

Gesundheit und Gesellschaft

Johannes Siegrist · Ulrich Stöbel ·
Alf Trojan *Hrsg.*

Medizinische Soziologie in Deutschland

Entstehung und Entwicklungen



Springer VS

Gesundheit und Gesellschaft

Reihe herausgegeben von

Ullrich Bauer, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Universität Bielefeld,
Bielefeld, Deutschland

Matthias Richter, Institut für Medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

Uwe H. Bittlingmayer, Institut für Soziologie, Pädagogische Hochschule
Freiburg, Freiburg, Deutschland

Der Forschungsgegenstand Gesundheit ist trotz reichhaltiger Anknüpfungspunkte zu einer Vielzahl sozialwissenschaftlicher Forschungsfelder – z. B. Sozialstrukturanalyse, Lebensverlaufsforschung, Alterssoziologie, Sozialisationsforschung, politische Soziologie, Kindheits- und Jugendforschung – in den Referenzprofessionen bisher kaum präsent. Komplementär dazu schöpfen die Gesundheitswissenschaften und Public Health, die eher anwendungsbezogen arbeiten, die verfügbare sozialwissenschaftliche Expertise kaum ernsthaft ab. Die Reihe „Gesundheit und Gesellschaft“ setzt an diesem Vermittlungsdefizit an und systematisiert eine sozialwissenschaftliche Perspektive auf Gesundheit. Die Beiträge der Buchreihe umfassen theoretische und empirische Zugänge, die sich in der Schnittmenge sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Forschung befinden. Inhaltliche Schwerpunkte sind die detaillierte Analyse u. a. von Gesundheitskonzepten, gesundheitlicher Ungleichheit und Gesundheitspolitik.

Johannes Siegrist · Ulrich Stöbel ·
Alf Trojan
(Hrsg.)

Medizinische Soziologie in Deutschland

Entstehung und Entwicklungen

 Springer VS

Hrsg.

Johannes Siegrist
Institut für Medizinische Soziologie
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Düsseldorf, Deutschland

Ulrich Stöbel
Institut für Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie, Albert-
Ludwigs-Universität Freiburg
Freiburg, Deutschland

Alf Trojan
Institut für Medizinische Soziologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Hamburg, Deutschland

ISSN 2626-6172

Gesundheit und Gesellschaft

ISBN 978-3-658-37691-8

<https://doi.org/10.1007/978-3-658-37692-5>

ISSN 2626-6180 (electronic)

ISBN 978-3-658-37692-5 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Katrin Emmerich

Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Vorwort

Nico Dragano, Lena Ansmann, Christoph Kowalski, Matthias Richter, Simone Weyers (Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie)

Dieser Band ist im Winter 2021/2022 entstanden. In dieser Zeit erlebten wir in Europa zwei massive Wellen der globalen COVID-19 Pandemie. Fertig gestellt wurde das Buch dann unter dem Eindruck des Einmarsches russischer Truppen in die Ukraine im Februar/März 2022 und massiver Gewalt auch gegen die Zivilbevölkerung. Diese Umstände sind deswegen erwähnenswert, weil es in diesem Band um eine Disziplin geht, die sich mit der Verbindung von sozialen Faktoren und der gesundheitlichen Lage von individuellen Personen und ganzen Gesellschaften beschäftigt. Sowohl die Pandemie als auch der Krieg in der Ukraine (und viele weitere bewaffnete Konflikte weltweit) haben überdeutlich vor Augen geführt, dass ein gesundes Leben ohne die richtigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen schwierig ist, bzw. dass die falschen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen das Leben kosten können.

Die Medizinische Soziologie ist die Wissenschaft a) von den sozialen Einflüssen auf die Gesundheit und die Entstehung von Krankheiten, b) vom Umgang von Gesellschaften mit gesundheitlichen Phänomenen sowie c) der sozialen Organisation der gesundheitlichen Versorgung. Als solche hat sie in der Vergangenheit zum einen zu einem besseren Verständnis der Gesundheit im Allgemeinen beigetragen und zum anderen Möglichkeiten aufgezeigt, wie Gesellschaften die Gesundheit ihrer Menschen besser schützen können. Nicht alleine natürlich. Denn der Gegenstand erfordert *per se* Interdisziplinarität. Eine enge Vernetzung nicht nur mit der „Mutterdisziplin“, der Soziologie, sondern auch mit der Psychologie, der Ökonomie, den Biowissenschaften, der Epidemiologie, der klinischen Medizin und vielen weiteren Fachgebieten gehört zum

Selbstverständnis der Medizinischen Soziologie. Zentral ist aber der „soziale Blick“ auf die menschliche Gesundheit.

Sinn und Zweck dieses Ansatzes klangen bereits an: Gesellschaft prägt Gesundheit genauso wie die Gesundheit Gesellschaften prägt. Das Themenfeld geht weit über die Betrachtung von Extremereignissen wie Pandemien oder Kriegen hinaus. Ein elementarer Teil der medizinsoziologischen Forschung ist wohl am ehesten der Grundlagenforschung zuzurechnen. Denn bei vielen (übertragbaren als auch nicht-übertragbaren) Erkrankungen sind soziale Faktoren wie Armut, Bildung, Diskriminierung oder soziale Isolation direkt an der Entstehung beteiligt, und ein tiefer gehendes Verständnis ihrer Genese und Konsequenzen wäre ohne soziologisches Wissen nicht möglich. Dies erstreckt sich nicht nur auf individuelle Erkrankungsrisiken, sondern schlägt sich auf höherer Ebene in systematischen Mustern der Bevölkerungsgesundheit nieder. Beispiele sind die in diesem Buch mehrfach behandelten sozialen Ungleichheiten der Gesundheit, die sich darin äußern, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen durchschnittlich höhere Erkrankungsraten haben und früher sterben.

Während in diesen Beispielen das Soziale die Gesundheit beeinflusst, gibt es auch den umgekehrten Fall. Gesellschaften haben immer schon übergreifende Formen des Umgangs mit der individuellen Gesundheit entwickelt. Phänomene wie medial geformte Körperbilder und –normen oder die Stigmatisierung von Menschen mit bestimmten Erkrankungen und der daraus folgende Ausschluss der Kranken von sozialer Teilhabe sind Beispiele hierfür. Ein weiteres zentrales Feld medizinsoziologischer Betrachtung ist die soziale Organisation der gesundheitlichen Versorgung. Moderne Gesellschaften haben hoch ausdifferenzierte Gesundheitssysteme geschaffen, um kranke Menschen zu versorgen und gesunde Menschen gesund zu erhalten. In diesen Systemen wirken soziale Ordnungsprinzipien ganz eigener Natur. Und dies auf allen Ebenen. Nicht nur für den individuellen Umgang mit Krankheitszeichen gibt es soziale Normen (z. B.: wird von mir erwartet, dass ich krank zur Arbeit gehe?), auch die direkte Interaktion zwischen erkrankter und behandelnder Person folgt sozialen Regeln. Auf einer höheren Ebene stellt sich dann die Frage, welche Auswirkungen die Organisation bestimmter Versorgungsangebote auf den Behandlungserfolg hat. Gerade in diesem Feld der Versorgungsforschung hat die Medizinische Soziologie in den vergangenen 20 Jahren wichtige Forschungsfragen beantworten können. Auf der allerhöchsten Ebene steht dann das Gesundheitssystem als soziales Subsystem der Gesellschaft – auch dies ein klassisches Objekt medizinsoziologischer Forschung.

Anlass dieses Buches ist das 50-jährige Bestehen der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie, einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, die sich zu Beginn im Rahmen neuer Entwicklungen von Lehre und Forschung

an medizinischen Fakultäten entfalten konnte, die sich jedoch zwischenzeitlich auch auf Lehr- und Forschungsprogramme an anderen Fakultäten – teilweise unter der Bezeichnung ‚Gesundheitssoziologie‘ – sowie auf ausgewählte Praxisbereiche erstreckt. Ziel dieser Veröffentlichung ist zum einen, in einem ersten Teil einen Rückblick auf die Entwicklung des Faches und dessen Verbindungen mit kooperierenden Disziplinen zu geben. Zum andern soll in einem zweiten Teil anhand ausgewählter Themen verdeutlicht werden, welche neuen Erkenntnisse aus einer empirisch vorgehenden, sozialwissenschaftliche Theorien und Methoden anwendenden Forschung hervorgehen. Der geschichtliche Rückblick und der Ausblick auf die zukünftigen Herausforderungen für unser Fach in Forschung, Lehre und Praxis machen deutlich, dass die gesundheits- und medizinsoziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit nicht nur im nationalen, sondern im globalen Maßstab an Bedeutung gewinnt.

Wir danken den Herausgebern, dass sie dieses Projekt in relativ knapper Zeit initiiert und realisiert haben und so einen aktuellen und vertieften Einblick in die Arbeit eines zwar kleinen, aber aktiven und vielfältigen wissenschaftlichen Fachgebiets ermöglichen. Diese Standortbestimmung wird dabei helfen, die nächsten 50 Jahre der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie weiterhin erfolgreich zu gestalten.

Danken möchten wir ausdrücklich aber auch all denen, die in den zurückliegenden 50 Jahren in ihrer Vorstandstätigkeit dazu beigetragen haben, dass die DGMS diesen runden Geburtstag feiern kann. Ohne hier alle einzeln aufzählen zu können, möchten wir unseren besonderen Dank stellvertretend den Ehrenmitgliedern Johannes Siegrist (Düsseldorf), dem verstorbenen Jürgen von Troschke (Freiburg) sowie dem verstorbenen Peter Novak (Ulm) für ihre in vielen Jahren ausgeübte Vorstandstätigkeit aussprechen.

Ein besonderer Dank geht darüber hinaus an die Mitglieder, die sich in den zahlreichen Arbeitsgruppen der DGMS verdient gemacht haben oder verdient machen. Die Arbeitsgruppen sind das Herzstück der DGMS!

Inhaltsverzeichnis

Teil I Entwicklung und aktueller Stand

Die Entwicklung der Medizinischen Soziologie in Deutschland.	3
Johannes Siegrist	
Entwicklungslinien medizinsoziologischer Lehre an Medizinischen Fakultäten in Deutschland	23
Ulrich Stöbel, Simone Weyers und Götz Fabry	
Medizin- und Gesundheitssoziologie in der Deutschen Gesellschaft für Soziologie	45
Nadine Reibling, Peter Kriwy und Johann Behrens	
Gesundheits-/ Medizinsoziologie an den Hochschulen für Angewandte Wissenschaften und die DGMS – welche Synergien sind möglich?	65
Frauke Koppelin, Bernhard Borgetto, Karl Kälble und Yve Stöbel-Richter	
Versorgungsforschung – Beiträge der Medizinsoziologie in Vergangenheit und Gegenwart	83
Holger Pfaff, Lena Ansmann und Timo-Kolja Pförtner	
Teil II Forschungsbeiträge der Medizinischen Soziologie	
Forschung zur gesundheitlichen Ungleichheit: eine Übersicht.	117
Nico Dragano	
Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen	133
Irene Moor, Kristina Winter und Matthias Richter	

Zum Zusammenhang psychosozialer Faktoren im Erwerbsleben mit Gesundheit und Erwerbsverbleib älterer Beschäftigter	149
Richard Peter	
Anerkennung im Beruf und Gesundheit.	163
Johannes Siegrist und Morten Wahrendorf	
Die langzeitliche Entwicklung von Morbidität und Gesundheit in Deutschland – mehr Gesundheit für alle?	179
Stefanie Sperlich, Johannes Beller, Jelena Epping, Batoul Safieddine, Fabian Tetzlaff, Juliane Tetzlaff und Siegfried Geyer	
Zur Soziologie ärztlicher Tätigkeit	205
Thomas Gerlinger	
Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung.	213
Jens Klein und Olaf von dem Knesebeck	
Gesundheitsversorgung im Alter.	229
Liane Schenk, Adelheid Kuhlmeiy und Paul Gellert	
Stigmatisierung psychischer Erkrankungen	243
Julia Ludwig und Olaf von dem Knesebeck	
Gender und psychische Störungen: Fokus Männer.	257
Anne Maria Möller-Leimkühler	
Selbsthilfegruppen und Strukturen ihrer Unterstützung	273
Christopher Kofahl, Stefan Nickel, Elâ Ziegler und Alf Trojan	
Sozialraumbezogene Gesundheitsförderung und ihre Evaluation.	293
Alf Trojan, Christian Lorentz, Waldemar Süß, Karin Wolf und Stefan Nickel	
Medizinsoziologische Aspekte der Nachhaltigkeit medizinischer Rehabilitation bei chronischen Erkrankungen	313
Ruth Deck und Mercedes Rutsch	
Medizinische Soziologie – eine rein akademische Veranstaltung?	327
Matthias Nübling, Inga Nolle und Hans-Joachim Lincke	
Bilanz und Ausblick	347
Johannes Siegrist, Ulrich Stößel und Alf Trojan	

Herausgeber und Autorenverzeichnis

Über die Herausgeber

Prof. em. Johannes Siegrist, PhD Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Institut für Medizinische Soziologie
<https://www.uniklinik-duesseldorf.de/en/institute-of-medical-sociology>

Dr. Ulrich Stöbel, AOR i.R. Institut für Medizinische Psychologie & Medizinische Soziologie der Universität Freiburg (Lehrbeauftragter)
<https://www.mps.uni-freiburg.de/>
Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin – FFAS (Leiter)
<https://www.ffas.de/>

Prof. Dr. med. Dr. phil. Alf Trojan, MSc. (Lond.) Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
<https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/medizinische-soziologie/index.html>
https://www.uke.de/allgemein/arztprofile-und-wissenschaftlerprofile/mitarbeiter-profilseite_alf_trojan.html

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. Ansmann Lena Abteilung Organisationsbezogene Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg, Deutschland

Prof. Dr. phil. (habil.) Behrens Johann Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Universität Halle-Wittenberg, Halle, Deutschland

Dr. Beller Johannes Medizinische Soziologie OE 5420, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Niedersachsen, Deutschland

Prof. Dr. Borgetto Bernhard Maria HAWK Hildesheim/Holzwinden/Göttingen, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit, Hildesheim, Deutschland

Prof. Dr. phil. Deck Ruth Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, Lübeck, Schleswig-Holstein, Deutschland

Prof. Dr. Dragano Nico Institut für Medizinische Soziologie, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

Dr. Epping Jelena Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Niedersachsen, Deutschland

Dr. med., Fabry Götz MHPE Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Freiburg, Freiburg, Baden-Württemberg, Deutschland

Prof. Dr. Gellert Paul Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Prof. Dr. Dr. Gerlinger Thomas Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Prof. Dr. Geyer Siegfried Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Niedersachsen, Deutschland

Dr. Kälble Karl M.A. AHPGS – Akkreditierungsagentur im Bereich Gesundheit und Soziales, Freiburg im Breisgau, Deutschland

Dr. phil. Klein Jens Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Dr. phil. Kofahl Christopher Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Prof. Dr. rer. biol. hum. Koppelin Frauke Fachbereich Bauwesen Geo-information Gesundheitstechnologie, Abteilung Technik und Gesundheit für Menschen, Jade Hochschule Wilhelmshaven Oldenburg Elsfleth, Oldenburg, Deutschland

PD Dr. Kowalski Christoph Deutsche Krebsgesellschaft e. V. Zertifizierung – Versorgungsforschung, Berlin, Deutschland

Prof. Dr. Kriwy Peter Institut für Soziologie, Technische Universität Chemnitz, Chemnitz, Deutschland

Prof. Dr. Kuhlmeiy Adelheid Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Dr. Lincke Hans-Joachim Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften GmbH, FFAW, Freiburg, Baden-Württemberg, Deutschland

Lorentz Christian Dipl. Soz. Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Hamburg, Deutschland

Dr. rer. biol. hum. Ludwig Julia Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg, Hamburg, Deutschland

Prof. Dr. rer. soc. Möller-Leimkühler Anne Maria Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Bayern, Deutschland

Dr. Moor Irene Institut für Medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

Dr. phil. Nickel Stefan Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Nolle Inga M.Sc. Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften GmbH, FFAW, Freiburg, Baden-Württemberg, Deutschland

Dr. Nübling Matthias Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften GmbH, FFAW, Freiburg, Baden-Württemberg, Deutschland

Prof. Dr. phil. Peter Richard Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin/Bereich Medizinische Soziologie, Universität Ulm, Ulm, Baden-Württemberg, Deutschland

Prof. Dr. phil. Pfaff Holger Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Universität zu Köln, Köln, Nordrhein-Westfalen, Deutschland

Vertr.-Prof. Dr. Pförtner Timo-Kolja Arbeitsbereich Forschungsmethoden, Universität zu Köln, Köln, Nordrhein-Westfalen, Deutschland

Prof. Dr. Reibling Nadine Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland

Prof. Dr. Richter Matthias Lehrstuhl für Soziale Determinanten der Gesundheit, Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften, Uptown München-Campus D, Bayern, Deutschland

Rutsch Mercedes M.A. Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, Lübeck, Schleswig-Holstein, Deutschland

Safeddine Batoul M.Sc. Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Niedersachsen, Deutschland

Prof. Dr. Schenk Liane Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Prof. Dr. Siegrist Johannes Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, NRW, Deutschland

Dr. Sperlich Stefanie Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Niedersachsen, Deutschland

Prof. Dr. phil. habil. Stöbel-Richter Yve Fakultät Management- und Kulturwissenschaften, Hochschule Zittau/Görlitz, Görlitz, Deutschland

Dr. Stöbel Ulrich Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Freiburg, Freiburg, Baden-Württemberg, Deutschland

Dipl. Soz. Süß Waldemar Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Hamburg, Deutschland

Tetzlaff Fabian M.Sc. Medizinische Soziologie OE 5420, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Niedersachsen, Deutschland

Dr. Tetzlaff Juliane Medizinische Soziologie OE 5420, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Niedersachsen, Deutschland

Prof. Dr. med. Dr. phil. Trojan Alf MSc.(Lond.) Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg, Hamburg, Deutschland

Prof. Dr. von dem Knesebeck Olaf Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

PD. Dr. Wahrendorf Morten Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, NRW, Deutschland

Dr. phil. Weyers Simone MME Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Nordrhein-Westfalen, Deutschland

Winter Kristina M.A. Institut für Medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

Dipl.-Gesundheitswirtin Wolf Karin Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Hamburg, Deutschland

Ziegler Elâ M.Phil. Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Teil I
Entwicklung und aktueller Stand



Die Entwicklung der Medizinischen Soziologie in Deutschland

Johannes Siegrist

Zusammenfassung

Die Entwicklung der Medizinischen Soziologie als Subdisziplin der Soziologie ist in Deutschland einem Sonderweg gefolgt, da ihre frühe institutionelle Förderung im universitären Bereich innerhalb medizinischer Fakultäten erfolgte. Dies war bedingt durch eine neue Ausbildungsordnung des Medizinstudiums, welche das Fach als Unterrichts- und Prüfungsfach vorschrieb. An einem guten Dutzend medizinischer Fakultäten wurden damit Professuren und eigenständige Institute gegründet. Das Kapitel schildert zunächst die Fachentwicklung in Forschung und Lehre während der ersten zwei Jahrzehnte. Anschließend werden neuere Entwicklungen ab den frühen 1990er Jahren kurz skizziert. Sie zeigen eine zukunftsweisende Öffnung sowohl institutionell als auch thematisch hin zur Stammdisziplin und zu den neu etablierten Bereichen der Public Health- und Versorgungsforschung. Mit ihren erweiterten Themen und akademischen Bezügen versteht sich das Fach eher als ‚Gesundheitssoziologie‘ denn als ‚Medizinische Soziologie‘. Jedoch besteht das einigende Ziel in der Festigung einer fakultätsübergreifend forschenden und lehrenden akademischen Gesundheits- und Medizinsoziologie, deren vorrangige Aufgabe die Förderung nachhaltiger Gesundheit in der gesamten Gesellschaft ist.

J. Siegrist (✉)

Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,
Düsseldorf, NRW, Deutschland

E-Mail: siegrist@uni-duesseldorf.de

© Der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022

J. Siegrist et al. (Hrsg.), *Medizinische Soziologie in Deutschland*, Gesundheit und Gesellschaft, https://doi.org/10.1007/978-3-658-37692-5_1

Schlüsselwörter

Medizinische Soziologie · Gesundheitssoziologie · Medizinstudium ·
Fachgesellschaft · Public-Health- und Versorgungsforschung ·
Gesundheitsförderung

Einführung

Gesundheit und Krankheit sind Grundphänomene menschlicher Existenz. Es liegt daher nahe, dass sich viele wissenschaftliche Disziplinen mit der Analyse ihrer Herausforderungen befassen. Dies gilt auch für die Soziologie, eine Disziplin, die im 19. Jahrhundert, dem Jahrhundert großer Umbrüche, als ‚Krisenwissenschaft‘ rasch sich wandelnder gesellschaftlicher Strukturen und Entwicklungen, entstanden ist, die sich jedoch erst im 20. Jahrhundert durch akademische Institutionalisierung international etabliert hat. Trotz einzelner Pionierarbeiten, vor allem der bahnbrechenden, 1897 publizierten Studie zu sozialen Determinanten des Selbstmords von Emile Durkheim, einem Mitbegründer der Disziplin, kann von einer systematischen akademischen Beschäftigung des Faches in Forschung und Lehre mit den Themenbereichen ‚Gesundheit und Krankheit‘ und ‚Medizin‘ vor der Mitte des vergangenen Jahrhunderts nicht gesprochen werden. Ihren Ausgangspunkt nahm diese in den USA. Dort entwickelte sich, unterstützt von einer umfangreichen Forschungsförderung durch das neu gegründete Nationale Institut für Psychische Gesundheit eine erste maßgebende Forschungsrichtung, die man früh als eine ‚Soziologie *der* Medizin‘ bezeichnet hat (Straus 1957). Dabei wurden Theorien der allgemeinen Soziologie auf die Analyse der Arzt-Patienten-Beziehung (Parsons 1951), der medizinischen Ausbildung (Merton et al. 1957) oder der ärztlichen Profession (Freidson 1970) angewandt. Am Rande wurden ebenso Beziehungen zwischen sozialer Lage und dem Auftreten von Krankheiten untersucht, sei es im Rahmen unterschiedlicher ärztlicher Diagnosen (Hollingshead und Redlich 1958) oder im Rahmen krankheitsfördernder Prozesse sozialen Wandels (z. B. Cassel und Tyroler 1961). Diese letzteren Arbeiten wurden einer ‚Soziologie *in* der Medizin‘ zugeordnet (Straus 1957).

In den 1960er Jahren zeigten sich in den USA, und bald darauf auch in Großbritannien, erste Ansätze der Bildung einer eigenständigen soziologischen Subdisziplin, die sich in verschiedenen institutionellen Kontexten unter den Bezeichnungen ‚Medizinische Soziologie‘ (‘Medical Sociology‘) beziehungsweise ‚Gesundheitssoziologie‘ (‘Sociology of Health‘) Geltung verschafften. Zu

den Voraussetzungen zur Bildung einer Subdisziplin gehören üblicherweise die Festlegung auf bestimmte, den Gegenstandsbereich aufklärende wissenschaftliche Paradigmen, das Erscheinen von Fachzeitschriften und Lehrbüchern, die Einrichtung von universitären Professuren und Instituten mit der Folge der Entwicklung von Ausbildungs- und Forschungsprogrammen, schließlich die Bildung einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft. In beiden Ländern bestanden günstige Bedingungen hierzu. So wurden maßgebende Fachjournale wie ‚Journal of Health and Social Behavior‘ (1960; zunächst als ‚Journal of Health and Human Behavior‘) und ‚Social Science & Medicine‘ (1967) gegründet, und es erschienen erste einflussreiche medizinsoziologische Lehr- und Handbücher (Freeman et al. 1963; Mechanic 1968; Susser und Watson 1963). Zudem wurden neue Professuren und Universitätsinstitute mit entsprechender Schwerpunktsetzung eingerichtet, entweder innerhalb sozialwissenschaftlicher Fakultäten oder – seltener – als Neugründungen innerhalb medizinischer Fakultäten. An mehreren Universitäten konnten Master- und Promotionsstudiengänge mit diesem Schwerpunkt absolviert werden, und im Rahmen des Medizinstudiums wurden medizinsoziologische Lehrveranstaltungen angeboten. Fachgesellschaften entstanden in den USA und Kanada, und in Großbritannien wurde 1969 eine medizinsoziologische Sektion der Britischen Soziologischen Gesellschaft gegründet.

Als weniger konsensfähig erwies sich die Festlegung der neuen Subdisziplin auf gemeinsame wissenschaftliche Paradigmen. Zum einen zeigte sich, dass soziologisches Wissen in diesem Bereich essenziell auf Kenntnisse aus anderen Disziplinen, vor allem der Medizin, der Ökonomie, der Epidemiologie und Statistik sowie der Verhaltenswissenschaften angewiesen war, sodass neben ‚rein‘ soziologischen Analysen zunehmend interdisziplinäre Forschungen, die auf unterschiedlichen wissenschaftlichen Paradigmen beruhen, die Entwicklung bestimmten. Zum andern bestand – und besteht weiterhin – eine methodologische Kluft zwischen Analysen, welche das Krankheitsgeschehen und dessen Bewältigung durch Medizin und gesundheitliches Versorgungssystem aus einer Außenperspektive untersuchen, wobei der kritischen Distanz zu diesen Entwicklungstrends, Professionsgruppen und Institutionen eine heuristische Funktion zukommt, und Analysen, in denen das Gesundheits- und Krankheitsverhalten, die Entwicklung und der Verlauf von Erkrankungen sowie das diagnostische und therapeutische Handeln der Professionsgruppen und ihrer Interaktionen mit Patientinnen und Patienten den zentralen Bezugspunkt empirischer Forschung bilden. Es ist einsichtig, dass der erste Ansatz in stärkerem Maße von Forschenden bevorzugt wird, welche an sozialwissenschaftlichen Institutionen arbeiten, während der zweite Ansatz mehrheitlich in Kooperation mit medizinischen Einrichtungen und Professionsgruppen realisiert

wird. Aus diesen methodologischen und institutionellen Divergenzen zwischen einer – zumindest in der Tendenz medizinfernen – Gesundheitssoziologie und einer – zumindest in der Tendenz medizinnahen – Medizinsoziologie haben sich teilweise Spannungen entwickelt, welche den einheitlichen Professionalisierungsprozess erschweren. Wenn im Folgenden die Entwicklung dieser Subdisziplin in Deutschland beschrieben wird, ist es hilfreich, diese Divergenz in den Blick zu nehmen. Folgt man jedoch einem weniger rigiden, dynamischen und systemorientierten Verständnis wissenschaftlicher Analyse, dann lassen sich Außen- und Innenperspektive in einem mehrdimensionalen – verschiedene Ebenen einbeziehenden – Ansatz kombinieren. Auch auf der institutionellen Ebene zeichnen sich solche Kooperationen in fakultätsübergreifenden Zentren der Gesundheitsforschung und in Fachgesellschaften ab. So bezeichnet sich beispielsweise die 1983 gegründete europäische Fachgesellschaft als ‚European Society for Health and Medical Sociology‘. Schließlich wird in Lehrbüchern die Integration von Gesundheits- und Medizinsoziologie überzeugend vermittelt (Hurrelmann und Richter 2013).

Versucht man, eine Bilanz der internationalen Entwicklung von Gesundheits- und Medizinsoziologie der vergangenen Jahrzehnte zu ziehen, so lässt sich trotz der skizzierten Pluralität eine zunehmende Akzeptanz ihrer Forschungsbeiträge auch jenseits wissenschaftlicher Diskurse feststellen. Zentrale Problemstellungen und Erkenntnisse des Faches haben die Gesundheits- und Gesellschaftspolitik in einer Reihe von Ländern beeinflusst (Gerlinger 2020). Ebenso ist es gelungen, wichtige Themen des Faches in führenden Programmen nationaler und europäischer Forschungsförderung zu verankern. Auf diesem Hintergrund ist es von Interesse, den Beitrag zu betrachten, den diese neue Subdisziplin in Deutschland zu dieser Entwicklung geleistet hat.

Medizinische Soziologie in Deutschland: die Gründungsphase 1970–1990

In der Bundesrepublik Deutschland sind bereits vor 1970 einzelne prominente Publikationen mit medizinsoziologischem Bezug veröffentlicht worden. Zu nennen sind insbesondere das unter Leitung des Soziologen René König herausgegebene Sonderheft ‚Probleme der Medizin-Soziologie‘ der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (1958), die Bücher zu sozialem Wandel und Krankheit von Manfred Pflanz (1962), zur Soziologie des Krankenhauses von Johann Jürgen Rohde (1962), und zu Stabilität und Wandel ärztlicher Autorität

von Heidrun Kaupen-Haas (1969). Breitere Verbreitung fand auch der von dem Psychoanalytiker Alexander Mitscherlich und anderen herausgegebene Sammelband ‚Der Kranke in der modernen Gesellschaft‘ (Mitscherlich et al. 1967). Es handelte sich hierbei jedoch um vereinzelte Vorstöße ohne nennenswerte wissenschaftspolitische Folgen. Weder an soziologischen Instituten noch in medizinischen Fakultäten waren Professuren dieser Fachbezeichnung etabliert, und medizinsoziologische Dissertationen und Habilitationen waren, wenn überhaupt, seltene Ereignisse. Die Gründung der Medizinischen Soziologie als einer universitären Disziplin verdankt sich hierzulande ausschließlich einem externen Ereignis, der Neuordnung der ärztlichen Ausbildung durch die Verabschiedung einer neuen Approbationsordnung im Jahr 1970. Allerdings muss das gesellschaftspolitische Klima, welches diese Neuordnung begünstigt hat, erwähnt werden. Die antiautoritäre Studentenbewegung der 1968 Jahre, verbunden mit einer wirkmächtigen Kritik an sichtbaren Mängeln des Systems der Krankenversorgung (‚Zwei-Klassenmedizin‘; ‚Elend der Anstaltspsychiatrie‘; ‚fehlende Vernetzung stationärer und ambulanter Versorgung‘; ‚vernachlässigte Prävention‘ u. a.), trug dazu bei, dass diese Ausbildungsreform neue Inhalte aus sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Fächern aufnahm. Verstärkt wurde diese Innovation durch den unterstützenden Einfluss von Psychosomatik und Psychotherapie – Disziplinen, die einem naturwissenschaftlich verengten Verständnis von Gesundheit und Krankheit ein biopsychosoziales Modell entgegensetzten und damit einer ‚sprechenden Medizin‘ mehr Bedeutung zukommen ließen. Als eines der Ergebnisse dieser Reform wurden die Fächer ‚Medizinische Psychologie‘ und ‚Medizinische Soziologie‘ als Lehr- und Prüfungsfächer im vorklinischen Unterricht des Medizinstudiums verankert. Dies veranlasste eine Reihe medizinischer Fakultäten, Professuren und entsprechend ausgestattete Institute für diese Fächer einzurichten. Da der medizinsoziologische Unterricht zwar der Vorbereitung auf eine bundesweite Prüfung diene, jedoch im Gegensatz zur Medizinischen Psychologie nicht mit einem eigenständigen Pflichtkurs bedacht worden war, erfolgte die entsprechende Institutionalisierung in geringerem Umfang als jene der Medizinischen Psychologie. Immerhin wurden zwischen 1970 und 1990 Lebenszeitprofessuren an 14 medizinischen Fakultäten eingerichtet. Dies war der Fall an den Universitäten Gießen, Ulm, Hannover, Frankfurt, Marburg, Hamburg, Freiburg i. Br., Göttingen, Münster, Düsseldorf, Regensburg und etwas später Köln, Berlin und Halle. Trotz einzelner Rekrutierungsprobleme gelang es den medizinischen Fakultäten in der Mehrzahl, für ihre Stellenausschreibungen Bewerber und Bewerberinnen mit einer primär sozialwissenschaftlichen Qualifikation zu gewinnen.

Soziologie innerhalb medizinischer Fakultäten

Dieser rasche Institutionalisierungsschub einer neuen, aus einem der Medizin bisher fremden Wissenschaftsbereich stellt, im internationalen Vergleich, einen Sonderweg dar. Obwohl auch in einigen anderen europäischen Ländern medizinsoziologische Lehre Eingang in das Medizinstudium gefunden hatte, waren dort im Vergleich weniger neue Professuren innerhalb medizinischer Fakultäten eingerichtet worden, und zugleich bestand eine engere Kooperation mit der an sozialwissenschaftlichen Fakultäten etablierten Soziologie. In Großbritannien waren beispielsweise in dem hier betrachteten Zeitraum bis zu 50 % der akademisch tätigen Medizinsoziologinnen und -soziologen an sozialwissenschaftlichen Fakultäten angesiedelt, im Vergleich zu einem knappen Fünftel der an medizinischen Fakultäten Beschäftigten. Das übrige Lehr- und Forschungspersonal rekrutierte sich aus nicht-universitären Forschungseinrichtungen (Annandale und Field 2001). Dies wirft die Frage auf, warum es in Deutschland nicht gelungen ist, die beiden Richtungen einer medizinfirmeren Gesundheitssoziologie und einer medizinnäheren Medizinsoziologie zusammenzuführen und damit die Verbindungen zur allgemeinen Soziologie, zu ihrem Theorienbestand und ihrem Methodenspektrum, zu stärken. Hier muss zunächst festgehalten werden, dass schulbildende Pioniere der Soziologie, welche die Entwicklung der Subdisziplin beflügelten, wie vor allem Talcott Parsons, Robert K. Merton und Eliot Freidson in den USA oder George W. Brown (Brown und Harris 1978) in Großbritannien, in der deutschen Soziologie fehlten. Es fehlten auch jene lebenslang engagierten Soziologinnen und Soziologen in akademischen Schlüsselpositionen, die sich für die Etablierung der Subdisziplin eingesetzt hatten, wie Margaret Stacey (Bradby 2015) und Margot Jefferys (1996) in Großbritannien oder William C. Cockerham (1998) in den USA. Erschwerend kam hinzu, dass die deutsche Soziologie, im Gegensatz zu Nachbardisziplinen wie Psychologie oder Ökonomie, den akademischen Professionalisierungsprozess ihres Faches durch Schaffung verbindlicher Spezialisierungen vernachlässigte. Lehrstühle mit inhaltlichem Bezug zu medizinsoziologischer Thematik gab es vereinzelt in der Politikwissenschaft (Gesundheitspolitik) und in den Wirtschaftswissenschaften (Gesundheitsökonomie), kaum jedoch in der Stammdisziplin (von Ferber 1971). 1975 wurde eine gesundheitssoziologische Sektion im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Soziologie gegründet. In den darauf folgenden Jahren hat sich zunehmend eine produktive Kooperation zwischen den an zwei unterschiedlichen Fakultäten etablierten Subdisziplinen, insbesondere in der Forschung, herausgebildet (s. u.).

Die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) im Jahr 1972 erfolgte allerdings nicht in erster Linie als Reaktion auf eine fehlende organisatorische Einbindung dieser Subdisziplin in ihre Stammdisziplin. Vielmehr bestand akuter Handlungsdruck vonseiten des medizinischen Prüfungssystems. Auf Druck der Studentenbewegung wurde mit der Approbationsordnung von 1970 ein bundeseinheitliches schriftliches Prüfungssystem eingeführt, welches den Wissensstand für jedes Prüfungsfach anhand der Beantwortung von *multiple choice*-Fragen vorsah. Hierzu wurde ein neues zentrales Prüfungsinstitut (IMPP) in Mainz eingerichtet, und in Kooperation mit den medizinischen Fakultäten wurde vereinbart, dass die Festlegung von Gegenstandskatalogen und die Entwicklung inhaltlicher Prüfungsfragen durch ausgewiesene Experten und Expertinnen aus jedem Fachgebiet erfolgen sollte. Voraussetzung einer Berufung als Sachverständige(r) waren Habilitation oder Professur an einer medizinischen Fakultät sowie Benennung im Einvernehmen mit der jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaft der Disziplin. Gelang es nicht, für die Medizinische Soziologie eine entsprechende Fachgesellschaft vorzuweisen und aus ihrem Mitgliederkreis eine die Berufungskriterien erfüllende Person zu benennen, dann bestand die Gefahr, dass das Fach über kurz oder lang aus dem Lehr- und Prüfungsbetrieb der Medizin ausscheiden würde. Dies war der entscheidende Impuls zur Gründung der neuen Fachgesellschaft. Bis zum heutigen Tag besteht eine wirkungsvolle Zusammenarbeit zwischen Sachverständigen, die aus Mitgliedern dieser neuen Fachgesellschaft rekrutiert werden, und dem Mainzer Institut bei der Gestaltung von Prüfungen und der Weiterentwicklung des medizinischen Curriculums (siehe Kap. [Entwicklungslinien medizinsoziologischer Lehre an Medizinischen Fakultäten in Deutschland](#)).

Inhaltliche Entwicklungen

Auf diesem Hintergrund soll nun in groben Zügen die Entwicklung des Faches im Kontext medizinischer Fakultäten skizziert werden. Trotz mancher Widerstände, die nicht zuletzt von Vertretern der damals rivalisierenden Disziplin ‚Sozialmedizin‘ ausgingen, ist es den frisch berufenen Professorinnen und Professoren des neuen Faches in der Gründungsphase gelungen, ein beachtliches Spektrum an Aktivitäten zu entfalten. Stichwortartig seien lediglich folgende Beiträge erwähnt. Von Beginn an führte der Vorstand der DGMS jährliche Fachtagungen durch, teilweise in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP), später auch mit der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). 1980 wurde das im Campus Verlag

publizierte Jahrbuch ‚Medizinische Soziologie‘ erstmals veröffentlicht, herausgegeben von Hans-Ulrich Deppe, Uta Gerhardt und Peter Novak, dem über eine Reihe von Jahren weitere Bände folgten. Wie im Vorwort festgehalten, sollte das Jahrbuch als Plattform dienen für „Beiträge zur soziologischen Begründung der Theorie in der Medizinsoziologie, die Diskussion sozialstruktureller und sozialpolitischer Modelle zur Erfassung von medizinrelevanten Phänomenen, Beiträge zur Anwendung soziologischer Konzepte für gemeindebezogene Gesundheits-sicherung und sozialpsychiatrische Praxis, Konzepte zur Krankheitsgenese und -bewältigung in Arbeit und Familie und schließlich historische Abhandlungen, die die Geschichte der sozialen Medizin als Teil der Medizinischen Soziologie ausweisen“ (Deppe et al. 1980, S. 9). Dieses anspruchsvolle Programm konnte in der Folgezeit allerdings nur in begrenztem Umfang realisiert werden. In diesem Zeitraum wurden auch fachspezifische Buchreihen veröffentlicht, wie beispielsweise die noch heute aktive Reihe ‚Medizinsoziologie‘ des LIT Verlags. Ebenso förderten die während einiger Jahre erschienenen ‚Medizinsoziologischen Mitteilungen‘ den wissenschaftlichen Dialog. Kritisch muss jedoch vermerkt werden, dass das Fach bis heute keine eigenständige, der wissenschaftlichen Profilierung dienende, auch international sichtbare Zeitschrift etabliert hat.

Ein zweiter Bereich von Aktivitäten betrifft die Lehre. Im Rahmen des medizinsoziologischen Unterrichts wurden zwischen den Standorten Unterrichtsinhalte koordiniert, und es entwickelte sich eine enge Kooperation mit Lehrenden der Medizinischen Psychologie. Teilweise erfolgten daraus integrierte Lehrveranstaltungen der beiden Fächer (s. u. Kap. [Entwicklungslinien medizinsoziologischer Lehre an Medizinischen Fakultäten in Deutschland](#)). Sehr früh erschienen bereits erste Lehrbücher, die vorwiegend für die Zielgruppe der Studierenden der Medizin zum Zweck der Prüfungsvorbereitung verfasst wurden. Ein weit verbreitetes Lehrbuch erzielte beispielsweise im Zeitraum von 1974 bis 2005 sechs Auflagen (Siegrist 2005). Die Kerninhalte dieser Lehrbücher orientierten sich an den jeweils geltenden Gegenstandskatalogen der medizinischen Prüfungsordnungen und mussten daher stets einen Kompromiss zwischen einer inzwischen international etablierten Fachsystematik und den auf ärztliches Wissen und Handeln bezogenen Themen suchen. Erfreulich war die Tatsache, dass medizinsoziologische Lehrinhalte zunehmend in die Curricula anderer Gesundheitsberufe einfließen. Die vorgeschriebenen Unterrichtsverpflichtungen für die Lehrenden sicherten auf Dauer eine personelle und räumliche Ausstattung medizinsoziologischer Lehr- und Forschungseinheiten an den medizinischen Fakultäten. Durch die rechtlich fixierte Stellenbegrenzung in der vorklinischen Lehre war die Personalausstattung sehr begrenzt, sodass eine tragefähige wissenschaftliche Arbeit erst durch das erfolgreiche Einwerben von

Drittmitteln für entsprechende Forschungsstellen im akademischen Mittelbau ermöglicht wurde.

Die Entwicklung einer genuin medizinsoziologischen Forschung muss als dritter – und vermutlich folgenreichster – Bereich von Aktivitäten des neuen Faches betrachtet werden. In der Gründungsphase war die Forschungsförderung im Bereich der Sozialwissenschaften bescheiden; die umfangreichen Forschungsprogramme der Bundesministerien wurden erst in den 1990er Jahren aufgelegt, und für das junge Fach war es schwierig, Anschluss an größere medizinische Förderprogramme zu finden. Daher war die Deutsche Forschungsgemeinschaft der wichtigste Geldgeber. Mit ihrer Unterstützung konnte bereits früh ein medizinsoziologisches Schwerpunktprogramm durchgeführt werden, dem sich allerdings keine zweite Förderphase anschloss. Generell erwies sich deren stark an etablierten Fachdisziplinen orientierte Begutachtungspraxis von Projektanträgen als eher hinderlich, weil manche Anträge bei einer vorwiegend soziologischen Begutachtung als zu fachfremd und zu medizinnah beurteilt wurden, während von medizinischen Experten beurteilten Anträgen öfters eine mangelnde medizinische Fundierung bescheinigt wurde. Die Schwierigkeiten interdisziplinärer Forschung sind hinlänglich bekannt, und im Fall dieser soziologischen Subdisziplin, welche zwischen zwei Wissenschaftskulturen angesiedelt ist, haben sie sich als besonders virulent erwiesen.

Fragt man nach inhaltlichen Schwerpunkten der Forschung in dieser Phase, dann zeichnen sich im Rahmen einer knappen Übersicht, welche sicherlich einer Vielzahl kleinerer beachtlicher Beiträge nicht gerecht wird, intensivere Beschäftigungen mit fünf Themen ab. Als ein gesundheitspolitisch wichtiges *erstes Thema* erwies sich die mangelnde Vernetzung zwischen stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung, mithin die Notwendigkeit, neue Ansätze gemeindebezogener Gesundheitssicherung zu entwickeln und zu analysieren. Dieses Thema erhielt seine Aktualität nicht zuletzt durch die Ergebnisse der Enquetekommission zur psychiatrischen Versorgung und durch das Erfordernis, Laien und Selbsthilfe stärker in Behandlung und Krankheitsbewältigung einzubeziehen. Beispielhaft für diese Forschung sind die Arbeiten zur gemeindebezogenen Gesundheitssicherung (Trojan und Waller 1980a) und zur sozialpsychiatrischen Praxis (Trojan und Waller 1980b) sowie die Ergebnisse des vom Nestor der deutschen Medizinsoziologie, Christian von Ferber, geleiteten Forschungsverbundes zu Laienpotential, Patientenaktivierung und Selbsthilfe zu nennen (von Ferber 1987). Mit dieser Entwicklung wurden im Rahmen einer partizipativen Gesundheitsforschung wichtige Impulse zu einer bundesweiten Aufwertung von Laien- und Selbsthilfebewegungen gesetzt (s. a. Trojan et al. 2022).

Ein *zweites Thema* bildete die kritische Analyse des deutschen Gesundheitssystems, mit der sich über Jahre Hans-Ulrich Deppe in besonders sichtbarer Weise beschäftigt hat (Deppe 1982; Deppe et al. 1987). Seine Arbeiten waren eng verbunden mit der politisch engagierten Bewegung ‚Kritische Medizin‘, die aus der Studentenbewegung der 1968er Jahre hervorgegangen war. Erste Ansätze einer systemvergleichenden Untersuchung des deutschen und amerikanischen Gesundheitssystems wurden später von Günther Lüschen, in Zusammenarbeit mit William C. Cockerham, initiiert (Lüschen et al. 1989). In diese Arbeit wurden auch Ergebnisse eines 1985 durchgeführten deutsch-amerikanischen Gesundheitssurveys einbezogen, aus denen in der Folgezeit eine neue Konzeptualisierung des gesundheitsbezogenen Lebensstils hervorging (Abel 1991).

Mit der ‚Patientenkariere‘ als einem *dritten Thema* haben sich mehrere medizinsoziologische Forschergruppen in Deutschland bereits sehr früh intensiv auseinandergesetzt. Einen Schwerpunkt bildeten die auf vergleichenden Erhebungen basierenden Arbeiten aus dem Marburger medizinsoziologischen Institut zur Arzt-Patient-Beziehung und zur Soziologie des Krankenhauses. Verwiesen sei hier z. B. auf die von Herbert Begemann herausgegebene Aufsatzsammlung ‚Patient und Krankenhaus‘ (Begemann 1976) sowie die Arbeiten von Heiner Raspe zum Thema ‚Aufklärung und Information im Krankenhaus‘ (Raspe 1983). Ein weiterer Schwerpunkt widmete sich der soziologischen Analyse des Bewältigungsverhaltens bei chronischen Krankheiten. Führend waren hierbei die theoretisch fundierten Analysen von Uta Gerhardt, die im Kontext ihrer kritischen Auseinandersetzung mit Talcott Parsons‘ Konzept der Krankenrolle entstanden (Gerhardt 1989, 1990). Mit ihrer umfangreichen Langzeitstudie an einem Kollektiv an Herzinfarkt erkrankter Personen hat die von Bernhard Badura geleitete, allerdings nicht in einer medizinischen Fakultät angesiedelte soziologische Arbeitsgruppe einen signifikanten Beitrag zur Soziologie chronisch Kranker geleistet. Bedeutsam war hier u. a. der Nachweis einer protektiven Rolle früherer Rückkehr zur Arbeit bei der Krankheitsbewältigung sowie der vergleichbare Erfolg zweier konkurrierender Versorgungssysteme, der stationären und der ambulanten Rehabilitation (Badura et al. 1987).

Ein *viertes*, bereits in dem oben zitierten Vorwort des medizinsoziologischen Jahrbuchs erwähnten *Thema* bezog sich auf die Erforschung sozialer Determinanten stressassoziierter Erkrankungen. Am Beispiel koronarer Herzkrankheiten wurde es in der von Johannes Siegrist geleiteten Forschergruppe an der Universität Marburg über viele Jahre in Querschnitt- und Längsschnittstudien untersucht. Ausgehend von der Analyse kritischer Lebensereignisse (Siegrist et al. 1980) konzentrierten sich diese Arbeiten zunehmend auf chronische psychosoziale Belastungen der Erwerbsarbeit. Das daraus hervorgehende theoretische

Modell beruflicher Gratifikations- bzw. Anerkennungskrisen erfuhr später, vor allem in der ab 1992 an der Heinrich-Heine- Universität Düsseldorf fortgesetzten Forschungsarbeit, eine breite Anwendung in internationalen Studien (siehe unten, Siegrist & Wahrendorf, *Teil 2*).

In den frühen 1990er Jahren wurde im Rahmen epidemiologischer Studien (v. a. MONICA-Herz-Kreislauf-Studie Augsburg; Göttinger Risiko-, Inzidenz- und Präventionsstudie; Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie) ein *fünftes Thema* bearbeitet, der Einfluss sozialer Schichtzugehörigkeit auf Erkrankungsrisiken, mit besonderem Bezug auf Herz-Kreislauf-Krankheiten (Bernhardt et al. 1990; Helmert et al. 1990). Die Bedeutung einer höheren Krankheitslast bei Mitgliedern benachteiligter sozialer Schichten wurde zwar hierzulande früh erkannt (Abholz 1976), aber die bahnbrechenden Analysen stammten in erster Linie aus Großbritannien (Marmot et al. 1978). So wichtig ein entsprechender Nachweis für Deutschland war, so sehr verblieben diese ersten Arbeiten auf deskriptiver Ebene und erfuhren erst nach 2000 eine relevante analytische Vertiefung und Verallgemeinerung, die an späterer Stelle erörtert wird (s. u. Abschn. [Medizinische Soziologie in Deutschland: neue Entwicklungen](#)). In diesem Zusammenhang sollte auch erwähnt werden, dass die Medizinische Soziologie die Public Health-Bewegung in ihrer Entstehungsphase nachhaltig unterstützt hat.

Dieser kurze Überblick über frühe Forschungsarbeiten ist sicherlich nicht erschöpfend, beleuchtet jedoch besondere Schwerpunkte (s. a. Knesebeck und Siegrist 2001; Gerlinger 2020). Es ist wichtig, an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass bereits in der Initialphase der deutschen Medizin- und Gesundheitssoziologie verschiedene Forschungsprojekte außerhalb der institutionell an medizinischen Fakultäten etablierten Subdisziplin durchgeführt wurden, die den Forschungsstand um wichtige Aspekte erweitert und bereichert haben, so insbesondere im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung (Universität Bielefeld), im Bereich der soziologischen Lebenslaufforschung (Universität Bremen) und bei der Verknüpfung von Gesundheitssoziologie und Pflegewissenschaften (Universität Halle) (s. u. Kap. [Medizin- und Gesundheitssoziologie in der Deutschen Gesellschaft für Soziologie](#)). Die weitere Entwicklung der Medizinsoziologie in Deutschland, von 1990 bis zur Gegenwart, wird nachfolgend nur kurz erörtert, zum einen, weil ein weiteres Kapitel aus Sicht der in der einschlägigen Sektion der Deutschen Gesellschaft für Soziologie vertretenen Expertinnen und Experten hierzu vorliegt (s. u. Kap. [Medizin- und Gesundheitssoziologie in der Deutschen Gesellschaft für Soziologie](#)), zum andern, weil im 2. Teil dieses Bandes anhand einer Reihe wissenschaftlicher Beiträge aus besonders aktiven Zentren medizinsoziologischer Forschung verdeutlicht wird, welche Entwicklungsdynamik in den vergangenen Jahrzehnten erfolgt ist (s. u. Teil 2).

An dieser Stelle lässt sich festhalten, dass es einer zahlenmäßig kleinen, personell stets knapp ausgestatteten Gruppe von an medizinischen Fakultäten arbeitenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern gelungen ist, eine sichtbare und anwendungsorientierte Forschungsarbeit zu entwickeln. Allerdings wurde nur ein kleiner Teil ihrer wissenschaftlichen Ergebnisse der internationalen Fachwelt durch englischsprachige Publikationen zugänglich gemacht, so dass die Wirkung des neuen Faches in Forschung und Lehre weitgehend auf den nationalen Raum begrenzt blieb. Eine Bewertung des in dieser Gründungsphase Erreichten muss auch die besonderen Schwierigkeiten berücksichtigen, denen eine Disziplin ausgesetzt ist, welche sich im Schnittpunkt und Spannungsfeld zwischen zwei Wissenschaftskulturen befindet, jener jahrhundertealten wirkmächtigen Kultur medizinischen Forschens und Handelns und jener neuen, wenig gefestigten und nur begrenzt anerkannten Kultur sozialwissenschaftlichen Forschens. So konnte es nicht ausbleiben, dass einige Professuren der ersten Gründungswelle in der Folgezeit in medizinischen Fakultäten nicht verstetigt wurden. Teilweise erfolgten nach der Emeritierung von Amtsinhabern Umbenennungen in benachbarte Fachgebiete, teilweise fielen Stellen den Mittelkürzungen zum Opfer. Immerhin ist es gelungen, einen Kern leistungsstarker Standorte nicht nur zu bewahren, sondern in zukunftsweisende Zentren interdisziplinärer Kooperation einzugliedern. Schließlich erfolgte nach 1990 eine Öffnung der Subdisziplin in weitere, nicht von der Medizin dominierte Bereiche, die im Folgenden kurz erörtert werden soll.

Medizinische Soziologie in Deutschland: neue Entwicklungen

Mit der deutschen Wiedervereinigung hat sich zum einen gezeigt, dass eine international anschlussfähige medizinsoziologische Fachentwicklung in der DDR trotz anerkennenswerter Bemühungen unter den restriktiven Bedingungen des Lehr- und Forschungsbetriebs kaum möglich war. Zum andern eröffneten sich mit der bundeseinheitlichen medizinischen Ausbildung vereinzelt Chancen der Etablierung neuer Professuren für das Fach an ostdeutschen Universitäten sowie neuer wissenschaftlicher Kooperationen. So wurde Berlin mit der Humboldt-Universität und mit wichtigen, im Umfeld angesiedelten Forschungszentren zu einem prominenten Standort. In Halle, Dresden und Leipzig zeichneten sich neue Entwicklungschancen ab, und mit dem Max-Planck-Institut für demographische Forschung bildete sich in Rostock ein bedeutsamer Kristallisationspunkt. Die deutsche Wendezeit war in einer weiteren Hinsicht folgenreich für

das Fach. Seit Jahrzehnten wurde international der Mangel epidemiologischer Ausbildung und Forschung, ebenso die Insuffizienz administrativer Daten im Gesundheitsbereich und das Fehlen einer bevölkerungsbezogenen Gesundheitsstrategie in Deutschland beklagt. Unter wachsendem Druck gelang es dem für die Forschungsentwicklung zuständigen Bundesministerium, ein mehrjähriges Förderprogramm zum Aufbau von Lehre und Forschung im Gebiet von Public Health zu etablieren. Dadurch wurden in den frühen 1990er Jahren an ausgewählten universitären Standorten fünf *Public-Health-Forschungsverbände* eingerichtet, deren Aufgabe darin bestand, anhand von Master-Studiengängen den Nachwuchs im Gebiet von Public-Health auszubilden sowie eine nachhaltige Forschung zu relevanten Public-Health-Themen zu entwickeln. Dies waren der Norddeutsche, der Berliner, der Nordrhein-Westfälische, der Sächsische und der Bayerische Forschungsverbund Public Health. In den interdisziplinär ausgerichteten Forschungsprogrammen dieser Verbände wurde eine Reihe medizinischer bzw. gesundheitssoziologischer Themen behandelt. Während die Verbände in der Mehrzahl an medizinische Fakultäten angebinden wurden, gelang es an der Universität Bielefeld, eine erstmals in Deutschland gegründete gesundheitswissenschaftliche Fakultät zu einem prominenten Träger des Forschungsverbundes zu machen. Neben dem Aufbau eines umfangreichen Lehrprogramms wurden hier mit einer Reihe neu besetzter soziologischer Professuren wichtige Bausteine gesundheitswissenschaftlicher Forschung in Deutschland gelegt (Hurrelmann und Razum 2012). Auch an den übrigen Standorten der Public Health Entwicklung wurden medizinsoziologische Inhalte in Lehre und Forschung vermittelt (Schwartz et al. 2012). Versucht man, eine Bilanz der Aktivitäten dieser Public-Health-Verbände zu ziehen, dann ist es zweifellos gelungen, in erster Linie dank akkreditierter postgradualer Master-Studiengänge an Universitäten, eine neue Generation gesundheitswissenschaftlicher Expertinnen und Experten auszubilden, die sich für ein breites Spektrum von Führungsaufgaben in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens qualifizierten. Auch wenn der Zugang zu dieser Ausbildung für weitere Fachrichtungen geöffnet wurde, rekrutierte sich die überwiegende Zahl Absolvierender aus der Medizin. Andererseits war der Ertrag der Forschungsleistung dieser Verbände begrenzt. Zum einen erschwerte die Vielfalt der bearbeiteten Themen und der einbezogenen Disziplinen die Bildung eines thematisch fokussierten inhaltlichen Erkenntnisprogramms. Zum andern brach die Förderung des Programms nach zehn Jahren abrupt ab, ohne dass eine alternative Finanzierung für die Fortführung der aufgebauten Aktivitäten zur Verfügung stand. Damit lösten sich neu gebildete, Erfolg versprechende Strukturen und Netzwerke auf, und qualifizierte Nachwuchskräfte waren gezwungen, abzuwandern. Neue Strömungen und neue Förderprogramme

trugen einerseits zu einer Stärkung, andererseits zu einer Fragmentierung von Public Health in Forschung und Lehre bei. Für die Medizinische Soziologie brachten diese im Folgenden anzusprechenden Strömungen und Programme teilweise neue Chancen mit sich, teilweise jedoch erschwerten sie auch den Prozess einer professionellen Identitätsbildung.

Versorgungsforschung

Unter den neuen Strömungen ist an erster Stelle die *Versorgungsforschung* zu nennen. International hat sie sich unter der Bezeichnung ‚Health Services Research‘, wiederum zunächst in den USA und Großbritannien, entwickelt. Man kann sie als ein eigenständiges transdisziplinäres Forschungsfeld bezeichnen, das sich der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, ihrer Planung, Organisation, Regulierung, Evaluation und Optimierung widmet. Diese Definition entstammt einer ausführlichen Denkschrift der DFG zu Entwicklungsstand und Perspektiven dieses Gebiets (Raspe et al. 2010). Damit wird verdeutlicht, dass sich ein ganzes Bündel wissenschaftlicher Disziplinen mit ihrer Umsetzung befasst. Neben der notwendigen Einbindung klinischer Disziplinen bilden Biometrie/Epidemiologie und Ökonomie besondere Schwerpunkte. Einer Soziologie der Medizin bzw. der Gesundheitssysteme kommt dabei die Aufgabe zu, quantitative und qualitative Methoden sowie sozialwissenschaftliches Theoriewissen einzubringen. In Deutschland ist diese Forschungsrichtung in nennenswertem Umfang erst in den vergangenen 20 Jahren entwickelt worden, zunächst im Rahmen der Forschungsverbände Public Health sowie Rehabilitationsforschung, sodann durch umfangreiche Beteiligung an Projektausschreibungen der Ministerien und der Versorgungsträger. Vorbereitet durch eine frühe Denkschrift (Schwartz 1995), gewann sie u. a. durch Aktivitäten des neu gegründeten Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung, durch Förderung von Nachwuchsakademien, durch ein systematisches Lehrbuch (Pfaff et al. 2017) und durch die Etablierung universitärer Forschungszentren mit diesem Schwerpunkt (u. a. in Köln, Hamburg, Lübeck) eine beeindruckende Dynamik (Ernstmann et al. 2020; s. u. Kap. [Versorgungsforschung – Beiträge der Medizinsoziologie in Vergangenheit und Gegenwart](#)). Die im 2. Teil dieses Buches dargestellten Forschungsleistungen geben einen Einblick in die vielfältigen medizinsoziologischen Bezüge der Versorgungsforschung. An dieser Stelle soll lediglich festgehalten werden, dass mit der Expansion der Projektförderung im Gebiet der Versorgungsforschung neue Entwicklungschancen der Medizin- und Gesundheitssoziologie eröffnet worden sind. Wenn bisher eher die von ihr angebotenen methodischen