

## Sind Krankheiten gesellschaftlich verursacht?

Skeptische Betrachtungen zur „Soziologisierung“ der Medizin / Von Uta Gerhardt



„Institutionalismus“ in der Medizin anerkannt. Zugleich klärte sich, warum es so lange unentdeckt blieb: Die typische Symptomatik, nämlich Verfall kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten, kann auch als Ausdruck schizophrener Krankheitsprozesse in wahnfreien Phasen mißdeutet werden. Seit dies bekannt ist, hat die Reform der psychiatrischen Versorgung weltweit dazu geführt, daß Langzeit- oder gar Lebenszeithospitalisierung nicht mehr (kaum noch) vorkommt.

#### Modell 2:

##### Streßfaktoren als Krankheitsursache

■ Unspezifische, indirekte, experimentell im Tierversuch überprüfte Umweltgenese

Das zweite Modell, das möglicherweise für eine Soziogenese stehen kann, ist der seit den dreißiger Jahren entwickelte Ansatz *Hans Selyes*, der insbesondere durch die Forschungen *Harold Wolffs* und seiner Arbeitsgruppe an den Cornell-Laboratorien soziologierelevant wurde. Es geht um die unspezifische Streßgenese von Krankheitsbildern; unspezifisch deshalb, weil dieselben Umweltforderungen und -belastungen zu verschiedenen Krankheitsbildern beitragen sollen. Selye unterscheidet zwischen Stressor als Umweltreiz (Kälte, Druck etc.) und Streß als physiologischer Reaktion darauf, auf die ihrerseits mit einem „allgemeinen“ und/oder „lokalen“ Anpassungssyndrom reagiert wird. Dieses kann selbst bereits ein klinisches Krankheitsbild darstellen, nämlich z. B. *Ulcer* des Magen-Darm-Bereichs oder essentielle Hypertonie. Wolff führt den Gedanken fort, daß Krankheiten durch physiologische Erschöpfungszustände von Organen oder Geweben entstehen, die bei der Bewältigung extern veranlaßter Beanspruchungen auf die Dauer überbelastet werden und infolgedessen gleichsam wegen ihrer Umwelt-Verarbeitungs- und -Anpassungsfunktion versagen oder zusammenbrechen. Das Entscheidende, so Wolff, ist nicht die Besonderheit der Umwelteinflüsse, sondern der Reaktion darauf, also der emotionalen Verarbeitung der Stressoren.



Abb. 1: Streß kann verschiedene Ursachen haben und jeder Mensch reagiert auf Umweltreize anders. Entscheidend ist die emotionale Verarbeitung der sog. Stressoren. Auch scheinbar harmlose Anforderungen, wie etwa die Konfrontation mit großen Menschenansammlungen, können Streß hervorrufen. (Das Foto oben zeigt eine Aufnahme des Selterswegs in Gießen, dieses und das Foto S. 26: Archiv Gießener Anzeiger.)

Aus „scheinbar harmlosen Umständen, Ereignissen und Anforderungen“, die als bedrohlich empfunden und auf Dauer nicht physiologisch wirksam überwunden werden, entsteht physiologische Überbelastung, die zu „irreversiblen Gewebeschäden“ führt. Dabei ist für die soziologische Diskussion wichtig, auf die Besonderheit der Lebensumstände und Erlebnisverarbeitung jeder einzelnen Person (d. h. jedes individuellen Patienten) hinzuweisen.

#### Modell 3:

##### Schadstoffe als Krankheitsursache

■ Spezifische/unspezifische, direkte/indirekte, experimentell z. T. festgestellte Umweltgenese

Das dritte Modell einer möglichen Soziogenese behauptet zunächst spezifische Verursachung z. B. des Mesothelioms (Tumor des Rippenfalls) durch Asbestexposition, der Silikose durch Staubeinwirkungen, des Bronchialkarzinoms durch Nikotingenuß oder der Schwerhörigkeit durch starke dauerhafte Lärmbelastung. Die Arbeitsmedizin leistet den Nachweis solch spezifischer Noxen; sie hat die Möglichkeit, deren schädliche Wirkung im Katalog anerkannter Berufskrankheiten zum Nutzen der Betroffenen festzuschreiben zu lassen.

Die medizinsoziologische Argumentation beginnt, wo unterschiedliche Risiken berücksichtigt werden, die mit gesellschaftlichen Gruppenzugehörigkeiten statistisch verbunden sind. So zeigt sich, daß mehr Männer als Frauen rauchen und am Bronchialkarzinom erkranken, mehr Nacht- und Schichtarbeiter regelmäßig höheren Zigarettenkonsum haben oder mehr Mittel- als Unterschichtpersonen sich erfolgreich Rauchen abgewöhnt haben. Andererseits wird argumentiert, daß selbstschädigendes Verhalten als Aspekt der Risikogruppenzugehörigkeit den gesellschaftlichen Krankheitsursachen zuzurechnen sei. Denn Rauchen helfe seinerseits bei der emotionalen Verarbeitung ungünstiger Lebensumstände, sei also gewissermaßen ungewollt pathogene Abwehr gegen latent pathogene defizitäre Lebensumstände. Analog zeigt eine Hamburger Arbeitsgruppe, daß Medikamentenkonsum (Analgetika, Psychopharmaka) dazu dient, ungünstige Arbeitsumstände subjektiv zu bewältigen. Derartiges Verhalten kann im Modell der Soziogenese also als unspezifische Intervention zur Unterbrechung spezifischer wie unspezifischer pathogener Umweltkräfte gesehen werden, auch wenn darin selbst wiederum ein Krankheitsrisiko liegt: Gewissermaßen per „Schädigung durch Coping“ (Rauchen,



Medikamentenkonsum) kann also ein Bewältigungsverhalten spezifische Noxe für einen daraus resultierenden Krankheitsprozeß werden.

#### Modell 4: Sozio-psychische Diskrepanzen als Krankheitsursache

■ Spezifische, direkte/indirekte, experimentell nicht geklärte Umweltgenese

Die meisten gegenwärtig diskutierten Arbeiten zur Soziogenese gehen über die beschriebenen Modelle hinaus und stellen das Forschungsprogramm einer spezifischen Soziogenese auf. Die Medizinsoziologie bezieht sich dabei auf die Neuropsychoneuroendokrinologie, die im letzten Jahrzehnt in den USA entwickelt wurde, und sie greift eher gelegentlich auf Aussagen und Forschungsergebnisse entsprechend Modell 2 und 3, fast nie auf jene entsprechend Modell 1 zurück. Zentral steht der Gedanke einer Isomorphie (Gleichförmigkeit) zwischen gesellschaftlichen, psychologischen und physiologischen Vorgängen. Es wird angenommen, daß Defizite auf der sozialen Seite (z. B. repetitive oder exzessive Tätigkeitsan-

forderungen im Arbeitsleben) zu psychologischen Folgeschäden führen (z. B. permanenten Erfahrungen des Belastet- und Überfordertseins, verbunden mit Bedrohungsgefühlen oder Hilflosigkeitsempfindungen), wodurch schließlich – auf physiologischer Seite – hormonelle, neurale und endokrinologische Vorgänge identifizierbarer Fehlsteuerung entstehen, die ihrerseits klinische Krankheitsbilder darstellen wie z. B. Herzinsuffizienz (Herzinfarkt) oder Karzinome. Insbesondere wird unter die auslösenden gesellschaftlichen Faktoren auch die Diskrepanz zwischen Persönlichkeitsstruktur (z. B. hohem Umweltkontrollbedürfnis) und beruflichen Gegebenheiten (z. B. bei geringer Kontrollierbarkeit technischer Abläufe) gerechnet. *Johannes Siegrist* und seine Marburger Arbeitsgruppe zeigen in einer prospektiven Studie an Industriearbeitern, daß diese Diskrepanz – untersucht als „aktiver Distress“ – höhere Herzinfarkt Wahrscheinlichkeit bedeutet. Seit Mitte der siebziger Jahre wird in diesem Modell zunehmend nach den Schutzwirkungen mitmenschlicher Beziehungen vor den pathogenen Auswirkungen der diskre-

Abb. 2: Statistisch ist erwiesen, daß Männer mehr rauchen als Frauen und Schichtarbeiter regelmäßig einen höheren Zigarettenkonsum haben. Foto: Archiv Gießener Anzeiger



panten Umwelt-Persönlichkeitskonstellationen gefragt. Soziale Unterstützung, die als Vertrauens- und Freundschaftsverhältnis in ehelichen, geselligen und kollegialen Bindungen gefunden wird, wird nicht nur als Garant besserer physischer und psychischer Gesundheit gedeutet, sondern sogar auch als Grund für längere Lebensdauer. Letzteres Ergebnis erbrachte eine Studie in den USA, die neun Jahre nach einer breit angelegten Untersuchung der Gesundheits- und Lebensverhältnisse in einer Region feststellte, daß mehr Todesfälle bei jenen zu finden waren, deren „gesellschaftliches Netzwerk“ neun Jahre zuvor schwach ausgebildet gewesen war.

Die vier Modelle der Soziogenese machen – überblickshaft gesagt – folgende Aussagen:

- Sinkt der Spielraum für Individualität in einer Institution unter einen Minimalwert ab, entsteht „Institutionalismus“;
- unspezifische Umweltstressoren, jeweils individuell als Bedrohung (Streß) erlebt, führen durch physiologische Überbelastung zu Gewebeschäden;
- Schadstoffe bewirken Erkrankungen, wobei die Nutzung pathogener Substanzen zur Bewältigung erlebter Umweltbelastungen beitragen kann; und
- Diskrepanzen in der gesellschaftlichen Lage oder im Verhältnis zwischen Umweltanforderungen und Persönlichkeit wirken pathogen, wenn ihnen nicht unterstützende mitmenschliche Beziehungen entgegenwirken.

#### Klinische Relevanz zweifelhaft

Im Vergleich der vier Modelle muß man fragen, ob die ihnen zugrundeliegenden Hypothesen klinisch relevant sind. Zweifellos kann sich die klinische Praxis der direkten spezifischen Umweltwirkungen bedienen, die für das Krankheitsbild „Institutionalismus“ nachgewiesen sind, wie sich an den positiven Auswirkungen der Psychiatriereform gezeigt hat. Für Berufskrankheiten wie Lärmschwerhörigkeit oder „Staublunge“ gilt ebenfalls, daß Veränderungen der Umwelt hier den Krankheitsverlauf therapeutisch beeinflussen, die von der Arbeitsmedizin angeregt und oft durch staatlich finanzierte Forschung gestützt werden (z. B. Forschungsprogramm des Bundesministeriums für Forschung und Technologie „Humanisierung des Arbeitslebens“). Das Bild wird komplizierter, wenn Streßwirkungen beschrieben werden. Auf der einen Seite zeigen die Forschungen, die sich auf den Ansatz der Cornell-Laboratorien berufen, daß interpretative Umsetzung von Stressoren zu Streß nicht linear geschieht, sondern dabei ein variabler Einfluß besonderer Lebensumstände der Einzelperson zu berücksichtigen ist. Dies bedeutet, daß statistische Regelmäßigkeiten hier nur zum Teil Erklärungsfunktion haben. Auf der an-





Abb. 3: Streß am Arbeitsplatz durch eine starke dauerhafte Lärmbelastung ist als Berufskrankheit anerkannt. Foto: Gießener Anzeiger

deren Seite zeigen die Untersuchungen der jüngeren Sozialepidemiologie (Modell 4) ein statistisch faßbares relatives Risiko für bestimmte Erkrankungen bei Sozialfaktoren wie Alter, Geschlecht, Rasse, Schicht, Bildung und andere. Es wird verstärkt durch Persönlichkeitskonstellationen und gleichzeitig neutralisiert durch mitmenschliche Beziehungskonstellationen. Bei letzterer Erklärung wird eine spezifische Sozialpathologie aus Wahrscheinlichkeitsaussagen begründet, d. h. Krankheitstatbestände werden auf Risiken zurückgeführt, die in der gesellschaftlichen Umwelt oder den gesellschaftlichen Positionen der Person liegen. Der Begriff des relativen Risikos, der in der epidemiologischen Sozialmedizin entwickelt wurde, wird hier als Grundlage der klinischen Brauchbarkeit des Modells verstanden. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse über Soziogenese gelten, weil sie statistisch gesichert sind, allerdings für Gesamtpopulationen, also Gruppen und Gruppierungen. Deren Mitglieder, so wird vorausgesetzt, weisen nach Sozialstatus differenzierte Risiken für bestimmte Erkrankungen auf, bzw. entsprechend ihren Risikolagen (Diskrepanz zwischen Umweltelementen, Konflikt zwischen Umweltanforderungen und Leistungspotential) angebbare Erkrankungswahrscheinlichkeiten.

Auf der anderen Seite wird sie mit der therapeutischen Verwendbarkeit der Ergebnisse im Einzelfall begründet – etwa bei Modell 1. Die epidemiologisch begründete Erklärung beruft sich für die klinische Praxis, also den individuellen Patienten, allerdings auf die nicht-individuellen Eigenschaften der einzelnen Personen. Demgegenüber führt die der klinischen Fallbetrachtung nahestehende Forschung für sich an, daß jeder

biographische Fall gesondert betrachtet werden muß, also das Individuelle vor dem Typischen rangieren muß.

#### Der Arzt als Gesellschaftsveränderer?

Das Problem spitzt sich zu in der Frage, ob klinische Praxis primär Hinwendung des Arztes zum einzelnen Patienten oder medizinisch relevante Veränderung gesellschaftlicher Zustände ist. Beide werden oft in Gegensatz zueinander gesehen, können jedoch auch als einander ergänzend betrachtet werden. Gesundheitsrelevante Veränderungen sind durch Sozialpolitik erfolgreich erreicht worden, oft vor dem Hintergrund gewerkschaftlicher Kämpfe oder berufspolitischer Initiativen, etwa bei der Abschaffung der Kinderarbeit oder bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Bergbau. Zugleich bleibt festzuhalten, daß klinisches Handeln nur im persönlichen Arzt-Patient-Kontakt erfolgreich eine diagnosegerechte Therapie gewährleisten kann. Ohne den exakten wissenschaftlichen

Nachweis externer Einflüsse auf das Krankheitsbild entsteht im Arzt-Patienten-Verhältnis Unsicherheit darüber, ob der Arzt nur das Leiden oder auch die Umwelt des Patienten medizinisch beeinflussen soll. In der Diskussion darüber ist kontrovers, ob der Arzt, der sich auf sein klinisches Wissen beschränkt, allzu eng an technisch-the-

rapeutischen Konzepten festhält, oder ob er vernünftig handelt, wenn er eine Psychologisierung oder gar „Soziologisierung“ der Beschwerden seiner Patienten verweigert. Viele Forschungsaussagen bleiben methodisch bisher unbefriedigend und deren therapeutische Brauchbarkeit ist bisher oft nicht gesichert. So liegt das Urteil nahe, daß die gesellschaftliche Erklärung von Erkrankungen weitgehend noch in den Anfängen steckt. In dieser Situation ist es sicherlich patientengerecht für den behandelnden Arzt, sich gegen viele Thesen angeblich gesicherter Soziogenese skeptisch zu verhalten. Andererseits haben zum Beispiel die einschneidenden Verbesserungen des Arbeitsschutzes und der Seuchenhygiene im letzten Jahrhundert gezeigt, daß gesellschaftlich gesundheitsrelevante Maßnahmen zum regelrechten Verschwinden früher verbreiteter Krankheitstatbestände führen. Das Schwierige im Verhältnis der Soziologie zur Medizin ist auch, daß sie oft unreflektiert kritisch gegen die klinische Tradition eingestellt ist und dabei meint, sich auf die Erkenntnisse der psychoanalytisch begründeten psychosomatischen Medizin be-

rufen zu sollen. Aber methodisch und theoretisch scheint eine Soziologie unbefriedigend, deren Gesellschaftsbegriff sich auf das Psychische reduziert. Der Widerspruch kann überwunden werden, wenn die Medizinsoziologie bei ihrem Versuch, gesellschaftliche Ursachen von Erkrankungen zu



**Zur Autorin:** Prof. Dr. Uta Gerhardt ist o. Professorin und Leiterin der Abteilung Medizinische Soziologie am Klinikum des Fachbereichs Humanmedizin der Universität Gießen. Zu ihren Arbeitsschwerpunkten gehören die Themen der begrifflichen Grundlagen und methodischen Voraussetzungen der Sozialwissenschaften in der Medizin. Ihr Forschungsschwerpunkt: berufliche und familiäre Rehabilitation bei chronischen Erkrankungen. Als Autorin bzw. Herausgeberin hat sie fünf Bücher und zahlreiche Aufsätze in wissenschaftlichen Zeitschriften des In- und Auslandes veröffentlicht.

erkennen, sich nicht auf die These festlegen läßt, daß es eine lineare Variation zwischen sozialen, psychologischen und physiologischen Vorgängen gäbe. Denn damit kann das Soziale auf das Psychologische reduziert werden, dem das Physiologische angeblich entspricht. Man muß aber demgegenüber sehen, daß die gesellschaftliche Welt in jedem Einzelfall anders vom Individuum verarbeitet und gestaltet wird, daher Isomorphieannahmen nicht bewiesen sind. Das heißt, um die Eingangsfrage zu beantworten: Für Gesamtbevölkerungen gibt es Hinweise auf Umweltursachen von Erkrankungen. Für Einzelfälle ist dieses Wissen bisher experimentell noch nicht soweit gesichert, daß es klinisch nachweisbar ist. Allenfalls kann bei Modell 1 und 3 (Organisationsstruktur und Schadstoffe als Krankheitsursache) davon gesprochen werden, daß Krankheiten gesellschaftlich verursacht sind. In dieser gegenwärtigen Lage steht der Medizinischen Soziologie als realistisches Betätigungsfeld allemal offen, sich mit dem gesellschaftlichen Vor- und Umfeld des Krankheitsverlaufs und Rehabilitationsgeschehens zu befassen.