

Der kranke Körper – Medizin und Krankheitsverhalten

1. Wandel der Todesursachen (WEYER–VON SCHOULTZ 1994: 134–137)

(1) *Infektionskrankheiten* dominierten bis 1. H. 20. Jh. Todesursachen. Endemisch waren Tuberkulose, Lungen-/Brustfeldentzündungen, Diphtherie/Krupp (Erkrankung der Atemwege, insbes. bei Kindern) sowie Darmkrankheiten (insbes. bei Kindern). Akute Infektionskrankheiten waren Typhus (Darmerkrankung; durch Stuhl/urin, verunreinigtes Wasser/Nahrungsmittel übertragen), Ruhr (Darmerkrankung), Grippe, Pocken, ab den 1830er J. Cholera. Sie waren mit periodischen Epidemien verbunden (z.B. Pocken 1870/71, 1892/93 Cholera in Hamburg, Grippe 1918), die allerdings im 19. Jh. mit wenigen Ausnahmen nicht mehr zahlreiche Todesopfer forderten. 2. H. 19./1. H. 20. Jh. Rückgang von Infektionskrankheiten, v.a. dank Hygiene, sekundär Impfkampagnen (sog. *epidemiologischer Übergang*). – (2) *Tod in der Wohlstandsgesellschaft*. Nach dem 1. WK nahmen parallel zur steigenden Lebenserwartung das Gewicht von Herz-/Kreislaufkrankungen u. Krebs in Todesursachen zu; im frühen 21. Jh. sind ca. 50% der Sterbefälle durch erstere, ca. 20% durch letztere verursacht.

2. Medizin und medizinische Versorgung

a. *Hauptetappen der neueren Medizingeschichte* (ECKART 2009; LABISCH 1992). (1) *Physikalisation der Untersuchungsmethoden* (spätes 18./frühes 19. Jh.). Im Umfeld von großen Krankenhäusern in Metropolen (Paris, École de santé; Berlin: Charité) Aufkommen einer an naturwissenschaftl. Methoden orientierten Medizin: Stethoskop, Perkussion. Verdrängung der Praxis, dass der/die PatientIn seine/ihre Beschwerden berichtet u. der Arzt aufgrund seines theoretischen Wissens Gegenmaßnahmen vorschlägt. Vielmehr gibt der/die Patient:in in der Untersuchung die Kontrolle über seinen/ihren Körper temporär auf, u. dieser »spricht« unmittelbar zum Arzt (FOUCAULT 1976). – (2) *Miasma-Theorie und Anfänge der Hygiene* (Miasma: griech. Verunreinigung). Entstehung in GB seit 1830er J., D im 3. V. 19. Jh. Lehrmeinung, dass Infektionskrankheiten durch schlechte Ausdünstungen des Bodens, des Wassers u. durch krankmachende Bestandteile der Luft verursacht werden. Damit zusammenhängend Bemühungen zur Erforschung von Umwelteinflüssen auf Gesundheit, Anfänge einer wissenschaftlichen Hygiene, Impulse für öffentl. Hygiene (Wasserversorgung, Kanalisation, Müllabfuhr). – (3) *Bakteriologie*. Wissenschaft von den kleinsten einzelligen Mikroorganismen, ihrer krankheitserregenden Potenz u. Möglichkeiten ihrer Bekämpfung; begründet u. a. durch Louis Pasteur (1822–1895) u. Robert Koch (1843–1910; 1882 Tuberkulose-, 1883 Cholera-, 1884 Diphtherie-Bakterium). Durchbrüche: Diagnose (Spitallabor wird bedeutsam); Impfschutz: 1874 Reichsimpfgesetz schrieb Pockenschutzimpfung vor, ab 1890er J. Entwicklung von Impfsen (u. a. Diphtherie, Tetanus), die ab 1913 verbreitet in Schulen eingesetzt wurden; Antisepsis u. Asepsis in Geburtshilfe u. Chirurgie. Nur in geringem Ausmaß Entwicklung von Therapien für Infektionskrankheiten. – (4) *Pharmakologie*. Ab 1920er J. chemische Forschung, die zur Entwicklung von Antibiotika führt (1924/44 Penicillin, 1946/52 Isoniacid gegen Tuberkulose).

b. *Das Krankenhaus* (LABISCH/SPREE 1996). (1) *Ausdifferenzierung aus dem Hospital*. Das Hospital des MiA u. der Frühen Nz. diente der Versorgung von Personen, die ihre Subsistenz nicht durch eigene Arbeit bzw. eigene Mobilisierung von Versorgungsleistungen (z.B. durch Kinder, Dienstboten) gewährleisten konnten (neben Kranken: Alte, Geisteskranke, Arbeitsunfähige u. z. T. Arbeitsunwillige – Arbeitshaus). Erst E. 18. Jh. erfolgte v.a. mit großen Neugründungen (insbes. Allgemeines Krankenhaus Wien 1784, Neubau Julius-Hospital Würzburg 1793, Charité 1797) Ausdifferenzierung der Krankenversorgung mit Funktionen: ärztliche Therapie, Schutz vor körperlicher Beanspruchung in Familie u. an Arbeitsplatz sowie medizinische Forschung. Organisation u. Tagesrhythmus wurden nicht mehr nach religiös-moralischen, sondern nach ärztlich-medizinischen Gesichtspunkten ausgerichtet (z. B. optimale Abwicklung der Visite). – (2) *Verbreitung*. Kranke pro 1000 Einw. im Reich/BRD stieg von 12 (1880) auf 174 (1985) bei sinkender mittlerer Verweildauer. Im 19. Jh. blieb der Anteil an bürgerlichen Insassen minim (generell <5%). Im frühen 20. Jh. wurde auch für bürgerliche Kranke Krankenhausaufenthalt akzeptabel. Vor 1920 überwogen männliche Patienten. – (3) *Interpretationen*: (i) Ausweitung der *Krankenversicherung*: 1883 Arbeiterversicherung, danach bis 1931 allmähliche Ausdehnung auf weitere Familienmitglieder (insbes. Geburt) u. soz. Schichten. (ii) Ausweitung des *städt. Wohlfahrtswesens* im späten 19./frühen 20. Jh. (iii) *Komplexere Diagnose/Therapie*. Wissenschaftliche Entwicklung der Medizin bedingte steigende Technisierung der Krankenversorgung: Zahlreiche Diagnosen u. Therapieverfahren (ausgeprägt: Chirurgie) konnten nur noch im Krankenhaus durchgeführt werden. Steigende Effizienz von Therapien u. umgekehrt Verschwinden der zum Schutz von Patient:innen durchgeführten Trennung von Arbeitsplatz u. Familie.

c. *Ärzte und Krankenschwestern*. (1) *Ärzte* gelten als Bsp. für eine erfolgreiche sog. *Professionalisierung* im Sinn der Abschließung des Zugangs zum Beruf durch Akademisierung, der Autonomie der Berufsausübung von Staat u. KlientInnen u. der Bedeutung des Berufsethos (Beruf als altruistische Tätigkeit im Dienste Aller). In Preußen im 2. V. 19. Jh. allmähliche Umdefinition des Universitätsstudiums von der Vermittlung von Gelehrsamkeit zur Vermittlung von berufsbezogener Fachkompetenz. 1852 Einführung der einheitlichen Berufsbezeichnung »Arzt«. Allerdings in der Folge kein Monopol: die Gewerbeordnung von 1869 enthielt kein Kurpfuschereiverbot, nur der Titel »Arzt« wurde geschützt. Erst 1935 Ärzteordnung, 1939 Kurpfuschereiverbot. – (2) *Verhältnis zu Klient:innen u. Staat*. Einerseits unterstützte die Medikalisierung den Einfluss der Ärzte. Andererseits seit staatlichem Versicherungsobligatorium (1883) vermehrte Nachfrageballung seitens Ortskrankenkassen, die freie Arztwahl begrenzten u. Tarife drückten (»Kassenfrage«); oft erfolgreicher gewerkschaftsähnlicher Widerstand seitens der Ärzte (Leipziger Verband der Ärzte »zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen«; 1904 Ärztestreik in Leipzig). 1913 Vereinbarung zw. Ärzte- u. Kassenverbänden: Liberalisierung der Zulassung von Ärzten zur Versorgung von Kassenpatient:innen u. Verlagerung von Honorarverhandlungen von Einzelkassenbezirken auf Landesebene. Nach 2. WK zunehmende Zentralisierung der Regulierung von ärztl. Dienstleistungen auf Bundesverbände. – (3) *Krankenschwestern*. Um Mitte 19. Jh. Bildung kath. Kongregationen u. der

evang. Diakonie, etwas später der Vaterländischen Frauenvereine vom Roten Kreuz für den Krankhausdienst, z.T. später auch für den Einsatz im Außendienst des kommunalen Gesundheitswesens (Hausbesuche, Führung von Fürsorgestellen). Ab Beginn 20. Jh. Bestrebungen zur Professionalisierung, die aber erst mit Schwesternschule der Univ. Heidelberg (gegr. 1953) u. der Regulierung des Berufszugangs in Krankenpflegegesetz (1957, 1965) zum Durchbruch kamen.

3. Medikalisierung: Konzept – Mechanismen – Widerstand

a. *Begriff* (LABISCH 1992). Oft diffus u. mehrdeutig gebraucht. (1) Tendenz, dass Gesundheit u. Krankheit nicht mehr unter ethischen, diätetischen u. funktionalen Gesichtspunkten gesehen werden, sondern dass der Körper als biologisches System betrachtet u. in dieses mit wissenschaftlichen (medizinischen) Mitteln interveniert wird. – (2) Ausweitung des medizinischen Zugriffs auf immer weitere Sphären des Alltags (z. B. Übergang von Hausgeburt zu Spitalgeburt im 20. Jh.); zahlreichere Phänomene werden als potentiell »krank« konnotiert. – (3) Kontrolle professioneller Ärzte über Körper bzw. Gesundheitsverhalten der Bevölkerung. – (4) Übernahme von medizinisch geprägtem Krankheitsverhalten u. Lebensführung (Hygiene) durch Bevölkerung, insbes. Unterschicht, als Ergebnis einer »fürsorglichen Belagerung« (FREVERT 1985) durch Ärzte, Sozialhygieniker u. FürsorgerInnen im späten 19./frühen 20. Jh.

b. *Beispielhafte Evidenz: Krankheitsverhalten von Männern auf der Basis von Briefen* (SCHWEIG 2009). Seit spätem 20. Jh. nehmen Frauen eher als Männer ärztliche Dienste in Anspruch, zudem sind Frauen etwas weniger übergewichtig als Männer. Demgegenüber Hinweise, dass Medikalisierung im späten 19. Jh. aber zuerst Männer erfasste; Indikatoren: Arztbesuche (s. o.), Krankenhausaufenthalte (s. o.), Akzeptierung von ärztlicher Diagnose als maßgeblicher Definition von Gesundheit.

c. *Obligatorische Krankenversicherung ab 1883 und Sozialhygiene* (TENNSTEDT 1983: 448–471). (1) Unmittelbar *steigende Inanspruchnahme der Ärzte* durch Unterschichten; Versicherungsbeiträge begründeten selbstbewusste Inanspruchnahme von Leistungen eines Arztes. Allerdings in 1880er/90er J. aus Sicht der Ä. drohende »Entweihung« der Arztkonsultation durch Bagatellfälle (Schnupfen etc.) → Bedeutung der Sozialisierung zu einem neuen Krankheitsverhalten. – (2) *Kontrolle des Krankheitsverhaltens*. Ortskrankenkassen [OKK] verfügten über vollamtliche u. freiwillige Krankenbesucher, die darüber wachten, dass Anordnungen des behandelnden Arztes sowie Vorschriften der OKK über Krankheitsverhalten (Ausgang nur soweit durch Arzt auf Krankenschein bewilligt; Alkohol nur soweit von Arzt bewilligt; kein Besuch eines öffentlichen Lokals/Schankstelle ohne Bewilligung des Vorstands der OKK; kein Erwerb bzw. Genesung hindernde Handlung) befolgt wurden. – (3) *Volkserziehung durch Sozialhygiene*. Sozialhygiene meint flächendeckendes Alltagsverhalten, das der Bewahrung der Gesundheit förderlich ist. Wichtig für Entstehung insbes. Alfred Grotjahn (1869–1931). Popularisierung u. a. durch Hygiene-Ausstellungen (zuerst Dresden 1911; 1912 Gründung Hygiene-Museum). OKK hatten ein Interesse an tiefen Kosten, Mitglieder an tiefen Prämien. Dadurch entstand seitens der OKK ein Engagement in der Prävention, insbes. da für

wichtige Infektionskrankheiten keine Therapie bekannt war. Kassenärzte wirkten als Hygieneberater u. trugen so zur Änderung von Lebensstilen bei. Darüber hinaus Kampagnen der OKK zur Erziehung der Mitglieder zu einem hygienischen Verhalten: Körperhygiene; Putzen. Auf kommunaler Ebene Einsatz für die Errichtung von Volksbädern, Siedlungsbau sowie die Verbesserung städtischer Krankenanstalten.

d. *Aufbau kommunaler Gesundheitsämter* (allgem. SACHBE/TENNSTEDT, Bd. 2, 1988; Bsp. WEYER-VON SCHOULTZ 1994). E. 19. Jh. bis 1920er J. bauten viele Städte ein Gesundheitsamt auf, das in Fürsorgestellen die Bevölkerung vom Embryo (Schwangerenfürsorge) über Säuglings- u. Schulalter (Schuluntersuchungen) bis zum Tod lückenlos erfasste. Daneben Gesundheitspolizei u. Krankenhausbetrieb. Alle Aktivitäten, z. T. auch freiwillige Dienstleistungen (insbes. Vaterländische Frauenvereine) u. Sozialarbeiterinnen, wurden der Leitung des Stadtarztes unterstellt. Die meisten Systeme kombinierten zentrale, von Ärzten geleistete Dienste mit Außendienst durch Freiwillige/Sozialarbeiterinnen, die Hausbesuche vornahmten. Dadurch insgesamt Intensivierung der Erziehung zur Hygiene. Hintergründe: Tuberkulose-Prävention; Ziel der Verminderung der Säuglingssterblichkeit angesichts sinkender Geburtenraten.

e. *Alternativmedizin* (REGIN 1995). Gegen die Medikalisierung stemmten sich seit E. 19. Jh. Naturheil- u. Lebensreformbewegungen, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der abgesehen von chirurgischen Eingriffen begrenzten Therapiemöglichkeiten der Schulmedizin. Gesundheit wird nicht durch medizinische Intervention, sondern in erster Linie durch »naturgemäße Lebensweise« angestrebt. Ein nicht-medikalisiertes Krankheitsverhalten blieb für die erst allmählich von der Sozialversicherung erfassten Frauen bis ins frühe 20. Jh. lange dominant bzw. erforderlich.

Zitierte Literatur

- SACHBE/TENNSTEDT (1980–1992) wie 10.10.2023.
 ECKART, Wolfgang: *Geschichte der Medizin: ...* (Heidelberg: Springer, 2009⁶).
 FREVERT, Ute: »"Fürsorgliche Belagerung": Hygienebewegung und Arbeiterfrauen im 19. und frühen 20. Jahrhundert«, *Geschichte und Gesellschaft* 11 (1985), 420–446.
 FOUCAULT, Michel: *Die Geburt der Klinik: ...* (Frankfurt a. M.: Fischer, 1976).
 LABISCH, Alfons: *Homo Hygienicus: Gesundheit und Medizin in der Neuzeit* (Frankfurt a. M.: Campus, 1992).
 LABISCH, Alfons und Reinhard SPREE: »*Einem jeden Kranken ... sein eigenes Bett*«: zur Sozialgesch. des allg. Krankenhauses in D. im 19. Jh. (Frankfurt: Campus, 1996).
 REGIN, Cornelia: *Selbsthilfe und Gesundheitspolitik: die Naturheilmovement im Kaiserreich 1889–1914* (Stuttgart: Steiner, 1995).
 SCHWEIG, Nicole: *Gesundheitsverhalten von Männern: ..., 1800–1950* (Stuttgart: Steiner, 2009).
 TENNSTEDT, Florian: *Vom Proleten zum Industriearbeiter: Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914* (Köln: Bund, 1983).
 WEYER-VON SCHOULTZ, Martin: *Stadt und Gesundheit im Ruhrgebiet 1850–1929: ... Gel-senkirchen* (Essen: Klartext, 1994).