oder Ärzte/-innen und nicht durchgehend von Soziologen/-innen besetzt sind.

10 Diese Unterscheidung der Perspektiven einer *sociology in medicine* und einer *sociology of medicine* geht auf Robert Strauss (1957) zurück; während Soziologie *in der Medizin* vorrangig mit soziologischen Theoremen und Methoden bearbeitbare Fragestellungen aufgreift, die sich aus den Aufgabenstellungen und dem Wandel innerhalb des medizinischen Systems ergeben oder von den dortigen Akteuren an sie herangetragen werden, nimmt eine Soziologie *der Medizin* das medizinische System in seinen Funktionen und in seiner Bedeutung für oder seinen Auswirkungen auf die Gesellschaft auf und setzt damit genuin soziologische Akzente aus einer distanzierten und reflexiven Beobachterposition heraus und verknüpft sie mit gesellschaftstheoretischen Überlegungen.

gesellschaftlichen Diskurs über *Gesundheit* herausgebildet; diese stehen teils in Konkurrenz zur Medizin-Soziologie oder verschwimmen mit ihr in hybriden, transdisziplinären Formen; letzteres kann ist durchaus sinnvoll, wenn es sich dabei um *neue* Perspektiven und nicht bloß um ein Verwischen oder eine Einebnung von Differenzen zwischen z.B. psychologischen und soziologischen Analyseperspektiven handelt.

3.3 Medizinische Soziologie als Bestandteil der heraufkommenden „Gesundheitsgesellschaft“

Die erwähnte Ausdifferenzierung und teilweise Hybridisierung folgt veränderten Mustern gesellschaftlicher und politischer Thematisierung, die zugleich eine Erweiterung und auch eine Verengung mit sich bringen. Die kann verkürzt an drei Beispielen dargestellt werden: die *Gesundheitswissenschaften* nehmen den vor allem in westlichen Gesellschaften beobachtbaren säkularen Trend hin zu einer Gesundheitsgesellschaft (Kickbusch 2006; Kickbusch/Hartung 2015²) auf und gewinnen ihre Problemformulierungen u. a. aus demografischen Entwicklungstrends und epidemiologischen Studien zur Zunahme chronischer Krankheiten (z.B. Knieps/Pfaff 2015), dem Wachstum des Gesundheitsmarkts und einer u.a. durch die Fortschritte der Medizin erhöhten Sensibilisierung für das kulturellem Wandel unterworfenen und in Auseinandersetzungen um die Deutungshoheit zwischen Öffentlichkeit, Recht und Disziplinen umstrittene „Gut“ Gesundheit. Darauf basierend werden von Medizin, Pädagogik, Psychologie und Soziologie entwickelte, vorrangig lebensstilbezogene und individualisierende Präventionsstrategien entwickelt, deren Propagierung nicht unwesentlich zu dem aktuellen Gesundheits-hype und einem Diskurs über die „Pflicht zur Gesundheit“ in den neoliberalen Regimes der modernen westlichen oder vom Westen beeinflussten Reichtums-gesellschaften beigetragen haben dürfte. Die *Versorgungsforschung* wiederum richtet ihren Fokus auf Fragen der politischen und administrativen Steuerung der medizinischen Versorgung und sucht den Schulterchluss mit der Versorgungsökonomie, um Mengenprobleme, Verteilungs-, Priorisierungs- und Zugangsfragen angesichts politisch verknappter Mittel zu justieren (vgl. DFG 2010; Pfaff 2016)¹¹. Die *Disability Studies* (vgl. Oliver/Barnes 2012; Waldschmidt/Schneider 2007) wiederum betonen die Bedeutung der Partizipation der Betroffenen und rekurrieren mehrheitlich auf radikal-konstruktivistische Positionen und diskursanalytische Verfahrensweisen mit Blick auf das Feld der durch die Gesellschaft behinderten Menschen.

11 Die Versorgungsforschung klammert dabei häufig die seitens der Pharmaindustrie in die Höhe getriebenen Kosten und die über eine betriebswirtschaftlich getriggerte Zunahme von Behandlungen etwa bei Knie- und Hüfttrepanationen oder MRT-Diagnostik aus.

Die oben beschriebene Entwicklung ist nicht allein der fortschreitenden Arbeitsteilung des sich ausdifferenzierenden Wissenschaftssystems geschuldet, sondern folgt veränderten Mustern gesellschaftlicher und politischer Thematisierung von *Gesundheit* und *ihrer Praxen* und konstituiert in diesem Prozess eine *neue Wissensordnung*, die auch traditionelle Formen der Arbeitsteilung neu organisiert, wie sich in den Begriffen Inter- und Transdisziplinarität (Mittelstraß 2003) andeutet. Das betrifft mehr als nur wissenschaftliche Hyperspezialisierungen, die gesellschaftlichen Moden folgen wie etwa eine *Ernährungssoziologie* (vgl. Barlösius 1999) oder die wechselnden politischen Konjunkturen folgende Auslobung von Forschungsgeldern, eine Entwicklung, die durchaus auch einflussreich ist, wie man etwa an den nicht enden wollenden Adipositasprojekten sehen kann (kritisch dazu: Schmidt-Semisch/Schorb 2008). Vielmehr handelt es sich um eine grundsätzliche Veränderung der Perspektiven: der programmatische Diskurs um die *Gesundheitsgesellschaft*¹², wie sie etwa Ilona Kickbusch in ihrem gleichnamigen Buch unter einer kaum hinterfragten Berufung auf weltweite Strategien der WHO propagiert, lenkt unter einer *soziologischen Perspektive* den Blick auf *die Gesundheit der Gesellschaft*, in der die Disziplinen und die Gesundheitspolitiken neue relationale Felder konstellieren: der aus der neoliberalen Sozialpolitik stammende Begriff der Selbstverantwortung¹³ und die entsprechende Umgestaltung der sozial- und gesundheitspolitischen Agenda wären hierfür ein Beispiel (vgl. Kühn 1993; Hahn 2011), die Deutung von Verhaltensauffälligkeiten als neurochemische Abweichungen und die beanspruchte Deutungshoheit der Neuropsychologie für derartige Phänomene und Lernprozesse ein anderes (vgl. Rose 2007).

3.4 Die Medizin-Soziologie: Gefangene im Diskurs der von Medizin und Gesundheitspolitik propagierten Diskurse einer Gesundheitsgesellschaft

Mit Blick auf die traditionelle Unterscheidung für Bindestrichsoziologien – hier: einer Soziologie *in* der Medizin und einer Soziologie *der* Medizin – fehlt nach der vorausgegangenen groben Übersicht über die *medizinische Soziologie weitgehend* die notwendige reflexive Distanz, eine gesamtgesellschaftliche Perspektive der Einordnung und Analyse dominanter Diskurse und Praktiken sowie eine gesell-

12 Vgl. kritisch hierzu: Paul/Schmidt-Semisch (2010).

13 Einem Hinweis von Bruno Hildenbrand auf der Tagung folgend wäre Selbstverantwortung auch als eine anthropologische Größe zu behandeln, weil sie Bestandteil allgemeiner Reziprozitätserwartungen sind. Daher ist der Begriff Selbstverantwortung als eine Tugend, die Personen für sich selbst auch wollen (Selbstbestimmung als die andere Seite) von der im neoliberalen Diskurs aufgeherrschten Selbstverantwortungsrhetorik (vgl. schon Kühn 1993; Hahn 2011) deutlich zu unterscheiden.

schaftskritische Perspektive auf Medizin und Gesundheit. Diese notwendig verkürzte und zugespitzte Zustandsbeschreibung legt den Schluss nahe, *dass die medizinische Soziologie in ihrer gegenwärtigen Gestalt (in Deutschland) als eigenständige Disziplin nur noch begrenzt zeitgemäß ist und schon gar nicht geistesgegenwärtig*. Vielmehr lässt sie sich die Themen von der Medizin(politik) weitgehend vorgeben, darin ähnelt sie der medizinischen Psychologie; dass dies zum Teil auf ihre Anwendungsorientierung und die Vergabe von Forschungsmitteln für nutzungs- und evaluationsbezogene Aufgaben bedingt ist, sei an dieser Stelle geschenkt – das geht auch andern Fächern nicht anders. Wenn meine Einschätzung zum Stand der medizinischen Soziologie denn einigermaßen zutrifft, erstaunt ihre Theorievergessenheit angesichts der angelsächsischen Tradition der Medizin-Soziologie, die bis heute zentrale Themen immer auch medizin- und gesellschaftskritisch aufgegriffen hat, und sie nicht an die Grundlagendisziplin auslagert. Um nur einige willkürlich ausgewählte Beispiele eines derartigen reflexiv-analytischen und kritischen Zugangs zu nennen: aus der Perspektive der Fachgeschichte die Professionsstudien zur Sozialisation von Ärzten bei Howard Becker, Blanche Geer, Everett Hughes und Anselm Strauss, die Studien zur sozialen Kontrolle durch die medizinischen Professionen und das Medizinsystem, etwa bei *Irving K. Zola*, zugleich einer der Gründerväter der Disability Studies, in denen er gesellschaftliche Produktion von Behinderung thematisierte und das subjektive Erleben und Sprechen Betroffener Wissenschaftler als legitime wissenschaftliche Quelle begründete, die Kritik an der Therapeutisierung und dem sogenannten PSY-Komplex Mitte der 80er Jahre (Rose 1985), die Kritik an der Medikalisierung, am neurochemischen Selbst und am pharmazeutisch-industriellen und medizintechnischen Komplex (Rose 2007) und seiner Verstrickung mit der klinischen Forschung im Kontext der Ausweitung psychiatrischer Diagnosen (Frances 2013), eine grundlegende Kritik an Kontrolldispositiven, die über neue Formen des e-health, Gesundheitskarte, Gesundheits-Apps und self-tracking vermittelt an der Produktion eines neuen (Gesundheits-)Subjekts mitwirken, die Kritik an der Produktion persönlicher Unsicherheit durch Identifikation und Früherkennung von Risikogruppen, worauf schon 1982 Castel, Castel und Lovell verwiesen haben, eine Kritik an der Individualisierung, die dem Einzelnen in einer Form des blaming the victim die ganze Verantwortung für seine Gesundheit zuschreibt (z.B. Oliver/Barnes 2012) und seine Subjektivität auf Ausprägungsgrade von Lebensqualitätsskalen reduziert, eine Kritik an der von der Medizin gestreuten interessierten Behauptung, dass der medizinische Fortschritt automatisch zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Lebensqualität der Bevölkerung beitrage (z.B. McKewon 1982), der Aufweis eines Zusammenhangs zwischen der Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung und den Risiken insbesondere für die armen Kranken, wie Stuckler und Basu (2013) zeigen oder die sozialepidemiologische Analysen von

Marmot (2004) zum Gesundheitsgradienten oder Analysen zu institutionsproduzierten Krankheitskarrieren (Goffman 1972) oder den Folgen von Deinstitutionalisierungsprozessen wie der „Decarceration“ der psychisch Kranken in den USA (Scull 1977). Mit dieser verkürzten und subjektiven Auswahl will ich verdeutlichen, dass der Erfolg der deutschen institutionalisierten Medizin-Soziologie auch auf ein „Aufgehen“ oder „Verschwinden“ des soziologischen Wissens – hier folge ich einer Gedankenfigur von Wolfgang Bonß aus der Verwendungsforschung (vgl. Beck/Bonß 1989) – in der neuen Wissensordnung der Gesundheitsgesellschaft verweist, gleichsam auf eine weitgehend auf kritische Reflexion verzichtende Versozialwissenschaftlichung der Praxis des Medizinsystems, die den Funktionserfordernissen des Gesundheitskomplexes entgegenkommt: Beispiele hierfür wären die Adhärenzforschung oder, auf die pädagogische Seite hin gewandt, zielgruppenspezifische Konzepte für Gesundheitsschulungen und Präventionskonzepte im Auftrag von Behörden wie der BZgA.

Die Entwicklung zu einer Gesundheitsgesellschaft hat eine lange Vorgeschichte und stellt aus meiner Sicht eine Herausforderung zu einem beständigen Neu-Begreifen der Entwicklungen im Verhältnis Staat – Medizin – Gesundheit – Bevölkerung im Kontext säkularen Wandels dar. Ein kurze diskurstheoretische Reminiszenz: Beginnend mit Johann Peter Franks „System einer vollständigen medizinischen Polizey“ entsteht an der Wende des 18. zum 19. Jh. jene große Koalition zwischen dem Staat und der nun als Disziplin ausgebildeten Medizin und später anderer gesundheitsrelevanter Fächer wie der Psychologie und der Pädagogik, die sich bis in die Gegenwart hinein in wechselnden Formen immer enger gestaltet und intern ausdifferenziert. Dies verweist auf die gesellschaftliche Aufmerksamkeit, die sich auf die Gesundheit der Bevölkerung und zunehmend auch des Einzelnen, heute als Element einer Risikogruppe richtet und reflektiert zudem eine Seite der Individualisierung, die den gesunden, den perfekten Körper und die optimale Funktionsfähigkeit zum Garanten sozialer Anerkennung und des Statuserhalts macht, was zu großen Teilen in den subjektiven Wünschen und Ansprüchen der Subjekte seinen Widerhall findet; man muss dazu nur den Erfolg von Diäten, von Medikamenten des Neuroenhancement zur Aktivitätssteigerung, zum Durchhalten bei der Arbeit (Präsentismus), zur Stimmungsaufhellung, zur Schmerzbewältigung betrachten. Die hier nur angedeutete Verknüpfung von Staat und Medizin war dabei nicht allein, wie noch bei der Umgestaltung von Paris durch Baron Haussmann von dem Gedanken der Stadthygiene und der Seuchenprävention und der Kontrolle finsterner Gesellen getragen, sondern vom Anliegen einer auf die Bevölkerung gerichteten und heute mehr noch auf (Selbst-)Formung zielenden Bio-Politik und Bio-Macht wie Michel Foucault (2006) gezeigt hat. Bals, Hanses und Mezger (2008: 8) verweisen in diesem Kontext auf die emanzipatorische Tradition der Hereinnahme der Gesellschaft in den Diskurs der Medizin und über Gesundheit: „Gesundheit war in diesem Sinne vor allem die Frage, wie

durch eine Veränderung des Sozialen, Gesundheit ermöglicht werden kann. Aus der gegenwärtigen Perspektive ist allerdings anzumerken, dass diese konkrete Utopie der durch das Soziale bestimmten Gesundheitsdebatten und Gesundheitskonzepte sich in die Frage nach der präventiven Bestimmung des gesundheitsrelevanten Verhaltens des Einzelnen geradezu verkehrt hat. Gesundheit als Konzept hat am Anfang des neuen Jahrtausends seine utopische Kraft zur Neubestimmung des Sozialen verloren und ist zur Frage der (gouvernementalen) Beherrschbarkeit der Gesundheitsrisiken der Individuen zerronnen“. Mit dem Heraufkommen der Gesundheitsgesellschaft erscheint die Franksche *Gesundheitspolizey* in neuem Gewand und in einem veränderten Kontext mit der Botschaft an die Übergewichtigen, Bewegungsfaulen, rauchenden und Alkohol konsumierenden Menschen unter dem neoliberalen Motto „Du musst Dein Leben ändern“ (mit anthropologisierendem Tiefsinn und unkritischer Technikbewunderung von dem Philosophen Sloterdijk 2009 vorgetragen) – und in Klammern hinzugefügt – und wir, die Krankenkassen, der Gewährleistungsstaat, die anderen Bürgerinnen und Bürger beobachten und unterstützen Dich dabei, nicht zuletzt, damit Du dich dauerhaft selbst beobachtest. Zugespitzt klingt dies nach einer Beschreibung einer Gesundheitsüberwachungsgesellschaft wie sie Juli Zeh in der romanhaften Dystopie „Corpus delicti“ (2009) imaginiert hat. Aber gerade diese zugespitzte Perspektive kann als kritische Leitfolie zur Reflexion der Aufgaben einer Medizin-Soziologie dienen, die nicht um ihr *soziologisches Reflexionspotential halbiert* ist.

Derartige kritische Reflexionen, gesellschaftstheoretische Verortungen, grundagentheoretische Überlegungen zu einzelnen Aspekten der Gesundheitsgesellschaft, der Medizin oder zu Aspekten von Versorgungseinrichtungen finden sich – fast schon wie in einer Arbeitsteilung – eher in der Mutterdisziplin Soziologie. Insofern könnte man davon sprechen, dass die Soziologie *der* Medizin oder *der* Gesundheit aus der institutionalisierten medizinischen Soziologie in die Mutterdisziplin *zurückgewandert* oder besser: dort *verblieben* ist, oft versteckt bei einschlägig interessierten Kolleginnen und Kollegen der Heimatdisziplin, sei es im Rahmen *körpersoziologischer Analysen* und *emotionssoziologischer Studien* (etwa über Scham: Scheff 2000), *diskurstheoretischer Arbeiten* (z.B. Brunnett 2009), Studien zu den Wirkungen gendiagnostischer Verfahren (Lemke 2013), Analysen zur Formierung eines neuen Gesundheitssubjekts usw.. Viele grundagentheoretische Studien finden sich auch zunehmend in der (Europäischen-)Ethnologie (z.B. Uhlig 2012; Klausner 2015), in den Cultural Studies, etwa Jürgen Links Versuch über den Normalismus (2013⁵) oder in den Disability Studies (z.B. die Studie von Birgit Behrlich zu Paarbeziehungen von Körperbehinderten). Auch diese Entwicklungen sprechen dafür, die Bezeichnung *medizinische Soziologie* für eine soziologische Perspektive zumindest in Frage zu stellen.

4. Zur Spezifik einer genuin soziologischen Perspektive in der Gesundheitsforschung

Angesichts der zu Beginn angesprochenen Neuformierung des Gegenstandsbezugs und der Entwicklung hybrider Bezeichnungen, die mehr sind als bloße Namen, scheint die Überschrift dieses Abschnitts quer zu liegen und die Neuordnung des Feldes zu unterlaufen. Mein Argument für eine *genuin soziologische Gesundheitsforschung* zielt dabei nicht in erster Linie auf professionelle Identitätsstrategien und berufliche Positionierungen, sondern auf das gesellschafts- und institutionenkritische Potential soziologischer Konzepte, die ihren Gegenstand aus der iterativen Bewegung zwischen *Engagement* (hier der empirischen Durchdringung des Feldes aus der Perspektive aller Beteiligten) und *Distanzierung* (Elias 1983) gewinnen. Distanzierung meint hier gerade die uninteressierte Analyse von Mechanismen der sozialen Reproduktion von Strukturen, Beziehungen, Fällen im Kontext ihrer sozialen Situiertheit und den Blick auf Transformationen und Formen einer globalen Metamorphose, in der sich die Stellung des Menschen durch medizinische Entwicklungen grundlegend verändert (Beck 2016) und neue Gesundheitsrisiken (z.B. Antibiotikaresistenzen) ihrerseits die Gesellschaft verändern. Dabei kommen sowohl klassische *soziologische* Erklärungskonzepte zum Tragen als auch die Entwicklung neuer Konzepte aus dem Prozess der empirischen Forschung – egal ob qualitativ oder quantitativ oder aus Mixed-Method-Designs stammend. Stichwortartig verkürzt lassen sich einige Beispiele dafür anführen: so analysiert Eva Illouz (2009) Leidensgeschichten nicht nur als persönliches, sondern als gesellschaftliches Narrativ und gelangt damit zur Frage nach dem Resonanzboden für die (vergebliche) Suche nach dem wahren Selbst in beständiger Selbstprüfung des eigenen Ungenügens. Oder Robert Castels (1973) Analyse des Übergangs von einer Klinik des Subjekts zu einer epidemiologischen Klinik: statt etwa die Gefährlichkeit einer psychisch kranken Person oder die Schädlichkeit eines konkreten Patientenverhaltens in den Mittelpunkt zu stellen, werden populationsbezogene Risiken identifiziert, die das medizinische System wachsen lassen und damit einen Zugriff des medizinischen Systems auf potentiell Kranke und Gefährdete oder Gefährliche erweitern, eine Entwicklung für die Kühn (1993) den Ausdruck „Healthismus“ geprägt hat. Bei den Risikogruppen verändert diese Sichtweise ihr Verhalten: sie sehen sich eher als krank: also Individualisierung oder Personalisierung, statt gesellschaftliche Bedingungen als Ursache zu identifizieren: damit will ich nicht bestreiten, dass personalisierte Medizin und individualisierte Rehabilitationspläne für Patienten durchaus hilfreich sein können, aber eben nur eine Seite des Problems darstellen. Soziologisches Denken kann hier keine Lösungen präsentieren aber auf Paradoxien aufmerksam machen und ansatzweise nach Wegen zu Entparadoxierungen suchen. Oder als letztes Schlaglicht Sabine Maasens Diagnose des „beratenden Selbst“ (Maasen u.a. 2011) als neuem

Modus der Unterstützung der Selbstführung (im Sinne von Foucaults Gedanken zur Gouvernementalität; vgl. auch Bröckling/Krasmann/Lemke 2000) oder kritische Analysen zur Therapeutisierung der Gesellschaft (vgl. Castel u.a. 1982; von Kardorff 2016). Diese Beispiele sollen auch zeigen, dass die spezifische Erkenntnisleistung nicht einfach oder allein an der Nutzung soziologischer Konzepte aus dem „Kanon“ gewonnen werden kann, sondern an *exemplars* mit einem „soziologischen Blick“ demonstriert werden muss (vgl. hierzu auch den Beitrag von Bruno Hildenbrand zu einer *Klinischen Soziologie* in diesem Band).

Mit diesen noch sehr vorläufigen Überlegungen will ich verdeutlichen, dass es durchaus nach wie vor ein Proprium der soziologischen Herangehensweise gibt, das in der hybriden Wissensordnung nur dann seine analytische Kraft, aber auch Kooperationsmöglichkeiten erschließen kann, wenn es auf den *Unterschieden der Wissensformen* besteht: Kooperation und Transdisziplinarität erschließen sich ja gerade darüber, dass sich unterschiedliche Perspektiven ergänzen oder in der Suche nach der Problemformulierungen neue Sichtweisen und Strategien ergeben oder neue Erkenntnishorizonte sichtbar werden können. Und diese Differenzen liegen heute weniger denn je in den Methoden – auch die Erziehungswissenschaften nutzen die gängigen sozialwissenschaftlichen quantitativen wie qualitativen Verfahren, folgen Programmen der Evidenzbasierung oder im qualitativen Bereich einer aus der Soziologie und vereinzelt aus der Ethnologie oder den Geschichtswissenschaften stammenden Methodenentwicklung entlang des „interpretativen Paradigmas“, einer phänomenologischen Perspektive oder diskursanalytischer Verfahren.

Abschließend möchte ich auf der Basis dieser Überlegungen noch skizzenhaft auf die systematischen Differenzen und produktive Anschlussmöglichkeiten zwischen (Medizin)Soziologie und (Medizin)Pädagogik eingehen. Die Wissensordnungen und -kulturen von Soziologie und Pädagogik unterscheiden sich in mindestens drei Bereichen *idealtypisch* voneinander:

- *Normative vs. Analytische Orientierung*

Während es in der Pädagogik explizit um *normative* Ziele von Bildung und Erziehung geht, setzt die soziologische Perspektive auf den Bedingungs Zusammenhang, der Bildungsprozesse ermöglicht oder blockiert und auf die Analyse der „heimlichen Lehrpläne“ und der gesellschaftlichen Funktionen, in die die Erziehungsziele eingebettet sind oder richtet den Blick auf unbeabsichtigte Nebenfolgen oder kontrainventionale Effekte. In die Erziehungswissenschaften sind genuin normative Prämissen eingebaut, die auch die meisten Soziologinnen und Soziologen teilen, etwa nach dem Abbau von Barrieren, die eine gleichberechtigte soziale Teilhabe sichern oder soziale Ungleichheit abbauen wollen. Dieser Aspekt relativiert aber die Grundthese nicht.

- *Pädagogische Intervention vs. Soziologische Beobachtung*
Abgesehen von historischen und anthropologischen Reflexionen in den Erziehungs- und neuerdings Bildungswissenschaften - die Soziologie steht mit dem Problem der Neukonstitution im Kontext neuer auch durch sie miterzeugter Wissensordnungen nicht alleine - richtet sich im Bereich medizinischer Pädagogik soweit ich sehe das Augenmerk vor allem auf Strategien einer pädagogischen Intervention, während die Soziologie stärker in der Rolle des „Beobachters zweiter Ordnung“ (Luhmann) agiert.
- *Handlungsgerichtete Interpretation vs. Rekonstruktive Interpretation*
Dieser Punkt ist nicht ganz klar zum vorherigen abzugrenzen, setzt aber einen anderen Akzent: während die Pädagogik eher den Blick auf das angestrebte Ergebnis legt, geht es einer soziologischen Analyse eher um die Rekonstruktion der Mechanismen, Prozesse und Voraussetzungen der sozialen Reproduktion eines Falls – also etwa der Mechanismen biografischer und kontextbezogener Ursachen mit der Perspektive z.B. kritische Wendepunkte in Verlaufskurven vorherzusagen und sensible Punkte für eine ggf. sinnvolle Intervention zu gewinnen oder auch davon abzuraten oder Imperative in den „heimlichen Lehrpläne“ aus dem System zu identifizieren.

Letzteres kann am Beispiel des Adipositasdiskurses zeigen: Im Kontext einer Debatte um individuelle Krankheitsfolgen und mehr noch mit Blick auf gesellschaftliche Folgekosten nimmt das Problem des Übergewichts einen besonders prominenten Status ein; und das gilt auch mit Blick auf eine Symbolisierung erwarteter gesellschaftlicher Anpassungsleistungen für die in einer meritokratischen Konkurrenzgesellschaft auch die Körpergestalt als äußeres Anzeichen für erfolgreiche oder eben mangelnde Selbstkontrolle oder einen leistungsorientierten Habitus steht. Viele Studien fragen danach, wie die kritischen Zielgruppen – und dies sind die Risikogruppen aus den als bildungsfern, traditionslos und hedonistisch identifizierten Milieus – zu mehr Bewegung, gesünderer Ernährung und bewussterer Lebensführung und Selbstsorge gebracht werden könnten. Diese individualisierende und pädagogisierende Sichtweise verschiebt das Problem auf die „Fetten“, anstatt z.B. die willkürliche Norm des BMI kritisch zu hinterfragen, statt die Anbieter ungesunder Ernährung und die entsprechende Werbung in Frage zu stellen oder den Kontext der gesamten Lebenssituation übergewichtiger junger Menschen etwa als Reaktion auf Stigmatisierung und soziale Exklusion zu thematisieren oder medizinische Behandlungsregimes und psychoedukative Interventionsstrategien als Teil eines Dispositivs der Durchsetzung einer neuen Subjektformierung zu analysieren (vgl. von Kardorff/Ohlbrecht 2007). Im Verstehen derartiger Differenzen und der anschlussfähigen „Adressen“, kann eine wechselseitige Ergänzung und

Korrektur soziologischer und pädagogischer Zugangsweisen zum Thema Gesundheit liegen, ohne unkritisch politischen Vorgaben oder Systeminteressen im Medizinkomplex folgen zu müssen.

Literatur

- Anhorn, Roland/Balzereit, Marcus (Hrsg.) (2016): Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer VS.
- Akasje-Böhme, Farideh/Böhme, Gernot (2005): Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen. München: Beck.
- Badura, Bernhard (Hrsg.) (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Badura, Bernhard/Walter, Uta/Hehlmann, Thomas (Hrsg.) (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Heidelberg: Springer.
- Baecker, Dirk (2014): Neurosoziologie. Ein Versuch. Berlin: edition Unseld.
- Bals, Thomas/Hanses, Andreas/Melzer, Wolfgang (Hrsg.) (2008): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Weinheim/München: Juventa.
- Barlösius, Eva (1999): Soziologie des Essens. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung. München: Juventa.
- Beck, Ulrich (2016): Die Metamorphose der Welt. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, Ulrich/Bonß, Wolfgang (Hrsg.) (1989): Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hrsg.) (1995): Welche Gesundheit wollen wir? Dilemmata des medizintechnischen Fortschritts. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (2016): Die Reproduktionsmedizin und ihre Kinder. Erfolge. Risiken. Nebenwirkungen. Salzburg/Wien: Residenz Verlag.
- Becker, Howard/Greer, Blanche/Hughes, Everett et al. (1961): Boys in White: Student Culture in Medical School. Chicago: University of Chicago Press.
- Behrens, Johann (2003): Gesundheits- und Medizinsoziologie. In: Orth, Barbara/Schwietring, Thomas/Weiß, Johannes (2003): 277-298.
- Behrisch, Birgit (2014): „Ein Stück normale Beziehung“. Zum Alltag mit Körperbehinderung in Paarbeziehungen. Bielefeld: transcript.
- Bengel, Jürgen/Koch, Uwe (Hrsg.) (2000): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Heidelberg: Springer.
- Bloom, Samuel W. (2002): The Word as Scalpel. A History of Medical Sociology. Oxford: Oxford Univ. Press.
- Bode, Ingo/Vogd, Werner (Hrsg.) (2016): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden: Springer VS.
- Bollinger, Heinrich/Gerlach, Anke/Pfadenhauer, Michaela (Hrsg.) (2005): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Frankfurt am Main: Mabuse.

- Borgetto, Bernhard (2004): *Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven*. Bern: Huber.
- Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (2000): *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Brunnett, Regina (2009): *Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus*. Bielefeld: transcript.
- Bury, Mike (1982): Chronic illness as biographical disruption. In: *Sociology of Health and Illness*. 4/2. 167-182.
- Castel, Françoise/Castel, Robert/Lovell, Anne (1982): *Psychiatisierung des Alltags*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Castel, Robert (1983): *Die psychiatrische Ordnung. Das Goldene Zeitalter des Irrenwesens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Charmaz, Kathy (1993): *Good Days, bad Days. The Self in Chronic Illness and Time*. Brunswick New Jersey: Rutgers Univ.Press.
- Corbin, Juliet M./Strauss, Anselm L. (1988/dt. 2004): *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Bern: Huber.
- Cox, Caroline/Mead, Adrianne (Hrsg.) (1975): *A Sociology of Medical Practice*. London: Collier-Macmillan.
- Deppe, Hans-Ulrich (2005): *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland*. Frankfurt am Main: VSA-Verlag.
- Detka, Carsten (2011): *Dimensionen des Erleidens. Handeln und Erleiden in Krankheitsprozessen*. Opladen: Budrich-Verlag.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hrsg.) (2010): *Versorgungsforschung in Deutschland. Stand. Perspektiven. Förderung*. Weinheim: Wiley-VCH-Verlag.
- Dreitzel, Hans-Peter (1972): *Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft*. München: dtv.
- Ehrenberg, Alain (2004): *Das erschöpfte Selbst*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Elias, Norbert (1983): *Zwischen Engagement und Distanzierung. Wissenssoziologische Studien*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Engels, Friedrich (1848): *Die Lage der arbeitenden Klasse in England*. Leipzig: Otto Wigand-Verlag.
- Ferber, Christian von (1975): *Soziologie für Mediziner*. Heidelberg/New York: Springer.
- Flick, Uwe (Hrsg.) (1998): *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. München: Juventa.
- Frank, Johann Peter (1779-1819): *System einer vollständigen medicinischen Polizey*. Mannheim/Wien: Schwan und Götz.
- Frances, Allen (2013): *Norma. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Köln: DuMont.
- Franke, Alexa (2010): *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Foucault, Michel (1963/dt. 1973): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München: Hanser.
- Foucault, Michel (2006): *Die Geburt der Biopolitik. Geschichte der Gouvernementalität II. Vorlesungen am Collège de France 1978/1979*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Freidson, Elliot (1970): *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*. London/New Brunswick: Aldine.

- Gerhardt, Uta (1986): *Patientenkarrieren. Eine medizinsoziologische Studie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gerhardt, Uta (1989): *Ideas About Illness. An Intellectual and Political History of Medical Sociology*. London: Macmillan.
- Gerhardt, Uta (1991): *Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gerhardt, Uta (1999): *Herz und Handlungs rationalität. Biographische Verläufe nach koronarer Bypass-Operation zwischen Beruf und Berentung. Eine idealtypenanalytische Studie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (1965): *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine.
- Goffman, Erving (1961/dt. 1973): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Graumann, Sigrid/Lindemann, Gesa (2010): *Medizinsoziologie*. In: Kneer, Georg/Schroer, Markus (2010): 295-308.
- Hahn, Daphne (2011): *Prinzip Selbstverantwortung? Eine Gesundheit für alle? Verschiebungen in der Verantwortung für Gesundheit im Kontext sozialer Differenzierungen*. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*. 2011/46. 29-50.
- Hildenbaard, Bruno (1983): *Alltag und Krankheit. Ethnographie einer Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hildenbrand, Bruno (2009): *Die „Bewältigung“ chronischer Krankheit in der Familie. Resilienz und professionelles Handeln*. In: Schaeffer, Doris (2009): 133-155.
- Hollingshead, August B./Redlich, Frederick C. (1958): *Social Class and Mental Illness. A Community Study*. Hoboken New Jersey: Wiley & Sons.
- Hurrelmann, Klaus (2000): *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. München: Juventa.
- Illich, Ivan (1975): *Die Enteignung der Gesundheit. Medical Nemesis*. Reinbek: Rowohlt.
- Illouz, Eva (2009): *Die Errettung der modernen Seele. Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Jungbauer-Gans, Monika/Peter Kriwy (Hrsg.) (2016): *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kardorff, Ernst von (1978): *Modellvorstellungen über psychische Störungen: gesellschaftliche Entstehung, Auswirkungen, Probleme*. In: Keupp, Heiner/Zaumseil, Manfred (1978): 539-589.
- Kardorff, Ernst von (2016): *Zur Transformation der Therapeutisierung und Psychiatrisierung des gesellschaftlichen Alltags. Auf dem Weg der (nicht ganz) freiwilligen Selbstoptimierung*. In: Anhorn, Roland/Balzereit, Marcus (2016): 263-298.
- Kardorff, Ernst von/Ohlbrecht, Heike (2007): *Essstörungen im Jugendalter. Eine Reaktionsform auf gesellschaftlichen Wandel*. In: *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*. 2007/2. 155-168.
- Keupp, Heiner/Zaumseil, Manfred (Hrsg.) (1978): *Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kickbusch, Ilona (2006): *Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Göttingen: Hogrefe.
- Kickbusch, Ilona/Hartung, Sabine (2015): *Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik*. Göttingen: Hogrefe.

- Klausner, Martina (2015): Choreografien psychiatrischer Praxis. Eine ethnografische Studie zum Alltag in der Psychiatrie. Bielefeld: transcript.
- Kneer, Georg/Schroer, Markus (2010): Handbuch Spezielle Soziologien. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Knieps, Franz/Pfaff, Holger (Hrsg.) (2015): Langzeiterkrankungen. Zahlen, Daten, Fakten. BKK-Dachverband. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kolip, Petra/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2016²): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hogrefe.
- Kraijc, Karl/Forster, Rudolf/Mixa, Elisabeth (2009): Die „Gesundheitsgesellschaft“. Eine Herausforderung für eine theoretisch orientierte Gesundheits- und Medizinsoziologie? In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie. 34/2. 3-12.
- Krüger, Heinz-Hermann/Marotzki, Winfried (Hrsg.) (1999): Handbuch erziehungswissenschaftliche Biografieforschung. Bielefeld: VS-Verlag.
- Kühl, Stefan (2003): Organisationssoziologie. In: Orth, Barbara/Schwietring, Thomas/Weiß, Johannes (2003): 379-388.
- Kühn, Hagen (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und der Gesundheitsförderung in den U.S.A.. Berlin: edition sigma.
- Kühn, Hagen (1998): „Selbstverantwortung“ in der Gesundheitspolitik. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften. 30. 7-20.
- Lemke, Thomas (2013): Die Natur in der Soziologie. Gesellschaftliche Voraussetzungen und Folgen biotechnologischen Wissens. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Lengwiler, Martin/Madarász, Jeanette (Hrsg.) (2010): Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik. Bielefeld: transcript-Verlag.
- Link, Jürgen (2013): Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. Göttingen: van den Hoek & Rupprecht.
- Lohmann-Haislah, Andrea (2012): Stress-Report Deutschland. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Berlin/Dortmund/Dresden: BAuA.
- Maasen, Sabine/Elberfeld, Jens/Eitler, Pascal et al. (Hrsg.) (2011): Das beratene Selbst. Zur Genealogie der Therapeutisierung in den „langen“ Siebzigern. Bielefeld: transcript.
- Marmot, Michael (2004): Status Syndrome. How your social standing directly affects your health and life expectancy. London: Bloomsbury.
- Maschweksy-Schneider, Ulrike (Hrsg.) (1996): Frauen. Das kranke Geschlecht? Mythos und Wirklichkeit. Ein Beitrag aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. Heidelberg: Springer-VS.
- McKewon, Thomas (1982): Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis?. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mittelstraß, Jürgen (2003): Transdisziplinarität. Wissenschaftliche Zukunft und institutionelle Wirklichkeit. Konstanz: Universitätsverlag.
- Nittel, Dieter/Seltrecht, Astrid (Hrsg.) (2013): Krankheit. Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Ohlbrecht, Heike/Schönberger, Christine (Hrsg.) (2010): Gesundheit als Familienaufgabe. Zum Verhältnis von Autonomie und staatlicher Intervention. Weinheim/München: Juventa.
- Ohlbrecht, Heike/Hackauf, Horst (Hrsg.) (2010a): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. München: Juventa.

- Oliver, Mike/Barnes, Colin (2012): *The New Politics of Disablement*. New York: Palgrave/McMillan.
- Orth, Barbara/Schwietering, Thomas/Weiß, Johannes (Hrsg.) (2003): *Soziologische Forschung. Stand und Perspektiven*. Opladen: Leske & Budrich.
- Paul, Bettina/Schmidt-Semisch, Henning (Hrsg.) (2010): *Risiko Gesundheit. Zu Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Parsons, Talcott (1951): *The Social System*. London: Routledge.
- Parsons, Talcott (1951a): *Illness and the role of the physician. A sociological perspective*. In: *Journal of Orthopsychiatry*. 21/3. 452-460.
- Pfaff, Holger (Hrsg.) (2016²): *Lehrbuch Versorgungsforschung*. Stuttgart: Schattauer.
- Pflanz, Manfred (1975): *Die soziale Dimension in der Medizin*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2009²): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2016): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Rose, Nikolas (1985): *The Psychological Complex. Psychology, Politics, and Society in England*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Rose, Nikolas (2007): *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rosenbrock, Rolf/Hartung, Susanne (Hrsg.) (2012): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Roth, Julius A. (1963): *Timetables. Structuring the Passage of Time in Hospital Treatment and Other Careers*. Indianapolis: Bobbs-Merrill Company.
- Saake, Irmhild/Vogd, Werner (2008): *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: Springer-VS.
- Schaeffer, Doris (Hrsg.) (2009): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Huber.
- Scheff, Thomas (2000): *Shame and the Social Bond: A Sociological Theory*. In: *Sociological Theory*. 18/1. 84–99.
- Schmidt-Semisch, Henning/Schorb, Friedrich (Hrsg.) (2008): *Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umganges mit Adipositas*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Schönberger, Christine/Kardorff, Ernst von (2004): *Mit dem kranken Partner leben. Anforderungen, Belastungen und Leistungen von Angehörigen Krebskranker. Soziologische Fallstudien*. Opladen: leske+budrich.
- Schütze, Fritz (1999): *Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie*. In: Krüger, Heinz-Hermann/Marotzki, Winfried (1999): 205–237.
- Schwartz, Friedrich W./Badura, Bernhard/Busse, Reinhard et al. (Hrsg.) (2002): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Gesundheit fördern, Krankheit verhindern*. München/Jena: Urban & Fischer.
- Scull, Andrew (1997): *Decarceration: Community Treatment and the Deviant. A Radical View*. New York: Prentice Hall.
- Seltrecht, Astrid (2006): *Lehrmeister Krankheit? Eine biographieanalytische Studie über Lernprozesse von Frauen mit Brustkrebs*. Opladen/Farmington: Budrich.

- Siegrist, Johannes (2005): Medizinische Soziologie. München: Urban & Fischer.
- Siegrist, Johannes (2015): Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsvidenz und präventive Maßnahmen. München: Urban & Fischer.
- Siegrist, Johannes/Marmot, Michael (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Huber.
- Sloterdijk, Peter (2009): Du musst Dein Leben ändern. Über Anthropotechnik. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Strauss, Robert (1957): The nature and status of medical sociology. In: American Sociological Review. 22/2. 200-204.
- Stuckow, David/Basu, Sanjay (2013): The Body Economic. Why Austerity kills. Philadelphia: Basic Books.
- Sudnow, David (1973): Organisiertes Sterben. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Trojan, Alf (Hrsg.) (1986): Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt am Main: Fischer-alternativ.
- Trojan Alf/Döhner, Hanneli (Hrsg.) (2004): Gesellschaft, Gesundheit, Medizin. Erkundungen, Analysen und Ergebnisse. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Uhlig, Anne C. (2012): Ethnographie der Gehörlosen. Bielefeld: transcript-Verlag.
- Virchow, Rudolf: "Der Armenarzt". In: Die medicinische Reform. Eine Wochenschrift, erschienen vom 10. Juli 1848 bis zum 29. Juni 1849. Reprint. 20. 125-141.
- Vogd, Werner (2004): Evidence Based Medicine und Leitlinienmedizin: Feindliche Übernahme durch die Ökonomie oder wissenschaftliche Professionalisierung der Medizin? In: MMW-Fortschritte der Medizin. Originalien. 146/1. 11-14.
- Vogd, Werner (2011): Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung. Weilerswist: Velbrück.
- Wainwright, David (Hrsg.) (2008): A Sociology of Health. London: Sage.
- Waldschmidt, Anne/Schneider, Werner (Hrsg.) (2007): Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld. Bielefeld: Transcript.
- Welter-Enderlin, Rosemarie/Hildenbrand, Bruno (Hrsg.) (2012⁵): Resilienz. Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl Auer-Verlag.
- Wippermann, Carsten/Arnold, Norbert/Möller-Slawinski, Heide et al. (Hrsg.) (2011): Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem. Wiesbaden: Vs-Verlag.
- Zeh, Julie (2009): Corpus delicti. Ein Prozess. Frankfurt am Main: Schöffling & Co.
- Zola, Irving K. (1975): Medicine as an Institution of Social Control. In: Cox, Caroline/Mead, Adrienne (1975): 170-185.
- Zola, Irving K. (1982): Missing Pieces. A Chronicle of Living with a Disability. Philadelphia: Temple Univ. Press.

Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik

Ohlbrecht, H.; Seltrecht, A. (Hrsg.)

2018, VI, 291 S. 7 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-18815-3