

(erscheint in: Jost Bauch (Hg.), Gesundheit als System. Systemtheoretische Betrachtungen des Gesundheitswesens, Hartung-Gorre-Verlag, Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft, Konstanz 2006)

Peter Fuchs

Das Gesundheitssystem ist niemals verschnupft

"Das Leben des Menschen auf Erden
ist so schnell vorüber wie der Schein eines weißen Rosses,
der durch eine Spalte fällt - im Augenblick ist es vergangen.
Schäumend und wild treten sie alle ins Leben ein;
sachte und glatt gehn sie alle wieder hinaus.
Sie machen einen Wandel durch und werden geboren;
ein weiterer Wandel, und sie sterben."
Tschung Tse

„Ich war gesund, bis ich zum Arzt ging.“
Anonymus

Am Anfang dieser Überlegungen muß einem möglichen Mißverständnis vorgebeugt werden. Es könnte so aussehen, als ginge es um das, was man in alltäglicher Einstellung als Gesundheitssystem imaginiert: um einen diffusen Zusammenhang von Zahlungen, chirurgischen Eingriffen, weißen oder grünen Kitteln, Medikamenten, Chefärzten und Pflegepersonal – kurz: um all das, was man trifft und womit man zu tun bekommt, wenn man Kliniken oder niedergelassene Ärzte aufsucht, Tabletten zu schlucken hat, Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nimmt oder sich Hörgeräte verschreiben läßt. Was man erhält, wenn man so verfährt, ist eine streifen- oder leistenförmige Digression, eine abschweifende Aufzählung, eine extravagante Liste, aber nicht: eine Theorie. Die Auflistung dessen, was zum Gesundheitssystem in vager Intuition gerechnet wird, weckt nichts weiter als den Eindruck einer schwer durchschaubaren, gar undurchschaubaren systemischen Monstruosität, die nicht mehr unter Kontrolle zu halten ist.

Demgegenüber wird hier ein ‚puritanischer‘, ein entsagender und gegenüber schierer Digression abstinenter Zugang gesucht. Die Heuristik ist die der soziologischen Systemtheorie, die mit dem Namen Niklas Luhmann verknüpft ist.¹ Die Leitunterscheidung dieser Theorie ist System/Umwelt. Wenn diese Generalunterscheidung auf soziale Systeme angewandt wird, hat man es mit Systemen zu tun, die nur eine Operation kennen (Kommunikation) und für die alles, was nicht als diese Operation beobachtet werden kann, Umwelt darstellt, zum Beispiel Menschen, Ärzte, Schwestern, Pfleger, chirurgische Eingriffe, Arzneien etc. Das Gesundheitssystem ist, wie man mit dieser Theorie

¹ Siehe grundlegend Luhmann, N., Soziale Systeme, Grundriß einer allgemeinen Theorie, Frankfurt a.M. 1984.

formulieren kann, die Reproduktion dieser Differenz. Es enthält nichts von seiner Umwelt, es ist kein Behälter.

Mit dieser Einschätzung werden die Analysemöglichkeiten extrem verschlankt, was nicht verwundert, wenn man Theorie (Visio) als ‚Fernsicht‘ übersetzt, in der die Details, die sozusagen prall-robusten Kompaktheiten der Lebens- und Alltagswelt verschwinden. Das kann man beklagen, aber es auch deuten als Möglichkeit zur ‚Claritas‘, zur Obscuritas-Vermeidung und zur ‚Evidenz‘ im rhetorischen Sinne oder auch einfach nur: als konsequente Anwendung des Ockhamschen Razors: *Non sunt multiplicanda entia praeter necessitatem*.

In diesem Verständnis gehen wir davon aus, daß das Gesundheitssystem ein Sozialsystem ist und sich kommunikativ (und nur so) in dann spezifischer Weise reproduziert. Ferner wollen wir annehmen, daß das System-im-Fokus nicht irgendein System sei, sondern ein Funktionssystem wie Recht, Wirtschaft, Politik, Wissenschaft, Kunst, Religion etc.² Und es ist diese Annahme, die anhand eines einschlägigen Kriterienkanons zu prüfen ist.

I

Natürlich macht es wenig Sinn, von einem Funktionssystem zu sprechen, wenn es nicht gelingt, eine zugehörige Funktion zu identifizieren. In der hier gewählten Theorie ist allerdings eine Funktion nichts Teleologisches, nichts Zweckhaftes, nicht eine Art ‚Eigenschaft‘ eines Systems.³ Sie ist die Konstruktion eines wissenschaftlich interessierten Beobachters, der – bezogen auf sein jeweiliges Referenzsystem – ein *plausibles* Problem ‚erfindet‘, als dessen Lösung dieses System in einem Alternativenraum vergleichbarer Lösungen gedeutet wird. Die Frage wäre demnach, so schlicht wie möglich formuliert: Welches gesellschaftliche Problem läßt sich so darlegen und entwickeln, daß das Gesundheitssystem als genau darauf ausgerichtet beobachtet werden kann?⁴

Eine solche Problemexposition muß, passend zu unserer kurzen Vorüberlegung, sicherstellen, daß das Problem tatsächlich als ein *soziales* (nicht etwa: als psychisches bzw.

² Vgl. Luhmann, N., Der medizinische Code, in ders., Soziologische Aufklärung 5, Konstruktivistische Perspektiven, Opladen 1990, S.183-217, hier S.184. Vgl. als Beispiele für Analysen von Funktionssystemen Luhmann, N., Macht, Stuttgart 1975; ders., Funktion der Religion, Frankfurt a.M. 1977; ders./Schorr, E., Reflexionsprobleme im Erziehungssystem, Stuttgart 1979; ders., Die Wirtschaft der Gesellschaft, Frankfurt a.M.1988; ders., Liebe als Passion, Zur Codierung von Intimität, Frankfurt 1982; ders., Die Wissenschaft der Gesellschaft, Frankfurt a.M. 1990. Siehe ferner auf eher handlungstheoretischen Grundlage Mayntz, R., Funktionelle Teilsysteme in der Theorie sozialer Differenzierung, in: dies. et al., Differenzierung und Verselbstständigung: Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme, New York - Frankfurt a.M. 1988, S.11-44.

³ Vgl. Fuchs, P., Die Theorie der Systemtheorie – erkenntnistheoretisch, in: Jetzkowitz, Jens/Stark, Carsten (Hrsg.), Soziologischer Funktionalismus. Zur Methodologie einer Theorietradition. Opladen, 2003, S.205-218, auch enthalten in ders., Theorie als Lehrgedicht, Systemtheoretische Essays I (hrsg. v. Marie-Christin Fuchs), Bielefeld 2004.

⁴ Es ist ganz auffällig, daß Luhmann in dem zitierten Aufsatz (S.184) zwar darauf insistiert, daß das System der Krankenbehandlung ein Funktionssystem sei, aber ungewöhnlich nachlässig mit der Konstruktion des Problems umgeht, als dessen Lösung es erscheint. „Man müßte sagen: niemand könne außerhalb des Systems der Krankenbehandlung gesund werden – es sei denn unbemerkt und von selber.“ (ebenda) Das Verblüffende daran ist, daß niemand in diesem System ist, daß es also fast so aussieht, als hätte Luhmann an dieser Stelle seine eigene Theorie vergessen.

somatisches) Problem auf der Ebene der Gesellschaft situierbar ist, also weder auf der Ebene der Interaktion noch auf der Ebene der Organisation bearbeitet wird. Dieses Problem kann demnach – jedenfalls prima vista – nicht das der Gesundheit oder Krankheit von Körpern sein, da Sozialsysteme keine erkrankungsfähigen ‚Substanzen‘ beinhalten, keine Knochen, kein Blut, kein Fleisch, kein Zwerchfell. Fraglos ist zwar, daß Krankheit, daß Gesundheit zum Thema von Kommunikation werden kann⁵, aber soviel ist sicher: Sozialsysteme haben selbst keinen Schnupfen.

Anders formuliert: Es hat durch die bekannte Geschichte der Menschheit immer die Tätigkeit der Krankenbehandlung gegeben⁶, aber erst in der späten Neuzeit beginnt die Ausdifferenzierung eines autopoietisch geschlossenen Funktionssystems ‚Gesundheit‘, und die damit verknüpfte Annahme ist, daß dieses System (dieser Ausdruck: Gesundheitssystem) nicht nur und einfach für die massenhafte (demographischen Faktoren geschuldete) Vermehrung von Krankenbehandlungen einsteht, nicht einfach nur die Bezeichnung für die Augmentation bis dahin eher da und dort anfallender Krankenbehandlungstätigkeiten ist oder auch nur der Titel einer Mega-Organisation von Organisationen. Wir vermuten stattdessen, daß dieses System als Effekt eines Problems interpretiert werden kann, daß mit und im Gefolge der funktionalen Differenzierung selbst auftritt. Wenn man dieser Vermutung nachgeht, steht heuristisch die Frage im Zentrum, was sich im Zuge funktionaler Differenzierung, also im Übergang von Stratifikation zu dieser Differenzierungsform, so ändert, daß das Gesundheitssystem als problembearbeitende Instanz gewissermaßen ‚nachentwickelt‘ wird.⁷

Die erste einschneidende Veränderung betrifft die Regulierungsmodi von Inklusion/Exklusion.⁸ In der vormodernen Gesellschaft wird Inklusion samt ihrem Schatten, der Exklusion, schichtförmig exerziert. Die Individuen sind qua Geburt Schichten zugeordnet, eng geschnittenen Sozialformationen also, in deren Rahmen sämtliche ‚Lebens-

⁵ Bis zum Exzeß, wie mir scheint, gerade in Deutschland.

⁶ Vgl. dazu das Kapitel ‚Historisches System‘ in: Steinebrunner, B., Die Entzauberung der Krankheit, Vom Theos zum Anthropos – Über die alteuropäische Genesis moderner Medizin nach der Systemtheorie Niklas Luhmanns, Frankfurt a.M. et al. 1987, S.135-290.

⁷ Siehe zur Idee solcher Nachentwicklungen oder sekundärer Primärsysteme Fuchs, P. (zusammen mit Dietrich Schneider), Das Hauptmann-von-Köpenick-Syndrom, Überlegungen zur Zukunft funktionaler Differenzierung, in: Soziale Systeme, H.2, 1995, S.203-224; ders., Systemtheorie und Soziale Arbeit, in: Roland Merten (Hrsg.), Systemtheorie sozialer Arbeit, Neue Ansätze und veränderte Perspektiven, Opladen 2000, S.157-175. Ein Vergleichsfall für solche Systeme wäre nicht nur soziale Arbeit, sondern auch etwa: das System des Leistungssports. Vgl. Bette, K.-H., Systemtheorie und Sport, Frankfurt a.M. 1999.

⁸ Siehe zum Theoriehintergrund Luhmann, N., Inklusion und Exklusion, in ders., Soziologische Aufklärung 6, Die Soziologie und der Mensch, Opladen 1995, S.237-264. (Auch als unautorisierte Fassung in: Berding, H. (Hrsg.), Nationales Bewußtsein und kollektive Identität, Studien zur Entwicklung des kollektiven Bewußtseins der Neuzeit 2, Frankfurt a.M. 1994, S.15-45); Stichweh, R., Inklusion in Funktionssysteme der modernen Gesellschaft, in: Mayntz, R. et al., Differenzierung und Verselbständigung: Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme, New York - Frankfurt a.M. 1988, S.261-293; Fuchs, P./Buhrow, D./Krüger, M., Die Widerständigkeit der Behinderten. Zu Problemen der Inklusion/Exklusion von Behinderten in der ehemaligen DDR, in Fuchs, P./Göbel, A. (Hrsg.), Der Mensch - Das Medium der Gesellschaft, Frankfurt a.M. 1994, S.239-263; Lehmann, M., Inklusion, Beobachtungen einer sozialen Form am Beispiel von Religion und Kirche, Frankfurt a.M. 2002. Siehe zum Zusammenhang von Inklusion/Exklusion und der Adressabilitätstheorie Fuchs, P., Adressabilität als Grundbegriff der soziologischen Systemtheorie, in: Soziale Systeme, Jg.3, H1., 1997, S.57-79; ders., Moderne Identität - im Blick auf das europäische Mittelalter, in: Alois Hahn/Herbert Willems (Hrsg.), Identität und Moderne, Frankfurt a.M. 1999, S.273-297. Vgl. auch die materialreichen Beiträge in: Gestrinch, A./Raphael, L. (Hrsg.), Inklusion/Exklusion, Studien zur Fremdheit und Armut von der Antike bis zur Gegenwart, Frankfurt a.M. 2004.

führungserfordernisse' mehr oder minder ausreichend bedient werden. Exklusion ist dann wesentlich: Fallen aus der Schicht, genauer aus dem Stratifikationsbereich in den Bezirk ‚absoluter' Exklusion, in dem es *ni lieu ni feu* gibt, weder Herd noch Heimstatt.⁹ Funktionale Differenzierung zerschlägt diese Schichtordnung und transformiert deren hierarchisches Prinzip zugunsten einer Pluralität autonom operierender Primärsysteme wie etwa Wirtschaft, Recht, Politik, Wissenschaft, Kunst, Religion, deren jedes *eine* soziale Funktion als Solitär exekutiert.

Die Gesellschaft wird damit polykontextural, heterarch, hyperkomplex. Die Folge ist, daß gesellschaftliche Inklusion nicht mehr in einem schmal gefaßten Sozial-Arrangement wie der Schicht vollzogen wird, sondern auf der Basis einer Funktionssystem-Dislokation, eines heterarchen Sets von Instanzen, die kompossibel, aber nicht mehr: hierarchisierbar sind. Das bedeutet: Die Individuen, die die relevante Umwelt sozialer Systeme darstellen, werden, wie man vielleicht sagen kann, *multipel* adressiert.¹⁰ Sie sind für die Gesellschaft nicht mehr ‚flache', schichtintern konstruierte soziale Adressen¹¹, sondern ‚seltsame Verteilungsmuster'. Die *eine* Adresse wird gleichsam prismatisch aufgefächert, sie wird: rhizomatisch.¹² Sie hat nicht mehr einen ‚Quellpunkt', sondern viele ‚Ursprünge', keinen heiligen Grund mehr (Hierarchie), sondern eine Pluralität heterogener Gründe (Heterarchie). Sie wird fragmentarisch im Sinne der Romantik und ist nicht mehr aufrundbar zu der *einen* Identität.¹³ Sie ist allenfalls ‚vertäut' am Eigennamen.¹⁴

Etwas anders gewendet: Die ‚numerische' EINS der Person wird nicht mehr garantiert durch die Schicht.¹⁵ Sie muß von woandersher bezogen werden. Der Eigenname, der so

⁹ Fuchs, P., Weder Herd noch Heimstatt - Weder Fall noch Nichtfall. Doppelte Differenzierung im Mittelalter und in der Moderne, in: Soziale Systeme, Zeitschrift für soziologische Theorie, H.2, 1997, S.413-437.

¹⁰ Hier würde ich den *horror plenitudinis* verorten. Vgl. zu diesem Schema als Ausdruck der Kommunikationskrise im Übergang zur funktionalen Differenzierung (insbesondere Frühromantik) Frühwald, W., Die Idee kultureller Nationenbildung und die Entstehung der Literatursprache in Deutschland, in: Dann, O. (Hrsg.), Nationalismus in vorindustrieller Zeit, München 1986, S.129-141, hier S.130ff.

¹¹ Ausdrücklich sei vermerkt, daß die Adresse hier als soziale Struktur genommen wird. Nur deswegen ist eine Problemkonstruktion möglich, die sich auf Sozialität richtet.

¹² Etwa in dem Sinne, den Deleuze, G./Guattari, F., Tausend Plateaus, Kapitalismus und Schizophrenie, Berlin 1997 (Mille plateaux Paris 1980) dem Wort ‚Rhizom' gebe. Vgl. auch die einschlägigen Kapitel in Fuchs, P., Die Metapher des Systems, Studie zur allgemein leitenden Frage, wie sich der Tanz vom Tänzer unterscheiden lasse, Weilerswist 2001. Siehe ferner Wartenpfehl, B., Dekonstruktion von Geschlechtsidentität, Transversale Differenzen, Eine theoretisch-systematische Grundlegung, Opladen 2000, S.156ff.

¹³ Siehe zum romantischen Fragmentarismus Neumann, G., Ideenparadiese, Untersuchungen zur Aphoristik von Lichtenberg, Novalis, Friedrich Schlegel und Goethe, München 1976; Mennemeier, F., Fragment und Ironie beim jungen Friedrich Schlegel, Versuch der Konstruktion einer nicht geschriebenen Theorie, in: Peter, K. (Hrsg.), Romantikforschung seit 1945, Königstein/Ts. 1980, S.229-250. Siehe zum Fragment als ästhetischen Leitbegriff der Moderne Ostermann, E., Der Begriff des Fragments als Leitmetapher der ästhetischen Moderne, in: Behler, E. et al. (Hrsg.), Athenäum, Jahrbuch für Romantik, Jg.1. 1991, Paderborn - Wien - München - Zürich 1991, S.189-205. Siehe auch Fuchs, P., Die Form romantischer Kommunikation, in: Behler, E. et al. (Hrsg.), Athenäum, Jahrbuch für Romantik, Jg.3, Paderborn, München, Wien, Zürich 1993, S.199-222. Vgl. dazu, daß psychische Systeme immer nur ‚fragmentarisiert' sozial vorkommen, als Person, Rolle etc., schon früh Parsons, T., Systematische Theorie in der Soziologie. Gegenwärtiger Stand und Ausblick, in: Jonas, F., Geschichte der Soziologie, Bd. IV, Hamburg 1969, S. 246-260, hier S.253ff. Siehe für den weiteren Zusammenhang auch Parsons, T., Durkheim's Contribution to the Theory of Integration of Social Systems, in: ders., Sociological Theory and Modern Society, New York 1967, S.3-34, hier S.7f.

¹⁴ Vgl. zu dieser Metapher des Vertäuens Benjamin, W., Goethes Wahlverwandtschaften, in: ders.: Gesammelte Schriften (hrsg. v. Tiedemann, R./Schweppenhäuser, H.), Frankfurt a.M. 1980, Bd.I, S.291.

¹⁵ Auch hier wichtig: In dieser Theorie ist *die* Person kein Mensch, sondern ein Sonderfall der sozialen Adresse. Vgl. zu Person Luhmann, N., Die Form "Person", in: ders., Soziologische Aufklärung 6, Die Soziologie und der Mensch,

etwas ist wie der *anchoring point* der nun multiplen (polykontexturalen) sozialen Adresse, bedarf eines externen Gegenhalts, mithin selbst einer ‚Vertäuung‘ oder ‚Verankerung‘, und wir nehmen an, daß in diese Funktion die *Körper der Menschen* einrücken. Sie werden im Zuge der Ausdifferenzierung der modernen Gesellschaft ‚Orte‘ der *Unsicherheitsabsorption*, quasi-ontologische Widerlager mehr und mehr ‚rhizomartiger‘ sozialer Adressen.¹⁶

Man kann sich den Vorgang auch verdeutlichen, wenn man davon ausgeht, daß alle sozialen Systeme (durch alle Zeiten) irgendwie ihr Verhältnis zu Körpern kalibrieren müssen. Die Bedingung der Möglichkeit solcher Systeme sind externe, zumeist lebende, körpergestützte, (deshalb undurchsichtige) Prozessoren, oder spitz formuliert: ohne Körper keine *Interpenetration*¹⁷, keine Zufuhr von Komplexität, keine doppelte Kontingenz. Unter der Bedingung funktionaler Differenzierung übernehmen dann – so die These – die Körper die Zusatzaufgabe der eben skizzierten Unsicherheitsabsorption. Sie sind in dieser Funktion *sozial* (wenn man denn dieses Wort steigern könnte) unverzichtbarer, als sie es zuvor waren, aber eben deswegen auch: krisenanfälliger. Oder anders: Krisen der Körper wirken sich auf die Konstruktion der sozialen Adresse aus.

Dieser Gedanke wird verständlicher, wenn man sich zunächst klar macht, daß die Form funktionaler Differenzierung etwas erzwingt, das man *virtuelle Voll-Inklusion* nennen könnte. Gemeint ist, daß jeder Mensch in der Umwelt durchgesetzter funktionaler Differenzierung durch alle Funktionssysteme *potentiell* adressiert werden können muß.¹⁸ Er ist unter der Voraussetzung, daß die Schichtordnung zerbrochen ist, als relevant für sämtliche Funktionssysteme markierbar. Nicht (oder nur unter Sonderbedingungen) kommunikabel ist die Einschränkung von Adressabilität. Die Begleitsemantik der

Opladen 1995, S.142-168 (auch in: Soziale Welt 42, 1991, S.166-175); Fuchs, P., Der Eigen-Sinn des Bewußtseins, Die Person, die Psyche, die Signatur, Bielefeld 2003. "Was sich der numerischen Identität seiner selbst in verschiedenen Zeiten bewußt ist, ist sofern eine Person.", formuliert Kant, I., Kritik der reinen Vernunft, transzendente Dialektik, 2. Buch, 3. Paralogismus.

¹⁶ Es ist interessant, daß die Diagnose dieses Umstandes auf die Idee führen kann, daß das Bewußtsein gegenüber dem Leibe ein zweitrangiges, ein Phänomen der Zweit-Wichtigkeit sei. Das Geistige sei abgeleitet. Es "ist als Zeichensprache des Leibes festzuhalten." Nietzsche, F., Nachgelassene Fragmente, in: Friedrich Nietzsche, Sämtliche Werke, Kritische Studienausgabe in 15 Bänden (hrsg.) von Giorgio Collo und Mazzino Montinari, München – Berlin – New York 1980, Bd.10, S.285. Vgl. auch Bette, K.-H., Körperspuren, Zur Semantik und Paradoxie der modernen Körperlichkeit, Berlin - New York 1989; Butler, J., Das Unbehagen der Geschlechter, Frankfurt a.M. 1991; dies., Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts, Berlin 1995; Sennett, Richard, Fleisch und Stein, Der Körper und die Stadt in der westlichen Zivilisation, Frankfurt a.M. 1997.

¹⁷ Siehe zum Begriff Interpenetration (in der Parsons'schen Fassung) Jensen, St., Interpenetration - Zum Verhältnis personaler und sozialer Systeme, in: ZfS 7, 1978, S.116-129; Münch, R., Über Parsons zu Weber: Von der Theorie der Rationalisierung zur Theorie der Interpenetration, in: ZfS 9, 1980, S.18-53. Siehe direkt zum Parsons'schen Begriff Luhmann, N., Interpenetration bei Parsons, ZfS 7, 1978, S.299-302. Wir beziehen uns hier auf Luhmann, N., Interpenetration: Zum Verhältnis personaler und sozialer Systeme, in: ZfS 6, 1977, S.62-76, ferner auf das Kapitel "Interpenetration" in Luhmann 1984, a.a.O., S.286-345. "Im Bereich der Intersystembeziehungen soll der Begriff Interpenetration einen engeren Sachverhalt bezeichnen, der vor allem von Input/Output-Beziehungen (Leistungen) unterschieden werden muß. Von *Penetration* wollen wir sprechen, wenn ein System die eigene *Komplexität* (und damit: Unbestimmtheit, Kontingenz und Selektionszwang) *zum Aufbau eines anderen Systems zur Verfügung stellt*. In genau diesem Sinn setzen soziale Systeme '**Leben**' voraus. *Interpenetration* liegt entsprechend dann vor, wenn dieser Sachverhalt wechselseitig gegeben ist, wenn also beide Systeme sich wechselseitig dadurch ermöglichen, daß sie in das jeweils andere ihre vorkonstituierte Eigenkomplexität einbringen." (S.290, fette Hervorhebung durch mich, P.F.).

¹⁸ Das darf keinesfalls mißverstanden werden als normative Forderung. Es geht nur darum, daß Exklusion aus einem Funktionssystem nicht zurückgreifen kann auf äquivalente operierende Systeme.

(Chancen)Gleichheit ist hinlänglich bekannt und auch, daß die bürgerliche Revolution die Losung ‚Gleichheit, Freiheit, Brüderlichkeit‘ ausgegeben hat, mit der das moderne Prinzip der Inklusion plakatiert und als Legitimitätsformel funktionaler Differenzierung instituiert wird.¹⁹

Wenn und insoweit diese potentielle Komplettdressabilität an Zurechnungen auf die Körper, auf die numerische, durch den Körper garantierte EINS der Adresse angewiesen ist, erweist sich Krankheit nicht mehr nur als eine individuelle Störung der Körper, die sich durch ‚Heiler/innen‘ jedweder Provenienz behandeln läßt. Sie ist immer zugleich eine Bedrohung jener virtuellen Voll-Inklusion, eine Bedrohung, der dann durch die ‚Nach-Evolution‘ eines Systems begegnet wird, das – auf anderem Felde als Soziale Arbeit, aber in vielen Hinsichten mit ihr vergleichbar – diese Virtualität der Komplettdressabilität stabilisiert oder ‚re-animiert‘ oder präventiv deren Gefährdung zu verhindern sucht: durch antizipative Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge.²⁰ Dieses System proliferiert schließlich so massiv, daß es von seinen Anfängen an bis heute nicht nur Krankheiten an Körpern identifiziert, sondern mehr und mehr Krankheiten ‚erfindet‘, auf die es dann reagieren kann, im Sinne eben einer (fatalen) Proliferation, die für alle Funktionssysteme typisch zu sein scheint.

Faßt man diese Überlegungen zusammen, ergibt sich die These, daß das Gesundheitssystem als ‚Lösung‘ des Problems gedeutet werden kann, *wie* sich die von Körpern abhängige Unsicherheitsabsorption (im Blick auf die Garantie der numerischen EINS der polykontextualen sozialen Adresse) und die damit verknüpfte Möglichkeit der Komplettdressabilität (Voll-Inklusion) aufrechterhalten läßt, obwohl diese Körper (plus sozusagen angeschlossener Psychen) erkranken können.

II

Wenn wir es tatsächlich mit einem Funktionssystem zu tun haben, das üblicherweise ‚Gesundheitssystem‘ genannt wird²¹, darf man annehmen, daß es auch über ein *symbolisch generalisiertes Kommunikationsmedium* verfügt.²² Solche Medien sind Selekti-

¹⁹ Vgl. Fuchs, P., Das Phantasma der Gleichheit, in: Merkur 570/571, 1996, S.959-964.

²⁰ Ich denke, die Schwierigkeiten der Medizin mit terminalen Erkrankungen (aber auch mit der Irreversibilität von Behinderungen) rühren daher, daß all dies am Rande des Systems auch auftaucht, aber gar nicht in den Kontext der Funktionsbedienung gehört. Der Tod ist ultimate Exklusion. Zur Prävention vgl. die umfangreiche, auf Systemtheorie gegründete Studie von Hafen, M., Systemische Prävention, Grundlagen für eine Theorie präventiver Maßnahmen, Heidelberg 2005.

²¹ Bezeichnenderweise wird dieses System auch von systemtheoretischen Laien bei diesem Namen genannt.

²² „Als symbolisch generalisiert wollen wir Medien bezeichnen, die Generalisierungen verwenden, um den Zusammenhang von Selektion und Motivation zu symbolisieren, das heißt: als Einheit darzustellen. Wichtige Beispiele sind: Wahrheit, Liebe, Eigentum/Geld, Macht/Recht; in Ansätzen auch religiöser Glaube, Kunst und heute vielleicht zivilisatorisch standardisierte ‚Grundwerte‘. Auf sehr verschiedene Weise und für sehr verschiedene Interaktionskonstellationen geht es in allen diesen Fällen darum, die Selektion der Kommunikation so zu konditionieren, daß sie zugleich als Motivationsmittel wirken, also die Befolgung des Selektionsvorschlages hinreichend sicherstellen kann. Die erfolgreichste/folgenreichste Kommunikation wird in der heutigen Gesellschaft über solche Kommunikationsmedien

onsverstärker, insofern sie die Wahrscheinlichkeit erhöhen, daß an sich unwahrscheinliche Sinnzumutungen von denjenigen, denen sie gelten, übernommen werden. Kommunikation eröffnet²³ in jedem Moment die Schere zwischen Akzeptanz bzw. Ablehnung durch sie mitgeteilter Sinnofferten. Wenn die Ablehnung erwartbar, gar wahrscheinlich ist, differenzieren ebenjene Medien aus, die die Unwahrscheinlichkeit der Akzeptanz systematisch vermindern.²⁴ Es geht mithin um ‚Verwahrscheinlichungsmedien‘ wie Geld, Macht, Wahrheit, Schönheit, Glaube etc., und entsprechend wird die Antwort auf die Frage, ob auch das Gesundheitssystem ein solches Medium entwickelt (oder besser: sich mit ihm entwickelt) habe, davon abhängen, daß es gelingt, die spezifische Unwahrscheinlichkeitskonstellation zu ermitteln, die durch das systemeigene Medium ‚entverunwahrscheinlicht‘ wird.

Nun kann man nicht auf Anhieb sehen, daß Krankenbehandlung in Zusammenhang gebracht werden könnte mit einer derartigen Unwahrscheinlichkeits-Konstellation. Körperstörungen (und Störungen der mit dem Körper verknüpften Psyche) sind ja in gewisser Weise selbst-überzeugend.²⁵ Sie wirken unmittelbar als Motive, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Und daß geholfen wird, ist hinlänglich erwartbar, wenn man ‚Geld‘ oder vergleichbare Entgelte (Opfergaben etwa in einer Iatro-Theologie) einsetzt. Die Unwahrscheinlichkeit, die zu überbrücken wäre, scheint einzig die Aussicht auf ein ‚Etwas erdulden-müssen‘ zu sein, wie es im Wort ‚Patient‘ schon ausgedrückt ist, die Zumutung auch, den Körper in Nicht-Intim-Situationen ‚offenzulegen‘ zu sollen, oder die andere Zumutung, Behandlungen fortzusetzen, wiewohl man sich nicht mehr krank fühlt, bzw. Krankheiten vorzubeugen, die man (noch) nicht hat. Aber diese Zumutungen sind, wie man annehmen kann, durch den ‚Leidensdruck‘ der Krankheit selbst: akzeptabel. Es ist alles andere als unwahrscheinlich, daß Unannehmlichkeiten der Behandlung spätestens im Fall des Auftretens von Schmerzen als unausweichlich hingenommen werden.²⁶ Das System bedürfte demnach, theoretisch gesehen, keines eigenen Mediums, durch die es seine Selektionen im Blick auf Akzeptanz verstärken müßte. Es hätte so etwas wie ein ‚natural‘ wirksames Medium, das vollkommen ausreicht, um zu erklären,

abgewickelt, und entsprechend werden die Chancen zur Bildung sozialer Systeme auf die entsprechenden Funktionen hindirigiert.“ Luhmann 1984, a.a.O., S.222. Vgl. aber zur Annahme, daß das Gesundheitssystem kein eigenes Medium habe ausdifferenzieren können (wegen des Fehlens einer symbiotischen Mechanik) Bauch, J., Gesundheit als sozialer Code, Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft, Weinheim – München 1996, S.163ff. et passim.

²³ A.a.O., S.204, formuliert Luhmann, daß Kommunikation diese Möglichkeit ‚co-provoziert‘, daß also diese Alternative nicht Moment der Kommunikation selbst ist.

²⁴ „Annehmen und Ablehnen einer zugemuteten und verstandenen Selektion sind aber nicht Teil des kommunikativen Geschehens; es sind Anschlußakte. In der Kommunikation selbst ist der Gegensinn nur latent mitgegeben, nur als abwesend anwesend. Die Einheit der Einzelkommunikation ist, in dynamischer Hinsicht gesehen, nichts weiter als Anschlußfähigkeit. Sie muß Einheit sein und bleiben, damit sie in anderer Form wieder Differenz werden kann, nämlich Differenz von Annehmen und Ablehnen. Und auch die Frage, ob jemand die mitgeteilte Information als Prämisse seines eigenen Verhaltens übernimmt oder nicht, stellt sich nur im Hinblick auf weiteres Geschehen. Es sind dies die Selektionen, mit denen die Kommunikation ihre Umwelt beeinflußt und/oder in sich selbst zurückkehrt. Zur Kommunikation gehört, daß sie eine soziale Situation schafft, die solche Anschlußentscheidungen erwarten läßt.“ Luhmann 1984, a.a.O., S.204.

²⁵ Vgl. zum Argument Luhmann, N., Medizin und Gesellschaftstheorie, in: Medizin Mensch Gesellschaft 8, 1993, S.168-175.

²⁶ Niemand hätte sich auf einem mittelalterlichen Marktplatz unter barbarischen Begleitumständen Zähne ‚reißen‘ lassen ohne den Druck qualvollster Dauerschmerzen.

auf welche Weise die Annahmewahrscheinlichkeit von Selektionsofferten gesteigert wird, die dem Adressaten zunächst Unannehmlichkeiten anbieten.

Anders sieht das aus, wenn man die Unwahrscheinlichkeit nicht im Ansinnen einer Krankenbehandlung mit unangenehmen Begleiterscheinungen sucht, sondern darin, daß die Medizin mit ihrer progredienten Verwissenschaftlichung und Technifizierung einen besonderen Verlust erzeugt, nämlich den eines *einleuchtenden Zusammenhanges zwischen erlebter Krankheit und den darauf applizierten Diagnose- und Therapietechniken*. Die Terminologie der Medizin, der Pharmazie, der medizinischen Technologie hat sich im Zuge der Szientifizierung der Medizin abgekoppelt von lebensweltlichen Evidenzen.²⁷ In der *reductio ad corporem*, um die das Gesundheitssystem ersichtlich nicht herumkommt, gibt es zwar noch (allgemeine) Erklärungen dessen, womit der Patient zu rechnen hat, aber nicht mehr oder nur selten die Möglichkeit, den gesamten Horizont der therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen (chemisch, physikalisch, technisch) zu explizieren.

Anders ausgedrückt: In der Kommunikation zwischen Arzt und Patient tritt typisch eine Asymmetrie auf, in der für den Patienten ein großer Teil der prinzipiell möglichen Informationen (die zu verstehen ja ein eigenes Studium erfordert) systematisch abgedunkelt werden muß.²⁸ Man könnte auch sagen: Die Kommunikation wird ‚einseitig informationsraffend‘.²⁹ Sie wirkt im selben Zug *de-individualisierend*, insofern diese Informationsraffung nur möglich ist, wenn die Patienten ‚Fälle-von ...‘ werden.³⁰ Genau darin, in dieser de-individualisierenden, informationsgerafften Kommunikation, findet sich das gesuchte Unwahrscheinlichkeitsproblem, und zwar, wenn man an die Funktion des Systems denkt, just in dem Kontext, in dem es um die *Sicherung der Individualisierung sozialer Adressen* geht.

Es liegt auf der Hand, daß Krankheit (als Motivator ohnehin geeignet und lange vor der Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems gleichsam im Betrieb) auch hier die Funktion des Selektionsverstärkers flächendeckend übernehmen kann. Wir gehen jedenfalls davon aus, daß es vollkommen plausibel ist, daß *Krankheit als symbolisch generalisiertes Kommunikationsmedium des Gesundheitssystems* fungiert. Vergleichsfälle wären Schönheit im Kunstsystem, Glauben im Religionssystem, Wahrheit im Wissenschaftssystem, Liebe in Systemen der Intimität, Macht in der Politik etc. Die Frage ist dann, welche Form dieses Medium in der Moderne angenommen hat. Krankheit als symbo-

²⁷ Dies mag einer der Gründe sein, warum sich parallel zum Gesundheitssystem ‚Heilerszenen‘ ausdifferenzieren, die einen eigenen (oft esoterisch gefärbten) Kommunikationsstil pflegen.

²⁸ Siehe für einen anderen Fall dieser Abdunkelung Fuchs, P., Dionysos im System, Ms. Travenbrück 2005 (im Druck). Vgl. zum professionstheoretischen Hintergrund dieser Überlegungen Stichweh, R., Professionen und Disziplinen – Formen der Differenzierung zweier Systeme beruflichen Handelns in modernen Gesellschaften, in: Harney, K. (Hrsg.), Professionalisierung der Erwachsenenbildung, Fallstudien, Materialien, Forschungsstrategien, 1987, S.210-275.

²⁹ Vgl. zu diesem Ausdruck Günther, G., Bewußtsein als Informationsraffer, in: Grundlagenstudien aus Kybernetik und Geisteswissenschaften 10, 1969, S.1-6.

³⁰ Es wundert dann nicht, daß es deutliche Versuche der Re-Symmetrisierung dieser Verhältnisse gibt, von der Forderung etwa zu ausgedehnter Kommunikation zwischen Arzt und Patient bis hin zum Ansinnen einer ‚ganzheitlichen‘ Medizin, die auch das noch im Auge behalten soll, was nicht unter einen ‚Fall-von ...‘ fällt. Man könnte also auch von Strategien einer Re-Individualisierung sprechen.

lisch generalisiertes Kommunikationsmedium ist ja gerade nicht ein Körperzustand wie Schnupfen, sondern eben: eine symbolische Generalisierung, was nichts weiter bedeutet: als die Ausstattung spezifischer Kommunikation mit Symbolen, die generell (also hoch abstrakt) verwendbar sind, um die Selektionsleistungen des Gesundheitssystem unter wechselnden Umweltbedingungen akzeptabel zu machen. Die Form des Mediums muß den Zusammenhang von Motivation und Selektion symbolisieren (d.h. als Einheit darstellen) und in verschiedensten Situationen plausibel darstellen können.

Anders ausgedrückt, das Gesundheitssystem (als Sozialsystem) kann Erkrankungen (aktuelle oder zukünftige) der Körper nicht selbst kommunikativ einsetzen. Es bedarf eines kommunikativ prozessierbaren ‚Formulars‘, durch das Selektion und Motivation (in beiden Richtungen: für das System selbst wie für seine Umwelt) kombiniert werden. Die Vermutung ist, daß dieses ‚Formular‘ die (dokumentierte) *Diagnose* ist, in anderen Worten: die Kommunikation von ‚*Befunden*‘.³¹ Das System inkludiert seine Klientel über Befunde, über nichts sonst, und es nutzt den positiven Befund (diese Selektion, die zu einer Fülle von weiteren Selektionen führt)³² zur Konditionierung von Anschlüssen im System auf einer Bandbreite von Therapie bis hin zur Verwaltung der durch Befunde anfallenden Zahlungen (Krankenkassen), und es schließt jeden aus, der ohne Befund ist, aber dann genau durch den Befund, daß es sich so verhält.³³

So seltsam, ja bizarr es klingt: Die Operation des Gesundheitssystems ist nicht: Krankenbehandlung, denn genau das wäre keine kommunikative Operation. Es würde mir gefallen zu sagen: Das symbolisch generalisierte Kommunikationsmedium *Krankheit* nimmt im Prozeß der Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems die Form jener dokumentierter Formulare, eben der ‚Befunde‘ an. Dazu würde es passen, die entsprechende spezifische Kommunikation des Systems (die es nur hier, nirgends sonst gibt) *Befinden* (das Dokumentieren und Weiterverwenden von Diagnosen) zu nennen, an das sich dann die vielfältigen Programme des Systems anschließen lassen. Aber das wird einleuchtender, wenn man die weitere Analyse auf den Code des Mediums, damit des Systems bezieht.³⁴

III

³¹ Diesen Ausdruck schlägt Norbert Eszlinger in einem Beitrag zur Luhmannliste des Internets vom 28.10.05 vor. Er ergänzt seinen Vorschlag um die von mir jetzt übernommene These, daß ‚o.B.‘ ebenfalls ein Befund ist.

³² Ich komme darauf bei der Code-Frage zurück.

³³ Die Feststellung des Nicht-Befundes gehört also in die Operativität des Systems, und der Sonderfall wäre dann, zukünftig mögliche Befunde in die Gegenwart einzubeziehen: als Prävention. Vgl. noch einmal Hafen 2005, a.a.O. Als Privatpatient, nebenbei bemerkt, habe ich den Eindruck, daß ich keine Praxis mehr befundfrei verlasse.

³⁴ Denn Code sind nichts ‚Neben-Mediales‘. Codes sind also nichts ‚Neben-Mediales‘. Sie gehören in den Kontext der Ausdifferenzierungen von Medien. Vgl. Luhmann, N., Die Gesellschaft der Gesellschaft, Bd.I, Frankfurt a.M. 1997, S.360.

Code sind binäre Figuren (Schemata), die jeweils einen positiven Wert seiner Negation gegenüberstellen. Die Realität wird damit doppelt beobachtbar, insofern die mit dieser Figur beobachtete (erzeugte) ‚Region‘ jede Kommunikation (limitiert, i.e. bezogen auf zwei Werte) kontingent erscheinen läßt: als genau *entgegengesetzt* möglich. Funktionssysteme operieren zwar, wie sie operieren (sie geschehen als das, als was sie geschehen³⁵), sie sind, wie man sagen könnte, operativ (t)autopoietisch, aber sie enttautologisieren bzw. entparadoxieren sich durch die Etablierung einer binären Differenz, durch die ihre Welt sortierbar wird: nach dem, was dazugehört, was nicht dazugehört – *im* System.³⁶ Beispiele für solche Einrichtungen sind wahr/unwahr (Wissenschaft), Recht/Unrecht (Recht), Immanenz/Transzendenz (Religion), Innehaben von Ämtern/Nicht-Innehaben von Ämtern bzw. Regierung/Opposition (Politik), Wir-zwei/Rest-der-Welt (Intimität), schön/häßlich (Kunst) etc.

Wenn es sich beim Gesundheitssystem um ein Funktionssystem handelt, müßte also ein Code identifizierbar sein, der (passend zum Medium ‚Krankheit‘ in der beschriebenen Form) systemintern Negationsmöglichkeiten im Blick auf die Reproduktion der elementaren Einheiten des Systems unter Kontrolle hält.³⁷ Das Medium legt es nahe (und darin folgen wir der Einschätzung Luhmanns), die Unterscheidung von *krank/gesund* heranzuziehen.³⁸ Sie entspricht der operativen Differenz von *positivem Befund/negativem Befund*, wobei – man ist versucht zu sagen: listigerweise – die linke Seite der Unterscheidung (positiver Befund) der linken Seite des Codes (krank) entspricht. Das üblicherweise Negative (die Krankheit) ist angezeigt durch den positiven Befund.

Darin drückt sich ein seltsames *Präferenzmanagement* aus. Bei den meisten Funktionssystemen nämlich werden kommunikative Anschlüsse am bevorzugten Codewert angesteuert: lieber Haben als Nicht-Haben, lieber Recht als Unrecht, lieber Wahrheit als Unwahrheit, lieber schön als häßlich, lieber Regierung als Opposition, lieber Gewinnen als Verlieren etc. Der Code des Gesundheitssystems dagegen (darin vergleichbar etwa mit der Fall/Nicht-Fall-Unterscheidung der sozialen Arbeit) nimmt den negativen Wert (krank) als die positive Seite der Erwirtschaftung von Anschlüssen, passend dazu, daß ja auch Krankheit als symbolisch generalisiertes Kommunikationsmedium im System

³⁵ "In ... auf Wittgenstein zurückgehender Formulierung kann man ... sagen: Ein System kann nur sehen, was es sehen kann. Es kann nicht sehen, was es nicht sehen kann. Es kann auch nicht sehen, daß es nicht sehen kann, was es nicht sehen kann. Das verbirgt sich für das System 'hinter' dem Horizont, der für das System kein 'dahinter' hat. Das, was man 'cognized model' genannt hat, ist für das System absolute Realität. Es hat Seinsqualität, oder, logisch gesprochen: Einwertigkeit. Es ist, was es ist ..." Luhmann, N., *Ökologische Kommunikation, Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einlassen?*, Opladen 1986. S.52.

³⁶ Luhmann 1986, a.a.O., S.76f.

³⁷ Luhmann 1984, a.a.O., S.603.

³⁸ "Will man die Einheit einer Differenz thematisieren, ist es notwendig, beide Seiten der Unterscheidung zu bestimmen ... Die Einführung der Einheit einer Differenz in den Informationsgewinnungs- und Verarbeitungsprozeß erfordert also Einführung von Limitationalität als Bedingung der Ergiebigkeit von Operationen. Das vielleicht einfachste Verfahren läuft über Klassifikationen: Man unterscheidet eine Krankheit von anderen Krankheiten und kann nur deshalb, weil dies möglich ist, einen unbestimmbaren Gegenbegriff der Gesundheit akzeptieren, der seinerseits nicht in verschiedene Arten von Gesundheit aufgelöst werden kann. Mit Hilfe dieser Technik kann man über Differenzen als Einheiten disponieren, man kann also entscheiden, ob man sich mit Gesundheit/Krankheit oder mit etwas anderem befaßt ..." Luhmann 1984, a.a.O., S.597/598. Vgl. natürlich Luhmann, N., *Der medizinische Code*, in ders., *Soziologische Aufklärung 5, Konstruktivistische Perspektiven*, Opladen 1990, S.183-217.

eingesetzt wird.³⁹ Das System tastet die Welt ab auf Krankheiten, die es im Gang halten, und nicht auf ‚Gesundheiten‘, die es zu seiner eigenen Reproduktion nicht oder nur eingeschränkt (etwa im Kontext der Prävention) benötigt. Die Umwelt des Systems wird systemintern aufgesplittet durch den Code in das systemintern Bewirtschaftbare und das eben dadurch im System Ausgeschlossene.

Es überrascht bei dieser Art des Präferenzmanagements nicht, daß dieses System sich gleichsam selbst ‚monstruosierte‘.⁴⁰ Es baut sich seine Relevanzen über die Bezeichnung ‚krank‘ auf und proliferiert sich selbst anhand dieser Markierung.⁴¹

IV

Wenn Krankheit als symbolisch generalisiertes Kommunikationsmedium des Gesundheitssystems begriffen und entsprechend ‚krank/gesund‘ als Code, als Leitunterscheidung des Systems aufgefaßt werden kann, dann fragt sich, wie ‚Gesundheit‘ bzw. der negative Codewert ‚gesund‘ im System wirksam sind. Im Blick auf den Code könnte man sagen, daß dieser negative Wert die *implizite Teleologie* des Systems bezeichnet. Der für das System entscheidende Präferenzwert ‚krank‘ wird instruktiv dann, wenn mit seiner Markierung der Gegen- und Zielwert ‚gesund‘ appräsentiert wird: als ein in gewisser Hinsicht ‚leerer Begleiter‘⁴², als (mit jeder Designation des Positivwertes ‚krank‘ horizontartig angezeigter) ‚Reflexionswert‘, der in seiner ‚Nahezu-Bedeutungslosigkeit‘ dennoch das telos des Systems nennt: Gesundheit – oder negativ formuliert – die Erlösung von Krankheit, das ‚Heil‘, das im ‚Heilen‘ formuliert ist.

Es ist von dieser Überlegung her kein weiter Weg zum Begriff der *Kontingenzformel*. Solche Formeln negieren, wie man sagen könnte, die Negationsmöglichkeiten, die durch Sinngebrauch immer involviert sind: Jeder Sinn ist Sinn, weil er als Selektion vor dem Hintergrund anderer (im Moment in-aktueller) Selektionsmöglichkeiten erscheint, woraus folgt, daß schon im nächsten Moment der Sinnproduktion die gerade eben noch

³⁹ Ich vermute, daß diese Umkehrung der Präferenz ein typisches Merkmal nachentwickelter Systeme darstellt.

⁴⁰ Vgl. schon im Blick auf die Körper die Aufsätze in Hagner, M., *Der falsche Körper*, Beiträge zu einer Geschichte der Monstrosität, Göttingen 1995, und: Lachmund, J., *Der abgehorchte Körper*, Zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung, Opladen 1997. Dieser Vorgang kann auf die Idee führen, daß der Code evolutionär mehr und mehr ersetzt wird etwa durch lebenshinderlich/lebensförderlich. Vgl. dazu Bauch 1996, a.a.O., S.75ff. et passim. Ich bin eher skeptisch, da mir dieser Code keine operative Trennschärfe zu garantieren scheint. Das System würde sich umstellen auf ‚selbst-diffus‘. Nur am Rande sei erwähnt, daß ich hier das Monströse auch allusiv verstehe im Blick auf die Weise, wie Jacques Derrida dieses Wort auffaßt. Vgl. dazu Siehe Ansén, R., *Defigurationen*, Versuch über Derrida, Würzburg 1993 (Epistemata, Reihe Philosophie 140), S.9.

⁴¹ Für feine Theorieohren: Dies steht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Inklusions/Exklusions-Verhalten des Systems. Inklusion ist immer: Relevanzmarkierung im Blick auf eine soziale Adresse. Vgl. anregend dazu Markowitz, J., *Verhalten im Systemkontext*, Zum Begriff des sozialen Epigramms, Diskutiert am Beispiel des Schulunterrichts, Frankfurt a.M. 1986, S.54f. Er spricht dort von Relevanz-Proliferation bzw. Relevanz-Inkorporation.

⁴² Vgl. zu diesem Ausdruck Tsujimura, K., *Zur Differenz der All-Einheit im Westen und Osten*, in: Henrich, D. (Hrsg.), *All-Einheit, Wege eines Gedankens in Ost und West*, Stuttgart 1985, S.22-32, S.30f. et passim (bezogen auf Hôzo).

vorgenommene Selektion durch einen Aufgriff anderer Möglichkeiten aus dem Sinnhorizont negiert werden kann.⁴³ Das bedeutet, daß in der kommunikativen Praxis von Funktionssystemen damit gerechnet werden muß, „daß die Möglichkeit zu negieren als solche nicht negiert werden kann, aber in bestimmten Hinsichten doch laufend negiert werden muß.“⁴⁴ Es geht dann darum, „Symbole oder Symbolgruppierungen“ zu finden, durch die solche Systeme *Nicht-Negierbares* einführen, Notwendigkeiten, Unbestreitbarkeiten, die nicht verhandelbar sind und dadurch jene kommunikative Praxis instruieren: als nur so und nicht anders möglich.⁴⁵

Symbolgruppen dieser Art sind etwa *Knappheit* (Wirtschaft), *Gott* (Religion), *Gemeinwohl* (Politik), *Limitationalität* (Wissenschaft), *Normativität* (Recht), *Zufall der Begegnung* (Intimsystem) etc. Sie alle transformieren von der Sinnform her unkontrollierbare Kontingenzen in bestimmbar Kontingenzen.⁴⁶ Oder anders ausgedrückt: Sie sichern die ‚operative Einheit‘ der Codes für den Fall ab, daß diese Duale zuviel Kontingenzen (bzw. Negierbarkeit) aufnehmen und deswegen ein Bedarf entsteht an abstrakteren Orientierungen.⁴⁷

Wir wollen annehmen, daß die Kontingenzformel des Gesundheitssystems (System der Krankenbehandlung) *Gesundheit* selbst sei. Sie ist genau das, was im System nicht negiert werden kann oder dann, wenn es nicht mehr um Gesundheit geht wie etwa bei terminalen Erkrankungen oder irreversiblen Schädigungen (Behinderungen), zu erheblichen Schwierigkeiten führt, die systeminterne Kommunikation typenfest ablaufen zu lassen.⁴⁸ Es muß immer um Gesundheit gehen, was unter anderem die ‚Leere‘ des Begriffes erklärt: Es dürfte gar keine spezifizierbare Gesundheit geben, so wenig, wie etwa die Kontingenzformel ‚Gott‘ bestimmt werden kann.⁴⁹

Das theoretische Problem unserer These ist jedoch, daß diese Absicherung von Nicht-Negierbarkeit dem Code des symbolisch generalisierten Kommunikationsmediums ‚Krankheit‘ selbst entnommen ist. Die systemkonstitutive Unterscheidung krank/gesund ist es ja, die einerseits vor dem Einfall von Arbitrarität geschützt werden muß. Andererseits wird das symbolische Arrangement, das diesen Einfall verhindern soll als Institut der Negationsblockade, aus dem Code herausgezogen und damit Negationsmöglichkeiten ausgesetzt, die es gerade blockieren soll.

Allerdings schreibt die Theorie den Systemen, die mit ihrer Hilfe analysiert werden, nicht vor, was in ihnen möglich oder nicht möglich ist. Wir gehen davon aus, daß Systeme – mit einem Ausdruck Sigmund Freuds und *mutatis mutandis* – *polymorph pervers*

⁴³ Vgl. Luhmann, N., Funktion der Religion, Frankfurt a.M. 1982(2), S.201.

⁴⁴ Ebenda.

⁴⁵ Sucht man nach solchen Formeln, empfiehlt es sich, auf das zu achten, was mit Sicherheit im System nicht kommuniziert werden kann, ohne die implizite Teleologie des Systems zu gefährden.

⁴⁶ A.a.O., S.90.

⁴⁷ A.a.O., S. 200f.

⁴⁸ Die Schwierigkeit, die die Medizin mit terminalen Erkrankungen hat, ist bekannt. Bei Behinderung kann sie sich helfen, wenn sie festlegt, daß eine Behinderung keine Erkrankung ist, wohl aber der Schnupfen, mit dem sich ein Behinderter herumplagt.

⁴⁹ Deutlichster Beleg dafür ist die negative Theologie.

sind und daß der Kriterienkanon, mit dem wir gewöhnlich den Status von Systemen auf funktionale Systemik hin prüfen, eine Heuristik ist, die nicht garantiert, daß Abweichungen weggeblendet werden könnten, vor allem, wenn man es mit ‚nachentwickelten‘ Funktionssystemen zu tun hat, mit sekundären Primärsystemen, die selbst schon auf Probleme der funktionalen Differenzierung reagieren wie etwa Soziale Arbeit oder das System des Leistungsportes oder das System des Terrors.⁵⁰

Die oben skizzierte Deformation, daß die Kontingenzformel im Code selbst auftaucht oder ihm extrahiert wird, erklärt jedenfalls, warum das Gesundheitssystem keine eigene Reflexionsinstanz entwickeln konnte und in dieser Form wohl auch nicht kann. Reflexion würde, wenn sie sich auf das operative Dual des Systems bezieht, im selben Moment die Kontingenzformel ‚Gesundheit‘ durch Bestimmungsversuche kontingent setzen. Gesundheit darf nicht selbst begrifflich fixiert werden können, weil sie dann negierbar wäre. Sie muß – sozusagen: systemglobal – das implizite Telos des Systems *imponderabel* halten können. Sie markiert einen *inviolable level*, der – horizonthaft genommen – immer signalisiert, daß im Zentrum des Systems – obwohl es immer um Krankheit geht – die Befreiung von Krankheit steht, mithin alle Kontingenz abweisbar ist durch die Kontingenzformel: Gesundheit.⁵¹

V

Soziale Systeme müssen auf der Ebene des von ihnen prozessierten (körperlosen) Sinns ihr Verhältnis zum Körper (sozusagen: körperfrei) regeln. Dafür steht – neben der Theorie der Interpenetration – vor allem das Theoriestück der somatogenen Symbole, des *symbiotischen Mechanismus* ein.⁵² Dieser Mechanismus bezeichnet die Möglichkeit von Funktionssystemen, ihre jeweils basale Körperreferenz (die laufend mitgeführt, aber im Normalfall nicht explizit sein muß) auszunutzen, um Krisenlagen anzuzeigen, die das System nötigen, zu solchen Lagen ein kommunikatives Verhältnis zu entwickeln, also mit ‚Bordmitteln‘ die Autopoiesis des Systems auch dann fortzusetzen zu können, wenn sie bedroht ist. Beispiele wären dafür die Referenz auf Wahrnehmung (Wissenschaft), Sexualität (Intimsystem), körperliche Bedürfnisse (Wirtschaft), Gewalt (Politik), nervöse Irritabilität (Kunst) oder Sterblichkeit (Religion).

⁵⁰ Siehe zu diesem besonders instruktiven Fall Fuchs, P., Das System „Terror“, Versuch über eine kommunikative Eskalation der Moderne, Bielefeld 2004.

⁵¹ Selbst dann, wenn die Behandlung im Nebeneffekt zusätzlich krank macht. Im System kann nicht mitgeteilt werden, daß es krank machen will.

⁵² Vgl. Luhmann, N., Symbiotische Mechanismen, in: Otthein Rammstedt (Hrsg.), Gewaltverhältnisse und die Ohnmacht der Kritik, Frankfurt 1974, S. 107-131. Vgl. erneut zur Annahme, daß das Gesundheitssystem keinen Mechanismus dieser Art hat entwickeln können, Bauch 1996, a.a.O., S.163ff.

Legt man sich die Verhältnisse so zurecht, könnte man sagen, daß der mitlaufende Körperbezug des Gesundheitssystems durch die über positive Befunde definierten, kranken Körper (und alle darauf bezogenen Symbole) versinnbildlicht wird. Die Krise der Körper (eben: Krankheit) ist jedoch nicht die Anzeige einer Krise des Systems, sondern die Ressource, aus der sich die Operativität des Systems speist. Nichts ist mehr explizit im System als der kranke Körper. Man könnte geradezu von einer dauerhaften ‚Somatisierungsoperativität‘ im System sprechen, davon, daß die Kommunikationen des Systems durch eine unentwegte ‚Artistik‘ der *reductio ad corporem* gekennzeichnet sind.⁵³

Die Frage wäre dann, wann und unter welchen Bedingungen die Selbstverständlichkeit dieser Somatisierung (sie muß nicht thematisiert werden) so thematisiert wird, daß sie als Anzeige einer Krise in Anspruch genommen werden kann, die die Autopoiesis des Systems zu unterbrechen droht, aber im selben Moment die Möglichkeit schafft, eben-diese Autopoiesis durch Kommunikationen des Systems fortzusetzen. Man könnte beispielsweise daran denken, daß Krankheit dann nicht mehr als Medium funktioniert, wenn die Störungen, die sich an Körpern finden, als Bedingung der Möglichkeit ganz andersartiger, zum Beispiel theoretischer, künstlerischer oder religiöser Spitzenleistungen im Sinne von Kompensation aufgenommen werden.⁵⁴ Aber das dürfte zu selten der Fall sein, um als Krisenindikator ausgenutzt werden zu können.

Anders sieht das aus, wenn man die ultimate Störung des Körpers in Auge faßt, den Fall, den das System nicht mehr zur Anschlußproduktion ausnutzen kann, weil sich durch ihn nur noch die absolute Exklusion aus dem System bezeichnen läßt: der Fall des Ablebens, des Todes. Der Tod ist weder ein positiver Befund noch ein negativer, er ist (kommunikativ) das Formular (der Totenschein), mit dem das System aus seiner Zuständigkeit entlassen wird.⁵⁵ Oder anders ausgedrückt: Der eigentliche Rejektionswert des Codes ist: der Tod, insofern durch ihn die Alternative krank/gesund verworfen, re-oder abjiziert wird.⁵⁶ Er symbolisiert zugleich Körperzustände, deren mögliches Auftreten im System als Letztdrohung eingesetzt wird, wenn das symbolisch generalisierte Kommunikationsmedium Krankheit nicht mehr genügend motiviert.

Die somatogene Symbolik des drohenden Todes (man ist versucht zu sagen: die Thanato-Symbolik) tritt in den Dienst einer massiven Selektionsverstärkung, die nur dann notwendig wird, wenn die Motivation durch Krankheit nicht mehr greift.⁵⁷ An der Drohung wird ausgetestet, ob das System noch weiter im Spiel sein kann. Daß der Verweis

⁵³ Fast könnte man von einer Hysterie der Somatisierung reden, wenn man eine der schönen Redewendungen von Sloterdijk, P., *Sphären, Mikrosphärologie*, Bd.1, Blasen, Frankfurt a.M. 2000, S.113, aufnimmt: "Die Hysterie ist ... die Fähigkeit, Redewendungen zu somatisieren ...".

⁵⁴ Der *morbus sacer* (die Epilepsie) wäre dafür ein Beispiel wie auch jede Lebensführung, die Gesundheitseinschränkungen in Kauf nimmt: von der Askese über den Leistungssport bis hin zu stählernem Körperschmuck etc.

⁵⁵ Jedenfalls weitgehend. Man würde die Pathologie sicher noch zur Medizin rechnen, aber bei Obduktionen geht es ersichtlich nicht um Heilung, sondern um Ursachenfeststellung, die ihrerseits kriminologisch bearbeitbar ist oder in den Dienst der Erwirtschaftung von Strategien für die Verhinderung weiterer Todesfälle gehört.

⁵⁶ Siehe zu diesem Begriff der Abjektion Kristeva, J., *Pouvoirs de l'Horreur. Essai sur l'Abjection*, Paris 1980. Und nur am Rande: die Form des Codes wäre also genau *krank/gesund // tot*.

⁵⁷ Während ich dies schreibe, wird mit der Pandemie der Vogelgrippe gedroht und zu Vorbeugemaßnahmen aufgefordert, die von den Krankenkassen bezahlt werden. Im Mittelpunkt des Versuches, diese Prävention zu verwahren, steht die Drohung mit dem sonst wahrscheinlichen Tod.

auf den Tod symbiotisch fungiert, zeigt sich daran, daß seine Thematisierung im Gesundheitssystem schwer fällt.⁵⁸ Terminale Körperzustände fügen sich nicht der Codierung des Mediums. Treten sie auf, muß sich das System auf eine Semantik hin umdrehen, die ihm schwer fällt: auf die Semantik des nur Palliativen und seit einiger Zeit vermehrt: auf die Semantik der Sterbehilfe, die nur mühsam in das Gesundheitssystem integriert werden kann, weil sich das Sterben weder dem Code noch dem Medium anbequemen kann.

VI

Symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien werden im Zuge ihrer Ausdifferenzierung ‚universalisiert‘. Sie können Geschlossenheit nur entwickeln, wenn sich ihrem durch den Code definierten Einzugsbereich nichts mehr entzieht. Das nötigt zu der Annahme, daß solche Medien Symbole für das entwickeln, was sie nicht ‚bearbeiten‘ können und dennoch einschließen müssen.⁵⁹ Das darauf bezogene (wenig ausgearbeitete) Theoriestück ist das der *Nullmethodik* oder *Nullmethodologie*, wobei die ‚Null‘ sich auf eine analoge Methodik der Mathematik bezieht, darauf, daß die Arithmetik das Ausgeschlossene (die Nicht-Zahl) einführt als Zahl, eben als: Null. Ein Beispiel wären etwa die extrem hohen Anforderungen an das Medium der Liebe, das auf Komplettbetreuung ausgerichtet ist und im Prinzip eine laufende reziproke Beobachtung der Partner erfordert, eine ungeheure Anstrengung⁶⁰, die dann im Zuge der Routinisierung von Intimsystemen (Ehe) herunterreguliert wird durch die raffinierte Einrichtung, daß Nicht-Liebesbeweise (wie gemeinsames Fernsehgucken) trotzdem als Liebe aufgegriffen werden können. Die Liebe wird über Phasen der Nicht-Intensität, also trotz intermittierender Trivialität durchgehalten.⁶¹

Hinsichtlich der Nullmethodik des Gesundheitssystems kann hier nur der Vermutung nachgegangen werden (im Zusammenhang mit unserer Rekonstruktion des Unwahrscheinlichkeitsproblem, im Blick auf das Krankheit als symbolisch generalisiertes Kommunikationsmedium konstruiert wurde), daß medizinisches Handeln unter Aktualitätsdruck in eine spezifische Zwangslage gerät. Sie ergibt sich, sehr abstrakt genommen, aus einem *Code-Konflikt*. Die medizinische Wissenschaft operiert auf der Basis des Codes wahr/unwahr, das Gesundheitssystem auf der Basis des Codes krank/gesund. Die überwältigende Komplexität medizinisch-wissenschaftlichen Wissens kann aber ‚vor

⁵⁸ Ich erinnere mich daran, daß mir der (unerwartet) bevorstehende Tod eines meiner Söhne durch die lapidare Frage mitgeteilt wurde, ob ich für ihn noch Intensivmedizin wolle oder nicht.

⁵⁹ Siehe für eine eher knappe Darstellung dieses Problems Luhmann, N., *Die Gesellschaft der Gesellschaft*, Bd.1, Frankfurt a.M. 1997, S.386ff.

⁶⁰ Vgl. Fuchs, P., *Liebe, Sex und solche Sachen, Zur Konstruktion moderner Intimsysteme*, Konstanz 1999.

⁶¹ Vgl. zu diesem Beispiel Luhmann 1997, a.a.O., S.387.

Ort' nicht anhand von Kriterien für wahr oder unwahr durchgeprüft werden. Kein Arzt wird anschlussfähig über wahr und unwahr disponieren, wenn er in der Behandlungssituation steht. Stattdessen muß ‚befunden‘ werden und müssen an die Formulare der Diagnose Programme angeschlossen werden (Therapien). Entscheidend ist die Plausibilität der Programme, wenn der Befund (ebenfalls: plausibel) ermittelt ist, und in beiden Fällen eben die Plausibilität und gerade nicht: die wissenschaftliche Analytik, die unter zeitentlasteten Bedingungen medizinischer Fakultäten gepflegt werden kann.⁶²

Anders ausgedrückt: Die Unterscheidung von wahr/unwahr (Wissenschaft) muß in einem System, das zwischen krank und gesund unterscheidet, zugleich eingesetzt und nicht eingesetzt werden. Vorschläge für die Symbolik der Null im System wäre dann der Rekurs auf die ärztliche ‚Kunst‘ und seit einiger Zeit der Rückgriff auf Organisationen, in denen über medizinisches Wissen entscheidungstechnisch disponiert wird. Das Stichwort hier: Leitlinienmedizin oder EBM, auf Evidenzen gegründete Medizin.⁶³

Ein zweiter Vorschlag für das, was man die Nullmethodologie des Systems nennen kann, bezieht sich auf die Kontingenzformel des Systems: Gesundheit. Sie negiert im System Negationsmöglichkeiten, die durch das Medium Sinn reproduziert werden, sie bezeichnet das telos des System als Nicht-Negligiabilität. Und sie wäre zugleich das, was als negativer Codewert im System das Nichtanschlussfähige dennoch markiert. Insofern könnte man hier auch sagen, daß Gesundheit sich auffassen läßt als das, was im System zugleich behandelbar und nicht behandelbar ist.

Die Frage ist, wie das durch raffinierten Ausschluß Eingeschlossene der Gesundheit im System geltend gemacht wird, und eine Antwort könnte sein: *Prävention*. Das zu Erreichende (Gesundheit) wird aus der operativen, an Krankheit anschließenden Gegenwart des Systems extirpiert und durch ein spezifisches Zeitmanagement in die Zukunft verlegt, ein Vorgang, der es möglich macht, daß im Präsens des Systems Maßnahmen etabliert werden, die diese Zukunft (Gesundheit) durch Antizipation zu sichern versprechen.⁶⁴ Prävention jedenfalls könnte auch als Null des Systems in Anspruch genommen werden können.

VII

⁶² Siehe zum Argument und mit ihm weiter ausgezogenen Linien Vogd, W., Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften – Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung, Ms. 2005.

⁶³ Ebenda.

⁶⁴ Jobst Bauch (1996, a.a.O.) sieht dann sehr bedenkenswerter Weise Prävention verknüpft mit einer Diffundierung des Systems in den Rest der Gesellschaft. Wir würden allerdings den Rest der Gesellschaft nicht so unspezifisch nehmen, sondern auf der Ebene der primären Differenzierung bleiben und dann nachprüfen, wie Prävention sich parasitär festsetzt in den Kommunikationsströmen der großen Funktionssysteme. Das wäre aber ein eigenes Thema. Stichwort: Wellness – und dann in Klöstern. Die genaue Frage ist: Wie nutzt Prävention Kommunikationsüberschüsse in den Funktionssystemen so aus, daß sie sich nicht-ignorabel festsetzt?

Die vorangegangenen Überlegungen plausibilisieren, daß sich das Gesundheitssystem als Funktionssystem aus den ungezählten preadaptive advances der Krankenbehandlung ausdifferenziert.⁶⁵ Unsere Zusatzannahme war, daß es dabei zu einer Art Funktionswechsel kommt, der sich auf das Problem der Unsicherheitsabsorption sozialer Adressen unter Polykontextualitätsbedingungen und damit auf die Absicherung der virtuellen Vollinklusion bezieht. Die Krankenbehandlung selbst wird funktionalisiert und ist nicht mehr so etwas wie eine lebensweltlich evidente Notwendigkeit der Lebensbewältigung unter der Bedingung körperlicher Störungen.

Wir haben dann, um unsere These zu stützen, den Versuch unternommen, wesentliche Kriterien zur Bestimmung von Funktionssystemen auf das Gesundheitssystem anzuwenden. Die Funktion ließ sich rekonstruieren und ein dazu passendes symbolisch generalisiertes Kommunikationsmedium finden (Krankheit), darüber hinaus ein Code (krank/gesund), eine Kontingenzformel (Gesundheit) und eine somatogene Symbolgruppe (Thanatosymbolik). Ferner ließ sich zeigen, daß zwei Kandidaten für die sogenannte ‚Nullmethodologie‘ in Frage kommen, einmal bezogen auf den Codekonflikt von Wissenschafts- und Gesundheitssystem (ärztliche Kunst oder Leitlinienmedizin), dann auf Prävention selbst, die das vom System nicht Bearbeitbare (Gesundheit) in die Zukunft auslagert und damit einschließt und zugleich ausschließt.

Es gäbe noch weitere Bestimmungsstücke, zum Beispiel das sogenannte ‚Selbstbefriedigungsverdikt‘, das verhindern soll, daß die Systemoperationen sich nur auf sich selbst beziehen und um ihrer selbst willen ‚genossen‘ werden. Man könnte hier an die auch unter Sinnlosigkeitsbedingungen fortgeführte Intensivmedizin denken. Fragen ließe sich nach der organisatorischen Sicherheit, nach Zweit- und Nebencodes wie etwa *genetisch bedenklich/unbedenklich* (Niklas Luhmann) oder *lebensförderlich/lebenshinderlich* (wie – mutatis mutandis – Jobst Bauch vorschlägt) oder nach Kopplungsfavoriten, mit denen das System bevorzugt kooperiert. Es könnte sich um Wirtschaft handeln. Schließlich wäre zu klären, wie die ‚Pflege‘ in das System paßt, ob sie als Subsystem des Gesundheitssystems zu begreifen sei oder als ein in Ausdifferenzierung befindliches eigenes Funktionssystem.

Wir haben jedenfalls grundsätzlich angenommen, daß dieses System wie andere Systeme (wir nannten Sport, Soziale Arbeit etc.) als Nachentwicklung begriffen werden kann, bei der man sich auf noch unsicherem Gelände bewegt, insofern der Status solcher sekundären Primärsysteme weitgehend ungeklärt und umstritten ist. Zumindest muß man mit Devianzen rechnen, die durch den genutzten Kriterienkanon vielleicht identifiziert werden können, aber nicht deshalb schon: auch verstanden.

Man muß sich also auf Überraschungen einstellen.

⁶⁵ Auch hier stimmen wir cum grano salis Jobst Bauch zu, wenn er das Gesundheitssystem als eines auffaßt, daß aus (multiplen) Systemen der Krankenbehandlung heraus seine eigene Morphogenese startet.

