

Soziologie in der Gesundheitsforschung

Manfred Pflanz

Zusammenfassung

Der Mediziner, der sich des Rates eines Soziologen bedient, erwartet im allgemeinen, daß der Soziologe ihm bestimmte Sozialkategorien (z. B. Familienstand, Sozialschicht, Beruf, Schulbildung) liefert und ihm bei der Erstellung von Fragebögen hilft. Sowohl einfache Sozialkategorien als auch einfach erscheinende Fragen z. B. nach Lebensgewohnheiten sind jedoch soziologisch problematisch, so daß der Soziologe auch die Problematik erklären und bei der Interpretation der erhobenen Daten beteiligt werden muß. Viel zu wenig wurden bisher die in der Soziologie ausgearbeiteten Theorien und Hypothesen für die Gesundheitsforschung verwendet. Die Mitarbeit des Soziologen in der Gesundheitsforschung muß sich auch auf die Erfassung der sozialen Prozesse der Krankheit sowie auf den Bereich des Medical Care Research erstrecken. Denn Krankheit, die der Epidemiologe feststellen und finden möchte, ist eng verknüpft mit jenen sozialen Prozessen, die durch den sozietaären Umgang mit Krankheit und den dazu geschaffenen Einrichtungen des Gesundheitswesens bedingt werden.

Sozialkategorien und Krankheit

Wenn der Mediziner an Soziologie in der Gesundheitsforschung denkt, meint er in erster Linie, daß ihm Sozialkategorien geliefert werden, die eine sinnvolle Unterteilung seiner Probanden oder Patienten erlauben. Dem Epidemiologen sind Zusammenhänge zwischen solchen Kategorien und gewissen Krankheiten schon lange geläufig. Daß das Zervix-Karzinom bei Frauen der Unterschicht häufiger vorkommt als in der Mittel- und Oberschicht, ist schon seit über 100 Jahren bekannt. Daß dagegen das Mamma-Karzinom und das Colon-Karzinom in den Mittel- und Oberschichten häufiger sind, weiß man seit Jahrzehnten. Auch ist es uns heute geläufig, daß manche Berufsgruppen ein höheres Krankheitsrisiko für bestimmte Krankheiten haben, unabhängig von chemischen oder physikalischen Schädigungen am Arbeitsplatz, z. B. daß die Werkmeister häufiger an Ulcus duodeni und Hypertonie leiden als andere Berufsgruppen. Als wahrscheinlich kann man annehmen, daß die Schulbildung der Väter einen größeren Einfluß auf die

Säuglingssterblichkeit hat als die der Mütter. Niemand ist mehr darüber erstaunt, daß ledige Männer ein größeres Erkrankungsrisiko für Schizophrenie haben als verheiratete Männer. Rätselhaft ist es eher, daß die Sterblichkeit verheirateter Männer an Lungenkrebs und Herzinfarkt höher ist als die der Ledigen, während ja sonst Ledige und Geschiedene in jeder Altersgruppe eine weit höhere Sterblichkeit haben als Verheiratete. Was uns an solchen Befunden vorliegt, ist sicherlich noch wenig, gemessen an dem, was uns die epidemiologische Forschung der Zukunft in dieser Hinsicht noch an Überraschungen bescheren wird.

Die Problematik der Sozialkategorien

Die Erklärung dieser Befunde ist uns jedoch noch nicht gelungen. Haben die Sozialkategorien selbst einen direkten Einfluß auf Gesundheit und Krankheit, oder sind sie nur Indikatoren für etwas anderes, das für die biologischen oder psychosomatischen Vorgänge von größerer Bedeutung ist? Sind es mehr die sozio-ökonomischen Aspekte der Sozialkategorien – zusammengefaßt in dem vieldeutigen Begriff des Lebensstandards – oder mehr die sozio-kulturellen, die hier interessieren? Sind es bestimmte soziologisch erklärbare Lebensgewohnheiten, die mit Schädigungsmöglichkeiten einhergehen? Oder spiegeln sich in den erwähnten Befunden selektive Vorgänge wider, welche Individuen mit bestimmter Krankheitsdisposition in bestimmte Berufe, Sozialschichten oder andere Sozialkategorien hineinführen bzw. in einer ansonsten hochmobilen Gesellschaft in ihnen verbleiben lassen? Es ließen sich noch viele solcher Fragen stellen, die heute zum größten Teil nicht beantwortet werden können.

Die genannten Kategorien wie Beruf, Sozialschicht, Schulbildung, Familienstand oder Alter sind für sich genommen noch keine

soziologisch relevanten Sachverhalte, sondern Kategorien der Demographie, der Bevölkerungsstatistik. Herauszufinden was solche Kategorien bedeuten, ist jedoch nur mit Hilfe von Soziologie möglich. Dabei stößt man aber recht bald auf einige Probleme, von denen die drei wichtigsten hier erwähnt werden sollen:

Erstens gibt es praktisch keine einheitliche Definition und Nomenklatur solcher scheinbar einfacher sozial-demographischer Kategorien. Wenn zwei Soziologen eine Aussage über Sozialschicht machen, ist es keineswegs selbstverständlich, daß sie mit diesem Ausdruck dasselbe meinen und daß sie diese Kategorie mit den gleichen Indikatoren gemessen haben, obwohl die Ergebnisse nicht selten als vergleichbar interpretiert werden. Es gibt auch keine systematischen Untersuchungen darüber, welche der verschiedenen Möglichkeiten, die Sozialschicht zu bestimmen, am fruchtbarsten ist, insbesondere für Aufgaben der Gesundheitsforschung. Nicht besser steht es mit der Definition von Berufsgruppen, von Mobilitätsarten und -graden und der Schulbildung. Sogar die Bestimmung des Familienstandes ist nur in unserer Kultur relativ unproblematisch, während es für Familienstandskategorien in Afrika oder Asien wiederum keine einheitlichen Abgrenzungen gibt.

Zweitens gibt es keine einheitliche soziologische Theorie der Sozialkategorien, ja selbst die theoretische Reflektion über solche Kategorien ist meist unzureichend. Zugegeben, daß der Mediziner in der Regel gar nicht daran interessiert ist, vom Soziologen mit den Kategorien und Definitionen auch die darüber angestellten Reflexionen mitgeliefert zu bekommen: er ist meist bereits mit dem rein technischen Rat zufrieden. Der Soziologe jedoch sollte sich damit nicht zufriedengeben, da sonst eine sinnvolle Interpretation der Daten unmöglich ist.

Drittens reicht auch im allgemeinen weder

das medizinsoziologische Theoriegebäude noch das gegenseitige Verständnis zwischen Medizin und Soziologie in der konkreten Forschungssituation aus, um hinter die Bedeutung der Befunde zu kommen. Bei einer medizinsoziologischen Konferenz im Herbst 1968 in Aberdeen ergab sich die paradoxe Situation, daß sich bei der Diskussion um soziologische Krankheitstheorien die anwesenden Soziologen auf recht simple und naive psychosomatische Modelle zurückzogen – der Begriff Streß spielte dabei eine wesentliche Rolle – während die medizinsoziologisch tätigen Mediziner auf Erweiterung und gleichzeitige Verfeinerung soziologischer Theorie drängten. Das bedeutet: selbst wenn die allgemeine Soziologie eine gültige Theorie der Sozialschicht, der Berufe, der Erziehung oder der sozialen Mobilität vorlegen würde, wäre es notwendig, diese Theorien noch speziell für den biologisch-medizinischen Bereich, eingeschlossen den psychiatrischen und psychosomatischen, zu modifizieren. Der Kenner der medizinsoziologischen Literatur weiß, daß es ernstzunehmende Ansätze gibt, dieses Problem zu lösen, jedoch reichen die bisherigen Versuche längst nicht aus.

Soziologie beim Entwurf und der Interpretation von Fragebögen

In den letzten Jahren ist auch bei uns zunehmend das Bedürfnis entstanden, in der epidemiologischen und sozialmedizinischen Forschung nicht nur die einfacheren sozial-demographischen Kategorien zu erheben, sondern auch weitere soziale Bereiche durch Befragung zu erfassen, wie etwa das Freizeitverhalten, die Wohnverhältnisse, die Situation am Arbeitsplatz oder bestimmte Lebensgewohnheiten. Hier ertönt der Ruf nach dem Soziologen in seiner Eigenschaft als Experte für den Entwurf von Fragebögen. Noch schlimmer natürlich, wenn dieser Ruf nicht einmal ertönt, weil der Mediziner glaubt,

zum Entwurf von Fragebögen sei der gesunde Menschenverstand ausreichend. Viele unterschätzen die Schwierigkeiten in diesem Bereich. Es ist keineswegs leicht, solche scheinbar einfachen Fragen zu stellen, die dann doch zuverlässige und gültige Antworten evozieren. Noch schwieriger ist eine Interpretation, vor allem dann, wenn den Fragen weder eine gezielte Hypothese noch eine Theorie zugrundeliegt. Die Möglichkeiten fehlerhafter Interpretation sind hier uferlos. Oft bedeutet die Antwort auf eine einfache Frage etwas ganz anderes, als man zunächst denkt.

Stellt man eine soziologisch so harmlose Frage wie die nach der Häufigkeit des Zähneputzens, und versucht man den Zustand der Zähne in Zusammenhang mit den Antworten zu bringen, so ist der Schluß unzulässig: «Personen, die sich zweimal täglich die Zähne putzen, haben bessere Zähne als die übrigen. Zähneputzen verhindert also Zahnkrankheiten.» Der vorsichtige Forscher würde überhaupt nur eine (positivistische) *Beschreibung* des Befundes geben, nämlich: «Personen, die auf Befragen behaupten, sich zweimal täglich die Zähne zu putzen, haben bessere Zähne als jene, die andere Antworten geben.» Die Antworten auf solche Fragen korrelieren zwar mit dem tatsächlichen Verhalten, sie spiegeln aber das Verhalten nicht exakt wider; sie korrelieren außerdem mit vielen sozialen Merkmalen — beispielsweise mag das Zähneputzen in einer Sozialschicht so mit dem Moralkodex verflochten sein, daß die Frage danach in jedem Fall positiv beantwortet werden muß, während in einer anderen Sozialschicht diese Frage ohne jegliche Emotion gehört und beantwortet wird.

Die Soziologie *kann* bei der Formulierung solcher Fragen nach Gewohnheiten, Einstellungen und Umweltfaktoren technische Hilfestellung leisten, sie *muß* aber bei der Interpretation der bei solchen Untersuchungen erhaltenen Befunde mitwirken.

Damit sind jedoch die Möglichkeiten der heutigen Soziologie für die Gesundheitsforschung bei weitem nicht erschöpft. Die Soziologie hat einen großen Schatz spezifi-

scher Hypothesen und Theorien entwickelt, von denen bisher kaum eine im Bereich der Gesundheitsforschung angewandt wurde. Wenn diese Konzepte beinhalten, daß die soziale Lage im weitesten Sinne das Bewußtsein des Menschen beeinflußt, so ist anzunehmen, daß sie auch Beziehungen zu Gesundheit und Krankheit hat. Jedes dieser Konzepte könnte zu spezifischen, auch in der Medizin relevanten Hypothesen führen, die sich empirisch testen lassen. Als Beispiele für solche Konzepte sollen nur einige Stichworte genannt werden: Anomie, Desintegration, relative Deprivation, Macht, Entfremdung, Machtlosigkeit, abweichendes Verhalten, autoritäre Persönlichkeit, Kontextstruktur, Repression, Klassenstruktur, sozialer Wandel, Anspruchsniveau usw. usw. Lassen wir beiseite, daß über manche dieser Theorien auch in der Soziologie noch nicht das letzte Wort gesprochen ist. Jedoch scheint es an der Zeit, solche Theorien auch in der epidemiologischen und sozialmedizinischen Forschung systematisch anzuwenden.

Es läßt sich vorläufig noch nicht abschätzen, welche Bedeutung diese soziologischen Theorien für die Gesundheitsforschung haben könnten. Ihre systematische Anwendung würde voraussetzen, daß die Epidemiologie ein medizinisches Untersuchungs- oder Erfassungsprogramm entwickelt, das nicht nur eine einzige Krankheit feststellen, sondern auch ein Muster von gesundheitsbezogenen Variablen erfassen kann, damit eine sinnvolle Aussage über den komplexen Begriff «Gesundheitszustand» möglich wird. Diesen Wunsch haben Soziologen geäußert, die sich dafür interessieren, ob Krankheit in bestimmten sozialen Situationen häufiger ist als zu erwarten wäre.

Soziologische Theorie in der Gesundheitsforschung

Dies ist von besonderer Bedeutung, wenn es

darum geht, strukturelle Verhältnisse mit Gesundheitsvariablen in Verbindung zu bringen. Eine Vielzahl der erwähnten soziologischen Theorien befaßt sich mit Persönlichkeitsmerkmalen, also mit Merkmalen, die dem Individuum eigen und durch Befragung von Individuen feststellbar sind. Hierher gehören etwa autoritäre Persönlichkeit, Anspruchsniveau, Entfremdung, Anomie oder auch abweichendes Verhalten, doch können diese individuellen Merkmale sozialkulturell geprägt sein. So ist es wenig sinnvoll, eine strikte Trennung zwischen individuellen und sozialen Variablen, zwischen Psychologie und Soziologie vorzunehmen, wenn wir uns in der Epidemiologie und Sozialmedizin auch darüber im klaren sein müssen, daß sich die Soziologie primär auf Sozialstrukturen bezieht und daß sie sich auf ihrem eigenen Gebiet befindet, wenn es um das Aufspüren von Zusammenhängen zwischen Sozialstruktur und Gesundheitszustand geht.

Sozialstruktur und Gesundheit

Hierfür könnte man jeweils die Sozialstruktur feststellen, zu welcher jeder einzelne Proband gehört, und diese Feststellungen mit Variablen des Gesundheitszustandes in Beziehung bringen. Dieses Verfahren wäre aber außerordentlich aufwendig in einer Repräsentativerhebung und bestenfalls in einer Betriebsuntersuchung praktikabel. Dagegen ist es einfacher, in verschiedenen Strukturen den Gesundheitszustand festzustellen. Doch gibt es auch hier erst wenige erfolversprechende Ansätze. Eine interessante, aber nicht empirisch nachgeprüfte Hypothese sagt, daß der Staphylokokken-Hospitalismus in chirurgischen Abteilungen mit stark hierarchischer Struktur häufiger sei als in solchen mit demokratischer Struktur. Auch die Bestrebungen, die Absentismusrate mit dem Betriebsklima in Verbindung zu bringen, sind hier zu erwähnen. Die besten Unter-

suchungen zu diesem Thema sind von dem Arbeitskreis von Alexander Leighton vorgelegt worden. Zum Beispiel wurde in Nigeria festgestellt, daß psychische Störungen häufiger in jenen Yoruba-Dörfern vorkommen, die eine desintegrierte Struktur zeigen, unabhängig von dem Grad des sozialen Wandels. Die weitere Entwicklung dieses Forschungszweiges würde voraussetzen, daß die Soziologie über kasuistische Schilderungen hinaus strukturelle Verhältnisse einwandfrei feststellen kann und daß die Epidemiologie Fragebögen und Untersuchungsprogramme entwickelt, die sinnvolle Aussagen über verschiedene Dimensionen des Gesundheitszustandes erlauben.

Interkulturelle Vergleiche

Die Forscher, die soziologische Methoden in der Gesundheitsforschung anwenden, sind in letzter Zeit auf ein ernsthaftes methodologisches Problem gestoßen. Es hat sich immer mehr als notwendig herausgestellt, epidemiologische Untersuchungen in vergleichbarer Weise in verschiedenen Ländern durchzuführen. In den letzten Jahren hat die Zahl solcher interkultureller Vergleiche erheblich zugenommen. Es ist jedoch bisher noch nicht möglich gewesen, das Problem der Übersetzung der entsprechenden Forschungsinstrumente zu lösen. Es geht hier nicht um die wörtliche Übersetzung von Fragebögen, sondern um die Übersetzung und Übertragung des Sinnes, der Bedeutung der Fragen sowie der angewandten Sozialkategorien. Es gibt Ansätze, solche Methoden zu entwickeln und zu erproben, z. B. in der Politologie, in der Freizeitforschung und beim Vergleich von Gesundheitsdiensten. Es gibt aber noch keine allgemein akzeptierten Regeln für solche Übersetzungen und Vergleiche. Diese Problematik gilt ebenso für die soziologischen Befragungsinstrumente wie für die in der Epidemiologie entwickel-

ten Fragebögen, z. B. zur Feststellung der Angina pectoris, der chronischen Bronchitis, der rheumatoiden Arthritis oder der psychophysiologischen Störungen. Auch hier ist der Epidemiologe von den Erfahrungen der Soziologie weitgehend abhängig.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß man nicht glauben darf, Soziologie in der Gesundheitsforschung könne mit handlichen Rezepten praktiziert werden. Es wird aber wohl einleuchten, daß in einer Zeit, in welcher der Diabetes nicht mehr durch Abschmecken des Harnes festgestellt wird, auch die Soziologie über ein reichhaltiges Arsenal differenzierter Methoden verfügt.

Soziale Prozesse in der Epidemiologie

Soziologie dient der Gesundheitsforschung jedoch nicht allein durch die Bereitstellung entsprechender Methoden. Eine ihrer wesentlichen Aufgaben sehe ich darin, dem Mediziner immer wieder zu sagen, daß Krankheiten nicht allein biologische, sondern auch soziale Prozesse sind, die zu sozialen und sozietaeren Reaktionen und Definitionen führen. Das bedeutet, daß die Frage, «was ist ein Fall?» häufig nur mit Hilfe der Soziologie beantwortet werden kann, daß jedoch die Frage, «wie und wo entdecke ich einen Fall?» immer eine soziologische Antwort erfordert.

Die sozialen und soziologischen Aspekte von Gesundheit und Krankheit sind nur dann zu verstehen, wenn man auch die sozialen und soziologischen Aspekte aller Institutionen kennt, die an der Erfassung, Heilung, Rehabilitation oder Prävention von Krankheit beteiligt sind.

Erforschung der Gesundheitsdienste

In den letzten Jahren tritt ein Forschungsgebiet immer mehr in den Vordergrund, das die Amerikaner als «Medical Care Research»

bezeichnen – es soll hier als «Erforschung der Gesundheitsdienste und der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung» übersetzt werden. Hier wird der Prozeß der Krankheit – beginnend im vormedizinischen Bereich, also noch vor Inanspruchnahme eines Arztes – durch die verschiedenen Stationen des Gesundheitswesens hindurch verfolgt. Man begnügt sich nicht mit den biologischen Prozessen der Krankheit, sondern befaßt sich auch mit dem ganzen motivationalen und attitudinalen Umfeld und Überbau von Gesundheit und Krankheit. Das zentrale Problem sind die aus biologischen, psychologischen und sozialen Momenten zusammengesetzten Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung und die daraus resultierende Inanspruchnahme der verschiedenen präventiven, kurativen und rehabilitativen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Dieser Bereich ist ohne Soziologie nicht zu durchdringen, jedoch sind hier auch viele andere Wissenschaften mit ihrer Methodik beteiligt, z. B. Wirtschaftswissenschaften, Betriebswissenschaft, Systemanalyse, Operations Research. Mediziner sind hier weniger gefragt, obwohl einige der in diesem Bereich führenden Leute eine medizinische Ausbildung haben. So darf, wenn von Soziologie in der Gesundheitsforschung die Rede ist, das Feld des Medical Care Research nicht außer acht gelassen werden, obwohl ich mir darüber im klaren bin, daß es bei uns in Zentral-europa praktisch noch nicht existiert.

Soziologen in der Gesundheitsforschung

Jedem Epidemiologen und Sozialmediziner stellt sich eines Tages die Frage, in welcher Weise er einen Soziologen in seine Arbeit einbeziehen kann, und auf Grund welcher Kriterien er einen Soziologen für sein Team auswählt. Viele Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit von Medizinern und Soziologen haben in den Vereinigten Staaten bis-

weilen dazu geführt, daß entweder Mediziner soviel Soziologie gelernt haben, um ohne einen Soziologen auszukommen, oder daß Soziologen sich so tief in medizinische Probleme eingearbeitet haben, daß bei ihren Forschungsarbeiten Mediziner nur noch zu rein technischen Verrichtungen benötigt werden. Möglicherweise wird auch in Zentraleuropa die Entwicklung in diese Richtung gehen.

Bei uns besteht ein ernsthaftes Problem darin, daß sich die Soziologie noch in dem Stadium befindet, in welchem sich die amerikanische Medizin vor *Flexner* befand: in einer chaotischen Ausbildungssituation. Es gibt keinen einheitlichen Studienplan, keine einheitliche Prüfungsordnung und daher auch keinen gleichbleibenden Standard des ausgebildeten Soziologen. Bei den Soziologie-Absolventen vieler Universitäten kann man nicht einmal sicher sein, daß sie das handwerkliche Einmaleins der empirischen Sozialforschung beherrschen, und noch weniger, daß sie den internationalen Fundus an Theorien überblicken. Postgraduelle Fortbildung, die beim Mediziner schon seit Jahrzehnten bestens organisiert eine so wesentliche Rolle spielt, ist in der europäischen Soziologie praktisch nicht vorhanden. Während der Mediziner im deutschsprachigen Raum auf wenigstens 2 bis 3 Dutzend ausgezeichnete Fortbildungszeitschriften zurückgreifen kann, gibt es nichts Vergleichbares in der Soziologie.

Für den Epidemiologen und Sozialmediziner ist es besonders schmerzlich, daß die Ausbildung unserer Soziologen in Demographie und in Medizinsoziologie ausgesprochen dürftig ist, falls sie überhaupt existiert. So kann man bei uns jedem Sozialmediziner oder Epidemiologen nur gratulieren, der einen fähigen, einfühlungsbereiten und viel-

seitigen Soziologen findet, in dem er einen geduldigen Ratgeber oder einen aktiven Mitarbeiter hat. Während in den Vereinigten Staaten die Medizinsoziologie ihre Existenz nach dem Kriege teilweise der Tatsache verdankt, daß Soziologen in das von den Psychologen auf ihrer Wanderung in therapeutische Gefilde hinterlassene Vakuum einströmten, könnte bei uns das Entgegengesetzte geschehen, daß nämlich Psychologen, die im allgemeinen eine weit bessere Ausbildung haben, das von den Soziologen geräumte Feld klinischer Grenzgebiete und handfester Methodik einnehmen werden.

Angesichts der dringenden und großen Probleme in diesem Bereich wird uns auf die Dauer nichts anderes übrig bleiben, als Experten auszubilden, die sich in diesem Spezialgebiet mit den ihm eigenen Methoden auskennen. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese primär eine medizinische oder eine soziologische Ausbildung haben. Hierfür sind nicht nur Ausbildungsinstitutionen erforderlich, sondern auch attraktive Dauerstellungen. Ohne solche Fachleute werden wir vermutlich in der Epidemiologie und Sozialmedizin bald in einer Sackgasse enden, denn ohne Soziologie lassen sich nur noch wenige epidemiologische und sozialmedizinische Probleme lösen. Fortschritte in der Epidemiologie und der wissenschaftlichen Sozialmedizin werden nicht mehr allein mit Hilfe medizinischer Methoden gemacht, sondern immer mehr mit demographischen, soziologischen und mathematisch-statistischen.

Adresse des Autors:

Prof. Dr. M. Pflanz, Medizinische Hochschule Hannover, Epidemiologie und Sozialmedizin, Berliner Allee 20, 3000 Hannover