

Schlafmedizin als Ort der Sinnintegration

Kontingenzbewältigung zwischen subjektivem Erleben und medizinischer Kategorisierung

Svenja Reinhardt

Beitrag zur Veranstaltung »Aktuelle Beiträge zur Medizin- und Gesundheitssoziologie« der Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie

Einleitung

Schlafbezogene Probleme haben in den vergangenen Jahrzehnten erheblich an gesellschaftlicher und medizinischer Aufmerksamkeit gewonnen. Einschlaf- und Durchschlafprobleme, nächtliche Wachphasen oder anhaltende Tagesmüdigkeit werden zunehmend als behandlungsbedürftig wahrgenommen und führen immer häufiger in spezialisierte medizinische Kontexte. Zugleich handelt es sich beim Schlaf um einen Zustand, der sich einfachen Objektivierungen entzieht und in besonderer Weise auf subjektives Erleben bezogen bleibt. Diese Spannung zwischen wachsender medizinischer Zuständigkeit und begrenzter Objektivierbarkeit macht Schlaf zu einem aufschlussreichen Gegenstand für die wissenssoziologische Analyse. Der vorliegende Beitrag nimmt die Schlafmedizin als einen Ort in den Blick, an dem sich grundlegende Fragen medizinischer Wissensproduktion in verdichteter Form beobachten lassen. Die Besonderheit der Schlafmedizin liegt dabei darin, dass sie als verhältnismäßig junge Disziplin, die darüber hinaus noch dem organzentrierten Körperverständnis der Medizin widerspricht, diversen Problemen in ihrer Anerkennung gegenübersteht, die in Teilen bis heute noch aktuell sind. Im Zentrum dieses Beitrags stelle ich jedoch nicht die Effektivität einzelner diagnostischer oder therapeutischer Verfahren, sondern die Frage, wie schlafbezogene Erfahrungen in medizinische Sinnzusammenhänge integriert werden – und unter welchen Bedingungen diese Integration prekär bleibt. Schlafmedizin wird hier dafür als soziale Sinnwelt verstanden, in der subjektives Erleben, technische Verfahren und institutionelle Ordnung miteinander vermittelt werden müssen. Diese Vermittlungsleistung ist keineswegs selbstverständlich. Medizinisches Wissen entfaltet seine Geltung nicht allein durch wissenschaftliche Evidenz oder institutionelle Autorität, sondern ist auf Anerkennung und einen Glauben an Legitimität angewiesen. Gerade dort, wo Beschwerden diffus bleiben, Ursachen unklar sind und Behandlungserfolge unsicher erscheinen, geraten medizinische Deutungen unter besonderen Legitimationsdruck. Schlafbezogene Probleme bilden in dieser Hinsicht einen Grenzfall medizinischer Ordnung, an dem sich die Bedingungen von Sinnintegration besonders deutlich zeigen.

Ich knüpfe dafür an wissenssoziologische Überlegungen zur Sinnintegration an und frage, wie kontingente Erfahrungen in gesellschaftlich verfügbare Wissensordnungen eingebettet werden. Dabei wird Schlaf nicht als bloßes medizinisches Objekt behandelt, sondern als sozialer Sachverhalt, dessen Prob-

lematisierung erst im Zusammenspiel von individuellen Deutungen, institutionellen Angeboten und gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen entsteht. Der Gang in die Schlafmedizin kann in diesem Sinne als Versuch verstanden werden, eine irritierende Erfahrung in eine legitimierte Ordnung zu überführen – ein Versuch, dessen Erfolg jedoch nicht vorausgesetzt werden kann. Ziel des Beitrags ist es einerseits, die Schlafmedizin als wissenssoziologisch besonders ergiebiges Untersuchungsfeld zu konturieren. Andererseits stelle ich Ergebnisse aus den jeweiligen ethnografischen Teilprojekten mit Fokus auf die Schlafmedizin und -forschung der DFG-Projekte „Schlafwissen. Zur Wissensgenerierung in Schlaflabor und Sleeptracking“ und „Schlafwandeln. Widerspenstiges Wissen zu einem liminalen Zustand“ dar, denn insbesondere an der Schlafmedizin lässt sich zeigen, dass medizinische Sinnwelten nicht nur hergestellt, sondern fortlaufend stabilisiert werden müssen. Der Beitrag verfolgt dabei eine analytische Perspektive, die Schlafmedizin zugleich als spezifische Disziplin und als exemplarischen Fall moderner Medizin begreift. Im weiteren Verlauf wird zunächst Schlaf als wissenssoziologisches Problem entfaltet, bevor die Schlafmedizin als Disziplin und Sinnwelt analysiert wird. Daran anschließend wird Sinnintegration als kontingenter und potenziell prekärer Prozess diskutiert, der wesentlich zur Legitimität medizinischen Wissens beiträgt. Ich zielen damit nicht auf eine vollständige Darstellung schlafmedizinischer Praxis, sondern auf die theoretische Rahmung eines Feldes, dessen analytische Tiefe sich erst in der detaillierten empirischen Rekonstruktion erschließt. Die Schlafmedizin wird so zum Ausgangspunkt einer wissenssoziologischen Auseinandersetzung mit Sinn, Kontingenz und medizinischer Ordnung in der Gegenwartsgesellschaft.¹

Schlaf als wissenssoziologisches Problem

Schlaf stellt insbesondere aus wissenssoziologischer Perspektive einen eigentümlichen, zugleich aber besonders aufschlussreichen Gegenstand dar. Er gehört zu den alltäglichsten leiblichen Zuständen menschlicher Existenz und entzieht sich dennoch weitgehend bewusster Wahrnehmung und sprachlicher Fassung. Solange Schlaf als ausreichend, erholsam und regelkonform erlebt wird, bleibt er sozial unmarkiert. Er erscheint als selbstverständliche Voraussetzung alltäglicher Handlungsfähigkeit, nicht jedoch als eigenständiges Thema. Erst dort, wo Schlaf ausbleibt, fragmentiert oder in seiner regenerativen Funktion infrage gestellt wird, tritt er als Problem in Erscheinung. Diese Schwellenlogik ist für die wissenssoziologische Analyse zentral: Denn Schlaf wird eben nicht aufgrund objektiv messbarer Abweichungen problematisch, sondern durch Prozesse der Thematisierung und Deutung. Schlafbezogene Irritationen beginnen häufig als diffuse Erfahrungen von Müdigkeit, Erschöpfung oder innerer Unruhe, die zunächst nur schwer benennbar sind. Sie sind körperlich spürbar, lassen sich jedoch weder eindeutig lokalisieren noch kausal erklären. Gerade diese Unbestimmtheit erschwert ihre Einordnung in bestehende Wissensordnungen und trägt dazu bei, dass sie lange im Bereich subjektiver Wahrnehmung verbleiben. Im Alltagswissen ist Schlaf somit in hohem Maße naturalisiert. Er gilt als biologisches Grundbedürfnis, dessen zeitliche Struktur, Dauer und Qualität als selbstverständlich vorausgesetzt werden; Gleiches gilt für kulturell begründete Abweichungen etwa bezüglich der Schlafzeit, des Orts, der Häufigkeit oder der Länge. Abweichungen von dieser impliziten Norm werden zunächst häufig individualisiert; schlechter Schlaf erscheint so als Folge persönlicher Lebensführung, psychischer Belastung oder mangelnder Selbstdisziplin. Diese Individualisierung wirkt doppelt: Einerseits ermöglicht sie handlungspraktische Erklärungen und kurzfristige Bewältigungsstrategien, andererseits erschwert sie die soziale

¹ Weitere Projektergebnisse der soziologischen Teilprojekte finden sich etwa zum Status der Patient/-innen bei Zifonun et al. (2023), zur Diagnostik der Schlafapnoe bei Reinhardt (2025a), zur soziotechnischen Variabilität von Schlafnormen bei Reinhardt und Wettmann (2025), zu therapiebezogenen Disruptionspotentialen bei Harms und Reinhardt (2025), zur Fabrikation des Schlafes bei Zifonun (2025) sowie zur Ethnografie des Schlafwandels bei Reinhardt (2023).

Externalisierung des Problems. Schlafprobleme bleiben damit lange privatisiert und entziehen sich kollektiver Deutung. Zugleich ist das alltagsweltliche Wissen über Schlaf durch eine ausgeprägte Pluralität gekennzeichnet. Ratgeberliteratur, mediale Diskurse, populärwissenschaftliche Erklärungen und persönliche Erfahrungsberichte stehen nebeneinander, ohne in ein kohärentes Sinnsystem eingebunden zu sein. Den Betroffenen stehen zahlreiche, teils widersprüchliche Deutungsangebote zur Verfügung, deren Geltungsansprüche unklar bleiben. Ob schlechter Schlaf als vorübergehende Phase, als Ausdruck psychischer Belastung oder als medizinisch relevantes Problem verstanden wird, ist dabei nicht eindeutig vorgegeben, sondern Gegenstand individueller Aushandlung.

Diese Pluralität gewinnt vor dem Hintergrund moderner Gesellschaften besondere Bedeutung: Peter L. Berger und Thomas Luckmann (1998) beschreiben Modernität als eine Situation zunehmender Sinnangebote bei gleichzeitigem Verlust verbindlicher Deutungsrahmen. Schlafbezogene Beschwerden lassen sich in diesem Sinne als paradigmatische Erfahrungen moderner Kontingenz verstehen. Sie sind real, körperlich spürbar und biografisch bedeutsam, entziehen sich jedoch eindeutigen Zuschreibungen. Die Frage, wann schlechter Schlaf noch als normale Schwankung und wann bereits als behandlungsbedürftige Störung gilt, bleibt offen und situationsabhängig. Hinzu kommt, dass Schlaf in besonderer Weise an gesellschaftliche Zeitordnungen gebunden ist. Er ist eingebettet in Rhythmen von Arbeit, Freizeit und Erholung, die sozial reguliert und normativ aufgeladen sind. Abweichungen vom erwarteten Schlaf-Wach-Rhythmus berühren damit nicht nur individuelles Wohlbefinden, sondern auch Anforderungen sozialer Funktionsfähigkeit. Müdigkeit am Tage, nächtliche Wachphasen oder unregelmäßige Schlafzeiten werden vor diesem Hintergrund nicht allein als körperliche Phänomene wahrgenommen, sondern als Störungen sozialer Leistungsfähigkeit und Verlässlichkeit. Gerade diese Verschränkung von Körper, Zeit und sozialer Ordnung macht Schlaf zu einem Grenzphänomen zwischen Alltag und Medizin. Die Problematisierung von Schlaf markiert häufig einen Übergang von diffusen Irritationen zu der Suche nach institutionell legitimierten Deutungen. Dieser Übergang ist jedoch weder zwingend noch linear. Vielmehr ist er von Unsicherheiten, Abwägungen und Deutungsarbeit geprägt. Die Entscheidung, schlafbezogene Beschwerden medizinisch abklären zu lassen, setzt voraus, dass individuelle Erfahrungen als nicht mehr allein alltagsweltlich erklärbar wahrgenommen werden. So möchte ich vorschlagen, diese Entscheidung als aktiven Sinnbildungsprozess zu verstehen. Sie impliziert die Hoffnung, durch medizinisches Wissen Ordnung in eine als kontingent erlebte Situation zu bringen. Zugleich ist sie mit Erwartungen an Objektivierung, Legitimation und Handlungssicherheit verbunden. Ob und in welcher Form diese Erwartungen eingelöst werden können, bleibt jedoch offen und verweist auf die Fragilität medizinischer Sinnangebote im Umgang mit subjektivem Erleben. Schlaf erweist sich damit als soziales Phänomen, dessen Problematisierung weniger durch objektive Kriterien als durch Deutungsprozesse bestimmt ist. Die Frage, wann Schlaf zum medizinischen Problem wird, lässt sich nicht unabhängig von gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen, institutionellen Angeboten und individuellen Erwartungen beantworten. Genau diese Offenheit macht Schlaf zu einem wissenssoziologisch besonders produktiven Gegenstand und bereitet den analytischen Zugang zur Schlafmedizin als spezifischer Sinnwelt vor.

Schlafmedizin als Disziplin und Sinnwelt

Die Schlafmedizin stellt innerhalb des medizinischen Feldes eine vergleichsweise junge und zugleich eigentümliche Disziplin dar. Ihre Entstehung und institutionelle Etablierung seit den 1980er-Jahren vollzieht sich vor dem Hintergrund einer zunehmenden Problematisierung schlafbezogener Beschwerden sowie einer Ausdifferenzierung medizinischer Wissensbestände. Anders als klassische medizinische Fachrichtungen ist die Schlafmedizin jedoch nicht entlang eines einzelnen Organs oder einer klar umrissenen Pathologie organisiert. Ihr Gegenstand ist ein zeitlich begrenzter, prozesshafter Zustand,

der sich nur bedingt objektivieren lässt und in besonderer Weise auf subjektives Erleben angewiesen bleibt – von Sebastian Weste (2022) ist erarbeitet und von Reinhardt und Weste (2026) erweitert worden, dass diese Entwicklung auf dem ‚temporalisierten Körper‘ basiert. Diese Besonderheit hat weitreichende Konsequenzen für die Wissensordnung der Schlafmedizin. Während viele medizinische Disziplinen ihre Autorität aus der eindeutigen Zuordnung von Symptomen zu organischen Befunden beziehen, operiert die Schlafmedizin in einem Feld begrenzter Sichtbarkeit. Schlaf findet überwiegend außerhalb ärztlicher Beobachtung statt, entzieht sich direkter Inspektion und ist retrospektiv nur über Erzählungen, Protokolle oder technische Aufzeichnungen ‚zugänglich‘ und medizinisch gesehen ‚objektivierbar‘. Die Disziplin ist daher in besonderem Maße darauf angewiesen, Verfahren zu entwickeln, die subjektive Erfahrungen in medizinisch anschlussfähige Formen übersetzen. Mit der Etablierung schlafmedizinischer Zentren, standardisierter Diagnostikverfahren und internationaler Klassifikationssysteme seit Beginn der 1980er-Jahre ist der Anspruch verbunden, Schlaf als medizinisch relevanten Zustand systematisch erfassen und bewerten zu können. Diese Entwicklung kann wissenssoziologisch als Institutionalisierungsprozess verstanden werden, in dessen Verlauf eine spezifische medizinische Sinnwelt entsteht. Schlafmedizinisches Wissen wird dabei nicht nur produziert, sondern auch stabilisiert, weitergegeben und gegenüber konkurrierenden Deutungen abgegrenzt.

Zentral für diesen Prozess – wie detaillierter in Reinhardt (2026) ausgearbeitet – ist die Entwicklung diagnostischer Kategorien, die schlafbezogene Beschwerden in benennbare Störungen überführen. Klassifikationen ermöglichen Vergleichbarkeit, Kommunikation und therapeutische Entscheidungen. Zugleich markieren sie Grenzziehungen zwischen normalem und pathologischem Schlaf. Diese Grenzziehungen sind jedoch keineswegs selbstverständlich. Sie beruhen auf Konventionen, Aushandlungen und wissenschaftlichen Übereinkünften, die historisch gewachsen und prinzipiell veränderbar sind. Damit bleibt jedoch auch die Definition dessen, was als behandlungsbedürftige Schlafstörung gilt, kontingent und abhängig von institutionellen Rahmungen. Die Schlafmedizin bewegt sich folglich in einem Spannungsfeld zwischen dem Anspruch auf Objektivierung und der Persistenz subjektiven Erlebens. Technische Verfahren wie nächtliche Messungen, Fragebögen oder standardisierte Skalen dienen dazu, Schlaf quantifizierbar und vergleichbar zu machen. Gleichzeitig bleibt ihre Aussagekraft auf die Interpretation durch medizinische Akteur/-innen sowie auf die Kooperation der Patient/-innen angewiesen. Schlafmedizinisches Wissen entsteht somit in einem Zusammenspiel aus technischen, institutionellen und interaktiven Elementen.

Aus wissenssoziologischer Perspektive ist diese Konstellation besonders aufschlussreich: Die Schlafmedizin ist darauf angewiesen, Sinnangebote zu formulieren, die individuelle Erfahrungen plausibel einordnen, ohne sie vollständig zu determinieren. Sie muss subjektives Leiden anerkennen und zugleich in medizinische Kategorien überführen. Damit ist sie in besonderer Weise mit der Aufgabe konfrontiert, Legitimität herzustellen: gegenüber Patient/-innen, gegenüber anderen medizinischen Disziplinen und gegenüber gesellschaftlichen Erwartungen an Wirksamkeit und Evidenz. Die emergente Struktur der Schlafmedizin zeigt sich auch in ihrer institutionellen Selbstbeschreibung. Als interdisziplinäres Feld integriert sie Elemente aus Neurologie, Psychiatrie, Innerer Medizin und Psychologie, ohne vollständig in einer dieser Disziplinen aufzugehen². Diese Hybridität eröffnet einerseits Anschlussmöglichkeiten, erzeugt andererseits aber auch Unsicherheiten hinsichtlich Zuständigkeit, Autorität und therapeutischer Zielsetzungen. Schlafmedizinisches Wissen ist daher – in Verbindung mit dem neuen zugrundeliegenden Körperverständnis – weniger stabilisiert als das etablierter medizinischer Fachrichtungen und bleibt in besonderer Weise erklärungs- und rechtfertigungsbedürftig. Gerade diese relative Instabilität macht die Schlafmedizin zu einem wissenssoziologisch besonders interessanten Untersuchungsfeld. Ihre Sinnwelt ist nicht selbstverständlich gegeben, sondern muss in alltäglichen Praktiken immer wieder

² Der Einfluss des EEGs auf diesen Prozess kann bei Reinhardt und Shevchenko i.r. nachgelesen werden.

hergestellt werden. Diagnosen, Gespräche, technische Verfahren und administrative Abläufe tragen jeweils dazu bei, schlafbezogene Erfahrungen in eine medizinische Ordnung zu integrieren. Ob diese Integration gelingt, ist jedoch offen und abhängig von situativen, institutionellen und interaktiven Bedingungen. Ich möchte daher vorschlagen, die Schlafmedizin als einen Ort zu verstehen, an dem sich grundlegende Fragen medizinischer Wissensproduktion in verdichteter Form zeigen. An ihr kann verdeutlicht werden, dass medizinische Sinnwelten nicht allein auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen, sondern auf der fortlaufenden Anerkennung durch diejenigen, deren Erfahrungen sie deuten sollen. In dieser Perspektive wird sichtbar, dass die Institutionalisierung der Schlafmedizin nicht nur ein medizinischer, sondern zugleich ein sozialer und wissenssoziologischer Prozess ist.

Sinnintegration, Kontingenz und medizinische Legitimität

Die Analyse der Schlafmedizin als emergente Disziplin verweist jedoch auf ein zentrales Problem: die Frage, wie medizinische Sinnangebote unter Bedingungen ausgeprägter Kontingenz stabilisiert werden können. Sinnintegration bezeichnet in diesem Zusammenhang nicht lediglich die Zuordnung individueller Erfahrungen zu vorgegebenen Kategorien, sondern einen sozialen Prozess, in dem subjektives Erleben, institutionelle Deutungen und gesellschaftliche Normalitätsannahmen aufeinander bezogen werden. Gerade im Feld schlafbezogener Beschwerden erweist sich dieser Prozess als besonders voraussetzungsreich und zugleich fragil. Nach Berger und Luckmann (2021, S. 117 f.) ist Sinnintegration eine grundlegende Voraussetzung sozialer Ordnung. Sinnwelten ermöglichen es, biografische Erfahrungen in übergreifende Bedeutungszusammenhänge einzubetten und damit handhabbar zu machen. Krankheit stellt – so meine These – in diesem Sinne eine spezifische Form der Sinnkrise dar, da sie körperliche Selbstverständlichkeiten unterbricht und etablierte Routinen infrage stellt. Medizinische Institutionen fungieren als privilegierte Orte der Sinnstiftung, indem sie Deutungen anbieten, die individuelles Leiden sozial legitimieren und handlungsrelevant machen.

Im Falle der Schlafmedizin ist diese Funktion jedoch nicht ohne Weiteres gegeben. Schlafbezogene Beschwerden sind häufig durch eine hohe Unschärfe gekennzeichnet. Sie entziehen sich eindeutiger Kausalzuschreibungen und lassen sich nur begrenzt objektivieren. Auch ihr Erkennen und die Einordnung in ein pathologisierendes Devianschema sind problematisch. Die medizinische Sinnintegration stößt hier an Grenzen, da die angebotenen Deutungen in besonderem Maße auf die Anerkennung durch die Patient/-innen angewiesen bleiben, denn Sinn entsteht nicht allein durch diagnostische Benennung, sondern durch die Plausibilisierung dieser Benennung im Horizont individueller Erfahrung. Kontingenz spielt in diesem Prozess eine doppelte Rolle. Zum einen stellt sie den Ausgangspunkt schlafmedizinischer Inanspruchnahme dar. Schlafprobleme werden häufig als irritierende, nicht vorhersehbare Abweichungen vom Gewohnten erlebt, die biografische Selbstverständlichkeiten unterbrechen. Zum anderen bleibt Kontingenz auch im medizinischen Kontext präsent. Die diagnostischen Ergebnisse, therapeutischen Empfehlungen und prognostischen Aussagen der Schlafmedizin können Unsicherheiten reduzieren, sie aber nicht vollständig aufheben. Die Frage, ob sich Schlaf tatsächlich verbessert, ob eine Diagnose als zutreffend erlebt wird oder ob eine Therapie als sinnvoll erscheint, bleibt offen. Diese Offenheit verweist auf die besondere Stellung medizinischer Legitimität in der Schlafmedizin. Legitimität ist hier nicht allein durch wissenschaftliche Autorität oder institutionelle Verankerung garantiert. Sie muss vielmehr interaktiv hergestellt werden und (schlaf-)medizinische Deutungen gewinnen ihre Geltung erst dann, wenn sie von den Betroffenen als anschlussfähig an das eigene Erleben wahrgenommen werden. Schlafmedizinisches Wissen steht damit in einem fortlaufenden Rechtfertigungszusammenhang, der sich nicht auf formale Expertise reduzieren lässt.

Hier wird deutlich, dass Sinnintegration in der Schlafmedizin jedoch nicht einseitig zu verstehen ist. Patient/-innen treten nicht lediglich als passive Empfänger/-innen medizinischer Deutungen auf, sondern als aktive Mitproduzent/-innen von Sinn. Sie bringen Erwartungen, Vorwissen und biografische Erfahrungen in den medizinischen Kontext ein, die die Plausibilität diagnostischer Kategorien maßgeblich beeinflussen. Ob eine schlafmedizinische Erklärung als überzeugend gilt, hängt davon ab, ob sie subjektive Erfahrungen ordnet, ohne sie zu entwerten oder zu verfehlen. Diese Dynamik macht sichtbar, dass schlafmedizinische Sinnwelten grundsätzlich als prekär zu verstehen sind. Ihre Stabilität beruht nicht allein auf institutioneller Dauerhaftigkeit, sondern auf fortlaufender Anerkennung. In der Schlafmedizin tritt diese (epistemische) Prekarität besonders deutlich hervor, da die Diskrepanz zwischen subjektivem Erleben und medizinischer Kategorisierung häufig erfahrbar bleibt. Sinnintegration kann hier gelingen, sie kann aber ebenso brüchig werden oder scheitern. Gerade dieses Scheitern ist besonders aufschlussreich. Es verweist darauf, dass medizinische Ordnungsvorstellungen nicht automatisch mit individuellen Sinnhorizonten kompatibel sind. Wenn medizinische Deutungen als unzureichend, unangemessen oder lebensweltlich unplausibel erlebt werden, verlieren sie ihre integrierende Funktion. An ihre Stelle können alternative Sinnbildungsprozesse treten, die außerhalb der medizinischen Institutionen verortet sind oder sich bewusst von ihnen abgrenzen. Die Schlafmedizin erscheint vor diesem Hintergrund als ein Feld, in dem sich grundlegende Spannungen moderner Wissensgesellschaften verdichten. Sie operiert an der Schnittstelle von subjektivem Erleben und objektivierendem Wissen, von Kontingenz und Ordnungsanspruch, von individueller Sinnsuche und institutioneller Deutungshoheit. Sinnintegration ist hier keine Selbstverständlichkeit, sondern eine fragile Leistung, deren Gelingen von interaktiven, institutionellen und kulturellen Bedingungen abhängt. Die Analyse dieser Prozesse erlaubt es, medizinische Legitimität nicht als gegebenen Status, sondern als soziales Verhältnis zu begreifen. Schlafmedizinisches Wissen erweist sich damit weniger als stabiler Deutungsrahmen, denn als Angebot, dessen Geltung immer wieder neu ausgehandelt werden muss.

Ethnografische Perspektive und analytische Dimensionen

Die vorliegenden Ergebnisse sind aus einer ethnografischen Perspektive heraus entstanden, die zunächst explorativ angelegt war. Die Entscheidung für eine ethnografische Vorgehensweise folgte der theoretischen Fokussierung auf Sinnintegration nicht voraussetzungslos, sondern ergab sich aus der frühzeitigen Konfrontation mit der Schlafmedizin als sozialem Feld. Bereits der erste Zugang zu schlafmedizinischen Kontexten machte deutlich, dass schlafbezogene Erfahrungen, medizinische Deutungen und institutionelle Ordnungen nicht unabhängig voneinander bestehen, sondern sich erst im Vollzug sozialer Praxis zueinander in Beziehung setzen. Ausgangspunkt der ethnografischen Annäherung ist die Beobachtung, dass Schlaf als medizinischer Gegenstand nicht unmittelbar gegeben ist. Er wird nicht einfach festgestellt oder gemessen, sondern entsteht in situ durch Interaktionen, Routinen und technische Arrangements. Schlafmedizinisches Wissen zeigt sich dabei weniger als abgeschlossenes System formalisierter Erkenntnisse denn als praktisches Wissen, das in konkreten Situationen hergestellt, stabilisiert und infrage gestellt wird. Die Ethnografie als Methode erlaubt es, diese Herstellungsprozesse in ihrer situativen und relationalen Dimension zu erfassen. Im Zentrum stehen Situationen, in denen subjektives Erleben in institutionelle Kontexte eingebracht wird und dort auf professionelle Deutungsangebote trifft. Diese Situationen sind durch asymmetrische Rollenverteilungen geprägt, zugleich jedoch offen für Aushandlungen. Sinnintegration vollzieht sich hier nicht abstrakt oder linear, sondern in konkreten Begegnungen zwischen Patientinnen und Patienten, medizinischem Personal, technischen Verfahren und organisationalen Vorgaben. Die Analyse richtet sich damit auf jene alltäglichen Praktiken, in denen Schlaf als medizinisch relevanter Zustand erst hervorgebracht wird.

Einen zentralen analytischen Fokus habe ich auf die Interaktionen zwischen medizinischen Akteur/-innen und denjenigen, die mit schlafbezogenen Beschwerden Hilfe suchen, gelegt. Ärzt/-innen-Patient/-innen-Gespräche erweisen sich als zentrale Orte der Sinnproduktion. In ihnen werden subjektive Erfahrungen sprachlich gefasst, selektiert und in medizinisch relevante Informationen übersetzt. Dabei wird sichtbar, dass nicht jede Form der Erfahrungsschilderung gleichermaßen anschlussfähig ist. Bestimmte narrative Muster, bestimmte Beschreibungen von Symptomen und bestimmte Erwartungen an medizinische Interventionen korrespondieren stärker mit der Logik schlafmedizinischer Klassifikation als andere. Neben diesen interaktiven Dimensionen sind technische und organisatorische Elemente integraler Bestandteil der ethnografischen Analyse. Die Schlafmedizin ist in besonderer Weise durch apparative Verfahren geprägt, die den Anspruch erheben, Schlaf objektivierbar zu machen. Ethnografisch zeigt sich jedoch, dass diese Verfahren nicht als neutrale Messinstrumente fungieren. Sie strukturieren Wahrnehmungen, Erwartungen und Deutungen, erzeugen spezifische Formen von Evidenz und beeinflussen, welche Aspekte subjektiven Erlebens als relevant gelten. Schlaf erscheint hier nicht als vorgegebener Sachverhalt, sondern als Ergebnis eines Zusammenspiels von Technik, Interpretation und institutioneller Rahmung. Diagnostische Ergebnisse entfalten ihre Bedeutung erst im Kontext sozialer Praxis. Sie gewinnen Sinn durch ihre Einbettung in Gespräche, Berichte und therapeutische Empfehlungen. Technische Aufzeichnungen und medizinische Kategorien wirken dabei nicht unabhängig voneinander, sondern wechselseitig. Ethnografisch lässt sich nachvollziehen, wie Schlaf im Zusammenspiel dieser Elemente als medizinischer Gegenstand konstruiert und stabilisiert wird – und wo diese Konstruktion an Grenzen stößt. Eine weitere analytische Dimension betrifft die Rolle bürokratischer und organisatorischer Praktiken. Dokumentationen, Formulare, Berichte und administrative Abläufe strukturieren nicht nur den Zugang zur Schlafmedizin, sondern auch die Form, in der schlafbezogene Erfahrungen artikulierbar werden. Sie tragen dazu bei, subjektives Erleben in standardisierte Formen zu überführen und institutionell handhabbar zu machen. Zugleich können sie Brüche erzeugen, wenn individuelle Anliegen nicht in die vorgesehenen Kategorien passen oder marginalisiert werden.

Sinnintegration in der Schlafmedizin ist somit ein verteiltes Geschehen. Sie ist nicht auf einen einzelnen Akt der Diagnose beschränkt, sondern erstreckt sich über eine Vielzahl von Situationen, Akteur/-innen sowie materiellen und symbolischen Arrangements. Ethnografie macht diese Verteilung sichtbar und erlaubt es, Sinnintegration als relationale Leistung zu analysieren, die fortlaufender Abstimmung bedarf. Zugleich eröffnet der ethnografische Zugang einen Blick auf die Grenzen schlafmedizinischer Sinnangebote, ohne diese vorschnell als Defizite zu interpretieren. Wenn medizinische Deutungen nicht übernommen werden oder ihre integrierende Wirkung verlieren, werden Bruchstellen zwischen unterschiedlichen Wissensordnungen sichtbar. Gerade diese Bruchstellen sind für die Analyse medizinischer Legitimität zentral, da sie zeigen, dass Sinnintegration weder selbstverständlich noch dauerhaft gesichert ist. Aus ethnografischer Perspektive verstehe ich die Schlafmedizin somit als dynamisches Feld sozialer Praxis. Medizinisches Wissen erscheint hier nicht als fertiges Deutungssystem, sondern als situativ hervorgebrachte Ordnung, deren Geltung immer wieder neu hergestellt werden muss. Sinnintegration erweist sich in diesem Licht als fragile, kontingente Leistung – und gerade darin als wissenschaftlich besonders ergiebiger Gegenstand.

Ausblick

Die Analyse der Schlafmedizin als Ort der Sinnintegration macht deutlich, dass medizinische Ordnung nicht als stabile, selbstverständlich gegebene Struktur vorausgesetzt werden kann. Vielmehr zeigt sich Sinnintegration als eine fragile, relationale Leistung, deren Gelingen weder durch diagnostische Benennung noch durch institutionelle Autorität garantiert ist. Gerade im Umgang mit schlafbezogenen

Beschwerden tritt zutage, dass medizinisches Wissen nicht nur angewendet, sondern fortlaufend legitimiert werden muss. Diese Prekarität ist nicht als Defizit der Schlafmedizin zu verstehen, sondern als Ausdruck ihrer besonderen Stellung innerhalb des medizinischen Feldes. Schlaf entzieht sich einfachen Objektivierungen und bleibt in hohem Maße auf subjektives Erleben bezogen. Die Schlafmedizin ist daher in besonderer Weise darauf angewiesen, Deutungsangebote zu formulieren, die individuelle Erfahrungen ordnen, ohne sie vollständig zu vereindeutigen. Sinnintegration bleibt in diesem Kontext immer vorläufig und potenziell revidierbar.

Dies verweist auf grundlegende Spannungen moderner Wissensgesellschaften. Medizinische Sinnwelten stehen unter dem Anspruch, Kontingenz zu reduzieren und Verlässlichkeit herzustellen, operieren jedoch zugleich in einem Umfeld pluraler Deutungsangebote und heterogener Erwartungen. In der Schlafmedizin verdichten sich diese Spannungen, da subjektives Erleben, technische Verfahren und institutionelle Kategorien in besonderer Weise aufeinander angewiesen sind, ohne vollständig zur Deckung zu kommen. Die hier entwickelte Perspektive legt nahe, medizinische Legitimität nicht als gegebenen Status, sondern als dynamisches soziales Verhältnis zu begreifen. Legitimität entsteht im Zusammenspiel von professionellen Deutungen, technischen Arrangements und der Anerkennung durch Patient/-innen. Wo diese Anerkennung ausbleibt oder brüchig wird, verliert medizinisches Wissen seine integrierende Kraft und eröffnet Räume für alternative Sinnbildungsprozesse. Die hier kurz umrissene Analyse der Schlafmedizin als Ort der Sinnintegration macht deutlich, dass medizinische Ordnung eine fragile, relationale Leistung ist, deren Gelingen weder durch diagnostische Benennung noch durch institutionelle Autorität garantiert ist. Gerade im Umgang mit schlafbezogenen Beschwerden wird sichtbar, dass medizinisches Wissen seine Geltung erst im Zusammenspiel von subjektivem Erleben, technischen Verfahren und interaktiver Anerkennung entfaltet. Diese Beobachtung besitzt einen über den Gegenstand hinausweisenden erkenntnistheoretischen Gehalt. Die Schlafmedizin fungiert in dieser Perspektive nicht lediglich als empirischer Spezialfall, sondern als analytischer Brennpunkt, an dem grundlegende Strukturen medizinischer Wissensproduktion sichtbar werden. An ihr lässt sich zeigen, dass medizinische Sinnwelten nicht allein durch Evidenz, Klassifikation oder institutionelle Verankerung stabilisiert werden, sondern auf fortlaufende Legitimierungsprozesse angewiesen bleiben. Sinnintegration erscheint damit nicht als Ergebnis medizinischer Intervention, sondern als kontingente soziale Leistung. Der theoretische Mehrwert dieser Perspektive liegt insbesondere darin, medizinische Legitimität nicht als gegebenen Status, sondern als relationalen Prozess zu begreifen. Die Schlafmedizin macht in besonderer Weise erfahrbar, dass subjektives Erleben nicht bloßes Rohmaterial medizinischer Deutung ist, sondern aktiv an der Stabilisierung oder Infragestellung medizinischer Sinnangebote beteiligt bleibt. Medizinisches Wissen erweist sich hier als grundsätzlich anerkennungsabhängig – eine Einsicht, die über schlafmedizinische Kontexte hinausweist.

Im vorliegenden Beitrag habe ich diese Zusammenhänge nur in ihrer analytischen Kontur freilegen können. Die umfassende empirische Ausarbeitung der hier skizzierten Prozesse erfolgt in der zugrunde liegenden Dissertationsarbeit, die 2025 eingereicht und Anfang 2026 verteidigt wurde (Reinhardt 2025b). Auf der Basis einer mehrjährigen ethnografischen multilokalen Untersuchung rekonstruiere ich dort detailliert, wie Sinnintegration in der Schlafmedizin konkret hergestellt wird, wo sie biografisch wirksam wird und unter welchen Bedingungen sie prekär bleibt oder scheitert. Dabei werden nicht nur einzelne Interaktionen, sondern die komplexen Verflechtungen von Technik, Organisation und Deutungspraxis sichtbar gemacht. So erarbeite ich unter anderem, dass sich an der Schlafmedizin zentrale Fragen moderner Medizin exemplarisch studieren lassen: die Vermittlung zwischen subjektivem Leiden und objektivierender Diagnostik, die Rolle technischer Verfahren bei der Herstellung von Evidenz sowie die sozialen Bedingungen medizinischer Autorität. Ebenso erarbeite ich das Konzept der epistemischen Prekarität, mit dem in der (Schlaf-)Medizin in der Praxis umgegangen werden muss. Damit eröffne ich eine Perspektive, die über den konkreten Gegenstand hinaus anschlussfähig ist. Die

gewonnenen Einsichten lassen sich auf andere medizinische Felder übertragen, in denen subjektives Erleben, chronische Beschwerden oder begrenzt objektivierbare Symptome eine zentrale Rolle spielen. Den vorliegenden Tagungsbandbeitrag verstehe ich somit als theoretisch informierte Öffnung eines empirischen Feldes, dessen analytische Tiefe und theoretische Tragweite ich hier nicht vollständig entfalten kann. Wer die hier aufgeworfenen Fragen nach Sinnintegration, Kontingenz und medizinischer Legitimität weiterverfolgen möchte, findet dort eine systematische empirische Rekonstruktion, die einen eigenständigen wissenssoziologischen Beitrag zum Verständnis moderner Medizin leistet.

Literatur

- Berger, Peter, und Thomas Luckmann. 1998. *Modernität, Pluralismus und Sinnkrise. Die Orientierung des modernen Menschen*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung.
- Berger, Peter, und Thomas Luckmann. 2021. *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Harms, Alexander, und Svenja Reinhardt. 2025. Zwischen Therapie und Alltagspraxis. Eine soziologische Analyse zu therapiebezogenen Disruptionspotentialen von (Ko-)Schlafgewohnheiten. *Atemwegs- und Lungenerkrankungen* 51:28–34.
- Reinhardt, Svenja. 2023. Schlafwandeln. Ethnografie an den Grenzen der Erfahrbarkeit. In *Leib-Körper Ethnographie. Erkundungen zum Leib-Sein und Körper-Haben*, Hrsg. Angelika Pöferl, Norbert Schröer, Ronald Hitzler und Simone Kreher, 395–405. Essen: Oldib.
- Reinhardt, Svenja. 2025a. „Wie gefährlich ist es denn, wenn man nichts tut?“ Zu schlafmedizinischen Diagnosen und zur Therapieadhärenz am Beispiel der Schlafapnoe. In *Perspektivendifferenz – Zur Ethnographie des kommunikativen Handelns*, Hrsg. Angelika Pöferl, Paul Eisewicht, Ronald Hitzler, Babette Kirchner, Julia Wustmann und Norbert Schröer, 433–444. Essen: Oldib.
- Reinhardt, Svenja. 2025b. *Schlafwissen. Zur sozialen Organisation epistemischer Prekarität*. Doktorarbeit, Philipps-Universität Marburg.
- Reinhardt, Svenja. 2026. Vom Wandel der Somnologie. Die ICD-Klassifikationen als Legitimierung der Schlafmedizin. *Zeitschrift für Kultur- und Kollektivwissenschaft* 12(1):101–121.
- Reinhardt, Svenja, und Nico Wettmann. 2025. Das Paradoxon des ‚richtigen‘ Schlafs. Zur soziotechnischen Variabilität von Schlafnormen in Schlaflabor und Sleeptracking. In *Soziotechnische Transformationen im Sozial- und Gesundheitswesen: kollaborativ, divers, barrierefrei und sozialräumlich*, Hrsg. Kolja Tobias Heckes, Mariya Lorke, Marcel Siegler und Kamil J. Wrona, 154–166. Weinheim: Beltz Juventa.
- Reinhardt, Svenja, und Sebastian Weste. 2026. From topography to temporality. Rethinking the sleeping body. *Somnologie*. <https://doi.org/10.1007/s11818-026-00551-9>
- Reinhardt, Svenja, und Oleksandr Shevchenko. i.r. EEG and the Origins of Sleep Medicine.
- Weste, Sebastian. 2022. *Temporalisierte Körper. Ethnografische Untersuchungen zur klinischen Schlafforschung*. Masterarbeit. Philipps-Universität Marburg.
- Zifonun, Dariuš. 2025. Die Fabrikation des Schlafes. Das Schlaflabor und die epistemischen Brüche der Schlafforschung. *Soziopolis – Gesellschaft beobachten*. <https://www.sociopolis.de/die-fabrikation-des-schlafs.html> (Zugegriffen: 22. Juni 2026).
- Zifonun, Dariuš, Svenja Reinhardt und Sebastian Weste. 2023. Rescaling the Patient. The Diagnosis of Sleep Related Problems in the Sleep Laboratory. *Historical Social Research* 48(2):41–62.