

---

# Strukturorientierte Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit 2

Uwe H. Bittlingmayer

## Überblick

- ▶ Was ist soziale Struktur?
- ▶ Wie kann das Verhältnis von überindividuellen Strukturen und individuellem Handeln als allgemeiner Zusammenhang beschrieben und analysiert werden?
- ▶ Wie lässt sich das Verhältnis zwischen Struktur(en) und Gesundheit bzw. Krankheit im Strukturfunktionalismus Parsons, in der Genealogie Foucaults und im (Neo-) Marxismus konkret bestimmen?

---

## 1 Einleitung

Die Soziologie gilt – neben der Ethnologie oder der Politikwissenschaft – als eine Sozialwissenschaft, die sich primär mit den sozialen Strukturen von Gesellschaften beschäftigt. Dabei geht es darum, *überindividuelle Strukturen* zu identifizieren, von denen angenommen wird, dass sie das individuelle Handeln *maßgeblich beeinflussen*. Diese Perspektive ist für eine Soziologie der Gesundheit und Krankheit besonders wichtig, weil sie, anders als große Teile der Public Health-Praxis, davon ausgeht, dass Gesundheit und Krankheit wenig individuell sind. Das ist übrigens eine Grundüberzeugung, die die Soziologie mit der frühen Sozialmedizin von Rudolf Virchow oder Salomon Neumann teilt.

Natürlich werden in einer strukturorientierten soziologischen Perspektive etwa genetische Erkrankungen, die kaum von sozialen Strukturen abhängig zu machen sind, nicht geleugnet. Aber einerseits ist der Umgang mit solchen Erkrankungen bereits wieder stark gesellschaftsstrukturell vermittelt. Er ist etwa abhängig davon, ob erkrankte Menschen gezwungen werden zu arbeiten, ob sie ausgegrenzt werden oder ihnen ein garantiertes Grundeinkommen zur Verfügung steht. Andererseits stehen aber genetische oder andere spezifische Erkrankungen gar nicht im Fokus der analytischen und empirischen Bemühungen, ein Verständnis für die Abhängigkeit der individuellen Gesundheit von sozialen Strukturen zu erlangen. Deshalb ist die Betonung sozialer Strukturen bei der Thematisierung

von Gesundheit und Krankheit zunächst einmal mit einer besonderen Perspektive auf den wissenschaftlichen Gegenstand verbunden, ohne dass hier ein Alleinvertretungsanspruch dieser Perspektive oder der Soziologie insgesamt formuliert werden muss. Im Gegenteil ist es gerade das Besondere und Fruchtbare am Gegenstand Gesundheit, dass er ohne eine interdisziplinäre Perspektive, wie sie zum Beispiel durch eine Verschränkung von Sozial- und Kulturwissenschaften, Geschichte, Philosophie, Psychologie, Ökonomie oder Kommunikationswissenschaften abgebildet wird, nicht hinreichend verstanden werden kann (Schwartz & Janus 2006, Schnabel & Bödeker 2012).

Die Popularität einer strukturorientierten Perspektive selbst ist enormen Schwankungen unterworfen (siehe hierzu auch die komplementären Ausführungen von Sperlich im Band). So gab es innerhalb der Soziologie von Ende des 19. Jahrhunderts bis in die 1970er Jahre hinein einen übergreifenden Konsens, dass das Individuum maßgeblich durch gesellschaftliche Strukturen, vorrangig durch die soziale Herkunft und die Geschlechtszugehörigkeit bestimmt wird. Dabei wurde das Individuum häufig als bloßer Repräsentant einer sozialen Strukturkategorie wie „Arbeiter“, „Mittelschichtsangehörige“, „Mann“ oder „Frau“ verstanden und nicht weiter analysiert, ob sich systematische Differenzen zwischen den „realen empirischen Individuen“ und den verwendeten sozialwissenschaftlichen Strukturkategorien finden ließen. In den 1980er und 1990er Jahren wurde mit Blick auf die These eines umfassenden Wertewandels in Richtung „Postmaterialismus“ und eines kontinuierlichen Wohlstandsgewinns in der Nachkriegszeit in der deutschen Soziologie davon ausgegangen, dass soziale Klassen oder Schichten als Strukturkategorien nicht länger sinnvoll sind und entweder das Ende jeder sinnvollen „Großgruppensoziologie“ (Beck 1986) oder die Existenz von Erlebnismilieus verkündet, deren vordringlichstes Problem die Umsetzung und Interpretation des nunmehr dominanten gesamtgesellschaftlichen Imperativs „Erlebe dein Leben!“ sein sollte (Schulze 1992). Es war die feste Überzeugung vieler Autorinnen und Autoren in den 1980er und 1990er Jahren, dass die Mangelgesellschaft an ein historisches Ende gekommen und durch eine „nivellierte Mittelstandsgesellschaft“ (Schelsky) abgelöst worden war (eine starke Übersicht über 50 Jahre Klassentheorie liefert Thien 2014).

Durch eine außerwissenschaftliche und eine innerwissenschaftliche übergreifende Tendenz lässt sich seit den 2000er Jahren bis heute eine sehr starke Rückorientierung zu einer Strukturperspektive erkennen (für die Sozialisationsforschung Bauer 2013): Durch den Umbau des souveränen Nationalstaats in einen internationalen Wettbewerbsstaat (z. B. Hirsch 1995, Streeck 2013), durch den Aufstieg eines zunehmend globalen Finanzmarktkapitalismus (Krätke 2002, Piketty 2014) sowie durch die ideologische Runderneuerung der Sozialdemokratie im Rahmen von Workfare und Aktivierungspolitik (Lessenich 2009, Gerdes & Bittlingmayer 2012) wurde als übergreifende gesamtgesellschaftliche Entwicklung eine Ökonomisierung von zuvor geschützten gesellschaftlichen Bereichen (auch im Gesundheitssektor: vgl. u. a. Kühn 2004, Ahrens 2007, Bauer 2007, Slotala 2011) angestrengt, die zu neuen sichtbaren Ausgrenzungen und sozialen Ungleichheiten geführt haben. Neben dieser gesamtgesellschaftlichen, in großen Teilen außerwissenschaftlichen Entwicklung hat innerhalb der Sozial- und Gesundheitswissenschaften der markante Aufstieg der empirischen Zugänge und die Verbesserung der nationalen und internationalen Datenlage

einen wichtigen Beitrag zu einer Wiederentdeckung einer starken Strukturperspektive (die allerdings selbst in den 1980er und 1990er Jahren nicht gänzlich verschwunden war; vgl. u. a. Geißler 1996) geleistet. Denn die empirische Sozialwissenschaft und die in Deutschland erst jüngst prominenter gewordene Sozialepidemiologie hat in den letzten 15 Jahren die überragende Bedeutung der sozialen Herkunft, der Geschlechtszugehörigkeit, der ethnischen Zugehörigkeit oder des verfügbaren Einkommens zum Beispiel für das Gesundheitsverhalten, das subjektive Wohlbefinden oder psychische Erkrankungen in vielen Studien herausgestellt (Mielck 2005, Wilkinson 2005, Muff 2009, Kroll 2010).

Es lässt sich also für den jetzigen Zeitpunkt festhalten, dass wir es mit einer Wiederkehr einer starken Strukturperspektive innerhalb der Soziologie und benachbarten Disziplinen zu tun haben, die davon ausgeht, dass das Individuum maßgeblich durch soziale Großgruppen und Institutionen beeinflusst wird. Aber was ist eine Struktur genau? Um diese Frage zu beantworten, wird im nächsten Abschnitt zunächst ein allgemeiner, nicht auf Gesundheit bezogener Begriff sozialer Strukturen vorgestellt. Anschließend werden einige wenige exemplarische Beispiele angeführt, die von einer Strukturperspektive aus auf Gesundheit und Krankheit schauen.

---

## **2 Der Strukturbegriff in den Sozialwissenschaften: Theoretische Annäherungen mit Blick auf Gesundheit und Krankheit**

Mit der These von der Abhängigkeit des Individuums von überindividuellen Strukturen ist so lange noch nichts gewonnen, bis wir über ein genaueres Verständnis darüber verfügen, was eine Struktur sein soll und wie sie für Individuen im Alltag funktioniert (siehe hierzu auch die Ausführungen von Sperlich zur bourdieuschen Soziologie sowie Gerlinger 2006). Eine klassische Vorgehensweise, sich eines Gegenstandes oder eines Begriffs zu nähern, ist darüber nachzudenken, was er nicht ist. Deshalb wäre die allererste Annäherung an einen sozialwissenschaftlichen Strukturbegriff die Abgrenzung gegenüber einem naturwissenschaftlichen Strukturbegriff. Die sozialen Strukturen, die für das individuelle Gesundheitsverhalten oder eine gruppenspezifische Erkrankungswahrscheinlichkeit verantwortlich sein sollen, sind keine Naturgesetze wie die Geschwindigkeit des Lichts, die universell gilt. Zwar gibt es auch in den Sozialwissenschaften, vor allem in der Sozialanthropologie von Claude Levi Strauss, Theorieelemente, die auf universelle Geltung abzielen – etwa auf die These der universellen Geltung des Inzesttabus in allen Gesellschaften. Levi Strauss wollte mit seinem ethnologischen Theorieprogramm durch die Analyse von Mythen universale Denkstrukturen freilegen und nicht nur zur Analyse fremder Kulturen beitragen. Allerdings bleiben diese universellen Denkstrukturen anders als die Lichtgeschwindigkeit immer abhängig von Menschen, die sie in welcher Form auch immer handelnd vollziehen.

Ein zweiter Ansatz, um einem sozialwissenschaftlichen Verständnis des Strukturbegriffs näher zu kommen, ist die Frage, wogegen sich der Strukturbegriff richtet, was also der wissenschaftliche Gegner einer strukturorientierten Auffassung ist. Strukturorientierte Ansätze bestreiten eine umfassende individuelle Handlungsautonomie, wie sie etwa in der

Philosophie des Deutschen Idealismus prominent bei Immanuel Kant formuliert wurde und etwa in der Ottawa-Charta programmatisch wieder aufgegriffen wird, wenn davon die Rede ist, dass die Individuen die Kontrolle über ihre Lebens- und Arbeitswelt erhalten sollen. Die Betonung von überindividuellen Strukturen dient also zunächst dazu, Ansätze wie zum Beispiel die ökonomische Theorie rationaler Entscheidungen oder idealistische Subjekttheorien in der Tradition der Aufklärung, die die Selbstherrlichkeit individueller Entscheidungen betonen, einzuhegen und *die individuellen Entscheidungen selbst als Ausdruck überindividueller Strukturen* zu begreifen (siehe auch Sperlich in diesem Band). Der Kristallisationspunkt eines entscheidungsautonomen Subjekts – sei es, dass sich das Subjekt für einen gesunden Lebensstil, für eine private Krankenversicherung oder für einen Freitod entscheidet – lässt sich in einer strukturorientierten Perspektive von drei Seiten aus angreifen (vgl. zum folgenden Hall 1994). So hat *erstens* Karl Marx in seinen Arbeiten herausgestellt, dass die Menschen immer noch weit davon entfernt sind, ihre eigene Geschichte bewusst zu gestalten. Vielmehr spielt sich die Menschheitsgeschichte bislang (und bis heute) hinter dem Rücken ihrer eigenen Subjekte ab. „Die Menschen machen ihre eigene Geschichte, aber sie machen sie nicht aus freien Stücken, nicht unter selbstgewählten, sondern unmittelbar vorgefundenen, gegebenen und überlieferten Bedingungen.“ (Marx 1972 [1852]: 115). *Zweitens* hat Sigmund Freud in seinem Werk die Bedeutung des Unbewussten für unser Begehren (vom Konsumverhalten bis zur Sexualität) untersucht und die These entwickelt, dass ein Großteil der subjektiven Handlungen durch triebgesteuerte Impulse verursacht werden, die dem überlegten, vernünftigen und kalkulierenden Subjekt gerade entgegen stehen. Und *drittens* hat der französische Linguist Ferdinand de Saussure das Verhältnis von Subjekt und Sprache umgedreht. Nicht das Subjekt verfügt selbstherrlich über eine Sprache, sondern die Sprache und ihre Strukturen sind dem Individuum selbst vorgängig: „Die Sprache ist nicht eine Funktion der sprechenden Person; sie ist das Produkt, welches das Individuum in passiver Weise registriert.“ (de Saussure 1967: 16) Werden diese systematischen Grenzziehungen von autonomer Subjektivität berücksichtigt, dann geraten Public Health-Ansätze, die sich auf Verhaltenssteuerung beziehen in erhebliche theoretische Erklärungsnot, weil eine nicht-autoritäre Verhaltensprävention ja immer darauf setzen muss, dass sich ein Individuum freiwillig und autonom für die gesundheitsbewusstere Variante entscheidet. Damit wird aber immer schon die Fähigkeit vorausgesetzt, über sich, über die eigenen Wünsche und über die eigenen Handlungen selbst bestimmen zu können. Dieser Vorstellung würden strukturorientierte Ansätze entgegen halten, dass wir dem Schweizer Philosophen Peter Bieri zufolge „nicht nach Belieben, ohne Vorbedingungen und aus dem Nichts heraus, darüber bestimmen [können], was wir denken, fühlen und wollen. [...] Bevor wir soweit sind uns zu fragen, wie wir leben möchten, sind tausendfach Dinge auf uns eingestürzt und haben uns geprägt. Diese Prägungen bilden den Sockel für alles weitere, und über diesen Sockel können wir nicht bestimmen.“ (Bieri 2011: 9f) eine strukturorientierte Perspektive ist also gegenüber einem starken Begriff eines autonomen Subjekts oder Individuums von Beginn an sehr skeptisch eingestellt.

Nähern wir uns nun dem Strukturbegriff aus einer dritten Perspektive, der Perspektive der Notwendigkeiten, die ein sozialwissenschaftlicher Strukturbegriff berücksichtigen muss

und der Funktionen, die er erfüllen soll. *Notwendig* für einen zeitgemäßen sozialwissenschaftlichen Strukturbegriff ist *erstens* zunächst, dass er *nicht deterministisch* formuliert wird. Es ist offensichtlich, dass zu allgemeine Aussagen auf der Basis von angenommenen sozialen Strukturen empirisch nicht haltbar sind: „Männer sind größer als Frauen!“, „Kinder von Eltern mit niedrigen Bildungsabschlüssen studieren nicht“ oder „männliche Kinder mit türkischem Migrationshintergrund sind übergewichtig“ lassen sich durch empirische Gegenbeispiele leicht widerlegen. Das Merkmal oder die Eigenschaft Mann oder Frau, Vietnamesische, Deutscher oder Spanierin oder Unterschichts- oder Oberschichtskind *determiniert* nicht, sondern lässt bestimmte Verhaltensformen, Körperverständnisse, Essgewohnheiten oder Erkrankungen unterschiedlich wahrscheinlich werden. In diesem Sinne *bezeichnen Strukturen soziale Relationen und spezifische Wahrscheinlichkeiten* (Bourdieu 1987, Emirbayer 1997). Das, was die Sozialwissenschaften unter Struktur verstehen, ist also nicht durch Vollständigkeit gekennzeichnet und muss prinzipiell offen konzeptionalisiert werden (Zima 2010: X).

Notwendig ist *zweitens*, dass soziale Strukturen als etwas verstanden werden, das von den Menschen selbst erzeugt wird, unabhängig davon, wie abstrakt (globale Ökonomie) oder schicksalhaft (Geschlechterdualismus, ethnische Zugehörigkeiten) sie erscheinen. Die grundlegende Annahme, dass soziale Strukturen keine „Essenz“ im Sinne überhistorischer Gegebenheiten besitzen, sondern *prinzipiell wandelbar und damit prinzipiell gestaltbar sind*, ist der Minimalkonsens aller so genannten sozialkonstruktivistischen Ansätze (die selbst sehr heterogen sind). Es gibt zum Beispiel keine Essenz des Türkischen oder Deutschen, es gibt keine „Frau an sich“ oder eine Essenz der Arbeiterin, weil das darunter verstandene sehr starken historischen Schwankungen (z. B. sind die Nationalstaaten Deutschland und die Türkei historisch sehr jung; die traditionelle Arbeiterklasse und ihre beruflichen Tätigkeiten haben sich stark modernisiert) und sehr starken kulturellen Schwankungen (z. B. existierendes Matriarchat auf indonesischen Inseln, demnach liegt Männerherrschaft nicht in der Natur des Menschen) unterliegen.

Notwendig ist *drittens*, dass der Begriff der sozialen Strukturen als historisch wandelbar begriffen wird, gerade weil sich soziale Strukturen dadurch auszeichnen, dass sie eine gewisse Widerständigkeit gegen schnellen sozialen Wandel aufweisen (Mittelstraß 2004: 107). Damit muss ein sozialwissenschaftlicher Strukturbegriff zwei entgegengesetzte Dinge gleichzeitig bewerkstelligen: *Einerseits* muss er auf die enormen Beharrungskräfte sozialer Strukturen hinweisen und deutlich machen, dass die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen sozialen Strukturen mit unterschiedlichen Wahrscheinlichkeiten etwa der Alltagspraxis eines gesunden Lebensstils einhergehen. *Andererseits* muss der Strukturbegriff aber so offen sein, dass auch die Möglichkeit zumindest prinzipiell besteht, dass die für das Individuum sehr wirkmächtigen sozialen Strukturen aufhören zu existieren. Im sozialwissenschaftlichen Strukturbegriff ist damit zwingend ein besonderes Spannungsverhältnis zwischen Strukturkontinuität und sozialem Wandel, zwischen Statik und Dynamik (Adorno 1980 [1961]) eingeschrieben. Werden diese Notwendigkeiten – Antideterminismus, Antiessentialismus, Relationalität, Menschen als Strukturproduzenten, Dialektik von Kontinuität und Wandel – bei der Grundlegung eines Strukturbegriffs berücksichtigt, dann leisten auf

diese Weise konstruierte Strukturbegriffe ein Verständnis für die statistischen Relationen der empirischen Sozialforschung und Sozialepidemiologie. Denn der Nachweis einer statistischen Signifikanz ist keine Erklärung, sondern nur eine statistische Relation. Mit einem angemessenen Strukturbegriff lassen sich solche empirischen Befunde theoretisch erklären.

Im Folgenden sollen exemplarisch drei wichtige Varianten sozialwissenschaftlicher Strukturtheorie für den Gegenstandsbereich Gesundheit vorgestellt werden, um ein Gefühl für die Heterogenität von Strukturkonzepten zu vermitteln. Es sind dies der Strukturfunktionalismus Talcott Parsons, der genealogisch-archäologische Ansatz Michel Foucaults und die neomarxistische Perspektive der Frankfurter Schule.

## **2.1 Gesundheit als Funktion, Krankheit als Funktionsstörung: der Strukturfunktionalismus von Talcott Parsons**

Der bislang entwickelte Strukturbegriff, der davon ausgeht, dass überindividuelle Strukturen existieren, die maßgeblich das Handeln der Individuen bestimmen und ihre prinzipiellen Freiheitsgrade einschränken, war im Großen und Ganzen gesellschaftskritisch ausgerichtet. Das ist für eine strukturorientierte Perspektive aber nicht zwingend. Im Gegenteil war der Ausgangspunkt der Medizinsoziologie der so genannte Strukturfunktionalismus des US-amerikanischen Soziologen Talcott Parsons, der davon ausging, dass die US-amerikanische Gesellschaft der 1950er und 1960er Jahre die bestmögliche aller Gesellschaften darstellte (das ist nur verständlich vor dem Horizont des Kalten Krieges). 1951 veröffentlichte Parsons das Buch „The Social System“, das seinen strukturtheoretischen Ansatz kompakt darstellen sollte. In dieser Publikation war ein Kapitel mit dem Titel „Struktur und Funktion der modernen Medizin“ enthalten, das das medizinische Diagnose- und Versorgungssystem einer soziologischen Analyse unterwarf (dieses Kapitel wurde 1958 auf Deutsch veröffentlicht). Parsons' normative Grundüberzeugung, dass die existierende Gesellschaft unbedingt erhalten werden muss, prägt seinen Zugang zur Analyse von Gesundheit und Krankheit. Gesundheit wird implizit definiert als normales Funktionieren eines Menschen und Krankheit als „Störung des ‚normalen‘ Funktionierens des Menschen“ (Parsons 1958: 12; kritisch hierzu etwa Schnabel 1988: 30-43). Vor dem Hintergrund, dass solche Funktionsstörungen mit Blick auf den Erhalt der Gesamtgesellschaft schnellstmöglich und effizient behoben werden müssen, um die soziale Ordnung nicht zu gefährden, leitet Parsons eine spezifische Rahmung des Verhältnisses von Arzt/Patient ab. Damit wird „das Problem der gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit sogleich eingegrenzt auf das Problem der sozialen Organisation medizinischer Behandlung von Patienten.“ (Badura et al. 2012: 186) Die Medizin übernimmt dabei die Funktion, die Leistungsfähigkeit des Individuums effizient und effektiv wiederherzustellen und erhält dafür soziale Privilegien – etwa hohe Gehälter und hohes gesellschaftliches Ansehen. Vom Patienten wird gesellschaftlich erwartet, sich ohne Verzögerung in medizinische Obhut zu begeben, dem ärztlichen Rat widerspruchlos zu folgen, damit er mit seiner Arbeitskraft an der sinnvollen Reproduktion der Gesamtgesellschaft wieder aktiv teilnimmt. Obwohl sich aktuell nicht ohne weiteres an die Parsons'sche strukturfunktionale Bestimmung des

Arzt-Patienten-Verhältnisses etwa aufgrund des markanten Wandels der Patientenrolle (Patientenempowerment, Patientenmündigkeit) anschließen lässt (vgl. Wolf & Wendt 2006: 19f.), ist Parsons' Perspektive dennoch höchst aufschlussreich. Denn das bis heute existierende Ordnungsschema, dass ein professionelles Medizinsystem die gesamtgesellschaftliche Funktion monopolisiert hat, Menschen aus dem Arbeitsprozess temporär auszugliedern, ist keine schicksalhafte Entwicklung, sondern erklärungsbedürftig. Und innerhalb dieses Ordnungsschemas werden Menschen, die im Arbeitsprozess sind und erkranken, nach wie vor gezwungen, einen Arzt oder eine Ärztin zu konsultieren, um sich die gesellschaftliche Legitimität ihres Fernbleibens von der Arbeit zu sichern und auf dieser Grundlage sogar weiterhin Lohnzahlungen zu erhalten. An dieser Rolle der Medizin setzt die folgende Strukturperspektive von Michel Foucault an.

## **2.2 Die Normalisierung von Gesundheit durch den ärztlichen Blick und die Pathologisierung des Anderen durch die Psychiatrie: die Sicht Michel Foucaults**

Die zweite strukturorientierte Perspektive von Michel Foucault, einem französischen Philosophen, Historiker und Soziologen, die hier kurz skizziert werden soll, wird in auch aktuellen Arbeiten der Gesundheitswissenschaften positiv zu Grunde gelegt (vgl. z. B. Brunnett 2007, 2009, Mazumdar 2008, Steindor 2008). Foucault veröffentlicht zunächst in den 1960er Jahren die beiden Studien „Wahnsinn und Gesellschaft“ und „Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks“ und entwickelt eine radikal-historische Perspektive, die er als Archäologie des Wissens bezeichnet. Foucault geht es zunächst um die historischen Wandlungen im Verständnis von psychischen Erkrankungen und Krankheit. In „Wahnsinn und Gesellschaft“ zeigt er die Rolle der Wissenschaft an der Konstituierung des Phänomenbereichs des Wahnsinns selbst auf. Wahnsinn fungiert Foucault zufolge als notwendige Abgrenzungsfolie, um einen bürgerlichen Begriff von Vernunft zu erschaffen, der dann als das Normale gelten kann. Die Festsetzung dieses Dualismus ist die Voraussetzung, um Menschen, die fortan als wahnsinnig (oder geisteskrank) bezeichnet werden, zu kasernieren und zu Objekten medizinisch-psychiatrisch-wissenschaftlicher Behandlung werden zu lassen. Foucault behauptet damit eine unmittelbare Verbindung zwischen der Herrschaftsergreifung des Bürgertums und der Entstehung der Psychiatrie als eigenständiger medizinischer Disziplin (Roelcke 1999: 19). Damit ist, radikaler als bei Parsons, die Medizin und insbesondere die Psychiatrie, nicht nur eine Funktion der Reproduktion der gesamtgesellschaftlichen Ordnung, sondern beide nehmen direkten Anteil an der Erzeugung einer bürgerlichen Ordnung selbst.

In „Die Geburt der Klinik“ untersucht Foucault die grundlegenden Bedingungen, unter denen ein ärztlicher Blick die für das Individuum richtungweisende Entscheidung „normal oder pathologisch“ trifft. Durch den medizinischen Blick wird das Individuum entindividualisiert, es wird im Rahmen der medizinischen Behandlung nur noch zum austauschbaren Träger einer Krankheit, die mit wissenschaftlichen Methoden behandelt werden muss. In der Verknüpfung von Medizin und Nationalstaat übernimmt dann die



Medizin ab dem 19. Jahrhundert zunehmend polizeilich-staatliche Aufgaben und beteiligt sich dadurch unmittelbar an der Beherrschung der Bevölkerung durch den Staat (bis hin zum traurigen Höhepunkt der wissenschaftlichen Konstruktion von Rassenhygiene; vgl. hierzu die starken Ausführungen in Labisch & Woelck 2012: 60-72).

In den späteren Werken geht Foucault von einer Archäologie des (medizinisch-psychiatrischen) Wissens über zu einer Diskursanalyse und noch später zur Analyse von Gouvernementalitäten (ungefähr mit selbstbezogenen Regierungstechniken zu übersetzen). Die für aktuelle Diskussionen sicher äußerst anschlussfähige Studie von Foucault „Der Wille zur Wahrheit“ untersucht gesellschaftliche Techniken der Erzeugung und Reproduktion der bürgerlichen Ordnung. Allerdings verlegt Foucault diesen relativ klassischen Untersuchungsbereich in die Techniken der Beherrschung menschlicher Körper, insbesondere in die gesellschaftliche Bearbeitung von Sexualität und körperlicher Disziplinierung (in Fabriken, aber auch in Schulen). Sexualität fungiert bei Foucault als „gesellschaftliches Dispositiv“ (Foucault 1983 [1976]: 128): Foucault stellt einen direkten Zusammenhang her zwischen der Beherrschung und Kontrolle von Menschen und der gesellschaftlichen Rahmung von Sexualität und weist vier strategische Komplexe (Hysterisierung des weiblichen Körpers, Pädagogisierung des kindlichen Sexes, Sozialisierung des Fortpflanzungsverhaltens und Psychiatrisierung der perversen Lust), aus, die als Wissens- und Machtdispositive wirken (Foucault 1983 [1976]: 125-127). Dispositive in diesem Sinne bedeuten, dass Freiheitsgrade eingeschränkt, Handlungsoptionen ausgeblendet werden und dass Individuen durch die Dispositive formiert und „normalisiert“ werden. Foucault resümiert: „Die Disziplinen des Körpers und die Regulierungen der Bevölkerung bilden die beiden Pole, um die herum sich die Macht zum Leben organisiert hat. [...] Auf dem Felde der politischen Praktiken und der ökonomischen Beobachtungen stellen sich die Probleme der Geburtenrate, der Lebensdauer, der öffentlichen Gesundheit, der Wanderung und Siedlung; verschiedenste Techniken zur Unterwerfung der Körper und zur Kontrolle der Bevölkerung [...] eröffnen die Ära einer ‚Bio-Macht‘. [...] Diese Bio-Macht war gewiss ein unerlässliches Element bei der Entwicklung des Kapitalismus, der ohne kontrollierte Einschaltung der Körper in die Produktionsapparate und ohne Anpassung der Bevölkerungsphänomene an die ökonomischen Prozesse nicht möglich gewesen wäre.“ (Foucault 1983 [1976]: 166ff.) Diese strukturorientierte Perspektive geht also davon aus, dass die gesellschaftlich-staatliche Herrschaft sich nicht nur in rechtlichen Arrangements, Eigentumstiteln oder sozial ungleichen Ressourcenzugängen manifestiert, sondern dass sie sich unter Zuhilfenahme der Humanwissenschaften unmittelbar in unsere Normalitätsvorstellungen (was ist normal, was ist wahnsinnig? Was ist gesund, was ist krank?), in unsere Körper und selbst in unsere sexuellen Praktiken einschreibt.

In aktuellen Studien ist dieser Ansatz von Foucault übertragen worden auf neue Selbstregierungstechniken, wie sie im Zuge einer neoliberalen Wende seit den 1980er Jahren diskutiert werden. Insbesondere eignet sich Foucaults Begriff des Sexualitätsdispositivs dazu, als Fitness-Dispositiv reinterpretiert zu werden, um die gesamtgesellschaftlichen Diskurse über Über- und Untergewicht (immer flankiert durch humanwissenschaftliche Verfahren wie die Bestimmung des Body Mass-Index), gesunde Ernährung und gesund-



heitsfördernde Bewegung als eine gesellschaftliche Zwangsveranstaltung zu begreifen, mit der die hauptamtliche Sorge für die Gesundheit des Individuums ihm selbst übertragen wird, obwohl die gesellschaftlichen Verhältnisse wesentlich stärker das durchschnittliche Lebensalter bestimmen als das individuelle Gesundheitsverhalten (vgl. Schmidt 2007, 2008). Für das Subjekt bzw. Individuum bedeuten solche Diskurse oder Dispositive im Sinne von Foucault, dass ihre scheinbar selbst gewählten Alltagspraktiken immer schon übergreifend gerahmt und gesellschaftlich genormt werden – das Körpergewicht ist damit nicht nur eine individuelle Eigenschaft, sondern bereits Ausdruck einer gelungenen Formierung des Ichs und einer erfolgreichen oder weniger erfolgreichen Disziplinierung des eigenen Körpers. Dieser komplexe theoretische Zugang liefert eine Erklärung dafür, dass mittlerweile ein Drittel aller zehnjährigen Kinder sich einen vollkommen anderen Körper wünschen (Bittlingmayer 2008), dass die Körperwahrnehmung so vieler Teenager in Selbstschädigung umschlägt oder dass die Sorge um die richtige und gesunde Ernährung in eine gesamtbiografische Sinnsetzung mündet und Formen von Zwangsverhalten aufweist (kritisch hierzu Herzog 2015).

### **2.3 Gesundheit als Ware: die (neo-)marxistische Perspektive**

Der Marxismus ist ein sehr heterogener Theoriezusammenhang, der durch die positive Bezugnahme auf das Werk von Karl Marx und Friedrich Engels geklammert wird. Marx war davon ausgegangen, dass die bürgerliche Ordnung und ihre kapitalistische Wirtschaftsweise entgegen ihren eigenen Versprechungen nicht zur Umsetzung der in der Französischen Revolution ausgerufenen Parole „Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit! (– heute Freiheit, Gleichheit, Solidarität)“ führt. Vielmehr wird Marx zufolge eine besondere Form der Herrschaft von Menschen über Menschen etabliert, die wenige Gewinner und viele Verlierer kennt und die sich dadurch auszeichnet, dass sie in formaler Hinsicht (Rechtsgleichheit) Menschen gleich behandelt, in materialer Hinsicht (Einkommensunterschiede, Besitzverhältnisse) aber genau durch diese Gleichbehandlung soziale Ungleichheit erzeugt wird (vgl. zur Steigerung von Ungleichheiten in historischer Perspektive aktuell Piketty 2014). Denn die bürgerlich-rechtliche Grundordnung, die vom Nationalstaat und seiner Polizei durchgesetzt werden, garantieren sowohl das Privateigentum an Produktionsmitteln als auch die familiäre Vererbung von Eigentumstiteln, so dass – in groben Zügen – die soziale Ungerechtigkeit in jeder Generation von neuem fortgeschrieben wird.

Der Zugang der Marx'schen Analysen zur bürgerlichen Gesellschaft verläuft über die Analyse der ökonomischen Verhältnisse, die er – anders als Foucault – für die gesamtgesellschaftlich relevanten hält. Alle anderen gesellschaftlichen Formen – Staat, Familie, Bildungswesen – sind der Ökonomie und ihrer Funktionsweise untergeordnet. Im Mittelpunkt einer kapitalistischen Wirtschaftsweise steht die Warenproduktion, die selbst nur Mittel zum Zweck ist. Denn im Kapitalismus werden Waren nicht hergestellt, um die Bedürfnisse von Menschen zu befriedigen (Gebrauchswert der Ware), sondern um Profit zu erzeugen (Tauschwert der Ware), der – so ein von Marx behauptetes wichtiges ökonomisches Strukturgesetz – wieder reinvestiert werden muss, um mehr Profit zu erzeugen.

Der Hintergrund dieses Re-Investitionszwangs ist die unternehmerische Konkurrenz (Anarchie des Marktes), die dazu zwingt, die Produktion von Waren und Dienstleistungen immer effizienter, schneller und mit immer höheren Profitraten zu gestalten. Nach Rosa Luxemburg ist es eine für die kapitalistische Wirtschaftsweise systemkritische Schwierigkeit, Bereiche zu finden, in denen die erzeugten Profite wieder mit erneutem Profit reinvestiert werden können. Hier entsteht eine Dynamik, die Luxemburg mit der Metapher der Landnahme beschreibt, und die dazu führt, dass immer weitere Felder individuellen Handelns der kapitalistischen Logik der Warenproduktion und ihrem Zweck, der Profiterzeugung, unterworfen werden. Unterscheiden lässt sich dann eine äußere Landnahme, die in der Regel militärischem oder wirtschaftlichem Imperialismus führt von einer inneren Landnahme, die zuvor gesellschaftlich geschützte und vom Staat regulierte Bereiche der Profiterzeugung zuführt (vgl. hierzu Dörre 2009). Diese Formen der inneren Landnahme sind seit den 1980er Jahren gut beobachtbar, etwa in den Bereichen des Postwesens, der Wasserversorgung und eben auch des Gesundheitswesens. Aus einer Marx'schen Perspektive wäre damit zunächst die Ökonomisierung des Gesundheitsbereichs mit all den zum Teil brutalen Folgen für ressourcenschwache Individuen (Kolb & Wolf 2006) aus der inneren Struktur der kapitalistischen Wirtschaftsweise und ihrer eigenen Zwänge zu erklären, also dem Zwang geschuldet, immer neue Bereiche zu finden, in denen sich Profit erzeugen lässt. Durch die Ökonomisierung im Gesundheitswesen bleibt auch die Arzt-Patienten-Beziehung nicht unberührt, denn PatientInnen können sich nicht mehr sicher sein, ob die Behandlung auf Profitmaximierung abzielt oder ob ihre eigene Gesundung im Mittelpunkt steht – Kühn spricht in diesem Zusammenhang von einer Umkehrung der Zweck-Mittel-Relation (Kühn 2004).

Eine zweite, wichtige Perspektive liefert Hagen Kühn in seinem Public Health-Standardwerk *Healthismus* (1993, vgl. auch Kühn et al. 2008). Kühn argumentiert hier, dass in den 1980er Jahren zunächst in den U.S.A eine Präventionsindustrie herausgebildet hat, die auf die moderne urbane Mittelschichtsangehörigen zugeschnitten sind und diese soziale Schicht mit Gesundheitskursen versorgt. Dieser Trend ist mittlerweile auch in Deutschland sehr deutlich angekommen. Dabei ist ein zentraler Aspekt, dass die Sorge für die Aufrechterhaltung der Arbeitskraft auf die ArbeitnehmerInnen selbst verlagert wird. Technisch gesprochen wird das Transformationsproblem der Ware Arbeitskraft in die Individuen hinein verlegt. Marx hatte in seinen Schriften argumentiert, dass ein Kapitalbesitzer zwar die Arbeitskraft einer/s Arbeitnehmerin/s kauft, aber damit noch nicht festgelegt ist, wie er sie am profitabelsten verwendet. Im so genannten klassischen Fordismus (benannt nach dem Industriellen Henry Ford) wurde das Problem der Transformation von abstrakter Arbeitskraft in wertschöpfende Arbeit dadurch gelöst, dass die Arbeit sehr stark zerlegt wurde und im Rahmen von Fließbandarbeit die gesamte Expertise gewissermaßen in der Fabrik und deren Maschinen lag. Seit den 1980er, spätestens 1990er Jahren spricht die Arbeitssoziologie vom so genannten Postfordismus, der unter anderem dadurch charakterisiert ist, dass die Fließbandarbeit zurückgefahren ist, die Wiedereinführung und Stärkung von Teamarbeit sowie die Stärkung der Verantwortlichkeit für den Produktionsprozess und die Profiterzeugung durch die Arbeitenden selbst



<http://www.springer.com/978-3-658-11009-3>

Soziologie von Gesundheit und Krankheit

Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.)

2016, VII, 458 S. 21 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-11009-3