

Krankheitsbewältigung

Bericht über das 2. Treffen des Arbeitskreises für Sozialgeschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart, 21.-22. September 1992

Das zweitägige Treffen fand im Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung (Leiter: Prof. Dr. Robert Jütte) statt. Zum übergeordneten Thema ‚Krankheitsbewältigung‘ wurden vier Sektionen abgehalten, die den Aspekten „Kultur“, „Wissenschaft“, „Professionelle Hilfe“ und „Staat“ gewidmet waren. Zu jedem der vier Punkte wurden drei oder vier Kurzvorträge gehalten, denen jeweils eine längere Diskussion im Plenum folgte.

Das Hauptthema der ersten Sektion (Vorsitz: *Bengt I. Lindskog*, Kopenhagen) war ‚Kultur‘. *Harm Beukers* (Leyden) berichtete über die Patienten der Leidener Lehrkrankenhäuser im 17. und 18. Jahrhundert („Patients in the Leyden teaching hospital in the seventeenth and eighteenth centuries“) und stellte zur Diskussion, welche Methoden geeignet seien, um zu einem genaueren Bild über den damaligen Unterricht am Krankenbett zu gelangen. Im Mittelpunkt des Interesses stand dabei die soziale Herkunft der Patienten.

In ihrem Beitrag über die Auswirkungen der Pest auf das städtische Leben zweier Reichsstädte („The impact of the plague on urban life in Überlingen und

Ulm“) berichtete *Annemarie Kinzelbach* (Heidelberg), wie unterschiedliche Gruppen in beiden Städten auf diese Bedrohung reagierten. Lokale Untersuchungen wie diese sind entscheidend, um unser Wissen über die sozialen Auswirkungen der Pest zu vervollständigen und die noch immer weitverbreiteten Fehlinformationen zu korrigieren.

Die Sektion über die kulturellen Aspekte der Krankheitsbewältigung wurde beschlossen mit dem Beitrag von *Eberhard Wolff* (Tübingen), der einen Ausschnitt aus seinen Forschungen zu populären Einstellungen zur Pockenschutzimpfung im 19. Jahrhundert vorstellte. Sein Vortrag („Sketches of acceptance and rejection of the smallpox vaccination in the town of Esslingen“) zeigte auf, mit welchen Fragestellungen und methodischen Problemen man konfrontiert ist, wenn man die Einstellung der Bevölkerung zu bestimmten Teilen der Medizinkultur erforschen will.

Die zweite Sektion (Vorsitz: *Wolfgang Eckart*, Heidelberg) war dem Aspekt ‚Wissenschaft‘ in der Krankheitsbewältigung gewidmet. *Bernardino Fantini* (Genf) berichtete über die Geschichte der Erfor-

schung und Bekämpfung der Malaria („Mechanisms of transmission: the history of malaria“) und zeigte, daß der Erfolg bei der Kontrolle infektiöser Erkrankungen keineswegs nur davon abhängt, welche Lösungen die Wissenschaft anzubieten hat; ebenso wichtig sei die praktische Umsetzung solcher wissenschaftlicher Lösungen. Die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie die Verbreitung entsprechender Praktiken kann nur erreicht werden, wenn dabei eine ganze Reihe weiterer Faktoren (soziale, wirtschaftliche, ökologische) unter Kontrolle gebracht werden.

Claude Debru (Straßburg) präsentierte eine kurze Übersicht eines größeren Forschungsvorhabens zur Geschichte der biologisch-medizinischen Forschung („Comparative history of biomedical research: The case study of Neuro-Endocrinology“). Anhand eines Beispiels aus der Geschichte der neuro-endokrinen Forschung demonstrierte er, wie nützlich es für die Wissenschaftsgeschichte ist, gleichzeitig mit den inneren, epistemologischen Gesichtspunkten auch die Vielzahl anderer (sozialer, institutioneller, ideologischer usw.) Aspekte wissenschaftlicher Tätigkeit zu berücksichtigen. Dies müsse ergänzt werden durch eine vergleichende, die nationalen Grenzen überschreitende Herangehensweise. Debru plädierte für eine sowohl interdisziplinäre als auch internationale Zusammenarbeit in der Geschichte der medizinischen Wissenschaft.

In seinem Vortrag über die Institutionalisierung der Orthopädie in Deutschland („The institutionalization of orthopaedics in Germany“) schilderte *Klaus-Dieter Thomann* (Mainz), wie es dazu kam, daß ein Zweig medizinischer Tätigkeit, die Orthopädie, die in anderen Ländern nicht als eigenständige Disziplin existiert, in Deutschland als eigenes Fachgebiet organisiert wurde. Thomann untersuchte dieses Problem in mehrfacher Hinsicht und unterschied eine naturwissenschaftlich-fachliche, eine sozial-karitative, eine berufspolitische, eine staatliche und eine individuelle Ebene. *Ulrich Tröhler* (Göttingen)

stellte mit seinem die Sektion abschließenden Beitrag über die Geschichte der modernen Chirurgie ab („Twentieth-century surgery“) ein umfassendes Modell vor, das es erlaubt, das riesige Gebiet der Geschichte der modernen Chirurgie zu gliedern. Basierend auf den Hauptparadigmen der verschiedenen Zeitabschnitte werden drei Phasen unterschieden, in denen sich die Praxis, die konzeptionelle Basis sowie die ethische Rechtfertigung der Chirurgie voneinander in wichtigen Punkten unterscheiden.

Zu Anfang der dritten Sektion unter der Überschrift „professionelle Hilfe“ (Vorsitz: *Bernardino Fantini*) gab *Alfons Labisch* (Düsseldorf) einen Überblick über ein geplantes Forschungsprojekt über Medizin und Ärzte in Düsseldorf („Medical care and physicians in Düsseldorf“). Das Projekt, das sich auf den Überschneidungsbereich von Medizin, sozialen Bedingungen und demographischer Entwicklung konzentriert, soll die Rolle der Medizin in der modernen Industriegesellschaft beleuchten. Obwohl Düsseldorf sich Mitte des vorigen Jahrhunderts zu einer der am höchsten industrialisierten Städte Deutschlands entwickelte, zeigen die Statistiken eine im Vergleich zu ähnlichen Städten niedrige Mortalitätsrate. Eine gründliche Untersuchung der besonderen Bedingungen Düsseldorfs in Hinsicht auf die medizinische Versorgung müßte dazu geeignet sein, festzustellen, welcher Anteil der Medizin bei einer solch günstigen Entwicklung zukommt.

John Henderson (Cambridge) setzte das Thema mit seinem Beitrag über die Betreuung von Syphilispatienten im Italien der Renaissance fort („The care for syphilitic patients in Renaissance Italy“). Henderson, der zusammen mit zwei weiteren Medizinhistorikern in Cambridge an einem Projekt über die sozialen Folgen der ‚Französischen Krankheit‘ im Europa der frühen Neuzeit arbeitet, zeichnete nach, wie sich die neue Krankheit in Italien bemerkbar machte und auf welche Weise die offiziellen Stellen darauf reagierten. Eine Reaktion war die Gründung spezieller Laienbruderschaften und Kranken-

häuser. Zentrum dieser Bewegung war seit 1515 das ‚Ospedale di S. Giacomo‘ in Rom. Die Aufzeichnungen dieses spezialisierten Hospitals sind eine äußerst reichhaltige Quelle für die Erforschung der frühen Geschichte der Französischen Krankheit, sie werfen aber auch, gerade wegen ihrer Reichhaltigkeit, die Frage auf, wie man das vorhandene Material am sinnvollsten aufarbeiten und auswerten soll.

Der letzte Beitrag über die professionelle Hilfe kam von *John Woodward* (Sheffield), der über die Krankenhäuser von San Francisco 1850–1930 berichtete („San Francisco hospitals, c. 1850–1930“), einige vorläufige Ergebnisse seiner Nachforschungen auf diesem bisher vernachlässigten Gebiet der Institutionsgeschichte präsentierte und die zahlreichen damit verbundenen methodologischen Probleme zur Diskussion stellte.

Die vierte und letzte Sektion (Vorsitz: *Robert Jütte*, Stuttgart) befaßte sich mit der Rolle, die der Staat bei der Krankheitsbewältigung einnehmen kann. Ein Aspekt staatlicher Gesundheitspolitik ist die Ausbildung von Ärzten – ein Thema, das *Johanna Geyer-Kordesch* (Glasgow) in ihrem Beitrag über die medizinische Ausbildung in Schottland behandelte („Medical education in Scotland“). Aus einer Perspektive des Vergleichs zeigte sie, wie im späten 17. und frühen 18. Jahrhundert in jeweils unterschiedlichem nationalen Kontext ein System medizinischer Ausbildung eingerichtet wurde, das sich auf die Universitäten stützte. Besonders die angeführten Beispiele Preußens, wo die medizinische Ausbildung eine Angelegenheit des Staates war, einerseits und Schottlands andererseits – hier war ein hoch angesehenes System medizinischer Ausbildung durch unternehmerische Initiative entstanden – machten Unterschiede und Gemeinsamkeiten deutlich. Ursachen und Folgen dieser Vorgänge, internationale Querverbindungen und der Zusammenhang mit Entwicklungen, die gleichzeitig auf anderen Gebieten stattfanden, wurden beleuchtet.

In seinem Beitrag über Gesundheit und Gesundheitsförderung in einer schwedi-

schen Stadt im 19. Jahrhundert („Health conditions and health promotion in a nineteenth-century Swedish city“) befaßte sich *Jan Sundin* (Linköping) anschließend mit der Frage, inwieweit die Konzeptualisierung von Gesundheit und von Gesundheitsstörungen Einfluß auf den tatsächlichen Gesundheitszustand einer Bevölkerung hat. Ein Vergleich der beiden Punkte – Konzeptualisierung von Gesundheit einerseits und Gesundheitszustand andererseits – in einer Bevölkerung könnte dazu beitragen, auch die Wirksamkeit staatlicher Aufklärungsprogramme auf die Gesundheit zu überprüfen. In dem von Sundin vorgestellten Forschungsvorhaben wird das Problem anhand des allgemeinen Rückgangs der Sterblichkeit im 18. und 19. Jahrhunderts in einer begrenzten Region Schwedens untersucht. Basierend auf Statistiken auf Gemeindeebene, Berichten von Ärzten oder Behörden werden dabei Mortalitätsdaten gesammelt. Die anschließende Analyse berücksichtigte Kriterien wie Topographie, Altersgruppen, soziale Gruppen, Jahreszeiten usw. Ziel der Analyse ist es, schließlich soweit zu kommen, daß bestimmte Beziehungen „herausgefiltert“ und daraufhin unabhängig von anderen Einflußfaktoren dargestellt werden können. So kann man feststellen, in welchen sozialen Gruppen der Rückgang der Säuglingssterblichkeit zuerst erfolgte.

Schließlich griff *Martin Dinges* (Stuttgart) noch einmal das Thema „Pest“ auf. In seinem Beitrag über Probleme beim Vergleich der Reaktionen frühneuzeitlicher Regierungen auf die Pest („Some comparative problems in early modern governments' response to the plague“) konzentrierte er sich auf die Territorien, die heute Italien, Deutschland und England umfassen. Methodisch taucht hier vor allem die Schwierigkeit auf, aussagekräftige Indikatoren zu finden, die einen Vergleich und eine Bewertung der offiziellen Reaktionen auf die Pest erlauben. Dinges stellte eine Liste solcher Indikatoren zur Diskussion. Dabei handelt es sich um offizielle Maßnahmen, die von in den verschiedenen Ländern zu jeweils verschiedenen Zeiten ergriffen

wurden. So etwa die Errichtung von Pesthospitälern – eine Maßnahme, die sich zuerst für Italien, dann für Deutschland und zuletzt für England nachweisen läßt. Diese zeitliche Reihenfolge spiegelt auch sehr gut die von Dinges im allgemeinen festgestellte Tendenz wider, daß die in Italien ergriffenen Mittel mit gewisser zeitlicher Verzögerung für Deutschland und noch später für England feststellbar sind. In seiner Darstellung wies Dinges auf die zahlreichen methodischen Probleme eines solchen Vergleichs hin, die es besonders schwer ma-

chen, schließlich zu Hypothesen über die Ursachen der festgestellten Unterschiede zu gelangen.

Die lebhaften Diskussionen zu den verschiedenen Themen belegten das rege Interesse an einem solchen Forum des Gedankenaustausches. Die Diskussion profitierte sowohl von den unterschiedlichen Sichtweisen der vertretenen Fachdisziplinen als auch von den unterschiedlichen Perspektiven der Herkunftsländer der Teilnehmer.

Thomas Schlich

Anschrift des Verfassers: Dr. Thomas Schlich, Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Straußweg 17, D-70184 Stuttgart