

## **"Die soziale Konstruktion von Krankheit und Gesundheit" in historischer Perspektive**

13. Stuttgarter Fortbildungsseminar des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, vom 28. bis 30. April 1994

Ein Kreis von 22 Medizin- und SozialhistorikerInnen widmete sich drei Tage lang dem Krankheits- und, korrespondierend damit, dem Gesundheitsbegriff verschiedenster historischer Gruppen und Gesellschaften. In der sehr angenehmen Atmosphäre des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung versuchten 16 ReferentInnen, den von der Vorbereitungsgruppe (Ralf Bröer, Heidelberg, Lutz Sauerteig, München, Thomas Schlich, Stuttgart, Petra Werner, Berlin) abgesteckten Rahmen auszufüllen. Dem nicht nur medizin- und sozialhistorisch, sondern auch wissenschafts- und erkenntnistheoretisch sehr interessanten Thema näherten sich die TeilnehmerInnen u.a. mit folgenden Fragen: Wer zieht wo und mit welchen Argumenten die Grenzlinie zwischen Gesundheit und Krankheit? Was gerät durch solche Abgrenzungen in den Kompetenzbereich der (naturwissenschaftlichen) Medizin? Und welche Auswirkungen haben solche Konstruktionsprozesse auf die beteiligten Heiler/Ärzte, die "Kranken", ihre soziale Umgebung und die Gesellschaft?

Der freundlichen Begrüßung durch den Veranstalter Robert Jütte und den Hauptorganisator Thomas Schlich folgte ein von Lutz Sauerteig (München) konzipiertes *warming up*, das auf erheiternde Weise einige der heutigen konkurrierenden Gesundheitsbegriffe (u.a. der Intensivmedizin, der katholischen Kirche, der Naturheilkunde, der Fitness-Branche) gegenüberstellte, um die soziale und weltanschauliche Verankerung von "Gesundheit" und damit die Wertbesetztheit des Begriffspaars Krankheit/Gesundheit treffend zu veranschaulichen.

Mit einem Überblicksvortrag von Ralf Bröer (Heidelberg), der "die soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit" aus der Forschungsgeschichte heraus darstellte, begann die Reihe der sieben Arbeitssitzungen. Dem historiographischen Konzept der

klassischen Medizingeschichte, das u.a. von der Verwendung des Fortschrittsmodells, der naiven Objektivierung von Krankheiten und der Abkoppelung sozialer Faktoren vom Krankheitsbegriff geprägt ist, stellte er Uta Gerhardt (1989) folgend vier seit den 1950er Jahren entwickelte Konzepte gegenüber. Der erste Kritiker des klassischen Konzepts, Talcott Parson, versteht Krankheit als Abweichung vom sozialen Systemgleichgewicht und lenkt erstmals die Aufmerksamkeit auf die Krankenrolle. Der symbolische Interaktionismus übertrumpfte Parsons Konzept in den 1960ern: der Kranke wird nach diesem Modell stigmatisiert (*labelling theory*). Ein drittes Konzept entwickelte sich aus der "Phänomenologie" (Ethnomethodologie, kognitive Soziologie). Untersucht wird hier mikroperspektivisch das ärztliche Handeln im Alltag, in dem Krankheit als Störung (*trouble*) der Normalität erfahren wird. Die nach 1968 entwickelte Konflikttheorie, die sich auf Marx und Foucault beruft, ist heute vorherrschend. Sie analysiert die Konstruktion von Krankheit durch Laien und Expertengruppen unter dem Gesichtspunkt der sozialen Kontrolle/Disziplinierung. Desweiteren stellte der Referent die von Ludwik Fleck in den 1930er Jahren formulierte Wissenschaftstheorie zur Konstruktion von Tatsachen durch "Denkstil" und "Denkkollektiv" vor. In der Diskussion stand der Foucaultsche Ansatz im Mittelpunkt, wobei angemerkt wurde, daß Foucault nicht auf eine Position festgelegt werden könne.

Die zweite Arbeitssitzung eröffnete Norbert Paul (Düsseldorf) mit einem Vortrag über den "wissenschaftlichen Entwurf von Krankheitsbildern in der modernen Medizin und seinen Grenzen". Er zeigte an mehreren Einzelbeispielen, daß ein *hiatus theoreticus* zwischen dem theoretischen Anspruch der modernen wissenschaftlichen Medizin und ihrer klinischen Praxis besteht. Der in der Theorie geforderten analytischen Exaktheit normierter Krankheitsbeschreibungen stehen in der Realität unscharfe Krankheitsbilder gegenüber, die sich nicht am Prinzip der Kausalität, sondern an ihrem pragmatischen Wert orientieren. Die medizinische Konstruktion von Krankheitswissen ist ideologisch, da sie sich als wissenschaftlich versteht, ohne die konstituierenden Prinzipien dieser Wissenschaftlichkeit regelmäßig zu beachten.

Volker Hess (Berlin) ging in seinem Referat über "Doctor's Stories. Die narrative Konstruktion des medizinischen Wissens" auf einen in der klinischen Praxis sehr bedeutsamen Vorgang ein, den die Linguistin K.M. Hunter 1991 zum Gegenstand ihrer Untersuchung gemacht hat: Aus der Erzählung des leidenden Menschen, der ärztliche Hilfe aufsucht, entwickelt der aufnehmende Arzt eine geschlossene *story* für Mediziner. Dabei wird aus der privat erlebten *illness* die unter Ärzten erörterbare *disease*. Die *stories* und nicht die Ableitung aus der Theorie prägen die Praxis der Therapie, indem sie Kranke und Krankheiten vorstellen. Aus den Einzelgeschichten bildet sich so die

Vorstellung von den Krankheiten. Die Konstruktion von Krankheiten erfolgt über die Erzählung von Einzelfällen.

Die dritte Arbeitssitzung war den religiösen Dimensionen von Krankheit gewidmet. Jürgen Helm (Halle) stellte am Beispiel der Geschichte von "Hiobs Klage und seine Streitrede mit den Freunden" die religiöse und soziale Bedeutung von Krankheit im nachexilischen Israel vor. Die drei Freunde Hiobs sind davon überzeugt, daß frommes Verhalten mit Gesundheit und Glück belohnt wird und Sünde entsprechend Krankheit und anderes Leid zur Folge hat. Hiob stimmt diesen Ansichten grundsätzlich zu, weigert sich aber, da er sich unschuldig fühlt, die mit seiner Krankheit verbundene soziale Isolierung und die ihm entgegretende moralische Verachtung zu akzeptieren. Die hier thematisierte Verknüpfung von Krankheit und Schuld stand im Mittelpunkt der Diskussion. Die TeilnehmerInnen waren sich einig, daß eine solche Verknüpfung durch die (Medizin)geschichte hindurch anzutreffen sei, wenn auch nicht immer ein religiöser Kontext besteht. Bestimmte Krankheiten (z.B. Geschlechtskrankheiten) scheinen bis heute anfällig dafür zu sein, mit Schuld in Verbindung gebracht zu werden.

Katharina Ernst (Leimen) stellte die "Bedeutung von Krankheit an zwei Beispielen aus dem England des 17. Jahrhunderts" dar. Sie präsentierte mit dem "Puritaner" Ralph Josselin und dem bekannten Tagebuchschreiber Samuel Pepys zwei sehr unterschiedliche Charaktere, deren umfangreiche Tagebuchaufzeichnungen zum Thema Krankheit Rückschlüsse auf ihre jeweilige Deutung der erfahrenen Krankheiten ermöglichen. Josselin, der durchaus auch natürliche Ursachen für die Krankheitsentstehung verantwortlich machte und medizinische Therapien in Anspruch nahm, bettete jegliches Krankheitserleiden in einen religiösen Sinnkontext. Seine Krankheitsinterpretation führt sämtliche eigenen und z.T. sogar die Erkrankungen von Familienmitgliedern auf selbstverschuldete moralische Verfehlungen zurück. Ihr steht Pepys Erklärung diametral gegenüber, die empirisch-kausal nach Krankheitsursachen forschte. In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, daß sich empirisch-naturwissenschaftliche Modelle problemlos in eine allumfassende religiöse Weltanschauung integrieren lassen.

Der dritte Themenkreis umfaßte den weiten Bereich von "Gesundheit und Öffentlichkeit". Mit einem Beitrag über "Gesundheit als öffentliches Gut — eine sich wandelnde Resource" trat Ingo Tamm (Hannover), an Alfons Labisch orientiert, einen langen Gang durch die Geschichte der medizinischen Versorgung im Kontext ihrer sozialen und ökonomischen Bedingungen an. Er konzentrierte sich dabei auf die Darstellung der Veränderung der politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen im 19. und 20. Jahrhundert, um aufzuzeigen, wie sich der Wert der Resource Gesundheit wandelt —

bis hin zur Verwirklichung einer "Ausmerzungen" der "gesundheitlich Wertlosen". Die anschließende Debatte griff die Frage auf, seit wann Gesundheit überhaupt als Resource definiert werden könne. Dabei wurde betont, daß neben ökonomischen Voraussetzungen auch andere Rahmenbedingungen stark auf die jeweilige Definition von Gesundheit einwirkten.

Maria Barbara Rößner (Köln) sprach über "Gesundheitsgefährdung durch Umweltverschmutzung — Umweltbewußtsein und Umweltschutz" im späten 18. Jahrhundert. Sie stellte den Fall einer durch die Inbetriebnahme einer Bleischmelze 1765 verursachten Umweltverschmutzung vor, der vor dem Kölner Rat verhandelt wurde. Die Anwohner forderten die Schließung der Bleischmelze wegen der von ihr ausgehenden Gefahr für die Gesundheit durch die Emissionen und die Verseuchung des Wassers. Diese Gefährdung versuchten die Kläger mit medizinischen Gutachten nachzuweisen. Der Rat gab den Anwohnern Recht und verfügte die Verlegung der Schmelze in ein nur schwach bewohntes Gebiet — ob die medizinischen Argumente dafür ausschlaggebend waren, läßt sich allerdings nicht sagen. In der Diskussion wurde darüber gestritten, inwieweit man hier von Umweltschutz und Umweltbewußtsein sprechen könne oder ob nicht nur einfach ein Bewußtsein einer Gesundheitsgefährdung vorläge.

Mit dem "Krankheitsbegriff der gesetzlichen Krankenversicherung im Deutschen Reich von ihrer Gründung bis 1911" setzte sich Ingrid v. Stumm (München) auseinander. Die staatliche Krankenversicherungspolitik war in ihren Augen primär auf die Erhaltung der Arbeitskraft der Versicherten ausgerichtet, was sich im Krankheitsbegriff und der Versicherungskonzeption (Leistungsempfänger und -umfang) widerspiegelt. Einerseits verbesserte sich, wenn auch nicht ausreichend, die Situation von Arbeitern im Krankheitsfall. Andererseits gewannen die Ärzte an Macht und Prestige, auch gegenüber den Patienten, da diese von den medizinischen Gutachten ökonomisch abhängig waren. Diesem Urteil wurde in der Diskussion entgegengehalten, daß durch die Krankenversicherung ein anwachsender Personenkreis aus der Arbeiterschaft Anspruch auf medizinische Versorgung erhielt und daß durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen auch Macht und Kontrolle über die Ärzte ausgeübt werden konnte.

Die folgenden drei Referate beschäftigten sich mit der Veränderung oder Verschiebung des Gesundheits-/Krankheitsbegriffs in Krisensituationen unter politischen und ökonomischen Vorgaben. Christoph Gradmann (Heidelberg) untersuchte die "»Rentenneurosen« im Kontext des Ersten Weltkriegs". Der Begriff »Rentenneurose« bezeichnet den massenhaft bei Frontsoldaten aufgetretenen schweren traumatischen Schock, der als Kriegsverletzung einen Rentenanspruch begründen konnte. Der Referent zeigte, wie Militärärzte den traumatischen Schock als hysterieartig deuteten, wobei der Krieg nicht als Ursache, sondern als Auslöser einer bereits latent vorhandenen Neurose angesehen

Krankheit und Laster". Ausgehend von der Beschreibung des Alkoholismus als Krankheit um 1820, die durch einen individuellen Kontrollverlust bestimmt war, untersuchte die Referentin, welche unterschiedlichen Deutungs- und Behandlungsmuster somatische Medizin (Alkoholismus als Zustand zwischen Krankheit und Laster), Psychiatrie (als Geisteskrankheit) und Rassenhygiene (als Degenerationsfaktor) im Umgang mit Alkoholismus entwickelten und welche sich dabei im Diskurs durchsetzen konnten. In all diesen Krankheitskonzepten verlor der Alkoholismus den Charakter des "Lasters" nie ganz, was an Hand der Fürsorgekonzepte der bürgerlichen Abstinenzbewegungen im 19. Jahrhundert und der staatlichen Trinkerfürsorge im 20. Jahrhundert verdeutlicht wurde.

Den letzten Themenkreis, "Geschlecht und Krankheitskonstruktion", leitete das Referat Petra Schachtners (Regensburg) über die "Medikalisierung der Geburt — Die Entbindungsanstalten des 18. Jahrhunderts" ein. Die Referentin beschrieb die Folgen der Kompetenzübertragung von der Hebamme auf einen Chirurgen oder Arzt als einen Prozeß der Pathologisierung des Geburtsvorganges, als Reduzierung auf die physiologischen Aspekte, wodurch kulturelle Aspekte an den Rand gedrängt wurden, als Normierungsprozeß (z.B. der Kindslage und des zeitlichen Geburtsablaufs) und als Übernahme der medikalisierten Vorstellungen in die Öffentlichkeit.

Sylvelyn Hähner-Rombach (Stuttgart) untersuchte in ihrem Beitrag die "soziale Konstruktion von Krankheit durch die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts am Beispiel von Frauen". Anhand der Einweisungsgutachten der Pflegeanstalt Zwiefalten von 1812-1871 verdeutlichte sie, daß bei der Feststellung von "Geisteskrankheit" das Geschlecht der Probanden von entscheidender Bedeutung war. Während die Gutachter bei Frauen in erster Linie ihre "biologische Disposition" und Probleme im Geschlechterverhältnis (z.B. unglückliche Liebesbeziehungen) als Ursache von Geisteskrankheit ausmachten, war es bei Männern als den "Trägern der Vernunft" nicht ihr Geschlecht, das zur Geisteskrankheit disponierte, sondern z.B. die Lebensweise oder ein Suchtverhalten.

In seinem Beitrag über "Psychopathia sexualis — der ärztliche Umgang und die medizinische Auffassung der sexuellen Perversionen zwischen 1880 und 1920" stellte Per Klabundt (Freiburg) von Krafft-Ebing ausgehend die Pathologisierung sexuell devianten Verhaltens durch die Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts dar. Insbesondere der Homosexuelle wurde von Ärzten als ein von seiner "perversen" Sexualität geprägter Charakter verstanden. Krafft-Ebings Entartungskonzept wurde als Erklärung der Perversionen um 1900 dann von Iwan Bloch und Freud scharf kritisiert. Der Referent beschrieb die Entstehung der Sexualpathologie als einen Teilprozeß der Medikalisierung und der Professionalisierung der Nervenärzte.

wurde. Um mögliche Rentenansprüche abzuwehren, erklärte man die Erkrankten zu Simulanten. Im zivilen Bereich dagegen erkannten die Landesversicherungsanstalten bei Neurosen oft einen Rentenanspruch an. Mit der "Deutung von Gesundheit und Krankheit durch die deutsche Kriegspathologie im Ersten Weltkrieg" beschäftigte sich Cay-Rüdiger Prüll (Freiburg). War die Pathologie vor dem Ersten Weltkrieg durch die Bakteriologie in die Defensive geraten, so wurde sie während des Kriegs bei der Krankheitsdefinition zur Leitdisziplin. Die Sezierung der vielen Leichen junger Männer ermöglichte den Pathologen im Krieg umfangreiche Forschungen zur Konstitutionslehre. Aus der Perspektive der Kriegsverwendbarkeit verschob die Pathologie die Krankheitsdefinition. Gesundheit wurde zur "Wehrtauglichkeit" und Kriegsverletzungen verdrängten andere Krankheiten, z.B. chronische Krankheiten, aus dem Aufmerksamkeitsfeld.

Winfried Süß (München) Beitrag handelte von der "Produktivierung des Gesundheitsbegriffs im Nationalsozialismus". Nationalsozialistische Gesundheitspolitik sah in der Gesundheit der Bürger in erster Linie ein »Wirtschaftsgut«, das zu erhalten die Aufgabe des erheblich ausgebauten "Vertrauensärztlichen Dienstes" und der flächendeckenden Einführung der betriebsärztlichen Versorgung war. Damit wurde die medizinische Versorgung von der Privatsphäre in den Bereich der Arbeitswelt verlagert. Arbeitsfähigkeit wurde immer mehr zum entscheidenden Kriterium des medizinischen Erfolgs und der Kranke, besonders in der zweiten Kriegshälfte, zum volkswirtschaftlichen »Störfaktor«. Den Begriff der "Arbeitsunfähigkeit" ersetzte man durch ein flexibles Konzept von unterschiedlichen Graden der "Arbeitseinsatzfähigkeit", die von staatlichen oder Betriebsärzten und schließlich sogar von medizinischen Laien festgestellt wurde.

Der vierte Themenkomplex beschäftigte sich am Beispiel von Sucht mit der "Medikalisierung sozialer Phänomene". Claudia Wiesemann (Erlangen) stellte in ihrem Beitrag über die "soziale Konstruktion eines medialen Phänomens" die Frage nach der "Entdeckung" und "Erfindung" der Sucht zu Beginn des 19. Jahrhunderts. Ärzte faßten unter dem Begriff der "Sucht" an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert bestimmte Formen des Alkohol- und Opiumgebrauchs zusammen und definierten sie als Krankheit. Dabei spielten drei Faktoren eine Rolle: Zum einen das sich aus der bürgerlichen Mentalität herleitende Mäßigkeits- und Selbstbeherrschungsideal, zum anderen führte die gesellschaftliche Umbruchssituation zu einem Verlust an informeller sozialer Kontrolle über den Drogengebrauch und schließlich, quasi auf einer Mikroebene, brachten Rivalitäten innerhalb der Ärzteschaft den Vorwurf hervor, daß Ärzte durch die therapeutische Verwendung von Drogen selbst zu Verursachern von Sucht würden.

In einem den Zeitraum von 1820 bis 1945 umfassenden Überblick befaßte sich Elke Hauschildt (Marburg) mit der "sozialen Konstruktion des Alkoholismus": "Zwischen



Für die Abschlußdiskussion stellten Ralf Bröer, Per Klabundt, Lutz Sauerteig und Thomas Schlich ein funktionales Modell zur historischen Analyse sozialer Konstruktion von Krankheit bzw. Gesundheit zur Debatte. In der, zum Teil sehr kontrovers geführten Diskussion, stand neben erkenntnistheoretischen Gesichtspunkten die Frage im Mittelpunkt, ob es nicht doch, außerhalb von sozialer Konstruktion, anthropologische Konstanten wie "das Leid" gäbe. Die Fronten in diesem Streit verliefen quer durch die Gruppe der Medizin- und SozialhistorikerInnen.

Per Klabundt (Freiburg), Lutz Sauerteig (München)