

Jürgen M. Pelikan

Zur Rekonstruktion und Rehabilitation eines absonderlichen Funktionssystems – Medizin und Krankenbehandlung bei Niklas Luhmann und in der Folgerezeption

*»Das Leben des Menschen ist medizinisch relevant im Hinblick auf Krankheit.«
»In diesem Sinn ist Medizin ein System des Umgangs mit Krankheit und nicht ein System der Herstellung von Gesundheit.« (Luhmann 1990,190)*

Zusammenfassung: Niklas Luhmann hat seine Theorie der Funktionssysteme am Beispiel verschiedener konkreter Systeme entwickelt, bestimmte Aspekte auch in *Die Gesellschaft der Gesellschaft* systematisiert. Der Krankenbehandlung (Medizin) hat er zwar den Charakter eines großen Funktionssystems zuerkannt, diesem aber nur drei kleinere randständige Ausätze gewidmet und deren Ergebnisse auch nicht in *Die Gesellschaft der Gesellschaft* aufgenommen. Er bestimmt, vor allem gestützt auf semantische Kriterien, Krankenbehandlung (Medizin), als ein »absonderliches« System, mit einem »perversen« Code, und der Abwesenheit einer Reflexionstheorie, eines symbolisch generalisierten Kommunikationsmediums und eines symbiotischen Mechanismus. Für drei dieser Kriterien wird eine »Normalisierung« angeboten, um Krankenbehandlung (Medizin) soziologisch adäquater zu beschreiben und neue systemtheoretische Optionen für ein entstehendes »Gesundheitssystem« zu eröffnen. Mit »krank/nicht-krank« wird – in Abweichung von Luhmanns Vorschlag, aber konsistent mit seinen theoretischen Ansprüchen – ein eigener Codevorschlag gemacht und begründet. Für die angeblichen Defizite, Kommunikationsmedium und symbiotischer Mechanismus, werden ebenfalls konkrete Vorschläge entwickelt.

Orientiert man sich an aktuellen Gesundheits-Diskursen, der »wellness revolution« (Pilzer 2002), dem 2. Gesundheitsmarkt (Kartte/Neumann 2007), dem 6. Kondratieff-Zyklus (Nefiodow 2006) oder der Ausrufung der »Gesundheitsgesellschaft« (Kickbusch 2006; 2007a; 2007b), so interessiert in einer soziologisch systemtheoretischen Rekonstruktion – mit Fokus auf funktionale Differenzierung von gesellschaftlichen Phänomenen der Gesundheit und Krankheit – insbesondere die Ausdifferenzierung eines an positiver Gesundheit orientierten Funktionssystems. Dessen theoretische Plausibilität und empirische Nachweisbarkeit wird in der systemtheoretisch orientierten Literatur äußerst kontrovers diskutiert (Bauch 1996a; Pelikan 2007; Vogd 2005; Hafen 2007).

Dagegen besteht hinsichtlich der prinzipiellen Ausdifferenzierung eines auf Krankenbehandlung spezialisierten Funktionssystems im Anschluss an Luhmanns einschlägige Überlegungen ein ausgeprägter Konsens. Die verschiedenen konstitutiven Dimensionen dieses Systems werden aber so unterschiedlich konzipiert, dass auch hier, ganz abgesehen von einer notwendigen Berücksichtigung neuerer Entwicklungen des Systems, ein beträchtlicher Klärungsbedarf besteht. Diese Publikation konzentriert sich deshalb auf die Diskussion des Medizin- bzw. Krankenbehandlungssystems. Die Klärung der Entstehung eines »Gesundheitssystems« muss einer späteren Arbeit vorbehalten bleiben, auch deshalb, weil eine korrekte Rekonstruktion des bestehenden Krankheitssystems die notwendige Voraussetzung für eine fruchtbare Diskussion eines möglicherweise entstehenden Gesundheitssystems ist.

Niklas Luhmann hat keinen Zweifel daran gelassen, dass es ihm um die Darstellung eines krankheitsbezogenen Funktionssystems geht, für das er unterschiedliche Bezeichnungen (System der Medizin, der Krankheit oder Krankenbehandlung) verwendete.¹ Explizit nicht ging es ihm um ein gesundheitsbezogenes System- von der Verwendung des Terminus »Gesundheitssystem« hat er ausdrücklich abgeraten,² war damit aber nur begrenzt erfolgreich.³ Was die Verwendung des Terminus »Medizin« betrifft, so sollte man zwischen Medizin als Wissenschaft, Medizin als Erziehung und praktizierter Medizin, vor allem Medizin als Krankenbehandlung, aber auch die an »Anforderungen anderer Funktionssysteme« anschließende, überprüfende oder begutachtende Medizin⁴, unterscheiden, was auch Luhmann nicht immer mit wünschenswerter Klarheit tut. Im Kontext dieser Arbeit geht es ausschließlich um praktische Medizin als Krankenbehandlung, auch wenn diese mit wissenschaftlicher und erzieherischer Medizin, z. B. über die Organisation der medizinischen Klinik, strukturell stark gekoppelt ist.

1 Luhmann verwendet unterschiedliche Termini, um dieses Funktionssystem zu bezeichnen: Medizin (im Titel und immer wieder in Luhmann 1983a, selten auch in Luhmann 1983b, z. B. 28, im Titel und ziemlich durchgängig in Luhmann 1990; Krankenbehandlung (bereits im ersten Satz und immer wieder in Luhmann 1983a), medizinische Krankenbehandlung (Luhmann 1983a, 170), Krankheitssystem (im Titel und durchgängig in Luhmann 1983b), selten auch Krankensystem (Luhmann 1983a, 170) oder System der Krankheitsbehandlung (Luhmann 1983a, 171).

2 »Üblicherweise wird von »Gesundheitssystem« gesprochen. Tatsächlich ist jedoch nicht die Gesundheit, sondern die Krankheit Anlass der Systembildung, und auch die soziologisch bemerkenswerten Verhaltensmerkmale (zum Beispiel die Freistellung von vielen Normalverpflichtungen) folgen aus der Rolle des Kranken und nicht daraus, dass er gesund werden möchte.« (Luhmann 1983b, 30ff., Fn 31)

3 Auch bei Autoren, die sich auf Luhmanns beziehen, gibt es eine Tradition des Terminus »Gesundheitssystem« oder gar »Gesundheitswesen«. Begründet wird sie von Bauch (1996a) bereits im Untertitel des Buches Gesundheitswesen, bzw. in Kapitel 7-9 Gesundheitssystem, ebenso in Bauch 1997. Fuchs (2006, 27) bezeichnet, ohne expliziten Bezug zu anderen Autoren, das, was Luhmann und Bauch System der Krankenbehandlung nennen, mit Verweis auf Laienbezeichnungen als »Gesundheitssystem«, aber auch Stichweh (2008, 336, 338) verwendet Gesundheitssystem in dieser Bedeutung.

4 z. B. Einberufung in den Militärdienst; »Tropentauglichkeit«, Luhmann (1990, 186ff.), Krankschreiben bzw. Gesundheitschreiben, Luhmann (1983b, 43).

Niklas Luhmann hat keinen Zweifel daran gelassen, dass er Medizin, Krankheitssystem oder Krankenbehandlungssystem für eines der großen ausdifferenzierten Systeme der modernen Gesellschaft hält (Luhmann 1983b, 43),⁵ auch wenn er Alternativen zum Funktionssystemstatus als rhetorische Frage erwogen hat.⁶ Mit zwei Ausnahmen⁷ folgen alle späteren Autoren seinem Vorschlag eines Funktionssystems Krankenbehandlung.

Weder Luhmann selbst noch ein anderer Systemtheoretiker hat jedoch »Die Medizin der Gesellschaft« bzw. »Das Krankenbehandlungssystem der Gesellschaft« ausgearbeitet.⁸ Von Luhmann liegen lediglich drei kleinere Arbeiten vor (Luhmann 1983a; 1983b; 1990), die anlassbezogen ausgewählte Aspekte dieses Funktionssystems beschreiben und sich nicht explizit aufeinander beziehen. Auch in Luhmanns Behandlung der Funktionssysteme in der »Gesellschaft der Gesellschaft« sind Krankenbehandlung (Medizin), mit einer signifikanten Ausnahme (1997, 407ff), nicht repräsentiert; und es gibt dort auch keinen Hinweis auf seine drei Aufsätze.

Angesichts dieser Zurückhaltung Luhmanns ist es nicht verwunderlich, dass seine drei Beiträge erst spät und nur spärlich rezipiert wurden⁹ und (noch) zu keiner ausreichend entwickelten systemtheoretischen Analyse dieses Funktionssystems geführt haben. In den letzten Jahren hat sich der einschlägige Diskurs jedoch beträchtlich intensiviert.

5 Auch Stichweh (2008, 334) zählt die Medizin zu den frühen und klassischen Funktionssystemen, während Fuchs (2006, 26, 38) sie – analog zur Debatte für die Sozialarbeit – als »Nachentwicklung« begreift.

6 Während Luhmann in der ersten Arbeit (1983a) einfach von einem eigenen Funktionssystem Medizin oder Krankenbehandlung ausgeht, formuliert er in der zweiten (1983b, 45) zu mindest rhetorisch Alternativen (Teil des Wirtschaftssystems oder ein Politikbereich), um diese aber sofort zurückzuweisen. Im dritten Aufsatz (Luhmann 1990, 183f) stellt er die explizite Frage nach dem Systemcharakter der Medizin oder der Krankenbehandlung, bejaht sie sofort in Bezug auf Autonomie und Funktion (auch mit Hinweis auf Mayntz/Rosewitz 1988), und überprüft sie genauer mit Bezug auf das weitere typische Kriterium der binären Codierung (Luhmann 1990, 184).

7 Bauch (ausführlich 1996; zusammenfassend z. B. 1997, 130ff.) und Hafen (2007, 99) plädieren für ein Subsystem Krankenbehandlung innerhalb eines umfassenderen Gesundheitssystems, wenn auch mit unterschiedlichen Vorschlägen für dessen Code.

8 Das könnte mit Vogd (2005, 236) aus dem Zusammenwirken zweier Tatsachen zu erklären sein: »Die empirische Basis der Luhmannschen Gesellschaftstheorie liegt in den Selbstbeschreibungen gesellschaftlicher Funktionssysteme«. Und die Medizin verfügt eben, nach Ansicht Luhmanns, über keine Reflexionstheorie.

9 Siehe bis 1999 auch die Einschätzung von Bauch 2000a, der neben vier eigenen Arbeiten nur noch vier weitere Arbeiten anderer Autoren ausweist. Bei der Resonanz ist allerdings zu unterscheiden zwischen Autoren, die sich auf mindestens einen der drei einschlägigen Aufsätze explizit beziehen und solchen, die nur allgemeine Werke Luhmanns anführen. Nach unserer Zählung fallen neun Arbeiten in diese letztere Kategorie (Simon 1993; 1995; Bauch 1997; Hafen 2006; Kopfsgruter 2006; Fuchs 2008; Nassehi 2008; Stichweh 2008 und Saake/Vogd 2008). Auf alle drei Aufsätze beziehen sich sechs Arbeiten (Bauch 2000a; Vogd 2005; Krause 2006; Marent 2007; Pelikan 2007; Röthlin 2007), nur auf einen der beiden der frühen Aufsätze zwei (Badura/Feuerstein 1994; Robertz-Grossmann/Bauch 2006), allein auf den späteren Aufsatz vier (Wolff 1999; Bauch 2005; Hafen 2007; Baecker 2008), auf den späteren Aufsatz und einen der früheren weitere fünf (Pelikan/Halbmayer 1999; Fuchs 2006; Bauch 1996; Bauch 2000b; Kraft 2006).

Wie kennzeichnet Luhmann das Funktionssystem Krankenbehandlung (Medizin)?

Luhmann behandelt vor allem semantische Aspekte des Funktionssystems Krankenbehandlung als konstitutive Kriterien. Eine systematische oder detaillierte Analyse (sozio-)struktureller Kriterien wird weitgehend vernachlässigt. Zu Fragen der Innen- oder Binnendifferenzierung des Systems, wie der Ausdifferenzierung spezifischer Subsysteme (z. B. Status der Medizin oder Pflege), zu Fragen spezifischer Interaktionssysteme, spezifischer Organisationsformen, spezifischer Rollenbeziehungen, und spezifischer Beziehungen bzw. struktureller Kopplungen mit anderen Funktionssystemen, finden sich bei Luhmann höchstens beispielhafte Hinweise. Auch von anderen systemtheoretisch orientierten Autoren wurden diese Aspekte nur eher ausschnitt- und ansatzweise behandelt: Interaktionssysteme von Stichweh (2008), Organisationen von Baecker (2008), Nassehi (2008), Stichweh (2008), Rollenbeziehungen von Stichweh (2008), und strukturelle Kopplungen mit anderen Funktionssystemen von Bauch (2000b) und Forster / Krajic / Pelikan et al. (2004). In Bezug auf die Binnendifferenzierung des Funktionssystems Krankenbehandlung gibt es eine kontrovers geführte Debatte zur Pflege als Subsystem der Krankenbehandlung oder als eigenes Funktionssystem (Bauch 2005). Bemerkenswert ist aber, dass es fast keine Bearbeitung des spezifischen Verhältnisses (des Subsystems) der (praktischen) Medizin zum Funktionssystem der Krankenbehandlung gibt.

Im Bezug auf die für ihn wesentlichen semantischen Kriterien stellt Luhmann die Krankenbehandlung (Medizin) als ein »absonderliches«, d. h. von einem unterstellten Idealtypus von Funktionssystem unerwartet abweichendes System dar.¹⁰ Er diagnostiziert unterschiedliche Formen von Besonderheiten. Einerseits konstatiert er Nicht-Vorliegen bzw. »Nullmeldungen« für drei semantische Kriterien: Reflexionstheorie, symbolisch generalisiertes Medium, symbiotischer Mechanismus / symbiotisches Symbol. Andererseits stellt er perverse bzw. extreme Verhältnisse bei drei anderen fest: Code, Funktion und Leistung. Praktisch nicht diskutiert werden Programme oder Elementaroperationen des Systems. Wir werden im Folgenden drei dieser semantischen Kennzeichnungen Luhmanns diskutieren, nämlich den Code, das symbolisch generalisierte Medium und symbiotische Mechanismen des Systems Krankenbehandlung (Medizin). Zu den übrigen Kriterien – Funktion, Leistung und Reflexionstheorie – müssen wir aus Platzgründen auf eine spätere Publikation verweisen.

¹⁰ Er entwickelt nicht, wie das z. B. Stichweh (2008) mit »professionelles Funktionssystem« getan hat, einen bestimmten Subtypus von Funktionssystem, dem er die Krankenbehandlung (Medizin) zuordnet, er bemerkt aber mehrmals gewisse Ähnlichkeiten mit der Erziehung an.

Der binäre Code als Kriterium

Wir beginnen unsere Rekonstruktion der Luhmannschen Darstellung des Systems der Krankenbehandlung (Medizin) mit dem »typischen Kriterium«, dem Kriterium des binären Codes. Von diesem macht Luhmann (1990, 184) letztlich das Bestehen dieses Funktionssystems abhängig.¹¹ Welche spezifische Funktion erfüllen Codes? Sie ermöglichen den Vollzug eigener Autopoiese und damit auch von Ausdifferenzierung (Luhmann 1997, 752) durch »einen jeweils eigenen binären Schematismus«, »eine eigene Typik der Informationsverarbeitung«, »eine eigene Realitätskonstruktion« (Luhmann 1990, 184). Wesentlich für dieses Funktionieren des Code ist seine Binarität: die »Festlegung auf nur zwei Werte und der Ausschluss von dritten Möglichkeiten.« Das verspricht: »logische Manipulierbarkeit und hohe Technizität des Umformens eines Wertes in den anderen.« Gleichzeitig »ist in die Unterscheidung der beiden Werte doch eine *fundamentale Asymmetrie* eingebaut.« Nur die eine Seite der Unterscheidung garantiert »Anschlussfähigkeit« und ermöglicht Einschluss in das System. Die andere hat die Funktion »der Reflexion der Kontingenz des Einsatzes des positiven Wertes«, der »Kontingenzreflexion«, und macht damit Ausschluss oder Abschluss von Fällen möglich. Damit ermöglicht binäre Codierung »es einem Funktionssystem, sich das gesamte eigene Verhalten als kontingent vorzustellen und es den Konditionen der eigenen Programme zu unterwerfen.« Dies führt zu einer »operativen Reproduktion dieses Systems innerhalb der durch eigene Operationen gezogenen Grenzen«, und erlaubt auch »eine unzweideutige Zuordnung zu jeweils einem und nur einem Funktionssystem.« (Luhmann 1990, 185ff.)

Was die konkrete Codierung des Systems der Krankenbehandlung (Medizin) betrifft, trifft Luhmann zwei Feststellungen: *Erstens* zum Code: »Schon auf den ersten Blick ist klar: Es kommt nur eine einzige Unterscheidung für diese Funktion der binären Codierung in Betracht – die von *krank und gesund*... Nur die Unterscheidung von krank und gesund definiert den spezifischen Kommunikationsbereich des Arztes und seiner Patienten.« (Luhmann 1990, 186)

Zweitens zur Zuordnung der Werte: »Im Anwendungsbereich des Systems der Krankenbehandlung kann dies nur heißen: der positive Wert ist die Krankheit, der negative Wert die Gesundheit... Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit.« »Nur Krankheit ist für den Arzt instruktiv, nur mit Krankheiten kann er etwas anfangen. Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist.« (Luhmann 1990, 186ff.) Erstaunlich irritiert reagiert Luhmann dann auf diesen von ihm identifizierten Code, er nennt ihn »absonderlich«¹² bzw. spricht von einer »perversen

11 Dagegen hatte er in den früheren Aufsätzen das Code-Kriterium entweder überhaupt nicht (Luhmann 1983a) oder nur beiläufig als »funktionsorientierte Differenz, in unserem Falle: der Differenz von Krankheit und Gesundheit« »für Selbstreferenz, Selbstbeobachtung, Selbstbeschreibung (Luhmann 1983b, 31) erwähnt.

12 »Schon Alltagssprachlich ist es absonderlich, wenn Krankheit als positiver und Gesundheit als negativer Wert bezeichnet werden muss. Der Vergleich mit anderen Funktionssystemen erhär-

Vertauschung der Werte«,¹³ und einer »auffälligen Gegenläufigkeit von Codierung und Teleologie« (Luhmann 1990, 188).¹⁴

Mit einer Ausnahme (Pelikan 2007) akzeptieren alle Autoren Luhmanns Codevorschlag (oder ignorieren ihn zumindest), und sie teilen auch seine Irritation über dessen Absonderlichkeit.¹⁵

Aber weder die Autorität von Niklas Luhmann noch die Zustimmung der nachfolgenden Kollegen, und auch nicht die überwältigende Selbstverständlichkeit einer Differenz krank/gesund im Alltagsverständnis und in den Selbstbeschreibungen der Medizin, soll uns davon abhalten, einen zweiten kritischen Blick auf diese Differenz als Vorschlag für eine binäre Codierung des Funktionssystems zu werfen. Ist das Begriffspaar »krank und gesund« tatsächlich ein geeigneter Codekandidat? Oder genauer, ist »gesund« ein geeigneter Reflexionswert, wenn »krank« der Anschlusswert des Codes ist? Denn daran, dass krank der Anschlusswert ist, besteht ja kein Zweifel: »Das Leben des Menschen ist medizinisch relevant im Hinblick auf Krankheit.« (Luhmann 1990, 190)

Aber kann »krank/gesund« als binäre Duplikationsregel funktionieren? Entweder: es wird »gesund« lediglich als »nicht-krank« interpretiert, oder noch enger, wie operativ im System, als »o.B.« (ohne Befund) oder als negativer Befund, dann wäre es korrekter und weniger irreführend, den Reflexionswert auch explizit als »nicht-krank« zu benennen. Oder: es ist etwas anderes als »nicht-krank« gemeint, dann handelt es sich nicht um eine Negation oder einen Gegenwert. Dann gilt allerdings der Satz vom ausgeschlossenen Dritten nicht, dann funktioniert die Differenz nicht als Duplikationsregel, d. h. ist für den Werteübergang oder das Oszillieren zwischen den Werten (Littmann/Jansen 2000) nicht geeignet. Gesundheit und Krankheit schließen sich weder logisch (das träfe nur für Tod/Leben zu) noch empirisch aus. Ohne ein Minimum von Gesundheit eines Organismus gibt es auch keine Krankheit, während Gesundheit ohne die Anwesenheit von Krankheit durchaus denkbar ist.¹⁶ Daher ist Gesundheit als Gegenteil oder Gegenwert von Krankheit nicht

tet diese Absonderlichkeiten. Man versucht Recht zu bekommen, nicht Unrecht.« (Luhmann 1990, 187)

13 »Vor allem erklärt die perverse Vertauschung der Werte, dass die Medizin keine auf ihre Funktion bezogene Reflexionstheorie ausgebildet hat – verglichen etwa mit dem, was die Theologie der Religion oder die Erkenntnistheorie den Wissenschaften zu bieten hat. Reflexionswerte wie Transzendenz oder Unwahrheit oder Unrecht oder politische Opposition stellen wie in einer Großaufnahme die Unmittelbarkeit des Zielstrebens in diesen Bereichen in Frage.« (Luhmann 1990, 187)

14 »Vertauschung« und »Gegenläufigkeit« dienen ihm dann allerdings dazu, eine andere von ihm festgestellte Absonderlichkeit, die Abwesenheit einer Reflexionstheorie der Medizin bzw. der Krankenbehandlung, zu erklären.

15 Das gilt auch für Bauch (1996a; 1997), der zwar einen anderen Codevorschlag (gesundheitsförderlich/gesundheitshinderlich) für ein umfassenderes Gesundheitssystem macht, den Code krank/gesund aber für das Krankenbehandlungssystem akzeptiert, und für Hafen (2007, 102–103), der vorschlägt, den Code Krankheit/Gesundheit »auf das gesamte Gesundheitssystem zu übertragen und durch die Zweitcodierung Behandlung/Prävention zu ergänzen«.

16 Bei differenzierten Krankheitskriterien und einer leistungsfähigen medizinischen Diagnostik

geeignet. Es ist zwar verständlich, dass die Selbstbeschreibung des Systems der Krankenbehandlung (Medizin) aus Gründen der Hypostasierung (Luhmann 1983b, 41ff.) an einer Code-Formulierung »krank / gesund« festhält, aber es gibt keine guten Gründe dafür, dies als soziologische Fremdbeschreibung unkritisch nach- oder gar mitzuvollziehen (Luhmann 1983a, 175). Bei Gesundheit und Krankheit handelt es sich um zwei unterschiedliche, wenn auch nur teilweise unabhängige Qualitäten, die gleichzeitig an einem Organismus vorkommen (müssen bzw. können) und auch parallel an ihm zu beobachten sind.¹⁷ Diese Klarstellungen beantworten noch nicht die Frage, ob neben dem Krankheits(behandlungs)system auch ein Gesundheits(beandlungs)system in der modernen Gesellschaft ausdifferenziert vorliegt! Aber sie ermöglichen es, diese Frage präziser zu stellen und zu bearbeiten. Sie relativieren auch Luhmanns Feststellungen, »es gibt nur eine Gesundheit« und »die Gesundheit gibt nichts zu tun«. Diese stimmen nur system-relativ aus der Perspektive der Krankenbehandlung (Medizin), mit dem korrekten Code krank / nicht-krank. Nur für an diesem Code orientierte Operationen gilt, dass selbst nicht-ideale Ausprägungen von Gesundheit nichts zu tun geben. Für andere Funktionssysteme, und für Organisationen oder für Individuen, kann es schon etwas zu tun geben.

Verwunderlich ist, wie Luhmann zu seinem Verdikt der »Absonderlichkeit« kommt bzw. zur Feststellung der »perversen Vertauschung der Werte«. Er verwendet eine Alltagssprachliche, d.h. moralische Interpretation von »positiv« und »negativ« im Zusammenhang mit einem Funktionssystem, obwohl nach seiner eigenen Aussage »die Codes der Funktionssysteme auf einer Ebene höherer Amoralität fixiert werden müssen.« (Luhmann 1997, 751). Er wertet »positiv« als guten oder erstrebenswerten Zustand und »negativ« als bösen oder zu vermeidenden, statt einer technischen Interpretation, in der »positiv« bedeutet, dass etwas vorliegt bzw. nachgewiesen werden konnte (z.B. HIV positiv), und »negativ«, dass das nicht der Fall ist. Ebenso entbehrt es nicht einer gewissen Ironie, wenn Luhmann das alteuropäisch aristotelische Konzept der Teleologie (Luhmann 1997, 410) bemüht, um ein Funktionssystem der modernen Gesellschaft als absonderlich zu klassifizieren.¹⁸ Darüber hinaus ist die Sonderstellung der Medizin, was die Wertvertauschung betrifft, inhaltlich zu bezweifeln: auch für die Gerichte gilt, dass nur ein Unrechtsverdacht für sie anschlussfähig ist, sie zuständig macht, ihnen Aktivität ermöglicht, und nicht das Vorliegen von Recht oder Gerechtigkeit. Ähnlich kann das Erzie-

wird dieser Zustand empirisch allerdings nicht häufig anzutreffen sein.

17 Für eine detaillierte Analyse und Vorschläge für ein Gesundheits/Krankheits-Modell vgl. Pelikan / Halbmayer 1999; Pelikan 2007.

18 »Dann bekommt man es mit Fundamentalismen zu tun, die die schöne Idee des Aristoteles, nach der alles in der Gesellschaft seinen ihm angemessenen Platz (sein telos) hat, in Übereinstimmung mit der Seele des Individuums, der Gerechtigkeit der Stadt und der Harmonie des Kosmos, auf Verhältnisse anzuwenden, die in ihrer Sozial-, Sach- und Zeitdynamik so nicht mehr abgebildet werden können« (Baecker 2007,12).

hungssystem nur bei Unwissen aktiv werden und nicht beim Vorliegen von Bildung, und das Wirtschaftssystem reagiert auf unbefriedigte und nicht auf erfüllte Bedürfnisse. Es scheint eines Problems,¹⁹ also einer Abweichung von einem Normal- oder Idealzustand zu bedürfen, damit spezifische Leistungen erbracht oder spezifische Funktionen erfüllt werden können. Die nützliche Leistung, die Funktionssysteme tatsächlich anbieten können, ist Bearbeitung von Abweichungsverdachten. Sie tun das zwar mit dem Ziel eines bestimmten Normal- oder Idealzustands, aber auch, wenn sie dieses Ziel nicht erreichen, haben sie dennoch ihre Funktion erfüllt. Sollte von ihnen aber dieser Normal- oder Idealzustand tatsächlich erreicht werden, sind sie als System nicht mehr zuständig, haben nichts mehr zu tun. Normal- oder Idealzustände taugen daher allgemein lediglich entweder als Reflexionswerte bzw. Stoppregeln oder als Kontingenzformeln²⁰ zur legitimierenden Selbstbeschreibung der gesellschaftlichen Bedeutsamkeit eines Funktionssystems, nicht aber als Ausgangspunkte oder Anschlusswerte für dessen operative Aktivität.

Kriterium: Symbolisch generalisiertes Medium

In einem der drei Aufsätze konstatiert Luhmann überdies für die Krankenbehandlung (Medizin) die Abwesenheit eines symbolisch generalisierten Mediums, ähnlich wie für die Erziehung, aber im Gegensatz z.B. zur Politik, zur Wirtschaft und zur Wissenschaft (Luhmann 1983b, 41).²¹ Von dieser Diagnose ist er so überzeugt, dass er sie am Ende des Kapitels über Kommunikationsmedien in *Die Gesellschaft der Gesellschaft* (Luhmann 1997, 407-408)²² wiederholt. Wiederum erklärt Luhmann das Defizit mit Hinweisen auf die von ihm diagnostizierten Besonderheiten der Funktion des Systems, auch diesmal mit der Umwelt- bzw. Körperorientierung, der marginalen Bedeutung von Kommunikation, der Unabweisbarkeit von Krankenbehandlung, (Luhmann 1997, 407-

19 »Alle Systeme sind unter dem Gesichtspunkt ausdifferenziert, bestimmte Probleme zu lösen – je besser, desto besser.« (Luhmann 1983a, 171)

20 »Kontingenzformeln, die eine systemspezifische Unbestreitbarkeit behaupten können, etwa Knappheit für das Wirtschaftssystem, Legitimität für das politische System, Gerechtigkeit für das Rechtssystem, Limitationalität für das Wissenschaftssystem.« (Luhmann 1997, 470) Fuchs (2006, 33) schlägt z.B. für das »Gesundheitssystem (System der Krankenbehandlung)« »Gesundheit selbst« als Kontingenzformel vor.

21 »Fast alle großen gesellschaftlichen Funktionssysteme ... ordnen Kommunikationszusammenhänge, vor allem durch Fixierung von Prämissen für relativ unwahrscheinliche Kommunikation. Sie hängen mit ihrer Funktion von ausdifferenzierten symbolischen Medien ab. Nur das Erziehungssystem und das Krankheitssystem machen in dieser Hinsicht eine Ausnahme. Sie haben kein eigenes Medium und müssen dieses Defizit durch *vorausgesetzten Kooperationswillen* und durch *direkt interaktionsfähige Symbolik* ... kompensieren.« (Luhmann 1983b, 41)

22 »Es gibt deshalb keine symbolisch generalisierten Kommunikationsmedien für Technologie, für Krankenbehandlung und für Erziehung... Zumindest für Krankenbehandlung und für Erziehung sind eigene gesellschaftliche Funktionssysteme ausdifferenziert, die ohne eigenes Kommunikationsmedium zurechtkommen müssen, vor allem mit hoher Abhängigkeit von organisierter Interaktion.« (Luhmann 1997, 407-408)

408).²³ Als Kompensationsmechanismen verweist er auf organisierte Interaktion (Luhmann 1997, 408).

Die meisten einschlägigen Autoren wiederholen entweder Luhmann unhinterfragt oder thematisieren Medien im Zusammenhang mit dem Krankenbehandlungssystem oder der Medizin nicht explizit. Zwei Autoren, Fuchs (2006) und Pelikan (2007), haben unabhängig voneinander das Vorhandensein eines solchen symbolisch generalisierten Mediums betont und dabei ein sehr ähnliches Medium vorgeschlagen.

Fuchs (2006)²⁴ geht zwar einerseits mit Argumenten aus der Luhmann- bzw. Bauch-Tradition zunächst davon aus, dass für Krankenbehandlung gar keine Unwahrscheinlichkeits-Konstellation gegeben, und damit auch kein spezifisches Medium notwendig sei, er schlägt dann aber doch »Krankheit« als Medium vor²⁵ im Hinblick auf »de-individualisierende, informationsgeraffte Kommunikation« zwischen Arzt und Patient als »das gesuchte Unwahrscheinlichkeitsproblem« (Fuchs 2006, 29).

Pelikan (2007, 89ff.)²⁶ widerspricht explizit Luhmanns Feststellung (und Bauchs Zustimmung zu dieser) und schlägt medizinische Diagnosen und medizinische

23 »Schließlich ist zu beachten, dass symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien nur für Funktionsbereiche geeignet sind, in den das Problem und der angestrebte Erfolg in der Kommunikation selbst liegen. Ihre Funktion ist erfüllt, wenn die Selektion einer Kommunikation weiteren Kommunikationen als Prämisse zugrunde gelegt wird. Sie eignen sich deshalb nicht für Kommunikationsbereiche, deren Funktion in einer Änderung der Umwelt liegt – sei dies eine Änderung der physisch-chemisch-biologischen Umstände, sei es eine Änderung menschlicher Körper, sei es eine Änderung von Bewusstseinsstrukturen. (...) »Keiner der drei Problembereiche ist durch ein einzelnes Kommunikationsmedium beherrscht, nicht durch Wahrheit, und auch nicht durch Geld, obwohl der gegenwärtige Entwicklungsstand ohne ausdifferenzierte Wissenschaft und ohne Geldwirtschaft undenkbar wäre.« (Luhmann 1997, 407-408)

24 »Körperstörungen (und Störungen der mit dem Körper verknüpften Psyche) sind ja in gewisser Weise selbst-überzeugend. Sie wirken unmittelbar als Motive, Hilfe in Anspruch zu nehmen. (...) Aber diese Zumutungen »Etwas erdulden zu müssen«; »den Körper in Nicht-Intim-Situationen »offenlegen« zu sollen«; »Behandlungen fortzusetzen«] sind, wie man annehmen kann, durch den Leidensdruck der Krankheit selbst akzeptabel. (...) Das System bedürfte demnach, theoretisch gesehen, keines eigenen Mediums, durch die (!) es seine Selektionen im Hinblick auf Akzeptanz verstärken müsste.« (Fuchs 2006, 28)

25 « Wir gehen jedenfalls davon aus, dass es vollkommen plausibel ist, dass Krankheit als symbolisch generalisiertes Kommunikationsmedium des Gesundheitssystems fungiert. ... Es würde mir gefallen zu sagen: Das symbolisch generalisierte Kommunikationsmedium Krankheit nimmt im Prozess der Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems die Form jener dokumentierten Formulare, eben der »Befunde« an. Dazu würde es passen, die entsprechende spezifische Form Kommunikation des Systems (die es nur hier, nirgends sonst gibt) Befinden (das Dokumentieren des und weiterverwenden von Diagnosen) zu nennen, an das sich dann die vielfältigen Programme des Systems anschließen lassen« (Fuchs 2006, 29) »und ein dazu passendes symbolisch generalisiertes Kommunikationsmedium finden (Krankheit)« (Fuchs 2006, 37)

26 »It can be argued that the science-based system of medical terminology for differentiated diagnostics, even codified internationally in the ICD, and for the related system of therapies, defined in medical textbooks, handbooks, journals and reviews, constitute such a medium. The medium fulfils the criterion of enhancing the probability of acceptance of specific actions, i.e. a specific diagnosis followed by a specific, often highly risky, but still accepted therapy.« (Pelikan 2007, 89-90)

Therapien als Medium vor. Die Vorschläge von Fuchs und Pelikan lassen sich sinnvoll verbinden und weiterführen: zunächst entsteht ein Medium »Krankheit« (vergleichbar dem Medium Eigentum in der Wirtschaft), das dann später recodiert und technisiert wird zum Medium »Diagnosen« (analog dem Geld in der Wirtschaft), und noch später durch eine weitere Recodierung durch das Medium »Risikofaktoren« (vergleichbar dem Kredit in der Wirtschaft) ergänzt oder erweitert wird. Als technisiertes Medium empfehlen sich Diagnosen, da diese, gestützt auf die medizinische Wissenschaft (und Erziehung), unterschiedliche Aspekte von spezifischen Krankheiten verbinden: Symptome mit Befunden, mit einer Ätiologie, einer Prognose und daran anschließende Therapiemöglichkeiten. Auf Symptomen aufbauende Verdachtsdiagnosen eröffnen zunächst nur Diagnosemöglichkeiten bzw. Befundungen und noch nicht Therapien.

Aber medizinische Diagnostik und auch, eingeschränkter, medizinische Therapieverschreibungen erfüllen, unterschiedlich ausgeprägt je nach medizinischen Fach, weitgehend den von Luhmann als Kriterium für Medien angeführten Tatbestand: »Ihre Funktion ist erfüllt, wenn die Selektion einer Kommunikation weiteren Kommunikationen als Prämisse zugrunde gelegt wird.« (Luhmann 1997, 407) Dies gilt auch dann, wenn innerhalb dieser Kommunikationsketten oder diese abschließend, auch nicht-kommunikative (also manipulative) Handlungen von Medizinern, von anderen krankheitsbezogenen Professionen oder Berufen und von betroffenen Laien erfolgen. Zwischen die Wahrnehmung von Krankheitssymptomen und ihre Behandlung schiebt sich in der medizinischen Krankenbehandlung ein ausgedehntes Netzwerk durch medizinische Wissenschaft angeleiteter feststellender und verschreibender Kommunikationen.

Schon die in der Medizin ausgeprägte Diskussion über Compliance macht deutlich, dass nur ein kleiner Teil der Problematik der Annahme von Kommunikationen, genauer »unwahrscheinlichen Sinnzumutungen« (Fuchs 2006, 27), allein durch die Autorität des Arztes in medizinischen Interaktionsituationen erfolgreich bearbeitet werden kann.

Kriterium: Symbiotische Mechanismen oder symbiotische Symbole

Da Luhmann symbiotische Symbole an symbolisch generalisierte Medien bindet (Luhmann 1981, 230-231),²⁷ erübrigt sich für ihn mit der Feststellung, dass Medizin bzw. Krankenbehandlung kein solches Medium ausdifferenziert

²⁷ »... daß die Ausdifferenzierung und Entwicklung besonderer symbolisch generalisierter Kommunikationsmedien in den wichtigsten Fällen eine Mitausdifferenzierung und Mitentwicklung symbiotischer Mechanismen erfordert, und zwar derart, daß bestimmten Medien bestimmte Mechanismen zugeordnet werden – so etwa der Macht die physische Gewalt, der Liebe die Sexualität. Das heißt zugleich, daß die Regulierung der entsprechenden symbiotischen Mechanismen ein Bestandteil des symbolisch generalisierten Medien-Codes ist. Gewalt, Sexualität usw. haben in diesem Sinne eine symbolische, nicht nur eine physische oder organische Wirksamkeit.« (Luhmann 1981, 230-1)

haben, die Beantwortung der Frage nach einem symbiotischen Mechanismus oder Symbol für diese Systeme, obwohl er das Konzept einmal beispielhaft erwähnt (Luhmann 1983b, 40).²⁸

Bauch (1996, 165-168)²⁹ stellt sich der Frage und verneint explizit das Vorhandensein eines symbiotischen Mechanismus, wegen des Defizits eines spezifischen Mediums. Er postuliert aber darüber hinausgehend wiederum auch hier eine spezifische Sondersituation für das Krankheitssystem, da es sich auf den Körper insgesamt bezieht.

Fuchs und Pelikan, die für das Vorhandensein eines Mediums optiert haben, müssen sich der Frage nach einem symbiotischen Mechanismus oder Symbol ebenfalls stellen. Fuchs (2006, 37) schlägt hierfür als somatogene Symbolgruppe »Thanatosymbolik« vor, ein Vorschlag, den wir nur begrenzt nachvollziehen können. Pelikan (2007, 90) postuliert diagnostische und therapeutische Körperinterventionen, wie sie die Pharmazie, die Chirurgie, die Radiologie (und Labormedizin) bereitstellen. Diese Interventionen verbinden auf eine sehr spezifische Weise die symbiotischen Mechanismen anderer Systeme, nämlich Wahrnehmung und (technisierte) physische Gewalt, die für die ärztliche Profession auch rechtlich legitimiert ist. Medizinische Körperinterventionen sind hoch technisiert und haben neben einer physischen auch eine symbolische, vom Kommunikationsmedium »Diagnosen und Therapie« regulierte Wirksamkeit.

Schlussbemerkung

Moderne konstituiert sich für Niklas Luhmann durch den Primat der funktionalen Differenzierung der Gesellschaft. Funktionale Differenzierung äußert sich primär in der Ausdifferenzierung einer Mehrzahl von unterschiedlichen Funktionssystemen auf der Ebene der Gesellschaft, die autonom bestimmte gesellschaftliche Probleme bearbeiten und dazu Spezifikation und Universalismus verbinden. Eine Theorie der Funktionssysteme hat Luhmann vor allem am Beispiel verschiedener konkreter Systeme exemplifiziert, bestimmte Aspekte auch in »Die Gesellschaft der Gesellschaft« systematisiert. Eine geschlossen

28 »Der Körper wird jetzt (im Übergang zur Neuzeit) einerseits über spezifische symbiotische Mechanismen (Wahrnehmung, physische Gewalt, Sexualität) in spezifische Funktionssysteme eingebaut« (Luhmann 1983b, 40).

29 »Da sich die Funktion des Krankheits- und Medizinsystems auf den Körper insgesamt bezieht, ist hier die Beziehung zwischen Sozialsystem und organischen Substrat völlig anders, als bei anderen Sozialsystemen. (...) Körperlichkeit wird nicht verwertet zum Aufbau von Kommunikationsketten, im Gegenteil, Kommunikationsketten werden aufgebaut, um in den Körper zu lauschen. (...) Das Krankheitssystem dagegen ist auf diese »Zuträgerschafts-Funktion« von symbiotischen Mechanismen nicht angewiesen. Es muss das Individuum von seiner organischen Existenz aus nicht über spezielle Mechanismen an das Sozialsystem heranzuführen, das Krankheitserlebnis ist so stark, dass das Individuum sich in der Regel vollends und freiwillig den Imperativen des Krankheitssystems unterwirft.« (Bauch 1996, 166-8)

ausgearbeitete Theorie liegt aber nicht vor, und der Konsens über konstitutive Kriterien für Funktionssysteme ist begrenzt.

Der Krankenbehandlung oder Medizin hat Luhmann zwar den Charakter eines großen Funktionssystems zuerkannt, diesem System aber nur drei kleinere randständige Ausätze gewidmet und deren Ergebnisse auch nicht in *Die Gesellschaft der Gesellschaft* aufgenommen. Diese Zurückhaltung hat auch zu einer späten und spärlichen Rezeption geführt. Die Diskussion hat sich in den letzten Jahren aber intensiviert, allerdings mit einem Schwerpunkt zur systemtheoretischen Einordnung von Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften in das Krankenbehandlungssystem oder in ein umfassendes »Gesundheitssystem«.

Luhmann rekonstruiert aber bewusst ein System der Krankenbehandlung (Medizin), das er, vor allem gestützt auf semantische Kriterien, als ein »absonderliches« System bestimmt hat, mit einem »perversen« Code, und der Abwesenheit einer Reflexionstheorie, eines symbolisch generalisierten Kommunikationsmediums und eines symbiotischen Mechanismus. Diese Absonderlichkeiten begründet er mit Besonderheiten der Funktion und Leistung des Systems: seiner Umweltorientierung, der Kommunikationsmarginalität und der Unabweisbarkeit des Problems bzw. der unhinterfragten Wertschätzung des angestrebten Ziels.

In dieser Arbeit konnten aus Raumgründen nur drei Kriterien detailliert diskutiert werden. Mit »krank/nicht-krank« wurde – in Abweichung von Luhmanns Vorschlag, aber konsistent mit seinen theoretischen Ansprüchen – ein eigener Codevorschlag gemacht und begründet. Für die angeblichen Defizite, Kommunikationsmedium und symbiotischer Mechanismus, wurden ebenfalls konkrete Vorschläge entwickelt und argumentiert. Diese »Normalisierung« des Funktionssystems Krankenbehandlung (Medizin) soll dazu beitragen, diesem System auch in der Systemtheorie den Stellenwert zu geben, den es in der Gesellschaft schon lange hat. Die Code-Korrektur sollte sowohl eine weniger widersprüchliche Analyse der Krankenbehandlung (Medizin) ermöglichen, wie auch neue systemtheoretische Optionen für die Diskussion eines entstehenden Gesundheitssystems eröffnen.

Literatur

- Alber, Jens (1989): Die Steuerung des Gesundheitswesens in vergleichender Perspektive. Frankfurt a.M.
- Badura, Bernd/Feuerstein, Fred (1994): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim/München.
- Baecker, Dirk (2007): Studien zur nächsten Gesellschaft. Frankfurt a.M.
- Baecker, Dirk (2008): Zur Krankenbehandlung ins Krankenhaus. S. 39-62 in: I. Saake/W. Vogd (Hg.), Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden.

- Bauch, Jost (1996a): Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Weinheim/München.
- Bauch, Jost (1996b): Lässt sich das Gesundheitswesen politisch steuern? – Die Gesundheitsreform in systemtheoretischer Sicht. S. 55-62 in: J. Bauch/G. Hörnemann (Hg.), *Gesundheit im Sozialstaat. Beiträge zum Verhältnis von Gesundheit und Politik*. Konstanz.
- Bauch, Jost (1997): Medizinsoziologische Aspekte der Gesundheitssystemforschung. S. 129-133 in: J. F. Hallauer (Hg.), *Erwartungen an die Gesundheitssystemforschung zum Jahr 2000*. Würzburg.
- Bauch, Jost (2000a): Selbst- und Fremdbeschreibung des Gesundheitswesens. S. 387-410 in: H. de Berg/J. F. K. Schmidt (Hg.), *Rezeption und Reflexion. Zur Resonanz der Systemtheorie Niklas Luhmanns außerhalb der Soziologie*. Frankfurt a.M.
- Bauch, Jost (2000b): *Medizinsoziologie*. München/Wien.
- Bauch, Jost (2004): Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion. Gesundheits- und medizinsoziologische Schriften 1979-2003. Konstanz.
- Bauch, Jost (2005): Pflege als soziales System. S. 71-83 in: K.R. Schroeter/T. Rosenthal (Hg.), *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim/München.
- Bauch, Jost (Hg.) (2006): *Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens*. Konstanz.
- Forster, Rudolf/Krajic, Karl/Pelikan, Jürgen M./Kinzl, Harald (2004): Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens. S. 33-66 in: O. Meggeneder (Hg.), *Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens. Was sagt die Wissenschaft dazu?* Frankfurt a.M.
- Fuchs, Peter (2006): Das Gesundheitssystem ist niemals verschnupft. S. 21-38 in: J. Bauch (Hg.), *Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens*. Konstanz.
- Fuchs, Peter (2008): Prävention – Zur Mythologie und Realität einer paradoxen Zuvorkommenheit. S. 363-378 in: I. Saake/W. Vogd (Hg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden.
- Hafen, Martin (2006): Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung? S. 129-138 in: J. Bauch (Hg.), *Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens*. Konstanz.
- Hafen, Martin (2007): *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. Heidelberg.
- Kartte, J./Neumann, K. (2007): *Der zweite Gesundheitsmarkt*. Roland Berger.
- Kickbusch, Ilona (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Gamburg.
- Kickbusch, Ilona (2007a): Responding to the health society. *Health Promotion International*, 22, 2, 89-91.
- Kickbusch, Ilona (2007b): Health Governance: The Health Society. S. 144-161 in: D.V. McQueen/I. Kickbusch (Hg.), *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion*. New York.
- Kopfsgruter, Konstantin (2006): Gesundheit in der Weltgesellschaft. Von der Globalisierung eines Funktionssystems. S. 101-120 in: J. Bauch (Hg.), *Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens*. Konstanz.
- Kraft, Volker (2006): Unwissenheit schmerzt nicht oder: Gesundheits- und Erziehungssystem in vergleichender Perspektive. S. 39-64 in: J. Bauch (Hg.), *Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens*. Konstanz.
- Krause, Thomas (2006): System und Symptome. S. 83-100 in: J. Bauch (Hg.), *Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens*. Konstanz.
- Littmann, P./Jansen, S. A. (2000): *Oszillodox. Virtualisierung – die permanente Neuerfindung der Organisation*. Stuttgart.
- Luhmann, Niklas (1981): Symbiotische Mechanismen. S. 228-244 in: N. Luhmann, *Soziologische Aufklärung 3: Soziales System, Gesellschaft, Organisation*. Opladen.

- Luhmann, Niklas (1983a): Medizin und Gesellschaftstheorie. Medizin, Mensch, Gesellschaft, 8, 168-175.
- Luhmann, Niklas (1983b): Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. S. 28-49 in: P. Herder-Dorneich/A. Schuller (Hg.), Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt? Stuttgart.
- Luhmann, Niklas (1990): Der medizinische Code. S. 183-195 in: N. Luhmann, Soziologische Aufklärung 5: Konstruktivistische Perspektiven. Opladen.
- Luhmann, Niklas (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt a.M.
- Marent, B. (2007): Krankenbehandlung als kommunikatives Geschehen auf unterschiedlichen Systemebenen: Funktionssystem/ Organisation/ Interaktion. Wien.
- Mayntz, Renate/ Rosewitz, Bernd (1988): Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems. S. 117-179 in: R. Mayntz/ B. Rosewitz (Hg.), Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt a.M.
- Nassehi, Armin (2008): Organisation, Macht, Medizin. Diskontinuitäten in einer Gesellschaft der Gegenwart. S. 379-397 in: I. Saake/ W. Vogd (Hg.), Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden.
- Nefiodow, L. A. (2006): Der sechste Kondratieff. 6. Aufl. Sankt Augustin.
- Pelikan, Jürgen M. (2007): Understanding Differentiation of Health in Late Modernity – by Use of Sociological System Theory. S. 74-102 in: D.V. McQueen/ I.S. Kickbusch (Hg.), Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion. New York.
- Pelikan, Jürgen M./ Halbmayer, Ernst (1999): Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen zur Strategie des Gesundheitsfördernden Krankenhauses. S. 13-36 in: J.M. Pelikan / S. Wolff (Hg.), Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim/ München.
- Pilzer, P. Z. (2002): The Wellness Revolution. New York.
- Robertz-Grossmann, Beate/ Bauch, Jost (2006): Gesundheit als sekundäre Zweckmäßigkeit. Soziologische Prolegomena über die Konjunktur der Gesundheitsdiskurse und die blinden Flecken der Gesundheitssoziologie. S. 163-184 in: J. Bauch (Hg.), Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens. Konstanz.
- Röthlin, F. (2007): Binäre Codes in der Systemtheorie: Entwicklung, logische Grundlagen und Anwendungen in der Gesundheitssystemforschung. Wien.
- Saake, Irmhild/ Vogd, W. (Hg.) (2008): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden.
- Simon, Fritz B. (1993): Die andere Seite der Krankheit. S. 266-289 in: D. Baecker (Hg.), Probleme der Form. Frankfurt a.M.
- Simon, Fritz B. (1995): Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg.
- Stichweh, Rudolf (2008): Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. S. 329-344 in: I. Saake/ W. Vogd (Hg.), Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden.
- Vogd, Werner (2005): Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften – Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. Soziale Systeme, 11, 236-270.
- Wolff, Stephan (1999): Organisationswissenschaftliche Grundlagen: Das Krankenhaus als Organisation. S. 37-50 in: J. M. Pelikan/ S. Wolff (Hg.), Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim/ München.