

Anna Kitta

**Der Körper als Ort von Macht und Meinungen
Wie in Europa und Nordamerika der Umgang mit Krankheit und Gesundheit vom ExpertInnenwissen der Medizin beeinflusst wird**

1. Einführung

Wer besitzt Wissen über den Körper? Wer kann einschätzen, ob ich krank oder gesund bin? Im heutigen Gesundheitssystem Europas und Nordamerikas wird die Bevölkerung in der Wahrnehmung des eigenen Körpers stark vom Diskurs der MedizinerInnen geprägt. Ob man sich krank oder gesund fühlt, wird nicht mehr allein vom subjektiven Körpererleben abgeleitet, sondern auch von Normen und Meinungen anderer: Entspricht das eigene Gewicht dem Body-Mass-Index? Ist man regelmäßig zur Gesundheitsvorsorgeuntersuchung gegangen? Putzt man dreimal täglich die Zähne? All diese Regeln kennt jede/r und macht sie sich meist unhinterfragt zu Eigen. Medizinische Institutionen werden oft aufgesucht, ohne dass die „PatientInnen“ an Beschwerden leiden, bloß um die Bestätigung zu erhalten, dass sie völlig gesund sind. Was dabei nicht bedacht wird, ist die Tatsache, dass auch die diesem Verhalten zugrunde liegende so genannte westliche medizinische Tradition sozial konstruiert und historisch situiert ist (Lambert 2007: 358).

Im Folgenden betrachte ich Theorien von WissenschaftlerInnen, die sich kritisch mit dem Gesundheitssystem und der zunehmenden Medikalisierung und Technisierung der Medizin befassen, sowie auch Auseinandersetzungen mit den sozialen Auswirkungen dieser Interaktionsformen. Primär stellt sich mir die Frage, wie heute in Europa und Nordamerika Gesundheit und Krankheit sozial konstruiert werden und welche Auswirkungen dies auf die Interaktionen zwischen medizinischen ExpertInnen und LaiInnen hat.¹ Zunächst gehe ich darauf ein, inwieweit Krankheit und Gesundheit als soziale Phänomene zu sehen sind, danach befaße ich mich mit dem so genannten ExpertInnenwissen der Medizin. Hier konzentriere ich mich vor allem auf die Produktion dieses abgegrenzten Wissens und die damit verbundene Kategorie von ExpertInnen. Anhand verschiedener Aspekte des heutigen Gesundheitssystems werde ich versuchen darzustellen, in welchen Bereichen der medizinische Diskurs Einfluss auf das Leben und die Wahrnehmung der Bevölkerung nimmt. Im Anschluss untersuche ich die Auswirkungen des Gesundheitssystems hinsichtlich des Umgangs mit dem eigenen Körper innerhalb der Gesellschaft und betrachte in diesem Zusammenhang vor allem die Aspekte Macht-ausübung und Unterstützung, um auch mögliche Alternativen aufzeigen zu können.

2. Krankheit und Gesundheit als soziales Phänomen

Überall und seit jeher sind Menschen mit Krankheiten konfrontiert. Zunächst möchte ich darstellen, dass es sich dabei nicht um rein biologische Faktoren handelt, sondern Krankheit und Gesundheit ebenso eine kulturelle und soziale Dimension besitzen. Bei der Feststellung von Krankheit und Gesundheit spielt zunächst der Körper eine zentrale Rolle. An körperlichen Anzeichen wird in der Regel zuerst erlebt, dass etwas nicht normal ist oder man sich krank fühlt. Deborah Lupton (2000) weist darauf hin, dass jegliche körperliche Erfahrung nie ge-

¹ Dieser Aufsatz, der aus meiner Bachelorarbeit hervorgeht, die am Institut für Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien, unter der Betreuung von Gabriele Habinger verfasst wurde, behandelt diese Thematik unter theoretischen Gesichtspunkten, d.h. er beinhaltet keine empirische Analyse.

trennt von ihrem soziokulturellen Kontext gesehen werden kann (ebd.: 15). Der Körper wird oft als selbstverständlich hingenommen, und es wird dabei übersehen, dass viele soziale Praktiken in den Körper eingeschrieben sind und zugleich durch diesen erlebt werden (Hassard et al. 2000: 3). Dies ist auch das zentrale Argument in Mary Douglas (1986) Auseinandersetzung mit dem Körper. Douglas' Ansicht nach kann der Körper als natürliches Symbol für die Gesellschaft und soziale Ordnung gesehen werden (vgl. dazu Platz 2006: 25ff.). Sie geht davon aus, dass sich der Mensch sowohl als sozialen als auch als physischen Körper erlebt, wobei die Form der physischen Körperwahrnehmung von sozialen Werten geprägt und beeinflusst ist:

„Der Körper als soziales Gebilde steuert die Art und Weise, wie der Körper als physisches Gebilde wahrgenommen wird; und andererseits wird in der (durch soziale Kategorien modifizierten) physischen Wahrnehmung des Körpers eine bestimmte Gesellschaftsauffassung manifest. Zwischen dem sozialen und dem physischen Körpererlebnis findet ein ständiger Austausch von Bedeutungsgehalten statt, bei dem sich die Kategorien beider wechselseitig stärken.“ (Douglas 1986: 99)

Somit ist jegliche Wahrnehmung des Körpers untrennbar mit dem Sozialen verbunden. Die Gesellschaft beeinflusst die Körperwahrnehmung genauso wie letztere wiederum die Wahrnehmung der Gesellschaft einschränkt und prägt (Willis 2007: 75). Teresa Platz führt aus, dass Foucault in diesem Zusammenhang so weit geht, den physischen Körper bereits als ein „Produkt der Gesellschaft“ zu sehen, das heißt, dass „die Gesellschaft bestimmt, was der physische Körper ist“ (Platz 2006: 34). Foucault verdeutlicht dadurch, dass der Körper nicht rein biologisch, sondern auch kulturell, historisch und sozial geprägt ist. Ähnliches lässt sich auch in Bezug auf Krankheit und Gesundheit beobachten. Wie der Körper werden diese Phänomene in der westlichen Gesellschaft meist als biologisch oder physisch betrachtet. Laut der Medizinsoziologin Claudine Herzlich gibt es in allen Gesellschaften das Bestreben, eine Verbindung zwischen natürlicher (biologischer) und sozialer Ordnung herzustellen: „Illness is first of all a social fact“ (Herzlich 1995: 151). Denn es geht bei Krankheit um mehr als lediglich die körperlichen Symptome: Krankheit stellt meist eine Krise für die Gemeinschaft und den/die Einzelne/n dar, weshalb eine Form gefunden werden muss, diese durch Erklärungen in die soziale Gemeinschaft zu integrieren (ebd.: 160). Diese Meinung teilt sie mit dem Medizinanthropologen Marc Augé. Augé und Herzlich halten fest: „Firstly, and this is true in any society, illness poses a problem, which requires interpretation. It must have a meaning if men are to have any hope of overcoming it“ (Augé/Herzlich 1995: 1).

Die aus der Konstruiertheit von Krankheit und Gesundheit resultierenden unterschiedlichen Gesundheitssysteme stellen „adaptive arrangements [...] made by human groups for dealing with these ever-present and panhuman dangers“ (Landy 1977: 1) dar. Die medizinischen Theorien und Umgangsweisen sind somit immer auch eng mit anderen Aspekten der Kultur und des sozialen Systems, von denen sie ein Teil sind, verbunden (ebd.: 132). Herzlich bemerkt dazu, dass bei Fragen bezüglich Krankheit und Gesundheit in der westlichen Tradition die Medizin als grundlegende Instanz der „Wahrheit“ gesehen wird. Sie ergänzt jedoch: „There is no real reason, [...] why in our society any more than in another everyone should identify disease entirely and exclusively with the medical view of it“ (Herzlich 1995: 154). Es gibt demnach noch andere Sichtweisen, die mit einbezogen werden können. Lupton (2000) plädiert folglich in *The Social Construction of Medicine and the Body* dafür, Krankheit als soziokulturelles Phänomen zu sehen und fordert ein, immer auch die dazu gehörenden sozialen und kulturellen Repräsentationen und symbolischen Bedeutungen zu analysieren (ebd.: 50).

Arthur Kleinman zeigt die kulturelle Konstruktion von Krankheit anhand konkreter Fälle (Kleinman 1980: 165). Augé und Herzlich formulieren diesbezüglich die These, dass es sich bei „Krankheit“ und „Gesundheit“ in der westlichen Denktradition um soziale Kategorien handelt, die vor allem auf Basis von medizinischem Wissen und medizinischer Praxis gebildet wurden (Augé/Herzlich 1995: 12). Ergänzend dazu gibt es die Auffassung, dass sowohl MedizinerInnen als auch PatientInnen an der sozialen Konstruktion von Krankheit beteiligt sind (Herzlich 1995: 159).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass bereits Wahrnehmung und Vorstellung des Körpers sozial und kulturell bedingt sind, ebenso wie auch Krankheit und Gesundheit gesellschaftlich konstruiert werden. Kategorien wie Krankheit und Gesundheit, die meist unhinterfragt für selbstverständlich gelten, können somit als gesellschaftliche Konstruktionen behandelt und kritisch hinterfragt werden. Im Folgenden möchte ich mich nun insbesondere mit den Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen in Europa und Nordamerika befassen und dafür zunächst das ExpertInnenwissen der MedizinerInnen genauer betrachten.

3. Medizinisches Wissen von ExpertInnen

3.1 Merkmale von ExpertInnen

Die Biomedizin hat große Erfolge im Umgang mit Krankheit erzielt, weswegen ÄrztInnen meist als ExpertInnen in Gesundheitsfragen gelten. Um das Wissen der MedizinerInnen genauer darstellen zu können, möchte ich zunächst darauf eingehen, wer zu diesen ExpertInnen zählt und wie sich diese Gruppe heute und im Laufe der Zeit etabliert hat. Wer ist ExpertIn? Rosemary McKechnie (1996) hat sich in ihrer ethnographischen Studie auf der Isle of White mit dieser Frage beschäftigt. Sie untersuchte die lokale Interpretation von ExpertInnenwissen bezüglich ionisierender Strahlung, mit besonderer Rücksicht auf die Rezeption von autoritativem Wissen, das mit der Wissenschaft verbunden ist, durch LaiInnen und Institutionen und deren Umgang damit. Sie weist dabei darauf hin, dass WissenschaftlerInnen wie LaiInnen aktiv am Prozess der Entstehung solch machtvoller Konzepte wie „Expertentum“ und dessen Identifizierung beteiligt sind (ebd.: 126f.). Obwohl ExpertInnen ihrer Meinung nach eine immer wichtigere Rolle spielen, fällt eine klare Definition des Begriffs ExpertInnen schwer. Man weiß vor allem sehr wenig über den Aspekt ihrer Glaubwürdigkeit. Die Autorin beruft sich in diesem Zusammenhang auf Barnes und Edge: „[T]he credibility of expertise cannot be established by strictly logical arguments ... judgements of credibility and evaluations of expertise are invariably and essentially modulated by contingencies of the settings in which they are made“ (Barnes/Edge zit. nach ebd.: 147). Auch wenn es keine einheitliche Definition von ExpertInnen gibt, beschäftigen sich immer mehr SozialwissenschaftlerInnen mit dieser gesellschaftlichen Teilgruppe im Hinblick auf die Beziehung zwischen Wissenschaft, Technologie und Gesellschaft (ebd.: 126). McKechnie weist darauf hin, dass dieses Konzept des „Expertentums“ genauso wie Konzepte der „Bevölkerung“ oder der „Wissenschaft“ immer sozial ausgehandelt werden, ständiger Neudefinierung ausgesetzt sind und fließende Grenzen besitzen (ebd.: 127). Dabei ist es ihrer Meinung nach wichtig festzuhalten, dass „[t]he whole of society participates in identifying ‚science‘ and ‚expertise‘, as it does in the identification of any important symbolic boundary“ (ebd.: 130). Dies ist auch für diesen Artikel von Bedeutung, da deutlich wird, dass *das* ExpertInnenwissen nicht existiert, sondern dass es vor allem um den gesellschaftlichen Umgang mit einem solchen Wissens und dessen Produktion geht.

In vorliegender Arbeit werden unter „ExpertInnen“ die AbsolventInnen eines Medizinstudiums verstanden. Die akademische Ausbildung markiert die Grenze zwischen ÄrztInnen und LaiInnen. Nur wer ein Studium der Human- oder Zahnmedizin absolviert hat, darf sich in Nordamerika und Europa als MedizinerIn bezeichnen. Dies war nicht immer so; die immer klarere Abgrenzung einer ExpertInnengruppe entwickelte sich erst im Lauf der Geschichte. Jost Bauch (1996) hat diese Entwicklung eingehend untersucht und dargestellt. Er zeigt, dass es zunächst der Ausgliederung des Gesundheits-Topos durch Konzentration auf eine spezifische gesellschaftliche Gruppe bedurfte. Gesundheit verschwand in diesem Prozess immer mehr aus der Alltagskompetenz der Menschen und wurde zum „Projekt eines spezifischen, funktional ausdifferenzierten Systems“ (ebd.: 9). Eine funktionspezifische Bearbeitung von Krankheit und Gesundheit in einem ausdifferenzierten gesellschaftlichen Subsystem ist laut Bauch nur möglich, „wenn die Gesamtgesellschaft mitsamt der Lebenswelt der Menschen auf das Erfordernis der systemspezifischen Bearbeitung von Krankheit Gesundheit ausgerichtet“ (ebd.: 10) wird. Um somit diese ExpertInnengruppe oder, wie Bauch es nennt, dieses auf Gesundheit/Krankheit ausdifferenzierte gesellschaftliche Subsystem aufrecht erhalten zu können, ist die Medikalisierung der Gesamtgesellschaft notwendig (ebd.: 10). Medikalisierung meint dabei den Prozess der Eingliederung nicht-medizinischer Probleme in den Aufgabenbereich der Biomedizin. Damit verschieben sich die Grenzen zwischen gesund und krank. Menschliche Probleme und Befindlichkeiten, die vorher als normal galten, werden als pathologisch bestimmt und gelangen in den medizinischen Definitions- und Interventionsbereich (Kolip 2000: 12). Ausschließlich dem Gesundheitssystem kommt nun die Aufgabe zu, Krankheit als solche zu identifizieren und es kann sich durch diese Definitionsmacht gegen abweichende gesellschaftliche und individuelle Konzepte durchsetzen (Bauch 1996: 10). Doch wie genau wurde die Herausbildung dieser ExpertInnengruppe erreicht?

Bauch geht in diesem Zusammenhang vor allem auf die „Professionalisierungspolitik des Ärztestandes“ und die „Vernaturwissenschaftlichung der Medizin“ (ebd.: 11) seit dem 18. Jahrhundert ein, unter Hinweis auf die bedeutende Rolle der Politik in diesem Kontext. So werden ÄrztInnen zunächst verspottet und besitzen keinen guten Ruf, jede/r kann sich zu dieser Zeit als Arzt/Ärztin bezeichnen und es gibt sehr wenige ÄrztInnen im Verhältnis zur Bevölkerung (ebd.: 29). Dies ändert sich erst, als die Heilkunst Ende des 18. Jahrhunderts in die Wohlfahrtspflege als politische Aufgabe integriert wird. Zu dieser Zeit sind die MedizinerInnen noch stark auf die Aussagen der PatientInnen angewiesen. Erst durch eine verbale Symptombeschreibung kann analytisch zum Wesen der Krankheit vorgestoßen werden, was dazu führt, dass sich die ÄrztInnen noch nicht durch ein Monopolwissen von LaiInnen abheben können (ebd.: 33f.). Dies ändert sich mit dem Entstehen der klinischen Medizin am Anfang des 19. Jahrhunderts (Foucault 1973: 69ff.). Nun steht nicht mehr der oder die Kranke im Mittelpunkt des ärztlichen Blicks, sondern vielmehr die Krankheit an sich. Der/die „Kranke ist nur das Medium, durch das der zu lesende Text gegeben ist“ (ebd.: 75) oder wie Bauch meint, „der Patient konnte sprachlos werden, weil der Körper direkt mit dem Arzt kommunizierte“ (Bauch 1996: 35). Dies beendet die relative soziale Symmetrie der Interagierenden und führt zur Hierarchie in der ÄrztIn-PatientIn-Beziehung. Mitte des 19. Jahrhunderts etabliert sich die Medizin als eigenes gesellschaftliches Subsystem (ebd.: 39). Die damit einhergehende „Vernaturwissenschaftlichung“ lässt sich laut Bauch daran beobachten, dass „Krankheit [...] als naturhaftes Geschehen klassifiziert [wird], als ‚Naturereignis‘, das genauso naturwissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten unterliegt wie Gesundheit als geordnetes Zusammenspiel von Körperfunktionen“ (ebd.: 63). Dadurch werden Krankheit und Gesundheit beherrschbar. Da Gesetzmäßigkeiten erlernbar sind und man sich auf diese spezialisieren kann, ist dieses Wissen auch leicht zu monopolisieren. Dies ist für Bauch auch die Erklärung für die Professionalisierung der MedizinerInnen und ihren ExpertInnenstatus:

„Diese naturwissenschaftlich unterlegte Wissensstruktur hat nachhaltig die Autorität, die professionelle Dominanz des Experten ‚Arzt‘ geprägt. Der Arzt verfügt über ein ‚Arkan-Wissen‘ in Bezug auf einen vorgesellschaftlichen Bereich, der Körpernatur des Menschen, er verfügt über ein Wissen, das nicht der gesellschaftlichen oder gar individuellen Disposition untersteht. Die Gesetzmäßigkeiten der Körpernatur lassen keine Kompromisse, kein Aushandeln zu, der Gegenstandsbereich der Medizin erzwingt die unbedingte Autorität des Arztes, weil man nur den Gesetzen folgen oder diese mißachten kann.“ (ebd.: 63)

Hinzu kommt der zunehmende Einsatz von Technik in der Medizin, welcher mit einer Spezialisierung einhergeht, in deren Rahmen weitere Funktionen, die bisher von LaiInnen übernommen werden konnten an die ExpertInnengruppe abgetreten werden müssen (ebd.: 119).

Verschiedene Entwicklungen haben somit zum Entstehen von medizinischen ExpertInnen geführt. Vor allem der Umgang mit dem Wissen über den Körper und die daraus resultierende soziale Hierarchie stützen dieses System, in dem sich funktional spezifisches ExpertInnenwissen von lebensweltlichem LaiInnenwissen abkoppelt (ebd.: 12). Im Weiteren möchte ich die charakteristischen Eigenschaften des medizinischen ExpertInnenwissen darstellen und beleuchten, wie der medizinische Blick entsteht.

3.2 Der medizinische Blick auf den Körper und die Produktion von medizinischem Wissen

Was unterscheidet den medizinischen Blick auf den Körper von anderen Sichtweisen? Worauf richtet sich das besondere Augenmerk der MedizinerInnen? Sicherlich besitzen ÄrztInnen durch ihre langjährige Ausbildung ein ganz besonderes Wissen und somit eine andere Wahrnehmung des Körpers. Was kann dafür als spezifisch genannt werden? Bauch betont in Anlehnung an Luhmann, dass für ÄrztInnen bei der Krankenbehandlung vor allem Krankheiten instruktiv sind und Gesundheit kaum eine Rolle spielt (Bauch 1996: 187). Wenn dieser Blick auf Krankheiten so zentral ist – wie findet er statt? Armstrong (1995) entwickelt in diesem Zusammenhang den Gedanken Foucaults zur „spatialisation of illness“ (ebd.: 394, vgl. auch Foucault 1973: 9, 19ff.) weiter. „Spatialisation of illness“ bezeichnet die Einschreibung spezifischer gesellschaftlicher Strukturen in eine räumliche Dimension – und im vorliegenden Fall den Raum, den „Krankheit“ im Körper einnimmt. Armstrong unterscheidet hier drei Phasen in der Entwicklung des ärztlichen Blicks. Zur Zeit der *Bedside Medicine* im 18. Jahrhundert wird Krankheit in Anlehnung an die von PatientInnen beschriebenen Symptome verstanden: Kopf- oder Bauchschmerzen bilden eine Krankheit. Dieses zweidimensionale Modell, welches Symptome mit einer Krankheit gleichsetzt, wurde in der Folge abgelöst durch die *Hospital Medicine*. Diese betrachtet Krankheit in einem dreidimensionalen Rahmen, der Symptom, körperliche Anzeichen und die Pathologie beinhaltet. Es geht nun nicht mehr ausschließlich um das subjektiv erlebte Symptom des/der PatientIn, sondern auch um die durch Untersuchung von ÄrztInnen feststellbaren Anzeichen. Bei Bauchschmerzen wird nun beispielsweise auch der Bauch abgetastet, wobei ein körperliches Anzeichen wie ein weicher Bauch auf eine darunterliegende Verletzung hinweisen kann. Der medizinische Blick wird somit durch eine neue Oberflächen- und Tiefenbeziehung ergänzt, bei der die Krankenhausmedizin hinter den Symptomen noch einen Raum sieht und Krankheit nicht nur an der Oberfläche behandelt. Als dritte Phase des medizinischen Blicks beschreibt Armstrong die *Surveillance Medicine* des 20. Jahrhunderts. Der ärztliche Blick wird durch die Komponenten der Überwachung und Kontrolle ergänzt, wodurch auch die Krankheit neu verortet wird. Es geht nicht mehr allein um die Beziehung zwischen der Empfindung des/der PatientIn, körperlichem Symptom und

Krankheit, sondern auch die Krankheitsursache wird neu interpretiert. Krankheit verlässt dabei den dreidimensionalen Körper und bewohnt zugleich einen neuen außer-körperlichen Raum, der durch die richtige Lebensführung und andere äußere Faktoren bestimmt wird (Armstrong 1995: 394f.). Armstrong schreibt: „there is a concomitant shift in the primary spatialisation of illness as the relationship between symptom, sign and illness are reconfigured. From a linkage based on surface and depth, all become components in a more general arrangement of predictive factors“ (ebd.: 400).

Durch diese vorhersagefähigen Faktoren wird der medizinische Blick auf Krankheit und Körper vierdimensional, da noch der zeitliche Faktor hinzukommt, denn zusätzlich besteht ein Raum der Möglichkeit und des Risikos (ebd.: 401). Dies führt laut Armstrong zu einer Problematisierung des Normalen und einer Auflösung der strikten Trennung zwischen Krankheit und Gesundheit, da sich der medizinische Blick nicht mehr nur auf kranke PatientInnen in Kliniken beschränkt, sondern auf die gesamte Bevölkerung ausgeweitet wird (ebd.: 395, 398). Auch Illich (1995) kritisiert, dass die Medizin durch ihren spezifischen Blick eine gewichtige Definitionsmacht des Normalen erlangt. So legt die Medizin für die Gesellschaft fest, „was normal, angemessen oder wünschenswert ist“ (ebd. 1995: 35). Dies wird beispielsweise darin deutlich, wie durch den medizinischen Blick in der Pädiatrie sich die Sichtweise auf den kindlichen Körper verändert. So werden durch normative Regulierungen der Medizin erst Einteilungen von kindlichen Körpern getroffen: „Nervous children, delicate children, oversensitive children and unstable children were all essentially inventions of a new way of seeing children“ (Armstrong zit. nach Prout 2000: 112). Dieser Definitionsmacht des Normalen liegt dabei eine ganz spezifische Körpervorstellung auf Basis des medizinischen Blicks zugrunde. Anhand Armstrongs Überlegungen zeigt sich, dass sich dieser Blick auch verändert.

Dieses Phänomen beschreibt auch Barbara Duden (1991), die sich mit dem Wandel der Körpervorstellungen in Bezug auf die Schwangerschaft beschäftigt. Sie beobachtet dabei eine Entwicklung unterschiedlichster Sichtweisen und stellt die Frage, wie die Vorstellung und Wirklichkeit eines Embryos als eigenständiges Wesen zu Stande kommt (ebd.: 1991: 80). So herrschten im Laufe der Geschichte in der Medizin ganz unterschiedliche Bilder vor: „Lehm-trocknung, Blutstockung, Samengerinnung durch Wärme oder Hauch, Lebensgeister“ (ebd.: 67); all dies scheint weit entfernt von der heutigen Auffassung der Zellverschmelzung. Doch Duden zeigt durch ihre historische Untersuchung, dass die unterschiedlichen Sichtweisen und Wirklichkeiten der Körper zu jeder Zeit „wissenschaftlich ‚hergestellt‘, in den Medien salbungsvoll angerührt und von Frauen brav geschluckt“ (ebd.: 80) wurden. Für den heutigen Blick auf den Körper ist dabei ihrer Meinung nach zentral, dass die Haut aufgehört hat Grenze zu sein (ebd.: 27). Durch die Verwendung des Ultraschalls entstand ein neuer medizinischer Blick auf den Körper (Rapp 1997).

Das Beispiel von Schwangerschaft zeigt, wie wandelbar diese Vorstellungen im Laufe der Zeit sind, was auch durch technische Innovationen bedingt ist. Der Körper wird in der westlichen Gesellschaft vor allem als ein organisiertes Ganzes gesehen: „it is made up of structures, boundaries and organs“ (Dale/Burrell 2000: 15). Dies geschieht laut Burrell und Dale vor allem durch den Blick der MedizinerInnen, der den Körper in verschiedene Teile zerlegt, welche dann wieder in einen maschinengleichen Zusammenhang gebracht werden (ebd.: 16). Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang die Art und Weise, wie diese Sichtweise auf den Körper sozial hervorgebracht wird.

Good und Good (1993) untersuchten 1984 im Rahmen einer anthropologischen Studie an der Universität Harvard den Aufbau des medizinischen Wissens und der Welt der Medizin sowie deren Vermittlung an MedizinstudentInnen. Als zentrales Ergebnis zeigt sich, dass gleich im

ersten Studienjahr durch das Curriculum verschiedene Körpergrenzen überschritten werden mit der Konsequenz eines anderen Blickes auf den Körper seitens der Studierenden (ebd.: 86ff.). Denn das Curriculum umfasst erstens Vorlesungen und Tutorien zum Aufbau des menschlichen Körpers von der molekularen bis zur organischen Ebene, zweitens Untersuchungen zur Gewebelehre im Labor, welches ein zentraler Ort für den Zugang zum Körper durch das Mikroskop ist, drittens das Anatomielabor, welches durch das Öffnen von Leichen der Inbegriff des Zugangs zum Körper überhaupt ist und viertens die Radiologie, in deren Rahmen auf technische Weise Körpergrenzen durch Strahlen durchdrungen werden. Medizin wird den StudentInnen somit von Anfang an als eine Wissenschaft vermittelt, die mit einem „Eintreten“ in den Körper beginnt. Dieser neue Zugang zum Körper stellt diesen als Objekt unendlichen Lernens dar, welches durch Wissen manipuliert und verändert werden kann (ebd.: 89f.). Dies führt darüber hinaus zur Vorstellung des Körpers als Maschine, bei der sich ein Nicht-Funktionieren als Krankheit ausdrückt und die „repariert“ werden kann (ebd.: 96f.).

Good und Good betonen, dass es dem medizinischen Blick durchaus nicht darum geht, jegliches Leben und jegliche Menschlichkeit getrennt vom Körper zu sehen. Ihnen erscheint vielmehr wichtig festzustellen „not that anatomy is a ‚dehumanizing‘ experience, substituting technology for humanity, but simply that it is one significant contribution to the reconstruction of the person as an object of the medical gaze, an object identified as a case, a cadaver, or a patient“ (ebd.: 97). Die Fähigkeit der Rekonstruktion einer Person betrachten sie als essentiell für eine/einen kompetente/n Ärztin/Arzt (ebd.: 97).

Wenn ich nun zu der Ausgangsfrage dieses Kapitels zurückkomme, was für den medizinischen Blick spezifisch ist, wird deutlich, dass eine andere Wahrnehmung des Körpers vorherrscht als bei NichtmedizinerInnen. Nach Armstrong liegt dabei das Hauptaugenmerk auf Krankheit, wobei sich dieser Blick auch verändert und verschiedene Faktoren mit hineinspielen. Diesbezüglich ist es interessant sich bewusst zu machen, welche Definitionsmacht die Medizin besitzt, da der medizinische Blick klar festlegen kann, was normal und was nicht normal beziehungsweise krank ist. In diesem Zusammenhang war es mir wichtig, auf die Studie von Good und Good (1993) hinzuweisen, um zu zeigen, dass auch dieser Blick erst produziert und an den Universitäten weitervermittelt und „erlernt“ wird. Es wurde deutlich, wie sich die einzelnen medizinischen Konzepte auch wandeln können, obwohl sie im jeweiligen aktuellen Moment meist unhinterfragt als allein gültig angenommen werden. Ich möchte im Weiteren auf einige zentrale Aspekte eingehen, die momentan in Bezug auf Krankheit und Gesundheit im medizinischen Diskurs in Europa und Nordamerika vorherrschen. Dafür werde ich die Medikalisierung, das Streben nach Gesundheit, die Vernachlässigung des Todes sowie die Vorstellung der Eigenverantwortlichkeit bezüglich der Gesundheit, welche teilweise auch durch die Technisierung der heutigen Medizin bedingt ist, näher betrachten.

3.3 Der medizinische Diskurs über Krankheit und Gesundheit

3.3.1 Medikalisierung

Medikalisierung meint die Eingliederung zunächst nicht-medizinischer Probleme in den Aufgabenbereich von MedizinerInnen. Krankheit lässt sich demnach nicht ohne weiteres von Gesundheit abgrenzen und die Definition des so genannten Normalen verschiebt sich, da immer mehr menschliche Befindlichkeiten und Probleme in den medizinischen Interventionsbereich gelangen (Kölp 2000: 12). Turner geht dabei anknüpfend an Foucault vor allem auf den Aspekt der Macht in diesem Prozess ein. Er beschreibt, wie Macht gerade durch disziplinäre

Praktiken der Zuschreibung entsteht, durch welche bestimmte Individuen, Institutionen und kulturelle Maßnahmen hergestellt werden. Gerade im medizinischen Bereich produziert seiner Meinung nach diese spezifische medizinische Sichtweise „identities or roles such as the hysterical woman or the masturbatory child, and it is these identities which then become the object and focus of medicalisation and normalization“ (Turner 1998: xii). Auch Armstrong geht in diesem Zusammenhang auf die Problematisierung des Normalen ein. Er vergleicht dabei die *Hospital Medicine* vor dem 20. Jahrhundert mit der heutigen *Surveillance Medicine*:

„Hospital Medicine was only concerned with the ill patient in whom a lesion might be identified, but a cardinal feature of Surveillance Medicine is targeting of everyone. [...] Therefore one of the earliest expressions of Surveillance Medicine – and a vital precondition for its continuing proliferation – was the problematisation of the normal.“ (Armstrong 1995: 395)

Krankheit und Gesundheit sind somit nicht gegebene Zustände, sondern werden aktiv vom Gesundheitssystem produziert. Landy zitiert dazu ein Sprichwort, das meint: „A healthy person is nothing but an unrevealed patient“ (Landy 1977: 129). Genau dies wird aber von einigen WissenschaftlerInnen, die sich mit dem heutigen Gesundheitssystem in Europa und Nordamerika auseinandersetzen, stark kritisiert. So sieht auch Illich (1995) die Übermedikalisierung der heutigen Gesellschaft als eine „Enteignung der Gesundheit“ (ebd.: 28). Vor allem werden die verschiedenen menschlichen Lebensphasen medikalisiert, was schon sehr früh beginnt und Ungeborene genauso betrifft wie die Zeit des Kleinkindalters, welches medizinisch genau überwacht und kontrolliert wird. Dies ist in jeder Lebensphase bis ins hohe Alter zu beobachten, was, so Illich, zu einem Autonomieverlust jedes/r Einzelnen führt:

„Ist eine Gesellschaft einmal so organisiert, daß die Medizin Leute zu Patienten erklären kann, weil sie ungeboren oder Neugeborene sind, weil sie sich in der Menopause oder irgendeinem anderen ‚gefährlichen Alter‘ befinden, dann verliert die Bevölkerung unweigerlich einen Teil ihrer Autonomie an ihre Heiler. Die Ritualisierung der Lebensstadien ist nichts Neues. Neu ist allerdings ihre intensive Medikalisation.“ (Illich 1995: 56)

Für ihn stellt die Medikalisation eine ständige Entmündigung und Bevormundung der Bevölkerung dar, die jeweils altersspezifisch erklärt und legitimiert wird (ebd.: 56f.). Wo früher ein besonderes Augenmerk auf Infektionskrankheiten lag, besteht heute der Schwerpunkt in Krankheiten, die durch die Lebensführung bedingt sind, meint Bauch (1996: 79) und sieht darin vor allem eine Erweiterung der Kompetenz des Gesundheitssystems auf die gesamte Lebensführung. Er beruft sich hier auf Luhmann, der meint: „Fast müßte man sagen: jeder ist krank, weil er sterben wird“ (Luhmann zit. nach Bauch 1996: 79), wobei der Tod nie direkt thematisiert wird. Illich empfindet die Medikalisation diesbezüglich sogar als ein „wuchernendes bürokratisches Programm, das auf der Leugnung des menschlichen Bedürfnisses beruht, sich mit Schmerz, Tod und Krankheit auseinanderzusetzen“ (Illich 1995: 93). Dies führt weiter zum nächsten Punkt, der aktuell im Gesundheitssystem auffällt; nämlich dem Umgang mit dem Tod. Dieser wird als „letzte Lebensphase“ selbst medikalisiert; im Gesamten gesehen wird er jedoch eher vernachlässigt und im vorherrschenden Diskurs des Strebens nach Gesundheit kaum mit einbezogen.

3.3.2 Streben nach Gesundheit und Vernachlässigung des Todes

Der Tod stellt selbst für das Gesundheitssystem eine unausweichliche Gegebenheit des menschlichen Lebens dar. Obwohl ÄrztInnen das Sterben nicht verhindern können, fällt das

Sterben in Europa und Nordamerika ebenfalls zu großen Teilen in den Aufgabenbereich der MedizinerInnen. Auf einige Aspekte soll hier näher eingegangen werden.

Auffällig ist, dass der Tod in verschiedene Kategorien eingeteilt wird. Illich zeigt auf, wie im Zuge der Ausbreitung der Medikalisierung immer zugleich ein geändertes Todesbild entsteht. Er geht dabei auf die Unterscheidung zwischen „natürlichem“ und „unnatürlichem“ Tod ein, wie diese seit dem 20. Jahrhunderts vorgenommen wird. Die Voraussetzung für einen natürlichen Tod sieht er in der beschriebenen lebenslangen Pflege der/des Einzelnen, der Umsorgung und Kontrolle jeder Lebensphase durch das Gesundheitssystem. Erst dadurch kann die Vorstellung eines unnatürlichen Todes entstehen, welcher als „Folge von Krankheit, Gewaltwirkung oder mechanischen und chronischen Störungen“ (Illich 1995: 141) definiert wird. Laut Illich hat sich somit das Ideal der Medikalisierung gesellschaftlich durchgesetzt, da generell die Meinung vorherrscht, jede/r habe ein Anrecht auf einen natürlichen Tod und zudem die Behandlung von Bedürftigen gesetzlich zur Pflicht gemacht wurde (ebd.: 141). Darin sieht er eine Verletzung des menschlichen Rechts, über den eigenen Tod und die eigene Gesundheit selbst zu bestimmen, das für ihn „die autonome Kraft der Lebensbewältigung“ (ebd.: 149) darstellt. Gesundheit wird bis zum letzten Atemzug enteignet, was sogar zu einer „Paralysierung jeglicher gesunden Reaktion auf Leiden, Schwäche und Tod“ (ebd.: 28) führe. Er weist darauf hin, dass eben diese Vorstellung des „natürlichen Todes“, „eines Todes, der unter ärztlicher Betreuung eintritt und uns bei guter Gesundheit in hohem Alter trifft, [...] ein recht junges Ideal“ (ebd.: 125) darstellt.

Auch Armstrong und Foucault thematisieren den natürlichen Tod. So wurde laut Foucault durch die Krankenhausmedizin zu Beginn des 19. Jahrhunderts der natürliche Tod in einen pathologischen Tod umgewandelt (Foucault 1973: 172ff., 207). Armstrong beobachtet seit den 1960er Jahren eine zusätzliche Veränderung der Sichtweise. Durch die *Surveillance Medicine* entwickelte sich eine weitere Ausdifferenzierung, die nun zwischen dem natürlichen, dem pathologischen und dem normalen Tod unterscheidet. In diesem Zusammenhang ist die Studie von Lindsay Prior (2000) von großem Interesse. Prior beschäftigt sich mit dem gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod mittels Sterbestatistiken. Anhand von medizinischen Tabellen und Todesstatistiken zeigt er, dass in der modernen Welt die Todesursachen immer sehr deutlich in der menschlichen Anatomie lokalisiert werden. Dies betone die Natürlichkeit des Todes und zeige, dass dem materialistischen Zugang zum Körper sehr viel mehr Aufmerksamkeit geschenkt werde (ebd.: 2000: 190). Prior sieht die Tabellen als eine der signifikantesten Repräsentationen des Lebens und des Todes, die durch die westliche Kultur produziert werden und welche auch beeinflussen, was als normaler oder natürlicher Tod beurteilt wird (ebd.: 197). Die Statistiken sind für ihn außerdem „representations that reduce death to nothing more than a series of anatomical and physiological processes“ (ebd.: 193). Dies bestärkt seiner Ansicht nach Baumanns These über die moderne „Dekonstruktion der Sterblichkeit“, worunter er die vorherrschende Illusion versteht, dass der Tod in irgendeiner Weise kontrolliert werden könne (ebd.: 193). So stellen die Sterbestatistiken den Tod lediglich als ein ordentliches, reguläres und vorhersehbares Vorkommnis dar (ebd.: 196). Prior weist darauf hin, dass die Weltgesundheitsorganisation zum Beispiel 999.999 Formen von Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen auflistet, wobei jede einzelne davon der Theorie nach heilbar oder überwindbar wäre. Somit entsteht die Vorstellung, der Tod selbst sei überwindbar, kontrollierbar und wahrscheinlich sogar vermeidbar (ebd.: 189, 193). Für Prior ist dies ein weiteres charakteristisches Merkmal der Moderne, nämlich der Wille alles und jede Erfahrung kontrollieren zu können, selbst den Tod (ebd.: 194).

Diese Sichtweise hat die Tendenz, den Tod von einer Gewissheit zu einem Risiko herunterzustufen; Prior meint hierzu deutlich: „During the twentieth century death has become a ‚risk‘

rather than a certainty“ (ebd.: 195). Das impliziert gleichzeitig auch den Versuch, alle Ursachen von Gesundheit, Krankheit, Tod oder persönliches Unglück im selbstbestimmten Individuum zu zentrieren. Somit ist laut Prior neben der Sicht der Vermeidbarkeit von Krankheit und Tod das zweite zentrale Thema des Gesundheitsdiskurses unserer Zeit, dass der Schlüssel zu guter Gesundheit in den Handlungen der Individuen selbst liege (ebd.: 193). Jede/r Einzelne hat somit die Verantwortung und Pflicht, für seine/ihre eigene Gesundheit zu sorgen und durch entsprechendes Verhalten Krankheit zu vermeiden. Tod und Krankheit werden dabei stets als Risiko dargestellt, welches eine/n nur dann ereilt, wenn man nicht genug Mühe für die eigene Gesundheit aufwendet. Im Folgenden möchte ich genauer auf diesen Teil des aktuellen Gesundheitsdiskurses eingehen und untersuchen, welche Faktoren zu dieser Vorstellung führten beziehungsweise diese begünstigten und welche Konsequenzen sich daraus entwickeln. Dafür werde ich das Konzept des Gesundheitsrisikos beschreiben, um anschließend auf die Technisierung der Medizin und auf die Gesundheit als Eigenverantwortlichkeit einzugehen.

3.3.3 Prävention und Risiko

Seit den 1970er Jahren wird der Präventionsmedizin immer mehr Aufmerksamkeit geschenkt, wobei ein besonderes Interesse an so genannten Risikopersonen besteht (Lemke 2008: 151). Sarah Nettleton (1998) zeigt in ihrer Untersuchung zum „risky self“, dass für die Vorstellung der Eigenverantwortlichkeit der Diskurs des Risikos zentral ist. In ihrem Text erwähnt sie eine Studie, die medizinische Zeitschriften aus Großbritannien, den Vereinigten Staaten und Skandinavien analysiert und zeigt, wie die Zunahme der Verwendung des Wortes „Risiko“ „epidemische Ausmaße“ angenommen hat (ebd.: 1998: 215). Nach Nettleton soll diese erhöhte Aufmerksamkeit dazu führen, den Glauben in die medizinische Wissenschaft zu vergrößern, indem Krankheit als vorhersehbar und kontrollierbar dargestellt wird. Zudem verstärkte dieser Prozess die Medikalisierung, da mit den hypothetischen Risikofaktoren bereits wie mit Krankheiten umgegangen werde (ebd.: 215). Das Konzept von Prävention und Risiko impliziert jedoch keine klare Verbindung zu späterer Krankheit. Laut Armstrong eröffnet es lediglich „a space of possibility“ (Armstrong 1995: 401), was somit auch zu einer „medicalisation of everyday life“ (ebd.: 399) führe. Der Medikalisierungskritiker Illich meint zur Prävention in diesem Zusammenhang, Menschen würden zu PatientInnen gemacht ohne krank zu sein, was seiner Ansicht nach keineswegs die Selbstbestimmung erhöht (Illich 1995: 65). So betont er, dass die von MedizinerInnen erstellten Diagnosen eine temporäre oder permanente Rolle des/der PatientIn definieren. Dies trägt in Konsequenz zu einem besonderen sozialen Status bei, welcher dementsprechende Rechte, Pflichten und Entschuldigungen beinhaltet und auch zu Stigmatisierungen führen kann, wie beispielsweise bei Erb- und Alkoholkrankheiten oder psychischen Leiden. Laut Illich beruhten frühere Stigmatisierungen auf der Einteilung „heilbar“ und „unheilbar“, heute kommt es durch die Präventionsmedizin noch zu einer dritten Form der Stigmatisierung:

„Die ärztliche Diagnose kann einem mit ‚schlechten‘ Genen behafteten menschlichen Wesen die Geburt verwehren, einem anderen den beruflichen Aufstieg und einem dritten die Teilnahme am politischen Leben verweigern. Die Schnüffelei nach Gesundheitsrisiken führt zu polizeimäßigen Kontrollnetzen, um jene zu erfassen, die besonderen Schutzes bedürfen: pränatale Untersuchungen; Mütterschulung in Säuglingspflege; Reihenuntersuchungen in Schulen und Ferienlagern und andere medizinische Pflichtübungen. Genetische Kontrollen und Blutdruckberatung kamen jüngst hinzu.“ (ebd.: 66f.)

Konzepte von Prävention und Risiko haben somit immer direkte Konsequenzen für die Individuen. Dabei gibt es nun einen neuen, nicht klar definierten Bereich zwischen Krank- und Gesundsein, den Lemke in seinem Text auch als liminale Phase, Grenzerfahrung und potentielle Krankenrolle bezeichnet (Lemke 2008: 160). Wie konnte diese Zwischenkategorie der Risikoperson entstehen? Eine wichtige Bedeutung kommt dabei der Technisierung des Gesundheitssystems in den vergangenen Jahrzehnten zu.

3.3.4 Technisierung

Neu entwickelte Geräte und Untersuchungsmöglichkeiten führten im Laufe der Medizingeschichte zu wichtigen Erkenntnissen. Die Verwendung dieser Technologien hat laut Illich aber gleichermaßen die Aufgabe, die Medizin als höchst effektiv darzustellen und das Handwerkszeug der ExpertInnen weiter zu monopolisieren (Illich 1995: 21). Auch Bauch stellt einen massiven Einsatz von Technologie fest, deren Spezialisierungsdruck seiner Meinung nach dazu führt, „daß immer mehr Funktionen, die bisher der LaiInnenkontrolle unterstanden, einer Expertengruppe überantwortet werden“ (Bauch 1996: 121). Es kommt zwangsläufig zu einer weiteren Hierarchisierung von LaiInnen und ExpertInnen und zu einer Veränderung der Interaktion zwischen beiden. So wird die Diagnostik zunehmend von Apparaturen durchgeführt, die der/die MedizinerIn sachgemäß bedienen muss, wodurch die Kommunikation mit dem/der PatientIn und dessen/deren Schilderung von Beschwerden kaum noch von Bedeutung sind.

Beispielhaft sei hier der Einsatz von Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft genannt. Die Anthropologin Rayna Rapp (1997) untersucht in diesem Zusammenhang, welche Auswirkungen die Nutzung dieser Technologie auf das Erleben der Schwangerschaft bei den Frauen hat. Dabei kommt heraus, dass ÄrztInnen die Selbstbeschreibungen der Frauen umgehen können, indem sich durch den Ultraschall für sie ein direktes Fenster auf den Fötus öffnet (ebd.: 35). Für die Frauen führt dies zu dem Gefühl, der/die MedizinerIn wisse mehr über ihren eigenen Körper und das Kind als sie selbst, da sie beispielsweise auf dem Bildschirm nichts erkennen können und einer Erklärung des/der ExpertIn bedürfen. Weiter fällt auf, dass sich die Frauen mehr Sorgen machen und sich immer mehr die Vorstellung verbreitet, dass sie dafür verantwortlich seien, wie Schwangerschaft und Geburt verlaufen, beispielsweise in Bezug auf anomale Geburten (ebd.: 44f.).

Diese Auffassung der Eigenverantwortlichkeit ist auffällig in der heutigen Medizin und bedingt sich aus den eben geschilderten Faktoren der Prävention, des Risikos und der neuen Untersuchungstechniken. Es wird vermehrt die Meinung vertreten, dass jede/r selbst für die eigene Gesundheit verantwortlich sei.

3.3.5 Gesundheit als Eigenverantwortlichkeit

Zu Beginn wurde in der Präventivmedizin vor allem Umwelteinflüssen Beachtung geschenkt. Seit den 1980er und 1990er Jahren verlagerte sich der Schwerpunkt aber von extern zu intern induzierten Risiken und somit auf die Verantwortung und die Präventionsmöglichkeiten jedes/r Einzelnen (Lemke 2008: 151ff.). Ogden meint dazu: „It is not environmental factors, or bacteria or viruses *per se* that cause illness; the critical factor resides in individuals, more particularly their self control“ (Ogden zit. nach Nettleton 1998: 214). Es wird vom Individuum immer mehr erwartet, Verantwortung für die eigene gesundheitliche Zukunft zu übernehmen. Nettleton weist darauf hin, dass einem/r jedem/n Informationen bereitgestellt werden, mit

Hilfe derer er/sie eigene Entscheidungen treffen soll und das Leben dementsprechend gestalten kann. Diese Art von Informationen kommt von so genannten ExpertInnen, was somit einen objektiven und wissenschaftlichen Ursprung impliziert. Die heutige Auffassung suggeriert, dass jede/r Einzelne ihr/sein Schicksal bestimmen und das eigene Leben besser gestalten könne (Nettleton 1998: 208). Dies wird nun einerseits als eine Förderung der Selbstbestimmung und Entscheidungskompetenz von PatientInnen gesehen, die sich gegen den ärztlichen Paternalismus und die medizinische Expertokratie wendet (Lemke 2008: 154), andererseits auch als Medikalisierung des Alltagslebens, Weitergabe der Verantwortung (Armstrong 1995: 399) und Machtausübung von Seiten der MedizinerInnen (Nettleton 1998: 210). Für die Seite der MedizinerInnen bedeutet dies, dass ihr Professionalismus durch die Prävention abnimmt, da gesundheitliches Wissen und gesundheitliche Fertigkeiten verteilt werden (Bauch 1996: 100ff.); ebenso sind LaiInnen bei der Selbstverwaltung des Risikos in ihrer Unsicherheit stark abhängig vom ExpertInnentum (Peterson 1998: 197).

Allgemein werden die gesundheitlichen Risiken dargestellt, als seien sie nicht allein von den persönlichen Umständen abhängig, sondern auch von den persönlichen Fähigkeiten (Nettleton 1998: 214). Dabei wird im Gesundheitsdiskurs als selbstverständlich vorausgesetzt, dass der/die Einzelne in der Lage ist mit ExpertInnenwissen umzugehen und darauf zu reagieren (ebd.: 217). LaiInnen sind hierbei von Informationen ganz verschiedener Institutionen und Fachmeinungen beeinflusst, die nicht ausschließlich aus dem medizinischen Bereich stammen. Dies führt in Folge auch zu einer veränderten Beziehung zwischen PatientIn und medizinischer/m ExpertIn, da die betroffenen Personen auch kritischer werden (ebd.: 208, 217ff.). Andererseits bedingt die Präventionsmedizin eine stärkere Infragestellung der eigenen Wahrnehmung, da in der Risikomedizin „Verhaltensweisen und Körperzustände als pathogen denunziert [werden], die von Betroffenen gar nicht als Leiden oder Einschränkung ihrer Handlungsfähigkeit erfahren werden“ (Bauch 1996: 132). Ursprünglich wurde Krankheit selbst als PatientIn gespürt und subjektiv wahrgenommen, durch die Prävention werden die Risikofaktoren jedoch entkörperlicht und damit von der Wahrnehmung des Individuums getrennt. Mögliche Beschwerden werden oft nicht selbst gefühlt, sondern werden einem von außen zugeschrieben. Handlungen wie das Zu-viel-Salzen der Suppe werden als krebserregend oder blutdrucksteigernd erklärt, ohne dass man dies selbst wahrnehmen kann. Weiter gehört man auch als AnwohnerIn einer vielbefahrenen Straße oder als Kind mit einem Gendefekt zur Risikopopulation, ohne dass man dies selbst so empfinden würde (ebd.: 132).

Auf diese Unterschiede des Wissens möchte ich im nächsten Abschnitt eingehen. Nachdem ich nun das medizinische ExpertInnenwissen und die daraus resultierenden Sichtweisen auf den Körper und Gesundheit dargestellt habe, widme ich mich in Folge den sich daraus entwickelnden gesellschaftlichen Auswirkungen um aufzuzeigen, dass dabei sowohl Macht als auch Unterstützung eine Rolle spielen, aber auch ganz andere Formen des Umgangs möglich sind.

4. Auswirkungen des medizinischen ExpertInnenwissens auf die Interaktion mit LaiInnen

4.1 Ausübung von Macht durch das Gesundheitssystem

MedizinerInnen haben immer mehr Einfluss auf das Leben der Einzelnen, doch inwieweit ist in der ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktion der Machtaspekt von Bedeutung? Turner meint in Anlehnung an Foucault, dass Macht in den alltäglichen Praktiken der medizinischen Berufe

ganz klar vorhanden ist (Turner 1998: xii). Auch Lupton stellt fest, dass „medicine, as it is practiced in Western societies [...] has increasingly amassed power and influence“ (Lupton 2008: 95). Indem immer mehr Aspekte des sozialen Lebens medikalisiert und als Krankheiten gesehen werden, wird der Einfluss der Medizin immer mächtiger. Lupton meint sogar, die Medizin habe begonnen „to take on the role of social regulation traditionally performed by religion and the law“ (ebd.: 95). Aber worin äußert sich diese Macht? Die Soziologin und Anthropologin betont diesbezüglich vor allem, dass die Menschen fortwährend ermahnt werden, ihr alltägliches Leben so zu gestalten, dass potentielle Krankheit und früher Tod vermieden werden. Sie betrachtet dies als regelrechte Herrschaft und zitiert in diesem Zusammenhang Abram de Swaans *The Management of Normality* (1990): „Sociologically speaking, everyone lives under the medical regime, a light regime for those who are not yet patients, stricter according to how dependent on doctors one becomes“ (de Swaan zit. nach ebd.: 101).

Diese ungleich verteilte Macht ist stark durch den medizinischen Diskurs bedingt. Die Sprache ist ein Medium, welches die Macht von MedizinerInnen transportiert und diese ermöglicht: „The discourse of science serves to underpin the powerful and high status role of orthodox medical practitioners, who claim that their system of knowledge is superior to that of other health-care providers“ (Rapp zit. nach ebd.: 52).

Dies führt zum nächsten Punkt: Macht ist mit bestimmten, gesellschaftlich anerkannten Formen von Wissen verbunden. So sind PatientInnen durch das Fehlen von medizinischem Wissen immer in einer unterlegenen Position, wenn sie ÄrztInnen aufsuchen. Forschungen bezüglich der ÄrztIn-PatientIn-Beziehungen zeigten, dass dies die Autorität der MedizinerInnen gegenüber PatientInnen unterstreicht (Lupton 2008: 96). Turner bemerkt, dass auch Foucault Wissen und Macht immer eng verknüpft sieht: „Foucault saw that power and knowledge were always inevitably and inextricably interconnected so that any extension of power involved an increase in knowledge and every elaboration of knowledge involved an increase in power“ (Turner 1998: xiii). Vor allem in hochspezifischem und detailliertem Wissen sieht der Philosoph eine bestimmte Form von Macht (ebd.: xiii). In diesem Zusammenhang ist auch Jordans (1997) Text *Authoritative Knowledge and Its Construction* interessant. Ihre Untersuchung basiert auf der Beobachtung, dass in Gesellschaften verschiedenste Wissenssysteme existieren, jedoch einzelnen mehr Bedeutung beigemessen wird als anderen (ebd.: 1997: 56). „The constitution of authoritative knowledge is an ongoing social process that both builds and reflects power relationships within a community“ (ebd.:56), erklärt die Anthropologin und betont gleichzeitig, dass mit autoritativem Wissen nicht allein das Wissen von Menschen in autoritativen Positionen gemeint ist. Am Beispiel einer amerikanischen Krankenhausburt zeigt sie, dass medizinisches Wissen in konkreten Situationen andere potentiell relevante Wissensquellen verdrängt und delegitimiert (ebd.: 61). Dies geschieht unabhängig von der Richtigkeit oder Belegbarkeit dieses Wissens und wird trotzdem von den Beteiligten nicht nur akzeptiert, sondern auch aktiv produziert und reproduziert (ebd.: 57f.).

Auch Lupton weist darauf hin, dass die überlegene Position des/r ÄrztIn nicht einseitig entsteht: „Rather than there being a struggle for power between the dominant party (doctors) and the less powerful party (patients), there is collusion between the two to reproduce medical dominance“ (Lupton 2008: 98). Macht ist somit immer auch eine relationale Angelegenheit. Auch dies geht auf Überlegungen Foucaults zurück, welcher Macht als eine Art Beziehungsgeflecht sieht: „Foucault saw power as a relationship which was localized, dispersed, diffused and typically disguised through the social system, operating at a micro, local and covert level through sets of specific practices“ (Turner 1998: xif.). Gerade im Gesundheitsbereich betont er die Verbindung zwischen Macht und Wissen, beschreibt aber nicht allein die unterdrückende Natur der Macht, sondern auch ihre positive und produktive Seite. So fungiert Macht sei-

nes Erachtens in der medizinischen Begegnung als eine „disziplinarische Macht“, die Richtlinien darüber beinhaltet, wie PatientInnen ihre Körper verstehen, mit ihnen umgehen und sie erfahren sollen (Lupton 2008: 99). Er sieht ÄrztInnen in diesem Sinne auch nicht als „figures of domination“, but rather ‚links in a set of power relations‘, ‚people through whom power passe[s] or who are important in the field of power relations“ (Foucault zit. nach ebd.: 99).

Man kann somit die Macht von MedizinerInnen auch aus einer anderen Perspektive sehen und den relationalen Charakter von Macht aufdecken, der darauf hinweist, dass Macht nie im Besitz einer speziellen Gruppe ist, sondern vielmehr auf alle sozialen Gruppen verteilt ist und in bestimmten Beziehungen beidseitig legitimiert wird (ebd.: 99). Trotzdem sind in der Medizin jeweils bestimmte Strukturen vorhanden, die bereits eine Ungleichheit von Wissen oder Macht implizieren. Das Gesundheitssystem einer Gesellschaft kann anthropologisch als „the total organization of its social structures, technologies, and personnel that enable it to practice and maintain its medicine“ (Landy 1977: 131) definiert werden. MedizinerInnen, die spezifisches Wissen besitzen, sind dafür ein wesentlicher Bestandteil in jeder existierenden Gesellschaft und ihnen kommt dadurch eine besondere Rolle zu (Kleinman zit. nach Eisenberg 1977: 14). Dieser spezielle Status ist immer auch mit Macht verbunden, da ihnen in dieser Position auch die Aufgabe zufällt, Prognosen zu stellen und Erklärungen für Krankheiten zu geben. Dies impliziert laut Douglas eine Verstärkung der sozialen Kontrolle, was eben den ungleichen Status von MedizinexpertInnen und LaiInnen erklärt:

„Das Klassifikationssystem der Gesellschaft verwandelt das Inventar der Welt in ein Arsenal von Kontrollinstrumenten. Jedes Sozialsystem erklärt das Leiden der Menschen auf eine Art und Weise, die die Wirksamkeit der sozialen Kontrollen verstärkt.“ (Douglas 1986: 152)

Innerhalb der Gesellschaft wird somit einerseits ganz deutlich Macht ausgeübt, indem das Wissen ungleich verteilt ist und die Ursache von Krankheiten teilweise auf das Fehlverhalten der Einzelnen zurückgeführt wird, was zu einer Kontrolle der Lebensweise der Gesellschaft führt; andererseits wird Krankheit durch MedizinerInnen auch in ein „metaphysisches Denkschema eingeordnet, nach dem das Leiden zur allumfassenden Ordnung der Dinge gehört“ (ebd.: 154f.). Des Weiteren wird auf eben diese positiven Aspekte des ExpertInnenwissens von ÄrztInnen eingegangen und beleuchtet, inwieweit es eine unterstützende Funktion bei Krankheit einnimmt und zur Erhaltung der Gesundheit beiträgt.

4.2 Unterstützung und Begleitung bei Krankheit und Erhaltung der Gesundheit durch ExpertInnen

Bisher wurde Medikalisierung und der Einfluss des Gesundheitssystems in dieser Arbeit eher kritisch beleuchtet. Dabei hat die Ausweitung des Aufgabenbereichs von MedizinerInnen auch positive Folgen. So meint Lupton:

„[C]ritics tend to display little recognition of the ways that it [medicine and the oppressive forces of doctors, Anm. d. Verf.] may contribute to good health, the relief of pain and the recovery from illness, or the value that many people understandably place on these outcomes. They also fail to acknowledge [...] that patients willingly participate in medical dominance and may indeed seek ‚medicalisation‘.“ (Lupton 2008: 98)

Das Gesundheitssystem ist eine grundlegende Ressource, um mit Krankheiten umgehen zu können. Dabei ist das medizinische Wissen nie vorgegeben und objektiv, sondern entsteht vergleichbar mit einem Glaubenssystem durch soziale und politische Beziehungen (ebd.: 99).

Es kann auch als positiv betrachtet werden, dass sich LaiInnen ganz in die Hand des/r ExpertIn geben und sich dabei auf deren Wissen verlassen können. Gerade in einem Zustand des Krankseins ist man in seiner sozialen Rolle eingeschränkt und dadurch hilfebedürftig. ÄrztInnen haben gesellschaftlich die Funktion, das soziale Gefüge zusammenzuhalten, wenn es um Fragen von Krankheit und Tod geht (ebd.: 104ff.). PatientInnen kommen in erster Linie zu ihnen, um nach Erleichterung bei Beschwerden und nach Fürsorge zu suchen (Eisenberg 1977: 19). Aufgrund dieser sozialen Funktion vergleicht Crawford (2000) die Gesundheitsfürsorge mit einem Ritual, da Rituale seines Erachtens für Folgendes genutzt werden:

„Rituals are employed as a means for situating individual experience in relation to the experience of others. They provide moral commentary on the conditions and possibilities for a ‚good life‘ and equip people with practical rules (models of and models for) living. Thus, rituals not only extend or revitalise system ‚imperatives‘; they are also practices the outcomes or significance of which are ambiguous.“ (ebd.: 220)

Es geht somit in der Medizin Nordamerikas und Europas darum, gesellschaftlich nicht definierte Bereiche einzugliedern und damit Krankheit und Gesundheit einen Sinn zu geben und zu erklären. Crawford formuliert dies in Bezug auf die USA folgendermaßen: „Health promotion [...] can be understood as a ritual which attends to ‚matter out of place‘: a *contradiction in structure* – at once material and symbolic – which is the source of a *conflict in experience* for contemporary Americans“ (ebd.: 220f., Hervorhebung im Original). Dies impliziert und erklärt wiederum die machtvolle Position der MedizinerInnen. Douglas sieht die Aufgabe von Ritualen darin, „ein bestimmtes Wertesystem innerhalb der Gruppe durchzusetzen und durch Interaktion die Struktur und die Normen der Gruppe zu internalisieren“ (Douglas 1986: 79). Durch Partizipation in gesellschaftlichen Ritualen begibt man sich somit immer auch in einen Kontrollbereich, in dem Macht ausgeübt wird.

Das ExpertInnenwissen der MedizinerInnen beeinflusst somit die Gesellschaft auf unterschiedliche Weise. Nach der Darstellung, dass aus dieser Einflussnahme sowohl einerseits Machtausübung, andererseits auch Unterstützung und Sinnstiftung resultieren, soll nun auf mögliche alternative ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen eingegangen werden.

5. Ausblick auf mögliche alternative Umgangsformen zwischen MedizinerInnen und LaiInnen

Beziehungen und Interaktionen im Gesundheitssystem Nordamerikas und Europas sind durch die vorherrschenden Strukturen stark beeinflusst. Trotzdem besteht die Freiheit, auch entgegen allgemein gültige Erwartungen zu handeln und einen alternativen Umgang mit dem ExpertInnenwissen der Medizin zu schaffen. Natürlich sind die Denkmuster dabei von den gesellschaftlichen Diskursen geprägt, die den Versuch einer alternativen Wahrnehmung tendenziell erschweren:

„The struggle for alternative perceptions and meanings in the lifeworlds of individuals – and there are many – must contend with the meaningful cognitions that are structured by prevailing economic, political, and cultural discourses.“ (Crawford 2000: 233)

Doch auch dominante Diskurse sind ständig in Veränderung begriffen, auch der wissenschaftliche Diskurs, der die Vorstellungen von Körper und Gesundheit in westlichen Gesellschaften dominiert (Lupton 2000: 52). Ähnlich äußert sich Bauch, der in der naturwissenschaftlichen

Körperauffassung einen zunehmend in Auflösung begriffenen kurzen Abschnitt der Medizingeschichte sieht (Bauch 1996: 58). Medizinisches ExpertInnenwissen und LaiInnenwissen sind daher genauso von Wandel und Umstellung betroffen wie andere Wissenssysteme (Lupton 2000: 54). Gerade diese Veränderungen geschehen im Diskurs: „Power struggle occurs both in and over discourse“ (Fairclough zit. nach ebd.: 52). Vor allem in diesem Kampf sieht Lupton „an important feature of social change“ (ebd.: 52).

KritikerInnen des momentanen Systems sehen als wichtigsten Ansatzpunkt für eine Veränderung die Machteinschränkung der MedizinerInnen. Dafür fordern sie teilweise vom Staat, die Definitionsmacht der Medizin bezüglich der Bestimmung und Therapie von Krankheiten einzuschränken und ermuntern die Regierung, „to exert greater regulation over the actions of the medical profession so as to limit its expansion and ‚deprofessionalise‘ it“ (Lupton 2008: 97). Diese Deprofessionalisierung besteht laut Illich darin, den Mythos zu demaskieren, „daß der technische Fortschritt die Lösung menschlicher Probleme mittels Durchsetzung wissenschaftlicher Prinzipien verlange [...] [und] daß die zunehmende Abhängigkeit des Menschen von unpersönlichen Institutionen besser sei als gegenseitiges Vertrauen und Selbstvertrauen“ (Illich 1995: 186). Dafür sei es notwendig, dass die Aktivität von ExpertInnen solange eingeschränkt wird, bis alle medizinischen Geräte und Hilfsmittel, die von LaiInnen bedient werden könnten, jeder/m, der/die sie braucht zugänglich sind (ebd.: 200f.). Es geht ihm darum, die Anzahl von SpezialistInnen zu minimieren und die Autonomie der LaiInnen zu vergrößern, indem ihnen mehr Mittel und Verantwortung zur Bewältigung von Krankheit zukommen. Er schreibt:

„Die bewußt gelebte Gebrechlichkeit, Individualität und soziale Offenheit des Menschen machen die Erfahrung von Schmerz, Krankheit und Tod zu einem wesentlichen Bestandteil seines Lebens. Die Fähigkeit, diese drei Dinge autonom zu bewältigen, ist die Grundlage seiner Gesundheit.“ (ebd.: 202)

Neben der Einschränkung des Einflussbereichs der MedizinerInnen wird gleichzeitig auch eine Ermächtigung von PatientInnen und LaiInnen eingefordert. „Most critics also advocate the ‚empowerment‘ of patients (often renamed ‚consumers‘), encouraging people to ‚take back control‘ over their own health“ (Lupton 2008: 97). So sollen LaiInnen in der Begegnung mit ÄrztInnen ermutigt werden, deren Entscheidungen und Wissen in Frage stellen und auch alternative Möglichkeiten durchzudenken (ebd.: 97). Die Wiedergewinnung der persönlichen Autonomie kann sich laut Illich einerseits nur aus politischem Handeln ergeben, ist aber andererseits auch durch den Willen jedes/r Einzelnen zur Selbstbehandlung bedingt. Die Menschen müssen aus dem Abhängigkeitsverhältnis heraustreten und die „Chance und ihre eigene Kraft, selbst zu heilen und zu gesunden“ (Illich 1995: 198) erkennen.

Dieses Streben nach Autonomie kann sich allerdings sehr schwierig gestalten; so meint auch Douglas in Hinblick auf die Industriegesellschaft: „An den Zwängen, die auf den einzelnen ausgeübt werden, kann er durch seine eigene Reaktion nichts ändern“ (Douglas 1986: 150). Sie beobachtet dabei, dass das innere Selbst immer drängender nach ungehemmtem Ausdruck verlangt und meint, dass es in verschiedenen Denkbereichen so aussieht, „als ob es uns tatsächlich gelingen könnte, die unserem Wissen gesetzten Schranken zu durchbrechen“ (ebd.: 215). Dies ist auch das Hauptargument ihres Buches *Ritual, Tabu und Körpersymbolik*:

„[...] sich auf sich selbst zu konzentrieren, die Werte mit denen man operiert zu überprüfen, eine Reihe von ihnen zu verwerfen und alle zur Verfügung stehenden positionalen Formen der Kontrolle und Kommunikation zu bejahen – weil dies als der einzige mögliche Weg erscheint, unser Wissen so einzusetzen, daß es uns von den Zwängen der uns vorgegebenen Weltauffassung befreit.“ (ebd.: 217)

Es bestehen bereits zahlreiche Bewegungen, die sich organisieren, um die medizinische Elite zu verändern und deren Praktiken und Methoden zu reformieren (Landy 1977: 131). Hierzu möchte ich ein erfolgreiches Beispiel erwähnen, das zeigt, wie es gelingen kann, die vorgegebene Weltauffassung und Machtverteilung in Frage zu stellen und zu verändern.

Collins und Pinch (2000) schildern in ihrem Text „*Act up*“: *Heilmethoden gegen Aids und der Laie als Fachmann*, wie sich in den 1980er Jahren in den USA Aids-AktivistInnen als sehr effizient in der Weiterverbreitung von Informationen über die Krankheit erwiesen haben, dadurch Zugang zu wissenschaftlichen und medizinischen Diskussionen erhielten und sogar eigene Forschungsergebnisse präsentieren konnten. Ausgangspunkt war die Entdeckung eines vielversprechenden antiviralen Wirkstoffs 1985, dessen Zulassung durch die Gesundheitsbehörden jedoch die Durchführung einer langjährigen Doppelblindstudie vorausgesetzt hätte, um den Placebo-Effekt auszuschließen. Das antivirale Mittel hatte sich allerdings in verschiedenen Tests bereits als wirksam erwiesen. Aufgrund der enormen Sterberate der Aids-Kranken rief der Aids-Aktivist John James daher in einem Mitteilungsblatt dazu auf, Druck für die Verbesserung und Zulassung des neuen Medikaments auszuüben (ebd.: 179). Er zeigte sich davon überzeugt, dass LaiInnenaktivistInnen auch selbst ExpertInnen werden könnten und bemerkt: „Die Unternehmen, die ihre Gewinne wollen, die Bürokraten, die ihren Stiefel wollen [sic], und die Ärzte, die kein Aufsehen wollen, sitzen alle mit am Tisch. Die Menschen mit Aids, die leben wollen, müssen auch dort sitzen“ (James zit. nach ebd.: 179). Daraufhin organisierten sich die AktivistInnen. Jene, die an der Studie teilnahmen, tauschten ihre Medikamente untereinander aus, um das Risiko, das Placebo zu erhalten zu minimieren. Sie wurden zudem aus dem „Untergrund“ mit Medikamenten versorgt, so dass die ExpertInnen die Studie nicht mehr kontrollieren konnten. Hinzu kommt, dass sich die AktivistInnen fachlich sehr gut auskannten, da es unter ihnen auch Personen mit einer medizinischen, naturwissenschaftlichen oder pharmazeutischen Ausbildung gab, die als LehrerInnen der LaiInnen fungierten (ebd.: 191). Dies alles führte zu einer Neubestimmung des ÄrztIn-PatientIn-Verhältnisses: „Die Patienten – oder wie sie sich lieber genannt sahen: ‚Menschen mit Aids‘ – modelten das Arzt-Patient-Verhältnis zu einer gleichberechtigteren Partnerschaft um“ (ebd.: 184). Dies erwies sich als durchaus im Interesse der MedizinerInnen, die die AktivistInnen aufgrund ihres fachlichen Wissens auch immer öfter um Rat fragten (ebd.: 191). Auf diese Weise erreichten AktivistInnen Einfluss im medizinischen Prozess, was dazu führte, dass sie auch selbst einige Untersuchungen durchführen konnten. Ihre eigenen Erfahrungen oder die Erfahrungen nahestehender Aids-Kranker „gaben ihnen etwas, was kein zukünftiger Mediziner jemals zu erwerben hoffen konnte“ (ebd.: 200). Die AktivistInnen waren erfolgreich, weil sie sich ExpertInnenwissen angeeignet und sich gemeinsam gegen die machtvollen Strukturen organisiert hatten, anstatt diese zu akzeptieren. Die Autoren des Textes meinen:

„Dieser Erfolg beweist, daß Wissenschaft nicht etwas ist, das nur von qualifizierten Wissenschaftlern geleistet werden kann. Laien sind nicht nur in der Lage, Expertenwissen zu erwerben, sie können unter Umständen sogar erreichen, daß diesem Fachwissen der ihm gebührende Respekt erwiesen wird.“ (Collins/Pinch 2000: 200)

Es gibt somit Alternativen zur herkömmlichen Interaktion zwischen MedizinerInnen und LaiInnen. So gesehen ist die Beeinflussung durch das ExpertInnenwissen von ÄrztInnen auf die eigene Wahrnehmung des Körpers und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit nicht als unbeweglich und gegeben anzusehen, sondern impliziert immer auch die Möglichkeit einer Veränderung.

6. Conclusio

Wie werden heute in Europa und Nordamerika Gesundheit und Krankheit sozial konstruiert und welche Auswirkungen hat dies auf die Interaktionen zwischen medizinischen ExpertInnen und LaiInnen? Die Wahrnehmung des eigenen Körpers und damit auch von Gesundheit und Krankheit sind sozial bedingt, wobei der medizinische Diskurs großen Einfluss hat. Dabei ist es interessant sich bewusst zu machen, dass MedizinerInnen ihre einflussreiche Rolle nicht immer schon innehatten, sondern dass diese sich vor allem durch die Monopolisierung von medizinischem Wissen und die damit einhergehende Definitionsmacht von Krankheit/Gesundheit und durch die Medikalisierung herausbildete. Erst die „Vernaturwissenschaftlichung“ der Medizin und der in der Folge entwickelte, auf Universitäten gelehrt „medizinische Blick“ führten zum ExpertInnenstatus und -wissen moderner ÄrztInnen.

In vorliegendem Artikel wurde anhand verschiedener Aspekte des heutigen Gesundheitssystems versucht darzustellen, in welchen Bereichen der medizinische Diskurs Einfluss auf das Leben und die Wahrnehmung der Bevölkerung nimmt. Die Medikalisierung führt dazu, dass jede/r zu einem/r PatientIn gemacht wird; jede Lebensphase einschließlich des Todes wird in den Aufgabenbereich der Medizin eingegliedert. Durch die Technisierung der Medizin werden die medizinischen Praktiken zunehmend monopolisiert. Besonders deutlich wird der Einfluss des ExpertInnenwissens auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers im Diskurs über Risiko, Prävention und Eigenverantwortlichkeit. Die Menschen werden angehalten, durch eine von MedizinerInnen empfohlene Lebensweise fortwährend für ihre Gesundheit zu sorgen und „ungesunde“ Risiken zu minimieren.

Verschiedene Beispiele zeigten, dass der gesellschaftliche Einfluss auf das subjektive Körpererleben und die Grundvorstellungen des eigenen Körpers hoch einzuschätzen ist und die Medizin dabei eine besonders dominante Rolle einnimmt. Dies kann als eine einseitige Ausübung von Macht interpretiert werden, die durch Diskurs, ungleiche Verteilung von Wissen und soziale Kontrolle verstärkt wird, aber sich auch relational in der Begegnung herausbildet. Gleichzeitig wurde auch auf die unterstützende und erklärungsstiftende Funktion der MedizinerInnen hingewiesen, denen die Aufgabe zukommt, das soziale Gefüge zusammenzuhalten und Erklärungen und Handlungsanleitungen zu geben, wenn es um Fragen von Krankheit und Tod geht.

Dass die Form der Beziehung zwischen LaiInnen und ExpertInnen, zwischen ÄrztInnen und PatientInnen auch anders gestaltet sein könnte, wurde versucht im letzten Teil darzustellen. Mögliche Alternativen wären die Deprofessionalisierung der MedizinerInnen oder auch ein größeres Eigenengagement von LaiInnen und PatientInnen, um den Einfluss des ExpertInnenwissens zu verringern.

Dies macht das Thema auch zu einem interessanten Forschungsfeld der Kultur- und Sozialanthropologie. Es geht hier sowohl um gesellschaftliche Denkstrukturen, also Vorstellungen von Körper und Gesundheit/Krankheit, als auch um die Interaktion und wechselseitige Beeinflussung bestimmter gesellschaftlicher Gruppen, der MedizinerInnen und der LaiInnen. Diese Arbeit will weder für noch gegen die Einflussnahme durch das ExpertInnenwissen Partei ergreifen. Das Anliegen war es darzustellen, dass Menschen in Nordamerika und Europa in der Wahrnehmung ihres eigenen Körpers von diesem spezifischen Wissen geprägt sind sowie die in diesem Zusammenhang relevanten Diskurse und Praktiken offenzulegen.

Literatur

- Armstrong, David. 1995. The Rise of Surveillance Medicine. In: *Sociology of Health & Illness* 17 (3): 393-404.
- Augé, Marc and Claudine Herzlich. 1995. Introduction. In: Dies. *Meaning of Illness. Anthropology, History and Sociology*. Chur et al.: Harwood Academic Publishers, pp. 1-19.
- Bauch, Jost. 1996. *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Collins, Harry M. und Trevor Pinch. 2000. „Act up“: Heilmethoden gegen Aids und der Laie als Fachmann. In: dies. *Der Golem der Technologie. Wie die Wissenschaft unsere Wirklichkeit konstruiert*. Berlin: Berlin Verlag, pp. 169-201.
- Crawford, Robert. 2000. The Ritual of Health Promotion. In: Williams, Simon J., Jonathan Gabe, and Michael Calnan (eds.). *Health, Medicine and Society. Key Theories, Future Agendas*. London/New York: Routledge, pp. 219-235.
- Dale, Karen and Gibson Burrell. 2000. What Shape Are We In? Organization Theory and the Organized Body. In: Hassard, John, Ruth Holliday, and Hugh Willmott (eds). *Body and Organization*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications, pp. 15-30.
- Douglas, Mary. 1986. *Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Duden, Barbara. 1991. *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*. Hamburg/Zürich: Luchterhand Literaturverlag.
- Eisenberg, Leon. 1977. Disease and Illness. Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 1: 9-23.
- Foucault, Michel. 1973. *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München: Carl Hanser Verlag.
- Good, Byron J. and Mary-Jo DeVecchio Good. 1993. „Learning Medicine“. The Construction of Medical Knowledge at Harvard Medical School. In: Lindenbaum, Shirley and Margaret Lock (eds.). *Knowledge, Power, and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, pp. 81-107.
- Hassard, John, Ruth Holliday, and Hugh Willmott. 2000. *Body and Organization*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications.
- Herzlich, Claudine. 1995. Modern Medicine and the Quest for Meaning. Illness as a Social Signifier. In: Augé, Marc and Claudine Herzlich (eds.). *Meaning of Illness. Anthropology, History and Sociology*. Chur: Harwood Academic Publishers, pp. 151-173.
- Illich, Ivan. 1995. *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. München: C. H. Beck Verlag.
- Jordan, Brigitte. 1997. Authoritative Knowledge and Its Construction. In: Davis-Floyd, Robbie E. and Carolyn F. Sargent (eds.). *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, pp. 55-79.
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.
- Kolip, Petra. 2000. Frauenleben in Ärztehand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchsphasen. In: dies. (ed.): *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchsphasen im Leben von Frauen*. Weinheim/München. pp. 9-30.
- Lambert, Helen. 2007. Medical anthropology. In: Barnard, Alan and Jonathan Spencer (eds.): *Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology*. London/New York: Routledge.

- Landy, David. 1977. *Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology*. New York: Macmillan Publishing.
- Lemke, Thomas. 2008. Von der sozialtechnokratischen zur selbstregulatorischen Prävention: Die Geburt der „genetischen Risikoperson“. In: Hilbert, Anja, Peter Dabrock und Winfried Rief (eds.). *Gewichtige Gene. Adipositas zwischen Prädisposition und Eigenverantwortung*. Bern: Huber, pp. 151-165.
- Lupton, Deborah. 2000. The Social Construction of Medicine and the Body. In: Albrecht, Gary L., Ray Fitzpatrick and Susan C. Scrimshaw (eds.): *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications, pp. 50-63.
- Lupton, Deborah. 2008. Foucault and the Medicalisation Critique. In: Peterson, Alan and Robin Bunton (eds.). *Foucault, Health and Medicine*. London/New York: Routledge, pp. 94-110.
- McKechnie, Rosemary. 1996. Insiders and Outsiders: Identifying Experts on Home Ground. In: Irwin, Alan and Brian Wyne, Brian (eds.). *Misunderstanding Science? The Public Reconstruction of Science and Technology*. Cambridge/New York/Melbourne: Cambridge University Press, pp. 126-151.
- Nettleton, Sarah. 1998. Governing the Risky Self. How to Become Healthy, Wealthy and Wise. In: Peterson, Alan and Robin Bunton (eds.). *Foucault, Health and Medicine*. London/New York: Routledge, pp. 207-222.
- Peterson, Alan. 1998. Risk, Governance and the New Public Health. In: Peterson, Alan and Robin Bunton (eds.). *Foucault, Health and Medicine*. London/New York: Routledge pp. 189-206.
- Platz, Teresa. 2006. *Anthropologie des Körpers. Vom Körper als Objekt zum Leib als Subjekt von Kultur*. Berlin: Weißensee Verlag.
- Prior, Lindsay. 2000. Reflections on the 'Mortal' Body in Late Modernity. In: Williams, Simon J., Jonathan Gabe, and Michael Calnan (eds.). *Health, Medicine and Society. Key Theories, Future Agendas*. London/New York: Routledge, pp. 186-202.
- Prout, Alan. 2000. Childhood Bodies. Social Construction and Translation. In: Williams, Simon J., Jonathan Gabe and Michael Calnan (eds.). *Health, Medicine and Society. Key Theories, Future Agendas*. London/New York: Routledge, pp. 109-122.
- Rapp, Rayna. 1997. Real-Time Fetus. The Role of the Sonogram in the Age of Monitored Reproduction. In: Downey, Gary Lee and Joseph Dumit (eds.). *Cyborgs & Citadels. Anthropological Interventions in Emerging Sciences and Technologies*. Santa Fe: School of American Research Press, pp. 31-48.
- Turner, Bryan S. 1998. From Governmentality to Risk. Some Reflections on Foucault's Contribution to Medical Sociology. In: Peterson, Alan and Robin Bunton (eds.). *Foucault, Health and Medicine*. London/New York: Routledge, pp. ix-xxi.
- Willis, Roy. 2007. Body. In: Barnard, Alan and Jonathan Spencer (eds.). *Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology*. London/New York: Routledge.