

Sozialgeschichte der Medizin: Inhalte - Methoden - Ziele¹

Robert Jütte

Sozialgeschichte der Medizin: Methode oder Paradigma?

Die historische Dimension von Gesundheit und Krankheit ist in den letzten Jahren auch in der Bundesrepublik längst nicht mehr ein Thema, das nur oder vorwiegend im Rahmen einer an den medizinischen Fakultäten angesiedelten Medizingeschichte abgehandelt wird. Hinter dem programmatischen Namen einer "Sozialgeschichte der Medizin" verbergen sich neuere Forschungsansätze verschiedener historisch orientierter Disziplinen, wobei wichtige Impulse vor allem von der sogenannten "Bielefelder Schule"², die sich zu einer "Historischen Sozialwissenschaft" bekennt, ausgingen. Aber auch das Fach Medizingeschichte, das sich im Unterschied zu England und den USA lange Zeit hauptsächlich mit der Darstellung des medizinischen Fortschritts und der Leistungen großer Ärzte begnügte, beginnt allmählich sein Forschungsspektrum zu erweitern. Doch zu einer fruchtbaren und intensiven Zusammenarbeit zwischen Medizinhistorikern und den Vertretern der historischen Nachbarwissenschaften ist es bislang nur in Ausnahmefällen gekommen.³ Mißverständnisse auf beiden Seiten erschweren bis heute die interdisziplinäre Arbeit.⁴ So traf vor einiger Zeit bei der Redaktion dieser Zeitschrift als Antwort auf eine Fragebogenaktion, mit deren Hilfe laufende Arbeiten auf dem Gebiet der Sozialgeschichte der Medizin erfaßt werden sollten, ein Brief mit dem erklärenden Hinweis ein, daß man keine Einzelthemen mitteilen könne, "da wir grundsätzlich auch mit sozialhistorischer Methode arbeiten".

Hier - wie auch vielfach in medizinhistorischen Abhandlungen der letzten Jahre - wird offensichtlich "Sozialgeschichte" nicht als ein abgrenzbarer Teil der Gesamtdisziplin Medizingeschichte aufgefaßt.⁵ Gemeint ist sicherlich auch nicht, daß die Sozialgeschichte so etwas wie eine Integrationswissenschaft für medizinhistorische Forschung in ihrer ganzen Breite ist oder sein kann. Abgehoben wird vielmehr darauf, daß es sich bei der Sozialgeschichte lediglich um ein methodisches Problem, also um eine Vorgehensweise handelt. Sowie der Medizinhistoriker notwendigerweise mit der philologischen Textkritik vertraut sein muß, so hat er auch sozialhistorische Methoden zu verwenden, wobei in diesem Fall ganz offensichtlich "sozialhistorisch" mit quantitativen

Studien oder "serieller" Geschichtsschreibung einfach gleichgesetzt wird. Man sieht also mit einer gewissen Nonchalance meist darüber hinweg, daß es sich bei der Sozialgeschichte nicht nur um eine Methode, sondern um ein wissenschaftliches Paradigma handelt, das sowohl ein anderes Erkenntnisinteresse, ein unterschiedliches Methodenverständnis als auch eine andersgeartete inhaltliche Ausrichtung postuliert.

So wundert es nicht, daß bis heute auf beiden Seiten Vorurteile und Irritationen vorhanden sind. Der Streit um Ute Freverts provozierende Thesen zum Stand der medizingeschichtlichen Forschung in der Bundesrepublik, der 1987 in den Spalten einer großen deutschen Tageszeitung ausgetragen wurde,⁶ hat die Mißverständnisse nicht oder kaum auszuräumen vermocht. Vorgefaßte Meinungen und nur unzureichende Kenntnisse über die Arbeiten der jeweils anderen Disziplin erschweren vielfach den Dialog über die Fachgrenzen hinaus. Dennoch bahnt sich inzwischen eine erfreuliche Entwicklung an. Nicht nur der wissenschaftliche Nachwuchs in beiden Lagern sucht mittlerweile eine mit dem jeweiligen Selbstverständnis der eigenen Disziplin geführte intensive und gelegentlich - was unvermeidlich ist - hitzige Debatte über Inhalte und Methoden der Medizingeschichtsschreibung. Diese durchaus positiv zu wertende Streitkultur gilt es, wie ich meine, auszubauen. Aus den Argumenten der Gegenseite kann man nämlich durchaus lernen. Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang beispielweise auf Gunter Mann⁷, der in seiner Entgegnung auf Ute Frevert den wichtigen Hinweis gegeben hat, daß ein sozialgeschichtlicher Ansatz in der deutschen Medizingeschichtsschreibung bereits Tradition hat (man denke hier etwa an die bahnbrechenden Arbeiten Henry E. Sigerists⁸), doch hat er leider vergessen hinzuzufügen, daß es sich dabei - ähnlich wie in der Sozial- und Gesundheitspolitik - eher um "verschüttete Alternativen"⁹ handelt, die nach 1945 in der Bundesrepublik lange Zeit unbeachtet blieben, während diese Ideen - nicht zuletzt durch den Wissenstransfer im Zusammenhang mit der Emigration bedingt - in den USA, Frankreich und England zur Etablierung einer neuen Forschungsrichtung, die heute in der dortigen Medizingeschichtsschreibung tonangebend ist,¹⁰ führten.

Wenn man sich nun die wenigen grundlegenden methodischen Reflexionen und programmatischen Beiträge aus deutscher Feder¹¹ (Alfons Labisch, Dirk Blasius, Arthur E. Imhof) anschaut, so gewinnt man den Eindruck, daß in den letzten Jahren in der Bundesrepublik vielleicht mehr tatsächlich an Sozialgeschichte der Medizin mittels Einzelstudien erarbeitet als methodologisch-epistemologisch überdacht und konzipiert worden ist. Die folgenden Bemerkungen haben daher das

Ziel, zur Klärung des Begriffs "Sozialgeschichte der Medizin" beizutragen sowie einige gegenwärtige Fronten und Probleme abzustecken. Im ersten Teil meiner Ausführungen gehe ich auf Versuche ein, die Sozialgeschichte der Medizin als Geschichte eines Teilbereichs der medikalen Kultur zu deuten. Diese Sichtweise hat sowohl auf die Wahl des Untersuchungsgegenstandes als auch auf die Entscheidung für eine bestimmte Methode Einfluß. Während dieser partikulare oder partielle Ansatz inzwischen zahlreiche Anhänger gefunden und auch bereits beachtliche Ergebnisse gezeitigt hat, ist die weitergehende Auffassung, daß nämlich die ganze Medizingeschichte als Gesellschaftsgeschichte betrieben werden muß, bislang nur auf wenig Resonanz gestoßen. Welche Konsequenzen eine solche Gesamtschau hat und welche theoretischen Modelle überhaupt zu Verfügung stehen, soll hier ebenfalls diskutiert werden. Zum Schluß möchte ich noch auf die Aufgaben und Probleme, die sich aus dem Stand der sozialgeschichtlichen Forschung auf diesem Gebiet in der Bundesrepublik ergeben, kurz eingehen.

Sozialgeschichte der Medizin als Geschichte eines Teilbereichs

Wenn von seiten der Medizinhistoriker - häufig in apologetischer Absicht - darauf verwiesen wird, daß die traditionelle Medizingeschichtsschreibung durchaus den Teilbereich "Soziales" nicht vernachlässigt hat,¹² so werden dann in den Anmerkungen meistens einschlägige Arbeiten zur Geschichte der Sozialmedizin genannt. Doch Sozialgeschichte der Medizin ist mehr als die Geschichte einer medizinischen Disziplin, die sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts allmählich herauszubilden begann.¹³ Sie nimmt das Bestimmungswort "sozial" ernst und begreift es in einem sehr viel weiterem Sinne, d.h. sie beschäftigt sich z.B. mit den wechselseitigen Beziehungen zwischen dem medizinischen System und den verschiedenen Klassen und Schichten. Es geht ihr um so diverse Probleme wie die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod (Reinhard Spree¹⁴), die Betroffenheit der Arbeiterschaft von der staatlichen Gesundheitspolitik (Ute Frevert¹⁵) oder die Auswirkungen der gesetzlichen Sozialversicherung auf das Krankheits- und Gesundheitsverhalten verschiedener Schichten, insbesondere auf die Arbeiterklasse (Gerd Göckenjan¹⁶, Alfons Labisch¹⁷). Weiterhin fallen in diesen Untersuchungsbereich Arbeiten, die sich mit der Gesundheitspolitik der Arbeiterbewegung befassen.¹⁸

Sozialgeschichte im engeren Sinne ist, wie eingangs bereits erwähnt, nicht nur in der Bundesrepublik als Geschichte der medizinischen Fächer, die durch eine gesellschaftliche

Entwicklung oder Bewegung entstanden sind und die ihrerseits eine soziale Wirkung entfalten sollten, bereits seit längerem etabliert. Es sind dies vor allem die Fächer Sozialmedizin, Sozialhygiene und Arbeitsmedizin. Hier liegen bereits zahlreiche einschlägige Studien aus deutscher Feder vor.¹⁹ Wenig untersucht sind dagegen die sozialen Bedingungen und Kräfte, die zur Herausbildung medizinischer Disziplinen, deren gesellschaftliche Rolle nicht auf den ersten Blick erkenntlich ist, geführt haben. Ich denke hier etwa an die Sozialgeschichte der Orthopädie, die zur Zeit im Rahmen eines von der Robert Bosch Stiftung geförderten Habilitationsprojekts von Klaus-Dieter Thomann bearbeitet wird.²⁰ Arbeiten, die noch in der früheren DDR entstanden sind (z.B. die Studien von Dietrich Tutzke²¹), haben im übrigen gezeigt, wie breit angelegte Forschungen zur Entwicklung der Sozialhygiene, Sozialmedizin, Gesundheitsstatistik, Gesundheitserziehung und Arbeitsmedizin wichtige Bausteine zu einer Sozialgeschichte des öffentlichen Gesundheitswesens liefern können. Auf westdeutscher Seite sind hier vor allem die zahlreichen Publikationen Manfred Stürzbechers²² zu nennen.

Auch wenn man die Sozialgeschichte der Medizin als Geschichte eines Teilbereichs auffaßt, so bleibt das Problem, daß die komplexe historische Wirklichkeit nur ausschnittthaft erfaßt wird, indem allgemeine sozialwissenschaftliche Theorien übernommen werden und zu den jeweils mehr oder weniger voraussehbaren oder typischen Erklärungsdefiziten führen. Die modifizierende und meist durchaus kritische Einbeziehung von Fragestellungen, Begriffen, Modellen und Theorien aus den systematischen Nachbarwissenschaften (insbesondere Soziologie, Anthropologie und Demographie) in eine Sozialgeschichte der Medizin hat hierzulande bislang noch nicht so große Fortschritte gemacht wie anderswo. Wo es dennoch der Fall war, geschah dies in vielfacher Weise. Vereinfachend lassen sich drei Vorgehensweisen voneinander abgrenzen, die allerdings in den einzelnen Studien durchaus gemeinsam auftreten und miteinander verknüpft werden können:

1. Eine große Zahl sozialgeschichtlicher Arbeiten zum Thema "Krankheit und Gesundheit" bedient sich einzelner Begriffe und Kategorien aus den systematischen Nachbarwissenschaften und baut sie in ihren historischen Argumentationszusammenhang ein. Das soll an zwei Beispielen kurz verdeutlicht werden.

Neben allgemeinen soziologischen Kategorien wie "Klasse" oder "Status" kommt in der Sozialgeschichte der Medizin vor allem den beiden Begriffen "Krankheitsverhalten" (illness behavior) bzw. "Krankenrolle" (sick role) eine zentrale Bedeutung

zu. Der zuerst genannte Begriff geht auf Arbeiten David Mechanic zurück und bezeichnet in der Medizinsoziologie "the way in which symptoms are perceived, evaluated, and acted upon by a person who recognizes some pain, discomfort, or other signs of organic malfunction"²³. Um den Komplementärbegriff "Gesundheitsverhalten"²⁴ (Manfred Pflanz) erweitert, hat dieses Theorem in jüngster Zeit Eingang in Arbeiten zur Sozialgeschichte der Medizin gefunden (Otto Döhner jr.,²⁵ Robert Jütte²⁶). Die Ergebnisse dieser historischen Fallstudien ermöglichen zahlreiche neue Einsichten und Durchblicke, werfen aber gleichzeitig auch weitere Fragen auf. Aufgrund einer solchen Problemstellung rücken auch bislang eher vernachlässigte Quellengruppen (z.B. Leichenpredigten, Kriminalakten und Testamente) ins Blickfeld der Medizinhistoriker.

Das Konzept der sozialen Rolle des Kranken oder Patienten wurde 1951 erstmals von Talcott Parsons, einem Vertreter der strukturell-funktional ausgerichteten Schule der amerikanischen Soziologie, ausgearbeitet.²⁷ Krankheit wird hier als die Unfähigkeit definiert, normalerweise erwartete Rollen und Aufgaben zu übernehmen, was wiederum nicht ohne Folgen für die gesellschaftliche Position des Kranken bleibt. Der Kranke ist, sobald er zum Patient wird, der Bewertung des Krankseins durch andere und damit der sozialen Kontrolle unterworfen. Daß Krankheit in jedem sozialen System so etwas wie eine bestimmte Form abweichenden Verhaltens (mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen) darstellt, ist bereits lange vor Parsons den wenigen Medizinhistorikern, die damals der noch jungen Soziologie aufgeschlossen gegenüberstanden, aufgefallen. Erinnert sei hier an den bahnbrechenden Aufsatz von Henry Sigerist mit dem Titel "Die Sonderstellung des Kranken"²⁸, der gut zwanzig Jahre vor Parsons' ersten Publikationen zur Rollentheorie erschien.

Die Vorstellung, daß eine auf sozialwissenschaftliche Begriffe und Kategorien gestützte Analyse dieser gesellschaftlich vermittelten und verankerten Ideen, Einstellungen, Rollen und Verhaltensweisen wesentlich zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit in unserer wie in früheren Zeiten beitragen kann, hat allerdings im deutschen Sprachraum bislang nur Eingang in wenige medizinhistorische Arbeiten gefunden.

2. Eine von der Übernahme und Adaption einzelner Begriffe zu unterscheidende Art der Theorieanwendung findet sich in jenem Typ von Studien, die auf theoretischen Vorüberlegungen von

größerer Reichweite basieren. Hierzu zählen beispielsweise die neueren medizinhistorischen Arbeiten,²⁹ die sich ausdrücklich auf das von Eliot Freidson³⁰ für die Medizinsoziologie fruchtbar gemachte Modell einer im Zuge des gesellschaftlichen Ausdifferenzierungsprozesses fortschreitenden Professionalisierung berufen. Während in der deutschsprachigen Forschung bislang das Problem der Professionalisierung historisch weitgehend im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert verortet wurde, setzt sich hierzulande erst langsam die Erkenntnis durch, daß die Verselbständigung und Monopolstellung einer bestimmten Berufsgruppe (hier der akademischen Ärzte) kein Entwicklungsvorgang ist, der sich erst seit etwas mehr als 150 Jahren feststellen läßt, sondern das Ergebnis eines langwierigen gesellschaftlichen Diskurses, der bereits im Mittelalter einsetzt und in der frühen Neuzeit erhebliche Fortschritte macht. Das Problem ist nicht zuletzt sprachlicher Natur, wie Paul A. Unschuld³¹ betont hat; denn in der deutschsprachigen Literatur wird mit den Konzepten und den sich dahinter verbergenden Theoremen "professionell" und "professionalisieren" vornehmlich der Gegensatz zu "naiv" und "laienhaft" gesehen, was nicht zuletzt Konsequenzen für die Bewertung alternativer Heilergruppen hat. Statt von "Professionalisierung" müßte man im Deutschen besser und sinngemäßer von "Verselbständigung" einer Berufsgruppe sprechen.³²

3. Ein dritter Weg zur Benutzung von systematisch- sozialwissenschaftlichen Ansätzen in der medizinhistorischen Forschung wird durch die Anwendung von quantifizierenden oder statistischen Verfahrensweisen gewiesen. Anstöße sind hier nicht zuletzt der historischen Demographie, wie sie in der Bundesrepublik vor allem durch Arthur E. Imhof³² vertreten wird, zu verdanken. Die quantifizierende medizinhistorische Forschung,³⁴ die sich vorwiegend der historischen Epidemiologie annimmt (vgl. die Arbeiten von Reinhard Spree³⁵), hat zwar in den letzten Jahren an Gewicht gewonnen, doch ist sie im Vergleich zu anderen Ländern noch relativ unterentwickelt. Vor allem fehlt es an Arbeiten, die nicht nur die Mortalitätsraten, Preiskurven, Heilerdichte und Bettenzahlen miteinander in Beziehung setzen, sondern auch die Entwicklung und Struktur der Morbidität³⁶ in vorstatistischer Zeit aufgrund einzelner, zugegebenermaßen nicht immer verallgemeinerbarer Quellenfunde nachzuzeichnen versuchen. Manchmal ist jedoch die Kritik an den Grenzen und Mängeln einer solchen quantifizierenden Medizingeschichte angebracht und auch notwendig. Allerdings sollte sie nicht gleich in eine grundsätzliche Ablehnung münden und damit die ohnehin große

Anstrengungen erfordernden Versuche erschweren, mit solchen Ansätzen einer "seriellen" oder quantitativen Geschichtsschreibung zu präzisieren und weiterführenden Teilergebnissen zu kommen.

Sozialgeschichte der Medizin als Gesamtgeschichte einer medikalen Kultur

Sozialgeschichte kann jedoch, wie bereits angedeutet, auch als "Integrationswissenschaft" gedacht werden. Für die Sozialgeschichte der Medizin bedeutet dies, daß zumindest innerhalb einer bestimmten Epoche die sich verändernden Wechselwirkungen und relativen Gewichte der einzelnen Wirklichkeitsbereiche Wirtschaft, Gesellschaft, Staat, Gesundheitswesen, Wissenschaft, Religion, Kultur etc. analysiert werden. Außerdem gilt es, das Verhältnis der einzelnen medizinhistorischen, aber auch geschichtswissenschaftlichen Teildisziplinen sowie ihre Entwicklung, Spezialisierung und Kooperation zu klären und zu erläutern. Das entspricht nicht zuletzt dem Auftrag, den die Medizingeschichte wie übrigens auch die Allgemeine Geschichte zu erfüllen hat, nämlich jeweils zur Sinnveränderung und Deutung der Gegenwart einen - wenn auch vielleicht nur bescheidenden - Beitrag zu leisten.

Eine solche wünschenswerte Synthese läßt sich bekanntlich nicht durch bloße Addition von Einzelstudien oder Teilergebnissen erreichen, sondern muß durch übergreifende, aber inhaltsbezogene Theorien über die kausalen und funktionalen Zusammenhänge der einzelnen Teilbereiche in synchroner wie diachronischer Hinsicht erzielt werden. Um nicht in der Fülle der Fakten und Informationen zu ertrinken, bedarf ein integrierender sozialgeschichtlicher Ansatz, der die Analyse ganzer Gesellschaften in Verbindung mit einem mehrschichtigen und ausdifferenzierten medizinischen System im Auge hat, in ganz besonderer Weise eines komplexen theoretischen Bezugsrahmens. Mit Alfons Labisch³⁷ kann man deshalb mit gutem Grund von einer Sozialgeschichte der Medizin sprechen, die Gesundheit und Krankheit des Menschen und seiner gesellschaftlichen Verhältnisse in ihrer Veränderung in der Zeit entweder mit dem Ziel pragmatische, handlungsorientierte Ergebnisse zu gewinnen oder aber systematische Modelle und allgemeine Aussagen am historischen Material zu entwickeln bzw. zu überprüfen, in den Blick nimmt.

Die Zahl der theoretischen Zugriffe mit einer entsprechenden methodischen Reichweite, Komplexität und Flexibilität sind gering. Noch geringer ist die Zahl speziellen Theorieansätze, die in den letzten Jahren in der deutschen Medizingeschichte

ausprobiert oder doch wenigstens diskutiert wurden. Mit Hinblick auf die ältere und neuere Medizingeschichte bzw. einzelner ihrer Abschnitte sind es vor allem folgende vier theoretische Bezugs- oder Orientierungsrahmen: 1. der historische Materialismus; 2. die Luhmannsche Systemtheorie, 3. die von Berger und Luckmann entwickelte Theorie der sozialen Konstruktion der Wirklichkeit, 4. die an Max Webers Rationalisierungs- und Bürokratisierungsthese orientierte Modernisierungstheorie.

ad 1) Der historisch-materialistische Ansatz vermag, wenn er undogmatisch und flexibel gehandhabt wird, durchaus die Ansprüche an ein möglichst umfassendes Erklärungsmodell, in dem die Gesellschaft bzw. die soziale Entwicklung im Mittelpunkt steht, zu erfüllen. Er stellt u.a. ein Instrumentarium bereit, das Kriterien zur Periodisierung bietet und das sowohl die Verknüpfung als auch die relative Autonomie einzelner Wirklichkeitsbereiche herausarbeiten läßt. Ihr Nachteil liegt sicherlich darin, daß eine orthodoxe Interpretation (z.B. marxistisch-leninistischer Prägung) das Interesse an neuen Fragen und Gegenstandsbereichen eher hemmt als fördert und das experimentelle Ausprobieren unkonventioneller Methoden (z.B. mentalitätsgeschichtlicher Ansätze und Verfahrensweisen) nahezu unmöglich macht, wie die DDR-Medizingeschichtsschreibung der letzten Jahrzehnte zur Genüge verdeutlicht hat.³⁸ Allerdings gilt es auch hier - wie übrigens in der Allgemeinen Geschichte - zwischen "programatischen" Beiträgen und soliden Einzelstudien zu unterscheiden. Was unter ersteren verstanden wird, möge ein Zitat aus der Einleitung Dietrich Tutzkes zum Sammelband "Zur gesellschaftlichen Bedingtheit der Medizin in der Geschichte" (1981) illustrieren. Dort heißt es über die marxistische Geschichtsmethodologie: "Sie allein bietet die Gewähr dafür, die gesetzmäßigen Zusammenhänge zwischen der gesellschaftlichen Allgemeinentwicklung und der Entwicklung von Naturwissenschaft, Technik und Medizin umfassend aufzudecken [...]".³⁹ Und wenige Seiten später findet sich der bezeichnende Satz:

Insgesamt ist die medizinhistorische Forschungstätigkeit in der DDR durch das Bemühen gekennzeichnet, die Untersuchung problemgeschichtlicher Zusammenhänge und innerwissenschaftlicher Entwicklungsgänge mit der Analyse der im gesellschaftlichen Bereich liegenden Aspekte und Triebkräfte zu verbinden. Dabei wird grundsätzlich davon ausgegangen, die medizinische Wissenschaft als Teil des gesellschaftlichen Lebensprozesses, als spezifische Form des gesellschaftlichen Bewußtseins und als

Ergebnis der gesellschaftlichen Arbeit zu betrachten⁴⁰.

Der historisch-materialistische Ansatz ist übrigens nicht auf die Medizingeschichtsschreibung der ehemaligen DDR beschränkt. Er spielt vereinzelt und in abgeschwächter Form auch in einigen westdeutschen Arbeiten zur neueren Medizingeschichte eine Rolle. Erinnerung werden soll hier nur an die einschlägigen Studien zum bundesrepublikanischen Gesundheitswesen und zur geschichtlichen Dimension der medizinischen Soziologie von Hans-Ulrich Deppe,⁴¹ der allerdings von Haus aus nicht Historiker, sondern Medizinsoziologe ist.

ad 2) Ein zweiter umfassender Theorieansatz, der in den letzten Jahren zur Analyse komplexer medizingeschichtlicher Phänomene benutzt wurde, entzieht sich dagegen solchen ideologischen Monopolisierungstendenzen, indem er ein hochdifferenziertes bzw. stark abstraktes und damit weniger leicht politisch instrumentalisierbares Begriffsraster als der Historische Materialismus bietet. Auf der Basis der Luhmannschen Systemtheorie hat Bernd Steinebrunners Studie "Die Entzauberung der Krankheit"⁴², die den bezeichnenden Untertitel "Über die alteuropäische Genesis moderner Medizin nach der Systemtheorie Niklas Luhmanns" trägt, einen begrifflich-theoretischen Rahmen vorgeschlagen, der alle Anforderungen erfüllt, die man an eine Theorie von größerer Reichweite stellt. In dieser theoretisch recht anspruchsvollen, empirisch dagegen wenig abgesicherten Konstanzer Dissertation wird entsprechend der Luhmannschen groben Gesellschaftstypologie die im Zeitablauf zunehmende Ausdifferenzierung der Gesellschaftsordnung Alteuropas von der archaisch-segmentären über die hochkulturell-stratifizierte bis zum Übergang in die moderne funktional differenzierte Gesellschaft und ihre Konsequenzen für die entsprechende Teilsystembildung (hier: medizinisches Denken und Handeln) beschrieben. Der Weg von supranaturalistischen Krankheits-theorien zu naturalistischen Krankheitskonzepten wird systemtheoretisch als Übergang von fremdreferentieller zur selbstreferentieller Sichtweise des Daseins interpretiert.⁴³ Wesentliche Voraussetzung für den Übergang von einer primär stratifikatorischen in eine primär funktionale Innendifferenzierung, wie wir sie heute kennen, ist die zunehmende Autonomisierung der Organisationsebene. Wichtiges Kennzeichen dieser funktionalen Differenzierung ist nach Luhmann, daß jemand beispielsweise in der Lage ist, rechtsfähig zu sein, eine Familie gründen zu dürfen, politische Macht mitauszuüben oder doch wenigstens mitkontrollieren zu können, eine Schulausbildung zu bekommen, am Wirtschaftsverkehr

teilnehmen zu können und nicht zuletzt im Bedarfsfall auch ausreichend medizinisch versorgt zu werden.⁴⁴ Das Problem, das diese Studie für den eher an historischen Quellen orientierten Sozial- oder Medizinhistoriker allerdings darstellt, liegt zweifellos in der Tatsache begründet, daß hier weniger die Teilsysteme "Medikale Kultur" oder "medizinische Wissenschaft" und ihre sogenannten "Kommunikationsmedien" (Wahrheit, Wissen, Geld etc.) berücksichtigt wurden, sondern allein die "Religion" und ihre Kontingenzformeln hinsichtlich der Erklärung von Krankheiten Beachtung findet.

ad 3) Aus der Wissenssoziologie stammt die Theorie von der gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit. Berger und Luckmann⁴⁵ haben das dialektische Verhältnis von Gesellschaft und Individuum in verschiedenen Gesellschaftstypen, insbesondere in der industriellen Gesellschaft, untersucht. Sie weisen dabei vor allem auf die unterschiedliche Rolle, die den Wissenssystemen, gesellschaftlichen Legitimierungsmechanismen und religiösen und anderen Symbolwelten in dieser Dialektik zukommt, hin. Nachdem bereits französische Medizinsoziologen⁴⁶ (Claudine Herzlich/Janine Pierret) die Fruchtbarkeit eines solchen Ansatzes für die Analyse von Kranksein und seinen sozialen Konsequenzen in Vergangenheit und Gegenwart demonstriert haben, hat Alfons Labisch nahezu zeitgleich den Versuch unternommen, die gesellschaftliche Konstruktion und Funktion von Gesundheit für die Zeit vom ausgehenden Mittelalter bis zum Beginn der Hochindustrialisierung Deutschlands darzustellen.⁴⁷ Er weist nach, wie bereits in der spätmittelalterlichen Städttekultur "Gesundheit" als Argumentationsmuster benutzt wird, allerdings noch nicht den Rang einnimmt, der ihr später in der Aufklärung zukommt. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts wird, so Labisch, "langes Leben und Gesundheit zu einem philosophisch-rational deduzierten Wert an sich, der zugleich im Zentrum der Legitimation der bürgerlichen gegenüber der adligen Lebenswelt steht"⁴⁸. Weitere Studien von deutschen Medizinhistorikern und Medizinsoziologen (z.B. Barbara Duden, Robert Jütte, Gunnar Stollberg/Jens Lachmund), die letztendlich Berger und Luckmanns wissenssoziologischem Ansatz verpflichtet sind, enthält ein Tagungsband des Zentrums für Interdisziplinäre Forschung in Bielefeld, der Anfang 1992 erscheinen wird.⁴⁹

ad 4) Ein vierter sozialgeschichtlich realisierbarer und operationalisierbarer Theorieansatz rankt sich um den Begriff der Modernisierung⁵⁰, wie er hauptsächlich von Max Weber entwickelt wurde. Allerdings wird in medizinhistorischen

Arbeiten, die sich dieser Problematik annehmen, häufig eher von "Medikalisierung"⁵¹ als von "Modernisierung" gesprochen. Hier wirkt offensichtlich die Orientierung an französischen Vorbildern (J.-P. Goubert) stark nach. Anknüpfend an die Hypothesen von Foucault und Elias könnte dieser Ansatz eine Basis für die Synthese der deutschen Medizingeschichte vom Zeitalter der Aufklärung bis zur Gegenwart bilden, wobei die vergleichende Perspektive durch den Blick auf Frankreich etwa durchaus gegeben ist. So schlüssig und überzeugend dieses Entwicklungsmodell manchmal auch erscheinen mag, die Nachteile und Schwachpunkte lassen sich nicht immer übersehen. Die wesentlichen Kritikpunkte sind, soweit sie die Medizingeschichte anbetreffen, von Sabine Sander einmal wie folgt skizziert worden:

1. Die dominierende ideengeschichtliche Betrachtung ärztlicher Reformprogramme [...] bedarf der Ergänzung durch einen sozialhistorischen Ansatz, um staatliche Gesundheitspolitik, besonders auch in ihrer praktischen Umsetzung, in regionalen Studien zu analysieren.

2. Bei der Untersuchung von Reformpolitik im Gesundheitswesen sollte nicht von vornherein ein normativer Begriff von Modernisierung im Sinne einer fortschreitenden Verbesserung verwendet werden [...].

3. Die häufig schon durch die Quellen nahegelegte Übernahme der Perspektive der Reformer, seien es Ärzte oder Regierende, sollte vermieden werden.⁵²

Leider haben diese Kautelen in der deutschsprachigen medizinhistorischen Forschung bislang nur wenig Beachtung gefunden. In den jüngsten Monographien zur Medizingeschichte des 18. und frühen 19. Jahrhunderts dominiert zweifellos immer noch die Fortschrittsperspektive und die Sicht der Reformer.⁵³

Perspektiven einer Sozialgeschichte der Medizin

Die theoretische Ausgangsposition mit der größten interdisziplinären Reichweite, die dadurch aber notwendigerweise im Fach Medizingeschichte, so wie es in Deutschland strukturiert und historisch gewachsen ist, auf Widerstand stoßen muß, ist zweifellos die, daß nicht nur einige theoriegeleitete Schlüsselbegriffe wie Professionalisierung und Krankenrolle durchaus hilfreich und zentral sein können, um langfristige Änderungen im medizinischen System zu erklären und in allgemeinere Zusammenhänge zu rücken. Die Orientierung an einer gesellschaftsgeschichtlichen Grundkonzeption würde beispielsweise bedeuten, die Dynamik der medizinischen Kultur und der ihr eigenen unterschiedlichen Diskursebenen vor dem

Hintergrund und in der Perspektive sozioökonomischer, sozialpolitischer und soziokultureller Veränderungen zu begreifen.

Aufgrund der Besonderheiten der deutschen Forschungslandschaft ist jedoch kaum damit zu rechnen, daß sich die Sozialgeschichte der Medizin in absehbarer Zeit - ähnlich wie in England beispielsweise - zu einer mächtigen Spezialdisziplin mit eigenem Profil entwickeln wird. Allerdings gibt es inzwischen vermehrt Ansätze zu einem interdisziplinären Gespräch, an dem neben Sozial- und Medizinhistorikern auch Soziologen, Ökonomen und Volkskundler beteiligt sind, wie die Tagungen in Bielefeld (1982, 1986, 1987, 1990) und Stuttgart (1988) sowie die Gründung eines Arbeitskreises für Sozialgeschichte der Medizin (1991) oder inzwischen auch die Bemühungen einzelner medizinhistorischer Institute in den neuen Bundesländern (z.B. Leipzig) zeigen. Sozialgeschichte der Medizin ist - wie allen beteiligten Wissenschaftlern klar sein dürfte - sicherlich nur schwer als Integrationswissenschaft zu konzipieren. Ein Versuch bietet aber die große Chance, daß sich allgemeine Geschichtswissenschaft und Medizingeschichte in einem wesentlichen Bereich, nämlich den gesellschaftlichen Aspekten von Krankheit und Gesundheit, einander näherkommen. Dieser Brückenschlag ist für beide Disziplinen aufgrund ihrer unterschiedlichen Forschungstraditionen und Erkenntnisinteressen nicht immer leicht, wie die Vergangenheit gelehrt hat und sich auch in Zukunft weiterhin erweisen wird.

Doch erschöpft sich die wissenschaftsimmanente Funktion einer Sozialgeschichte der Medizin nicht in einer möglichen Verzahnung zweier bislang (auch institutionell) mehr oder weniger streng getrennter Fächer. Forschungen in dieser Richtung können darüber hinaus befruchtend auf einzelne Teildisziplinen der Geschichtswissenschaft wirken. Die Stadtgeschichte⁵⁴ zum Beispiel kann aus Studien zu sozialgeschichtlichen Aspekten von Krankheit und Gesundheit Anregungen und Anstöße für weitere Forschungen über die Geschichte einer Stadt, ihrer Bewohner, ihrer Lebensweisen, Bedürfnisse, Erfahrungen und Verhaltensweisen bekommen. Denn die Stadt ist nach Marcel Mauss bekanntlich ein "fait social total", aus der zentrale Bereiche einer Sozialgeschichte des Raumes und der Zeit nicht länger einfach ausgeblendet werden dürfen.

Weiterhin dürften die Ergebnisse der sozialgeschichtlichen Fallstudien zum Gesundheitswesen für die Erforschung der Stadt- Umland-Beziehungen, d.h. für die historische Raumforschung, von Interesse sein.⁵⁵ Die unterschiedliche Heilerdichte⁵⁶, das jeweilige Einzugsgebiet einer (wund-)ärztlichen Praxis, das bei günstiger Quellenlage durchaus auch für frühere Epochen rekonstruiert werden kann,⁵⁷ sind wichtige, bislang vernachlässigte Elemente im Gefüge wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Zentralfunktionen einer mittelalterlichen oder neuzeitlichen Stadt.

Auch die Familiengeschichte⁵⁸, der in der jüngsten Zeit die Alltagsgeschichte den Rang abzulaufen scheint, findet in einer Sozialgeschichte der Medizin eine Fülle von Anknüpfungspunkten. Qualität und Bestand des Familienlebens werden durch das Krankheits- und Gesundheitsverhalten der Familienangehörigen entscheidend mitbestimmt. In einer Zeit, in der der Faktor "Familie" in der Therapie sich wieder einer größeren Wertschätzung erfreut, ist es die Aufgabe des Historikers aufzuzeigen, wie die Familie in einem bestimmten zeitlichen und räumlichen Kontext auf extreme Herausforderungen und Veränderungen, die durch Krankheiten und Seuchen verursacht wurden, reagierte und mit welchen Mitteln sie diese auffing und bewältigte.⁵⁹

Ein weiteres wichtiges Feld, das derzeit ebenfalls von der Sozialgeschichte der Medizin entdeckt wird, ist die Geschlechtergeschichte, die sich aus der Frauengeschichte entwickelt hat.⁶⁰ Und es ist bezeichnend, daß Historikerinnen, aber auch Historiker, die sich mit allgemeinen und sozialen Aspekten von Krankheit und Gesundheit in der Geschichte auseinandergesetzt haben, entweder gleichzeitig oder später die Frauen- bzw. Geschlechtergeschichte für sich entdeckt haben.⁶¹ Auf besonderes Interesse stößt in der Bundesrepublik in letzter Zeit der weibliche Körper, dessen Wahrnehmung durch den sozialen Körper wesentlich mitbestimmt und geformt wird. In diesem Zusammenhang ist vor allem auf die Pionierarbeit von Barbara Duden⁶² und auf einen Aufsatzband⁶³, den die Medizinhistorikerin Johanna Geyer-Kordesch zusammen mit der Geschichtsdidaktikerin Annette Kuhn herausgebracht hat, hinzuweisen.

Bleibt noch der Verweis auf die historische Volkskulturforschung, die in den letzten Jahren verstärkt Beachtung bei den Historikern gefunden hat.⁶⁴ Dieser Forschungsrichtung geht es, wie Richard van Dülmen⁶⁵ und andere betont haben, nicht darum, der historischen Sozialwissenschaft einen weiteren Gegenstandsbereich (neben Politik, Wirtschaft und

Gesellschaft, auch Kultur) hinzuzufügen, sondern sich Klassen- und Gruppenkulturen zuzuwenden und sich dabei die Sehweise der Betroffenen und der Handelnden zu eigen zu machen, so daß Handlungspraxis und Alltagserfahrungen der "kleinen Leute" in Stadt und Land stärker als bisher in den Blickwinkel des Historikers rücken. Bei der "Wiederentdeckung des vergessenen Alltags" (Richard van Dülmen/Norbert Schindler) sollte gerade der Austauschprozeß zwischen laien- und schulmedizinischen Vorstellungen, Mitteln und Praktiken, welcher sowohl in der bäuerlichen als auch der städtischen Kultur der Neuzeit eine wichtige Rolle spielte und noch immer spielt, nicht ausgeklammert bleiben.⁶⁶

Daß solche interdisziplinären Vermittlungen und Bezüge am ehesten innerhalb einer integrativen, breitgefächerten und methodisch offenen Sozialgeschichte der Medizin zu verwirklichen sind, liegt auf der Hand. Diese Forschungsrichtung ist denn auch zweifellos in der Lage, eine Brücke zwischen der Allgemeinen Geschichte und der Medizingeschichte zu schlagen, ohne daß beide Fächer ihre Anbindung an eine bestimmte Fakultät und ihren angestammten Platz im universitären Fächerkanon aufgeben müssen. Die Ansiedlung einer Sozialgeschichte der Medizin in der einen oder anderen Fakultät ist also forschungspolitisch nicht unbedingt zwingend. Zur Institutionalisierung reicht es meines Erachtens völlig aus, wenn andere Wege (Gründung von ständigen Arbeitskreisen, wissenschaftlichen Gesellschaften, Forschungsinstituten, Zeitschriften und Publikationsreihen) beschritten werden. Auch auf diese Weise können die notwendigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Entstehung und Weiterentwicklung eines bestimmten "Denkkollektivs" (Ludwik Fleck) geschaffen werden.

Anmerkungen

- 1 Dieser Beitrag fußt auf einem Vortrag, der am 14. Januar 1991 im medizinhistorischen Colloquium am Fachbereich Geschichte der Medizin der FU Berlin gehalten wurde. Ich danke Herrn Prof. Dr. Rolf Winau für die freundliche Einladung und allen Teilnehmern für die intensive Diskussion. Der Vortragsstil wurde bei der Überarbeitung für den Druck weitgehend beibehalten. Die Anmerkungen beschränken sich auf ein Minimum, da bereits zwei ausführliche Literaturberichte, die allerdings mittlerweile zehn Jahr alt sind, vorliegen, so daß meistens nur auf neuere Arbeiten

- und grundlegende Studien älteren Datums hinzuweisen ist. Für die Forschungssituation bis ca. 1980 vgl. Alfons Labisch: Zur Sozialgeschichte der Medizin: Methodologische Überlegungen und Forschungsbericht. In: Archiv für Sozialgeschichte 20 (1980), S. 431-469; Dirk Blasius: Geschichte und Krankheit. Sozialgeschichtliche Perspektiven der Medizingeschichte. In: Geschichte und Gesellschaft 2 (1976), S. 386-415.
- 2 Zum Einfluß der Bielefelder Schule auf die deutsche Nachkriegshistoriographie vgl. Roger Fletcher: Recent Developments in West German Historiography: The Bielefeld School and Its Critics. In: German Studies Review 7 (1984), S. 451-481. Fletcher sieht oft eine Einheit, wo in Wirklichkeit aber ein theoretischer und methodischer Pluralismus herrscht. Zur Kritik an Fletcher vgl. Gerhard A. Ritter: Die neuere Sozialgeschichte in der Bundesrepublik Deutschland. In: Jürgen Kocka (Hg.): Sozialgeschichte im internationalen Überblick. Ergebnisse und Tendenzen der Forschung. Darmstadt 1989, S. 19-88, speziell S. 39, Anmerkung 76. Zu den Tagungen, die das Bielefelder Zentrum für interdisziplinäre Forschung unter der Federführung Bielefelder Historiker und Soziologen zum Themenkreis "Gesellschaft, Krankheit und Gesundheit" seit 1982 veranstaltete und von denen wichtige Akzente ausgingen, vgl. den Artikel von Ute Frevert: Geteilte Geschichte der Gesundheit. Zum Stand der historischen Erforschung der Medizin in Deutschland, England und Frankreich. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 28. Januar 1987. Vgl. dazu die kritischen Bemerkungen von Gunter Mann: Beschränktheit im Wissen. Eine Antwort auf Ute Freverts Thesen zur Medizingeschichte: In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 11. März 1987. Inzwischen haben noch weitere Tagungen des ZiF zu diesem Themenkomplex stattgefunden. Die letzte im September 1990 zum Thema "Die Soziale Konstruktion von Krankheit". Der Tagungsband erscheint 1992: Jens Lachmund u. Gunnar Stollberg (Hg.): The Social Construction of Illness. Historical, Sociological and Anthropological Perspectives. (Beihefte zu Medizin, Gesellschaft und Geschichte, 1) Stuttgart 1992. Zu früheren Tagungen vgl. die Tagungsberichte von Alfons Labisch und Reinhard Spree, wiederabgedruckt in: Alfons Labisch: Geschichte, Sozialgeschichte, Historische Soziologie der Medizin. Interdisziplinäre Beiträge. Kassel 1990, S. 135ff. Ich danke Herrn Kollegen Labisch für die freundliche Überlassung dieses im Selbstverlag erschienenen Sammelbandes.
 - 3 Neben den bereits genannten Bielefelder Tagungen ist auf ein Colloquium zu einem Forschungsprogramm Sozialgeschichte der Medizin, das im April 1988 in der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart stattfand, hinzuweisen. Versuchsweise hat die Robert Bosch Stiftung im Frühjahr 1991 einen Arbeitskreis für Sozialgeschichte der Medizin eingerichtet. Zum Thema der ersten Zusammenkunft vgl. Robert Jütte: 1. Treffen des Arbeitskreises für Sozialgeschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung. In: Nachrichtenblatt der deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik 41 (1991), S. 15-17.
 - 4 Vgl. als Beispiel die in Anmerkung 2 erwähnte Kontroverse zwischen Gunter Mann und Ute Frevert.
 - 5 Über dieses enge Verständnis des Begriffs "Sozialgeschichte"

- wurde beispielsweise intensiv auf einem Fortbildungsseminar für den medizinhistorischen Nachwuchs im Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung im Frühjahr 1990 diskutiert. Vgl. dazu Martin F. Brumme u. Hans-Uwe Lammel: Methoden der Medizingeschichtsschreibung. In: Historische Sozialforschung 16 (1991), S. 124-129.
- 6 Vgl. die bibliographischen Angaben in Anmerkung 2.
 - 7 Mann (wie Anm. 2).
 - 8 Vgl. die Aufsatzsammlung von Achim Thom u. Karl-Heinz Karbe (Hg.): Henry Ernest Sigerist (1891-1957): Begründer einer modernen Sozialgeschichte der Medizin. Ausgewählte Texte, (Sudhoffs Klassiker der Medizin, N.F. 1). Leipzig 1981. Über dieses Thema fand jüngst ein Kolloquium am Karl-Sudhoff-Institut in Leipzig statt (12.-14. Juni 1991). Dabei ging es um "Ergebnisse und Perspektiven sozialhistorischer Forschung in der Medizingeschichte". Zu Person und Werk Sigerists insgesamt vgl. Elisabeth Berg-Schorn: Henry Ernest Sigerist (1891-1957). Medizinhistoriker in Leipzig und Baltimore. (Kölner Medizinhistorische Beiträge, 9) Köln 1978; Gerhard Baader: Henry Ernest Sigerist (1891-1957). In: Nachrichtenblatt der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik 40 (1990), Heft 1, S. 9-14.
 - 9 Vgl. Eckhard Hansen, Michael Heisig, Stephan Leibfried, Florian Tennstedt (Hg.): Seit über einem Jahrhundert... Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik. Köln 1981.
 - 10 Vgl. dazu den ausgezeichneten Überblick, den Gert H. Brieger in seinem Vortrag mit dem Titel "The Historiography of Health and Disease" auf dem "International Symposium on the History of Medicine", 13.-15. Juni 1991, in Kopenhagen hielt. Eine Veröffentlichung der Beiträge dieser Tagung ist in *Clio Medica* vorgesehen. Vgl. auch den Literaturbericht von Judith Walzer Leavitt: *Medicine in Context: A Review Essay of the History of Medicine*. In: *American Historical Review* 95 (1990), S. 1471-1484.
 - 11 Vgl. neben den in Anmerkung 1 genannten Arbeiten von Blasius und Labisch vor allem Arthur E. Imhof/Øivind Larsen: *Sozialgeschichte und Medizin. Probleme der quantifizierenden Quellenbearbeitung in der Sozial- und Medizingeschichte*. (Medizin in Geschichte und Kultur, 12). Stuttgart 1978, besonders S. 1ff. (Einleitung). Vgl. auch Arthur E. Imhof: Einleitung. In: Ders. (Hg.): *Biologie des Menschen in der Geschichte. Beiträge zur Sozialgeschichte der Neuzeit aus Frankreich und Skandinavien*. (Kultur und Gesellschaft. Neue historische Forschungen, 3) Stuttgart 1978, S. 13-78.
 - 12 Daß es aber auf diesem Gebiet bis Ende der 1970er Jahre in der Bundesrepublik ein gewisses Defizit gab, wird auch in einer frühen Nummer des "Medizinhistorischen Journals" - einer Zeitschrift, die sich von Anfang an sozialgeschichtlicher Themen angenommen hat - nicht geleugnet. Vgl. Hans-Heinz Eulner: *Der Medizinhistoriker*. In: *Medizinhistorisches Journal* 3 (1968), S. 1-17, speziell S. 16. Zum Umdenkungsprozeß unter den Fachvertretern vgl. Eduard Seidler: *Gedanken zur Funktion der historischen Methode in der Medizin*. In: *Medizinische Klinik* 70 (1975), S. 726-731.
 - 13 Zur Entwicklung des Faches "Sozialmedizin" vgl. u.a. George Rosen: *Die Entwicklung der sozialen Medizin*. In: Hans-Ulrich Deppe u. Michael Regus (Hg.): *Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte*. Frankfurt/Main 1975, S. 74-131.
 - 14 Reinhard Spree: *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod*. Zur