

Medizin ohne Grenzen
-
Die Globalisierungsmechanismen der
Schulmedizin

Dissertation
eingereicht zur Erlangung des Grades
einer Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt von Tanja Stein

Der Fakultät für Soziologie
der Universität Bielefeld

Erstgutachter: Prof. Dr. Gunnar Stollberg
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Bettina Heintz

Oktober 2012

Danksagung

Mein Dank gilt zunächst meinem Erstgutachter Prof. Dr. Gunnar Stollberg. Seine behutsame Anleitung und historischen Kenntnisse haben die vorliegende Arbeit stets in die richtige Richtung gelenkt.

Auch meiner Zweitgutachterin Prof. Dr. Bettina Heintz bin ich zu Dank verpflichtet. Ihre wohlwollende Unterstützung habe ich sowohl innerhalb als auch außerhalb des wissenschaftlichen Kontextes als sehr wertvoll empfunden.

Danken möchte ich auch meinen Korrekturlesern, deren Anmerkungen die Arbeit in verschiedenen Hinsichten verbessert haben. Britta Leisering und Tobias Kohl haben mit ihren Hinweisen dazu beigetragen, die soziologische Argumentation zu schärfen. Darüber hinaus kommt ihnen das Verdienst zu, mir hier in Bielefeld eine außerordentlich schöne Zeit bereitet zu haben.

Die Gliederung und der Aufbau der Arbeit haben durch die Hinweise von Heike Egner an Qualität gewonnen. Von einer akademischen Lehrerin entwickelte sie sich in den letzten Jahren zu einer lieben Freundin, deren inspirierende Einsichten ich weder in dem einen noch in dem anderen Bereich missen möchte.

Den letzten sprachlichen Schliff erhielt die Arbeit durch die Hinweise von Thomas Kunkel. Neben dem akribischen Lektorat danke ich ihm vor allem für seine Freundschaft, die uns seit Jahren verbindet.

Der größte Dank kommt jedoch meinen Eltern und meiner Schwester zu. Sie haben mir ein Umfeld geschaffen, welches es mir ermöglichte, stets Neues auszuprobieren und meinen Interessen zu folgen. Wie es ihnen gelungen ist, angesichts der zahlreichen Brüche in meinem Lebenslauf das Vertrauen zu bewahren, dass ich irgendwie schon wissen werde was ich tue, wird mir immer ein Rätsel bleiben, sichert ihnen jedoch meine Bewunderung und uneingeschränkte Dankbarkeit.

Für mich

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Prolog	5
1 Die Unwahrscheinlichkeit der Weltmedizin	8
2 Die Ausdifferenzierung der modernen Medizin	16
2.1 Die Ausdifferenzierung der modernen Medizin -Forschungsstand und theoretischer Rahmen	16
2.2 Das gesellschaftliche Bezugsproblem – Ärzte, Kranke und der Staat in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts	35
2.2.1 <i>Die Ärzteschaft – Ein zähes Ringen um Anerkennung</i>	36
2.2.2 <i>Die Kranken – Nutznießer des medizinischen Pluralismus</i>	44
2.2.3 <i>Der Staat – Krankheit als soziales Problem</i>	48
2.3 Patienten und Ärzte – Eine notwendig komplementäre Rollenbeziehung	57
2.3.1 <i>Von aufmüpfigen Kranken und gekränkten Ärzten – Die vormoderne Arzt/Patienten-Beziehung</i>	60
2.3.2 <i>Die Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung</i>	66
2.3.3 <i>Entwicklung der Krankenhausmedizin</i>	70
2.4 Die Genese der modernen Arzt/Patienten-Beziehung	74
2.5 Die Ausdifferenzierung der Medizin - Zusammenfassung	95
3 Die Globalisierung der Medizin – Ein unwahrscheinliches Phänomen	101
3.1 Beobachtung als Globalisierungsmechanismus – Forschungsstand und theoretischer Rahmen	103
3.2 Die Krankenbettmedizin als lokale Praxis – Die historische Ausgangslage zu Beginn des 19. Jahrhunderts	113
3.3 Medizinische Einzelereignisse: Von Zeichen zu Symptomen – Die Diagnose und Therapie distinkter Krankheitsbilder	125
3.3.1 <i>Der Arzt als Zeichenleser im Kontext der semiotischen Medizin</i>	125
3.3.2 <i>Auf der Suche nach dem Sitz der Krankheit</i>	129
3.3.3 <i>Der Bedeutungsgewinn des Körperinneren im Kontext der Pathologischen Anatomie</i>	

Die Bedeutung der Chirurgie	135
Die Leiche als Erkenntnisobjekt	139
3.3.4 <i>Die diagnostische Ausrichtung der modernen Medizin</i>	142
3.4 Herstellung von Vergleichbarkeit: Die Klassifikation distinkter Krankheitsbilder sowie die Objektivierung der ärztlichen Praxis	146
3.4.1 <i>Klassifikation als Ausweg aus der ärztlichen Orientierungslosigkeit</i>	147
3.4.2 <i>Die Entwicklung der ICD als verbindlichem Klassifikationssystem</i>	149
3.4.3 <i>Die Objektivierung der ärztlichen Praxis</i>	154
3.4.3.1 Die Unterbewertung der körperlichen Untersuchung im Kontext der Krankenbettmedizin	155
3.4.3.2 Der Kontext der Pariser Kliniken	157
3.4.3.3 Die Perkussion – Das erste Vordringen in das Innere des Körpers	161
3.4.3.4 Die stethoskopische Untersuchung	164
3.4.3.5 Die Loslösung von den Sinnen des Arztes	171
3.5 Die Bereitstellung einheitlicher Beobachtungskriterien: Die Ver(natur-)wissenschaftlichung der Medizin	181
3.5.1 <i>Die Differenzierung von Ärzten und Medizinwissenschaftlern</i>	184
3.5.2 <i>Die Globalisierungsmechanismen der Medizinwissenschaft</i>	186
3.5.3 <i>Der Stand physiologischer Forschung im ausgehenden 18. Jahrhundert</i>	190
3.5.4 <i>Der Einzug experimenteller Forschung in die französische Physiologie</i>	193
3.5.5 <i>Die Integration naturwissenschaftlicher Denk- und Arbeitsweisen in die deutsche Physiologie</i>	197
Wissenschaftsorganisation in Frankreich und in Deutschland	197
Der naturphilosophische Einfluss auf die deutsche Physiologie	201
3.5.6 <i>Die Iatrotechnik</i>	206
3.6 Die Globalisierungsmechanismen der Schulmedizin - Zusammenfassung	208
4 Zusammenfassung – Von der Krankenbett-öffentlichkeit zu einer Öffentlichkeit kooperierender Experten	212
Bibliographie	218

Prolog

Im Kontext der Präsentation meines Dissertationsprojektes, welches Teil des Graduiertenkollegs *Weltgesellschaft – Die Herstellung und Repräsentation von Globalität*¹ werden sollte, kam die Frage auf, warum es überhaupt notwendig sei, über die Globalisierung der Schulmedizin zu forschen. So sei es doch völlig evident, dass es sich um einen globalisierten Teilbereich der Gesellschaft handle, immerhin könne man überall auf der Welt zum Arzt gehen.

Diese scheinbar unhintergehbare Evidenz tauchte im Laufe meiner Auseinandersetzung mit der Materie in schöner Regelmäßigkeit auf. So öffnen die Klassiker der Medizingeschichtsschreibung den Blick auf eine Medizin, welche sich im Rahmen einer teleologischen Fortschrittsgeschichte quasi aus sich selbst heraus zur weltweit dominanten Medizinform entwickelt hat. Der Hinweis auf die Überlegenheit des naturwissenschaftlichen Wissens wird in diesem Kontext scheinbar als hinreichende Begründung für die erfolgreiche Globalisierung der Schulmedizin angenommen.

Parallel hierzu stieß ich jedoch auf Schilderungen der ärztlichen Profession, die so gar nicht zum Bild jener *Helden in Weiß* passen wollten, welche als Vertreter eben jener wissenschaftlichen Medizin deren Siegeszug begleitet haben. Entgegen der Glorifizierung des Arztberufes, deren Nachwirkungen teilweise auch heute noch spürbar sind, sahen sich die Ärzte bis weit in das 19. Jahrhundert hinein beißendem Spott und Hohn von Seiten der Gesellschaft ausgesetzt. Als Vertreter der Schulmedizin spielten sie auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen keineswegs eine zentrale Rolle und sahen sich mit der hohen Konkurrenz einer Heerschar an Lientherapeuten konfrontiert, die je nach Schicht-

¹ Ich danke der Deutschen Forschungsgesellschaft für die finanzielle Förderung meines Dissertationsvorhabens.

zugehörigkeit der Kranken zeitweise ein weitaus höheres Ansehen genossen als ihre akademisch ausgebildeten Kollegen.

Vor diesem Hintergrund schien mir die Bearbeitung meiner Ausgangsfrage nun keineswegs mehr redundant zu sein. Die weitere Auseinandersetzung mit der Materie zeigte denn auch, dass der Weg der Schulmedizin aus ihrer marginalen Stellung auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen hin zur global ubiquitären Medizinform ein hindernisreicher und kontingenter war, der spezifischer Voraussetzungen bedurfte, deren Analyse im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen stehen wird.

„Dabei war Deutschland einst, im 19. Jahrhundert,
das Mekka der Weltmedizin“

(ALBRECHT 2009).

1 Die Unwahrscheinlichkeit der Weltmedizin

Folgt man der zitierten Beobachtung, die einem Artikel der ZEIT entnommen wurde, so verfügt die moderne Gesellschaft offensichtlich über *eine*, den gesamten Globus umspannende *Medizin*, an deren Konsolidierung Deutschland im 19. Jahrhundert maßgeblich beteiligt war. Spinnt man diesen Gedanken weiter, so scheint hinsichtlich der Globalität der schulmedizinischen Versorgung der Weltbevölkerung Einigkeit darüber zu herrschen, dass diese im Kontext der modernen Gesellschaft weithin gegeben ist. Wenngleich das Verhältnis von Ärzten zur Gesamtbevölkerung nicht überall so günstig sein dürfte wie in der westlichen Welt, so gibt es doch auch in anderen Erdteilen kaum einen Bereich, der von der medizinischen Versorgung vollkommen abgeschnitten ist. Und selbst wenn in Rechnung gestellt wird, dass entlegene Landesteile in erster Linie von Lientherapeuten² betreut werden, so ist die Diagnose sicherlich zutreffend, dass der Kontakt zu einem akademisch ausgebildeten Arzt, wenngleich aufgrund struktureller Gründe teilweise erschwert, potentiell für jeden Kranken möglich ist. Die Schulmedizin³, deren Ursprung im Europa des 19. Jahrhunderts liegt, hat sich zur weltweit dominanten Medizinform entwickelt.

² Die Differenzierung zwischen Ärzten und Laienheilern fußt auf der Annahme, „(that, TS) medicine and doctor *always* refer to a scientific form of knowledge about the body and related techniques, and (that, TS) they differ from healers who act on the basis of magic, religion or tradition as well as from relevant knowledge and actions in everyday life“ (LABISCH 1992a: 85).

³ Der Begriff der Schulmedizin als Bezeichnung der naturwissenschaftlich basierten Medizin wurde in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als pejorativer Kampfbegriff von den Homöopathen eingeführt (vgl. LOETZ 1993: 54). Als Gegenbegriff übertrugen die akademisch ausgebildeten Ärzte die Bezeichnung des Pfuschers, die zunächst im Kontext des Handwerks einen Anbieter bezeichnete, der nicht der entsprechenden Zunft angehörte, in Form des Kurpfuschers auf ihre lidentherapeutische Konkurrenz.

Darüber hinaus lässt sich beobachten, dass das Angebot an medizinischen Dienstleistungen zunehmend differenzierter und an Alternativen reicher wird. Dies lässt sich einerseits bereits im Kontext der Schulmedizin selbst erkennen, die den Kranken mit ihren zahlreichen Subdisziplinen und medizinnahen Einrichtungen mittlerweile für jeden Teil des Körpers, für jede Lebensphase und alle erdenklichen Erkrankungen mit therapeutischem Rat zur Seite steht. Ergänzt wird dieses Angebot durch alternative Medizinformen, die seit einigen Jahrzehnten zunehmend ihren Weg in die westliche Welt finden und hier das therapeutische Angebot um zahlreiche Maßnahmen ergänzen. Akupunktur, Ölsalben, Massagen und ähnliche Verfahren erfreuen sich nicht nur im Wellnessbereich, sondern zunehmend auch im Kontext medizinischer Behandlung wachsender Beliebtheit. Die Frage nach den Gründen für die zunehmende Pluralisierung des Marktes der medizinischen Dienstleistungen durch alternative Medizinformen hat in den letzten Jahrzehnten bereits zu einigen interessanten Analysen geführt (vgl. exemplarisch FRANK 2004, FRANK/STOLLBERG 2004a, 2004b, 2004c, STOLLBERG 2002) und stellt ein Themengebiet dar, welches die Forschung sicherlich auch in Zukunft beschäftigen wird. Die vorliegende Arbeit setzt dagegen an anderer Stelle der Medizingeschichte an und greift die alltagsevidente Beobachtung der Globalität schulmedizinischer Versorgung als Ausgangspunkt ihrer Überlegungen auf.

Entgegen der Darstellung der traditionellen Medizingeschichtsschreibung, welche die weltweite Dominanz der Schulmedizin als selbsterklärendes Resultat deren wissenschaftlicher Überlegenheit nicht weiter in Frage stellt, schlägt die folgende Argumentation einen anderen Weg ein und begreift die Existenz einer *Weltmedizin* aus heuristischen Zwecken zunächst als unwahrscheinliches Phänomen. Diese Perspektive erlaubt es, den Fokus stärker als dies bislang geschehen ist, auf diejenigen spezifischen Voraussetzungen zu lenken, welche die weltweite Dominanz der Schulmedizin im Kontext der modernen Gesellschaft zu erklären in der

Lage sind. In dieser Hinsicht bricht die vorliegende Arbeit auch mit der klassischen soziologischen Globalisierungsforschung, welche Globalisierung bislang als immanentes Phänomen der Moderne überwiegend in Termini zunehmender Vernetzung beschrieben hat. Im Gegensatz dazu gelingt es durch die hier eingenommene Perspektive, Globalisierung als hochvoraussetzungsvollen Prozess sichtbar werden zu lassen. Wenngleich also die Entwicklung einer Weltmedizin auch im Folgenden nicht angezweifelt wird, fokussiert die Argumentation die spezifischen Voraussetzungen derselben, die im Europa – und hier vor allem in Frankreich und Deutschland – des ausgehenden 19. Jahrhunderts vermutet werden und in dieser Form bislang weder im soziologischen noch im medizinhistorischen Kontext thematisiert wurden.

So beinhaltet die Vorstellung *einer globalen Medizin*, die folgenden drei scheinbar selbsterklärenden Prämissen, die es im Verlauf der Argumentation in ihrer Kontingenz aufzudecken gilt. So wird *erstens* davon ausgegangen, dass sich die Medizin als autonomer Teilbereich der modernen Gesellschaft beobachten und in dieser Form deutlich von anderen gesellschaftlichen Teilsystemen abgrenzen lässt. Dies lässt jedoch unberücksichtigt, dass die Behandlung Kranker bis weit in das 19. Jahrhundert hinein in unterschiedliche Deutungszusammenhänge eingebettet war. Erst im Zeitverlauf wurde die Unterscheidung zwischen krank und gesund von den akademisch ausgebildeten Ärzten monopolisiert und leitete hiermit den Ausdifferenzierungsprozess der Medizin ein. *Zweitens* schwingt in der Behauptung der weltweiten Ubiquität schulmedizinischer Versorgung die Annahme mit, dass sich Ärzte und Patienten – gewissermaßen als immanente Institutionen – weltweit in der für die westliche Medizin typischen Form begegnen. Diese Behauptung übersieht jedoch, dass die Existenz dieser derart typisch erscheinenden Rollenkonstellation das Ergebnis einer konfliktreichen Entwicklung ist, die erst im Verlauf des 19. Jahrhunderts mit der Genese der modernen Arzt/Patienten-Beziehung einen deutlichen Unterschied

zwischen medizinischen Experten und Laien hervorbrachte. *Drittens* wird unterstellt, dass sich die schulmedizinische Praxis unabhängig vom Ort ihrer aktuellen Ausübung einem distinkten Wissenszusammenhang zuordnen lässt, der sich aufgrund seiner angenommenen wissenschaftlichen Überlegenheit weltweit durchsetzen konnte. Damit bleibt jedoch zum einen unberücksichtigt, dass auch in anderen Regionen Medizinformen existieren, die hinsichtlich ihrer Erklärungskraft nicht weniger komplex einzustufen sein dürften als die Biomedizin selbst. Diese Formen also durch den Verweis auf die kognitive Überlegenheit der westlichen Medizin dem Bereich der Unwissenschaftlichkeit zuzuweisen, scheint nicht überzeugend zu sein (vgl. LESLIE 1976: 7). Zum anderen wurde der genaue Zusammenhang zwischen der Umstellung auf (natur-)wissenschaftliche Denk- und Arbeitsweisen und der Globalisierung der Medizin bislang nicht expliziert.

Wenngleich also die Globalität schulmedizinischer Versorgung gemeinhin als gegeben vorausgesetzt und auch im vorliegenden Kontext keinesfalls angezweifelt wird, so wurden die spezifischen Voraussetzungen dieser Entwicklung meiner Kenntnis nach bislang noch keiner historisch informierten, soziologischen Analyse unterzogen. Vielmehr scheint der Hinweis auf die wissenschaftliche Überlegenheit biomedizinischer Angebote als hinreichende Begründung ihrer globalen Dominanz zu genügen.

Nimmt man diese Annahme jedoch Ernst, so ergeben sich Fragen, die sich auf Basis dieser Prämissen nicht beantworten lassen. Die ersten Universitäten, die eine akademische Ausbildung für Ärzte anboten, entwickelten sich im Spätmittelalter. Entsprechend lässt sich auf formaler Ebene bereits seit dem 15. Jahrhundert ein Unterschied zwischen akademisch ausgebildeten Ärzten einerseits und auf Erfahrungswissen rekurrierenden Lientherapeuten andererseits beobachten. Wie ist es vor diesem Hintergrund zu erklären, dass die Schulmedizin bis weit in das 19. Jahrhundert hinein nur eine Medizinform unter vielen war und sich die

Ärzte als Vertreter eben jener Disziplin mit dem Spott und Hohn konfrontiert sahen? Warum entwickelte sie sich erst im Verlauf des 20. Jahrhunderts zur weltweit dominanten Medizinform, wenngleich ihre wissenschaftliche Überlegenheit – zumindest auf formaler Ebene – spätestens seit dem Mittelalter in der Unterscheidung von akademischem Wissen einerseits und Erfahrungswissen andererseits angelegt war?

Zur Beantwortung dieser Fragen schildert die folgende Argumentation zunächst die historische Ausgangslage zu Beginn des 19. Jahrhunderts. Es wird deutlich werden, dass sich die Medizin zu jener Zeit maßgeblich von der uns vertrauten Form unterschied. Während es heute durchaus plausibel erscheint, die Medizin in Anlehnung an die Differenzierungstheorie NIKLAS LUHMANNs als einen ausdifferenzierten Teilbereich der Gesellschaft zu beschreiben, so findet diese Diagnose zu Beginn des 19. Jahrhunderts keine Entsprechung. Weder standen sich Ärzte und Patienten in der für die moderne Medizin typischen Rollenkonstellation gegenüber, noch wurde die Behandlung Kranker von den akademisch ausgebildeten Ärzten monopolisiert. Diese sahen sich auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen vielmehr mit einer starken Konkurrenz verschiedener Lientherapeuten konfrontiert, welche den ärztlichen Überlegenheitsanspruch ebenso wenig anzuerkennen bereit waren wie die Kranken selbst. Letztere nahmen aus unterschiedlichen Gründen, die es an späterer Stelle zu benennen gilt, gar eine derart zentrale Position ein, dass sich die Medizin bis weit in das 19. Jahrhundert hinein treffend als eine *klientendominierte* beschreiben lässt. Der ärztliche Expertenstatus hatte sich noch nicht entwickelt. Erst in den letzten Jahrzehnten des Jahrhunderts sollte sich jene Rollenkonstellation herausbilden, innerhalb derer sich im Kontext der modernen Medizin Ärzte und Patienten als komplementäre Rolleninhaber begegnen.

Vor diesem Hintergrund skizziert der erste Teil der folgenden Ausführungen zunächst den Ausdifferenzierungsprozess der modernen Medizin. Theoretisch wird dieser, einen Vorschlag aus dem Kontext der

Differenzierungstheorie aufgreifend, als Etablierung einer komplementären Beziehung zwischen Ärzten und Patienten gefasst. Erst mit der Genese dieser aufeinander abgestimmten Rollenkonstellation nahm der medizinische Teilbereich der Gesellschaft die für die moderne Gesellschaft typische Form an. Vor der Kontrastfolie der historischen Ausgangslage zu Beginn des 19. Jahrhunderts wird deutlich werden, dass in diesem Zusammenhang der Rolle des modernen Patienten eine weitaus höhere Bedeutung zukommt als dies innerhalb der Literatur bislang geschehen ist. So waren es lange Zeit die Kranken selbst, die der erfolgreichen Professionalisierung der Ärzteschaft und damit mittelbar auch der Ausdifferenzierung des modernen Medizinsystems im Wege standen. Erst begünstigt durch die Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie dem Ausbau der Krankenhausmedizin, die im Folgenden als wichtige Voraussetzungen des Ausdifferenzierungsprozesses verstanden werden, konnten die Ärzte ihren Expertenstatus durchsetzen und die Unterscheidung zwischen krank und gesund monopolisieren.

Vor dem Hintergrund des skizzierten Autonomisierungsprozesses der Medizin scheint es im anschließenden zweiten Teil der Arbeit sinnvoll, sich der Frage nach der Existenz einer Weltmedizin zuzuwenden. Dabei ist es keineswegs das Ziel, den weltweiten Diffusionsprozess schulmedizinischer Krankenbehandlung zu skizzieren. Vielmehr setzt die Argumentation gewissermaßen auf einer vorgelagerten Ebene an und fragt nach denjenigen Voraussetzungen, die für den erfolgreichen medizinischen Globalisierungsprozess als notwendig erachtet werden und sowohl in Frankreich als auch in Deutschland des 19. Jahrhunderts realisiert wurden.

Das der Argumentation zugrunde liegenden Globalisierungsverständnis schließt an TOBIAS WERRON und BETTINA HEINTZ (vgl. 2011) an, die Globalisierung als sukzessive Ausweitung eines systemspezifischen Vergleichs- und Beobachtungsrahmens konzeptualisieren. Zunächst von WERRON am Beispiel des modernen Sports entwickelt, rückt diese Perspek-

tive den Vergleich als spezifisches Beobachtungsinstrument in den Mittelpunkt der Analyse (vgl. 2009). Im Zusammenspiel dreier Mechanismen, die es an späterer Stelle auf den medizinischen Kontext zu übertragen gilt, entsteht eine emergente Ebene systemspezifischer Öffentlichkeiten, die ebenjene Funktion des Beobachtens für das System übernehmen und damit globalisierende Dynamiken freisetzen.

In Bezug auf die Medizin wird zu zeigen sein, wie sich diese Evaluationsebene im ausgehenden 19. Jahrhundert bildete und damit die Voraussetzungen für die erfolgreiche Globalisierung der Medizin entstehen ließ. Während sich der erste Teil der vorliegenden Arbeit also zunächst dafür interessiert, inwiefern sich die Ausdifferenzierung der modernen Medizin als Etablierung einer komplementären Rollenbeziehung von Ärzten und Patienten fassen lässt, kreist die Argumentation des daran anschließenden zweiten Teils um Veränderungen auf der Ebene der medizinischen Wissensproduktion, die – ebenso wie die Veränderungen auf der Rollenebene – als wichtige Voraussetzungen des Globalisierungsprozesses angenommen werden. In ihrer abschließenden Synthese lassen die zu skizzierenden Veränderungen jene Globalisierungsdynamiken sichtbar werden, welche die weltweite Ubiquität der Schulmedizin zu erklären in der Lage sind. Die forschungsleitende These geht dabei davon aus, dass die Medizin bis in das 19. Jahrhundert hinein *eine notwendig lokale* Praxis war. Diese starke Gebundenheit an den lokalen Kontext konnte erst in dem Moment überwunden werden, in dem es auf der Ebene der systemspezifischen Publika zu einer Verschiebung kam, im Zuge derer das zuvor dominante Laienpublikum von einer Öffentlichkeit kooperierender Experten ersetzt wurde.

Entgegen der Darstellungen der älteren Medizingeschichtsschreibung wird die vorliegende Arbeit zeigen, dass der Weg der Schulmedizin hin zur weltweit ubiquitären Medizinform ein hindernisreicher war, der sich keineswegs aus der immanenten Logik der wissenschaftlichen Überlegenheit ergeben hat. So trifft der Leser im weiteren Verlauf der Argumentation

auf Ärzte, die verzweifelt um ihre Anerkennung kämpfen; auf Kranke, die nichts so sehr fürchten, wie die Einweisung ins Hospital; auf Forscher, die unter unwirtlichen Bedingungen große Entdeckungen machen; auf Aspiranten des Arztberufes, die sich mit gerümpfter Nase weigern, sich die vornehmen Hände an kranken Körpern schmutzig zu machen; auf Chirurgen, die auf Jahrmärkten Knochenbrüche richten, und nicht zuletzt auf die staatliche Obrigkeit, die immer wieder mit unterschiedlichen Strategien den Versuch unternimmt, den Markt der medizinischen Dienstleistungen zu strukturieren. Dass sich die Schulmedizin, rollenförmig um die Interaktion von Ärzten und Patienten organisiert, in diesem Geflecht unterschiedlicher Interessen, wandelnder Koalitionen und hoher Konkurrenz letztendlich doch als weltweit dominante Medizinform etablieren konnte, wird vor diesem Hintergrund als Prozess sichtbar, der sich spezifischer Voraussetzungen verdankt und alles andere als selbsterklärendes Resultat einer teleologischen Entwicklung ist.

2 Die Ausdifferenzierung der modernen Medizin

Die Gesellschaftstheorie NIKLAS LUHMANNs und seiner Apologeten beschreibt die moderne Gesellschaft als umfassenden Kommunikationsraum, der in verschiedene Teilbereiche differenziert ist (vgl. LUHMANN 1984, 1997; STICHWEH 2000, 2005). Diese stehen in einem egalitären Verhältnis zueinander und lassen sich auf Grundlage der für sie instruktiven Informationen als beispielsweise *Wirtschaft*, *Wissenschaft*, *Politik* oder *Religion* voneinander unterscheiden. Jeder dieser gesellschaftlichen Teilbereiche beobachtet jeweils die Gesamtgesellschaft, allerdings vor dem Hintergrund einer spezifischen Leitunterscheidung. Diese binäre Codierung legt fest, welche Informationen aus der gesellschaftlichen Umwelt für das jeweilige Funktionssystem instruktiv sind und welche Daten innerhalb des Systems für kommunikative Anschlüsse herangezogen werden. In Bezug auf die Medizin liegt die binäre Codierung, die in nahezu monopolisierter Weise von den akademisch ausgebildeten Ärzten betreut wird, in Form der Unterscheidung von *krank/gesund* vor. Eine historische Rekonstruktion des Ausdifferenzierungsprozesses der modernen Medizin steht bislang jedoch, sowohl im Kontext medizinhistorischer als auch soziologischer Forschung, noch aus.

2.1 Die Ausdifferenzierung der modernen Medizin -Forschungsstand und theoretischer Rahmen

Wenngleich sich die Anfänge der Medizingeschichtsschreibung weit zurückverfolgen lassen, so unterscheiden sich diese deutlich von späteren Formen. So war ihnen weniger an der chronologischen Darstellung der medizinischen Entwicklung gelegen als vielmehr daran, dem in der Gegenwart handelnden Arzt die Wurzeln seiner Disziplin stets präsent zu

halten. Während die moderne Medizingeschichtsschreibung nicht selten einen liebevoll-spöttischen Blick auf die Denk- und Arbeitsweisen ihrer Vorgänger wirft, findet sich in den Schriften des Hippokrates dagegen der Hinweis, ein Arzt müsse wissen, was andere Ärzte vor ihm gedacht haben, um darauf aufbauend in der Gegenwart die richtigen Schlüsse ziehen zu können (vgl. ECKART 2007: 22f.). Diese wertschätzende Bezugnahme auf die Gründungsväter der Disziplin prägte die Medizingeschichtsschreibung bis in die Frühe Neuzeit hinein. Ein deutlicher Bruch gegenüber dieser Perspektive lässt sich erst um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert beobachten, als sich die medizinische Historiographie zu einer Erfolgsgeschichte wandelte, die sie bis in die sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts hinein bleiben sollte. Der Fortschritt, im Gedankengut der Aufklärung ein Schlagwort, welches in fast allen gesellschaftlichen Feldern präsent war, fand als dominantes Motiv auch Einzug in die Medizingeschichte (vgl. exemplarisch BAAS 1896/1967, ACKERKNECHT 1955). Die Vergangenheit der Disziplin wurde fortan nicht mehr als identitätsstiftend begriffen, sondern als veraltet und den aktuellen Entwicklungen unterlegen wahrgenommen. Entsprechend sahen sich auch die Ärzte nun nicht mehr als Erben einer jahrhundertealten Tradition, sondern grenzten sich als Initiatoren und Motoren des gesellschaftsweit bejubelten Fortschritts zunehmend von den Alten ab. Wie schwierig es jedoch werden sollte, dieses neu gewonnene Selbstbild gesellschaftsweit anschlussfähig zu machen, wird Gegenstand späterer Ausführungen sein. Innerhalb der Disziplin blieben das Fortschrittsparadigma und die damit verbundene heroisch eingefärbte Form der Medizingeschichtsschreibung für viele Jahrzehnte prägend. Die Vertreter der Disziplin feierten die Medizin „als Ausdruck des ehernen Gesetzes der Geschichte, das Fortschritt (heißt, TS)“ (TOELLNER 1999: 182f.). Worauf sich dieser scheinbar unvermeidliche Siegeszug der Schulmedizin gründete, bedurfte dabei jenseits der unterstellten kognitiven Überlegenheit offensichtlich keiner weiteren Erklärung.

Erst in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurde der Fortschrittsbegriff allmählich hinterfragt und problematisiert. Einschneidend sollte in diesem Zusammenhang die Veröffentlichung einer Studie von THOMAS McKEOWN werden, der unter dem Titel *The Modern Rise of Population* (vgl. 1976) die These präsentierte, dass die Erfolge, die sich die Medizin im Kampf gegen die Infektionskrankheiten nur zu gerne auf die Fahnen schrieb und als Beleg ihrer wissenschaftlichen Überlegenheit anführte, in erheblichem Maße durch eine Verbesserung der Lebensumstände und der Hygiene herbeigeführt worden waren. Der Medizin gestand McKEOWN in diesem Zusammenhang nur eine marginale Rolle zu. Bereits kurz nach dem Erscheinen waren die von ihm vertretenen Ansichten Gegenstand lebhafter Debatten. Während die Anhänger der traditionellen Form der Medizingeschichtsschreibung in dem Buch einen Angriff auf ihr heroisches Selbstbild sahen, wurde es von anderen Autoren, deren Ziel es war, den Fortschrittsmythos der Medizin zu demontieren, begeistert aufgenommen (vgl. ECKART 2007: 28).

Auch aus einer anderen Richtung regte sich Kritik an der Medizin und ihrer glorifizierenden Selbstbeschreibung. So wurde verstärkt darauf aufmerksam gemacht, dass die einseitige Konzentration auf die Ärzte und deren Errungenschaften einen Großteil der medizinischen Protagonisten außer Acht lasse (vgl. GUTHRIE 1945; STOLBERG 2003). In der Folge gewann die Geschichte der Kranken an Bedeutung und schuf damit Raum für Fragen nach der historischen Entwicklung der Patientenperspektive sowie nach den negativen Folgen einer voll technisierten Apparatedizin. Im Kontext einer zunehmenden Öffnung der Medizingeschichtsschreibung in Richtung der Sozialwissenschaften wurde das erlebte Leiden als wichtiger Objektbereich der Forschung anerkannt und die Geschichtsschreibung *von unten* (vgl. PORTER 1985) gewann an Bedeutung.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Darstellung der medizinischen Entwicklung als reine Erfolgsgeschichte in den 1960er Jahren ein Ende fand und durch alternative, teilweise durchaus kritische

Ansätze ergänzt wurde. Das Fortschrittsparadigma ist zwar auch aus der aktuellen Medizingeschichte noch nicht völlig wegzudenken, allerdings kreisen die Überlegungen in weit stärkerem Maße um Fragen nach den (negativen) Folgen, den der zuvor unkritisch bejubelte Fortschritt für den einzelnen Patienten sowie für die Gesellschaft mit sich brachte (vgl. u.a. KATHAN 2003; MAYR 1990; SAMELSON 2000). Doch auch in diesem Kontext finden sich keine befriedigenden Antworten auf die hier aufgeworfenen Fragen nach den spezifischen Bedingungen, welche die Entstehung der modernen Arzt/Patienten-Beziehung sowie die Entwicklung der Schulmedizin zur *weltweit dominanten Medizinform* ermöglicht haben. Die starke Betonung des (natur-)wissenschaftlichen Unterbaus der Schulmedizin legt auch hier den Eindruck nahe, als bedürfe diese Entwicklung schlichtweg keiner weiteren Erklärung, da sie sich immanent aus der szientistischen Überlegenheit der Schulmedizin selbst ergeben habe. Finden sich dagegen im Kontext der Differenzierungstheorie Antworten auf die Frage nach dem Ausdifferenzierungsprozess der modernen Medizin?

Wenngleich LUHMANN (vgl. 1983a: 43) dem System der Krankenbehandlung den Status eines der großen Funktionssysteme der Gesellschaft zugestanden hat, scheint sich an dieser Diagnose kein weitergehendes Forschungsinteresse entzündet zu haben. Gerade einmal in drei kurzen Aufsätzen setzt LUHMANN (vgl. 1983a, 1983b, 1990a) sich mit einzelnen Aspekten der modernen Medizin auseinander; darüber hinaus hat er der Krankenbehandlung keine eigene Monographie gewidmet und auch *Die Gesellschaft der Gesellschaft* kommt ohne eine ausführlichere Thematisierung des medizinischen Teilbereichs der Gesellschaft aus (vgl. als Ausnahme LUHMANN 1997: 407ff.). An den wenigen Stellen, an denen sich LUHMANN der modernen Medizin zuwendet, diskutiert er in Form der spezifischen Codierung und dem konstatierten Mangel an systemeigener Reflexion in erster Linie *semantische* Aspekte des Systems. Fragen nach der historischen Entstehung desselben werden demgegenüber

ausgeblendet. Dies überrascht umso mehr als es gerade Überlegungen dieser Art sind, welche in den Monographien zu anderen Funktionssystemen teilweise großen Raum einnehmen (vgl. LUHMANN 1993: 239ff.; LUHMANN 1990b: 549ff.).

Die an LUHMANN anschließende, gesellschaftstheoretisch informierte Auseinandersetzung mit der modernen Medizin, die seit einigen Jahren mit steigender Tendenz beobachtet werden kann, lässt sich hinsichtlich der gewählten Schwerpunkte folgendermaßen differenzieren. Ein Teil der Arbeiten greift die von LUHMANN beschriebenen Absonderlichkeiten⁴ des Systems auf, um diese zu diskutieren und um eigene Gedanken zu ergänzen (vgl. BAUCH 1996, 2006a; FUCHS 2006; PELIKAN 2007, 2009; STOLLBERG 2001, 2008, 2009; VOGD 2005). Die zweite Gruppe von Autoren interessiert sich hingegen dafür, in welchem Verhältnis das von LUHMANN beschriebene Krankheitssystem, das auf die Akutmedizin beschränkt ist, zu anderen medizinnahen Tätigkeiten steht und formuliert auf Grundlage der angestellten Überlegungen alternative Konzeptionen eines weiter gefassten Gesundheitssystems (vgl. BAUCH 2006b; BEHRENS 2009; FUCHS 2008; HAFEN 2005). Doch auch in diesem Kontext sucht man vergeblich Antworten auf die Frage nach dem Ausdifferenzierungsprozess der modernen Medizin.

Als Ausnahme sind in diesem Zusammenhang die Arbeiten von RENATE MAYNTZ/BERND ROSEWITZ (1988), JOST BAUCH (1996) sowie OLIVER STENZEL (2005) zu nennen, die jedoch nur bedingt zur Erklärung des

⁴ Im Vergleich zu anderen Funktionssystemen beschreibt LUHMANN vor allem die spezifische Codierung des medizinischen Systems sowie der sich hieraus ergebende Mangel an systemeigener Reflexion als absonderlich. Während andere Funktionssysteme sich dadurch auszeichnen, dass der für die systemische Reproduktion anschlussfähige Codewert gleichzeitig der sozial erwünschte ist, ist für das medizinische System der sozial negativ konnotierte Wert der Krankheit instruktiv. Nur die Diagnose von Krankheit erzeugt innerhalb des Systems Anschlusskommunikation; wird dagegen Gesundheit attestiert, gibt es für das System nichts weiter zu tun. Gesundheit wird auf die Position des Reflexionswertes verwiesen und diese „perverse Vertauschung der Werte“ (LUHMANN 1990a: 187) lässt Reflexion obsolet werden. „Die Identität und Autonomie des Krankheitssystems braucht im Kontext der gesellschaftlichen Kommunikation nicht eigens herausformuliert, betont, verteidigt, semantisch ausgefüllt werden“ (LUHMANN 1983a: 43), da der Wert der Gesundheit von allen anderen Funktionssystemen nicht in Abrede gestellt wird.

Ausdifferenzierungsprozesses geeignet scheinen.

Während sich MAYNTZ/ROSEWITZ und BAUCH – erstaunlicherweise in Analogie zu der bereits erwähnten älteren Medizingeschichtsschreibung – einseitig auf die Rolle der Ärzte konzentrierten und die Patienten weitgehend außer Acht lassen, lässt STENZEL die Professionalisierung der Ärzteschaft völlig unberücksichtigt und betont stattdessen – ebenfalls wenig überraschend – die hohe Bedeutung der Wissenschaftlichkeit der modernen Medizin, ohne dabei jedoch deutlich zu machen, wie sich diese auf inhaltlicher Ebene in dem von ihm gewählten Untersuchungszeitraum gewandelt hat. Auch er räumt der Genese der modernen Patientenrolle keinerlei systemkonstitutive Bedeutung ein. Im Folgenden wird jedoch deutlich werden, dass *der Entwicklung der modernen Patientenrolle zur Erklärung des Ausdifferenzierungsprozesses der modernen Medizin eine ebenso wichtige Bedeutung zukommt wie der Rolle des Arztes*. Dass diese Entwicklung in ihrer notwendigen Komplementarität von der Forschung bislang noch nicht aufgegriffen wurde erscheint umso erstaunlicher, als das hierfür notwendige Instrumentarium durchaus vorzuliegen scheint.

Bezüglich der Genese gesellschaftlicher Teilsysteme schlägt die Differenzierungstheorie vor, diese als Etablierung einer komplementären Rollenasymmetrie zwischen Leistungs- und Publikumsrollen zu fassen (vgl. LUHMANN 1977: 237ff.; LUHMANN 1990b: 347; auch STICHWEH 1988: 261; STICHWEH 1992; STICHWEH 2005: 13; STICHWEH 2008). Im Fall des Systems der Krankenbehandlung, das sich um das zentrale Moment der Arzt/Patienten-Interaktion organisiert (vgl. STOLLBERG 2008: 352), kann jede Person als Inhaber einer dieser beiden Rollen an den Abläufen des Systems partizipieren. Die Ärzte zeichnen sich als Inhaber der Leistungsrolle dadurch aus, dass sie in monopolistischer Weise die für das System konstitutiven Wissensbestände verwalten und diese auf Probleme der personalen Umwelt des Gesellschaftssystems (kranke Menschen) anwenden (vgl. STICHWEH 1992: 40). Die komplementäre Publikumsrolle des modernen Patienten ermöglicht dagegen die Integration der

gesellschaftlichen Umwelt in das sich ausdifferenzierende System (vgl. STICHWEH 1992: 41f.). Mit der zunehmenden Stabilisierung der Leistungs- bzw. Publikumsrollen wird die potentielle Inklusion jeder Person in das sich ausdifferenzierende System ermöglicht. LUHMANN spricht diesen komplementären Rollenkonstellationen entsprechend „eine auto-katalytische Funktion für den Aufbau und das beschleunigte Wachsen funktionspezifischer Teilsysteme in der Gesellschaft“ (1977: 237) zu.

In Form von Arbeits- und Berufsrollen war die Differenzierung der Gesellschaft in funktionsorientierte Teilbereiche bereits in der stratifizierten Gesellschaft – der historischen Vorform der funktional differenzierten Gesellschaft – angelegt. Doch erst mit der Ausbildung von den Leistungsrollen komplementären Publikumsrollen konnte sich die funktionale Differenzierung im Zuge der gesellschaftlichen Evolution als primäre Strukturform der Gesellschaft durchsetzen und die stratifikatorische Differenzierung ablösen. Als Konsequenz dieser Entwicklung „gibt es für die Politik eine Wählerschaft, für Massenmedien eine öffentliche Meinung (...) gibt es für Lehrer, Schüler“ (LUHMANN 1977: 237) und nicht zuletzt auch Patienten für die professionalisierten Ärzte. Die bislang unterschätzte Bedeutung, die der Publikumsrolle in diesem Zusammenhang zugesprochen wird, wird in der folgenden Argumentation besonders deutlich, da sich die moderne Arztrolle, die auf der Ebene der Selbstbeschreibung bereits seit Jahrzehnten angelegt war, erst in dem Moment durchsetzen konnte, in dem ihr der moderne Patient als notwendiges Pendant gegenüber stand. Der Publikumsrolle kommt entsprechend das Verdienst zu, ihr jeweiliges Gegenüber erst zu der systemspezifischen Leistungsrolle zu spezifizieren, die für die monopolistische Betreuung der Leitunterscheidung verantwortlich ist (vgl. STICHWEH 1988: 262f.).

Was im Kontext der Medizin im einzelnen unter Leistungs- bzw. Publikumsrolle zu verstehen ist, hat TALCOTT PARSONS bereits in den 60er Jahren mit seinen Überlegungen zur modernen Arzt- bzw. Patientenrolle

formuliert (vgl. 1965, 1975). Die von ihm definierten Rollenmerkmale werden im Verlauf der vorliegenden Argumentation historisch rekonstruiert. Die Genese der modernen Arzt/Patienten-Beziehung ist dabei in einen breiten historischen Kontext eingebettet, der in der Literatur unter dem Stichwort der Medikalisierung verhandelt wird.

Den Kern der Medikalisierungsthese bildet die Beobachtung, dass die Medizin ihren Anspruch auf Zuständigkeit seit dem 18. Jahrhundert sukzessive ausgeweitet hat. Im Kontext dieses „Imperialismus des medizinischen Wissens und der medizinischen Technik“ (GOUBERT 1982: 89) wurde die medizinische Leitunterscheidung von *krank/gesund* auf einen zunehmend größer werdenden Themen- und Personenkreis angewandt. Als prominentes Beispiel für diese Ausbreitung des medizinischen Beobachtungsradius sei der Geburtsvorgang genannt, der sich seit dem 18. Jahrhundert in einem Zeitraum von gut einhundert Jahren gravierend gewandelt hat. Fand die Entbindung zuvor begleitet von Geburtshelferinnen im häuslichen Kontext der werdenden Mütter statt, dominiert im 20. Jahrhundert die Krankenhausgeburt. Die Geburtshilfe, die zuvor in erster Linie auf tradiertem Erfahrungswissen beruhte, entwickelte sich zu einem Teilgebiet der medizinischen Wissenschaft. Die Niederkunft wurde dem häuslichen Kontext entrissen und in die entstehenden Geburtsanstalten verlagert, die traditionellen Geburtshelferinnen wurden von Hebammen ersetzt, die seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert den Ärzten unterstellt sind (vgl. SEIDEL 1998).

Innerhalb der Literatur finden sich verschiedene Ansätze, welche die zunehmende Medikalisierung der Gesellschaft zum Gegenstand haben. Wenngleich die verschiedenen Autoren gleichermaßen die Konflikthaftigkeit dieser Entwicklung anerkennen, so unterscheiden sie sich deutlich hinsichtlich der inhaltlichen Deutung der von ihnen vorgenommenen Beobachtungen. Den Ausgangspunkt der sozialhistorischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der zunehmenden Medikalisierung der Gesellschaft stellen die Thesen MICHEL FOUCAULTS (vgl. 1973) zur

Geburt der Klinik dar. Die an Bedeutung gewinnenden Kliniken fungieren in diesem Argumentationszusammenhang als jene Orte, an denen die Bevölkerung durch die machtvolle Allianz von staatlicher Obrigkeit und akademisch ausgebildeten Ärzten Maßnahmen der Sozialdisziplinierung unterworfen wurde, an deren Entstehung das pathologisierende Moment der modernen Medizin maßgeblich beteiligt war. Auch in Bezug auf die vorliegende Fragestellung werden die Kliniken in zweierlei Hinsicht eine wichtige Rolle spielen: einerseits stellten sie dasjenige organisatorische Umfeld dar, innerhalb dessen sich die moderne Arzt/Patienten-Beziehung als erstes realisierte. Zum anderen waren sie jene Orte, an denen eine Art von Wissen generiert wurde, welches die Ärzte allmählich mit jener Autorität versah, die es ihnen ermöglichte, sich gegenüber der laientherapeutischen Konkurrenz durchzusetzen.

Im Gegensatz zu FOUCAULT beschreibt JEAN PIERRE GOUBERT Medikalisierung in erster Linie als *Wandel medikaler Ordnungen*, in dessen Kontext es den Ärzten mit Unterstützung des Staates gelang, eine Monopolstellung auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen durchzusetzen, von dem die Lientherapeuten zunehmend ausgeschlossen wurden (vgl. 1982). Wenngleich sich das Verhältnis von staatlicher Obrigkeit und Ärzteschaft eher als ein ambivalentes denn ein harmonisches beschreiben lässt, wird im Folgenden deutlich werden, dass die moderne Beziehung zwischen Ärzten und Patienten nicht zuletzt auch das Ergebnis staatlicher Entscheidungen ist.

ROY PORTER sieht den Grund für die zunehmende Medikalisierung der Gesellschaft im *Wandel dörflicher Kulturen*, wie er sich von der Mitte des 17. Jahrhunderts bis in das 19. Jahrhundert hinein beobachten lässt. Demnach führte steigender Wohlstand zu einer Expansion des medizinischen Marktes, da zunehmend auch die Landbevölkerung in die Lage versetzt wurde, die oftmals kostenintensiven ärztlichen Interventionen in Anspruch zu nehmen, anstatt weiterhin die günstigeren Alternativen der Lientherapeuten zu nutzen (vgl. PORTER 1992). Wenn-

gleich die Argumentation PORTERS nicht in allen Punkten überzeugt, so wird auch im Folgenden deutlich, dass die sozialstrukturell unterschiedliche Nachfrage nach akademisch ausgebildeten Ärzten, die ihre Klienten zunächst in erster Linie im Adel und innerhalb der städtischen Oberschichten fanden, im Zuge des Professionalisierungsprozesses an Bedeutung verloren hat.

Im Kontext der deutschsprachigen Medikalisationforschung sind die Arbeiten von UTE FREVERT (vgl. 1984) und FRANZISCA LOETZ (vgl. 1993) zu nennen. Erstere fasst Gesundheit in erster Linie als politisches Problem, dessen Beherrschung eine staatlich-bürgerliche Kontrolloffensive nach sich zog, die wiederum ihren Beitrag dazu leistete, einen zunehmenden Kreis von Themen und Personen dem medizinischen Deutungsanspruch zu unterwerfen. Im Gegensatz dazu stehen die Arbeiten von FRANZISCA LOETZ, die Medikalisation in Anlehnung an Simmel als medizinische Vergesellschaftung verstanden wissen möchte, die nicht einseitig von oben erzwungen wurde. Vielmehr begreift LOETZ Medikalisation als wechselseitigen Vorgang, an dessen Realisierung verschiedene Gruppierungen in der Verfolgung ihrer eigenen Interessen beteiligt waren.

Die vorliegende Argumentation stützt sich auf dieses Verständnis von Medikalisation, da es hierdurch möglich wird, die verschiedenen Gruppierungen, die ihren Beitrag zur Autonomisierung der modernen Medizin geleistet haben, genauer in den Blick zu nehmen. Die zahlreichen Konflikte, die immer wieder entlang unterschiedlicher Linien aufbrachen, legen dabei die Kontingenz dieser Entwicklung offen und machen deutlich, dass es sich bei der Ausdifferenzierung der modernen Medizin keinesfalls um eine teleologische Entwicklung handelte.

Neben der Medikalisation der Gesellschaft spielt mit der *Professionalisierung der Ärzteschaft* ein weiteres traditionelles Thema der Medizingeschichtsschreibung eine wichtige Rolle für die vorliegende Argumentation. Denn die Entstehung der modernen Arztrolle lässt sich nur vor dem Hintergrund der um Anerkennung ringenden Ärzteschaft

verstehen. Die Grundlagen für die soziologische Auseinandersetzung mit Professionen wurden von TALCOTT PARSONS und THOMAS MARSHALL gelegt. Während PARSONS (vgl. 1939/1966) darauf hinweist, dass sich Professionen von anderen Berufen abgrenzen lassen, da ihr praktisches Handeln stark wissenschaftlich fundiert ist, ergänzt MARSHALL (vgl. 1939) dieses Argument dahingehend, dass sich nicht alle Berufe, die in ihrer Praxis einen starken Bezug zur Wissenschaft aufweisen, als Professionen fassen lassen, da sich das Wissen nicht in routinisierte oder standardisierte Form auf alle Fälle anwenden lässt, die dem Professions-inhaber in seinem Berufsalltag begegnen. Vielmehr sei es notwendig, professionelles Handeln dahingehend zu beschreiben, dass es neben der wissenschaftlichen Fundierung gleichzeitig auch dem Urteil des Handelnden unterliegt, der dem Einzelfall Rechnung tragen muss. Gerade in Bezug auf die Medizin überzeugt dieses Argument, da die standardisierte Anwendung medizinwissenschaftlicher Inhalte im Kontext der Krankenbehandlung nur begrenzt möglich ist, und stets um die individuelle Einschätzung des behandelnden Arztes ergänzt werden muss. Die beiden Ansätze eint jedoch die Konzentration auf die inhaltlichen Aspekte professioneller Arbeit. Fragen nach den spezifischen Entstehungsbedingungen von Professionen werden demgegenüber kaum berücksichtigt.

Zur Begründung, warum sich einige Berufe im Gegensatz zu anderen zu Professionen entwickeln, lassen sich in der Literatur zwei Argumentationslinien finden. Die erste erklärt die Entstehung von Professionen als erfolgreichen Kampf um ein Dienstleistungsmonopol, welches die Ausstattung der Professionsinhaber mit Macht, Einkommen und Einfluss legitimiert. Hier lassen sich die Arbeiten von ANDREW ABBOTT (vgl. 1988) verorten, der den viel beachteten Versuch unternommen hat, losgelöst von einzelnen Berufsgruppen, ein *System of Professions* zu beschreiben, innerhalb dessen Professionen um die gesellschaftlich anerkannte Zuständigkeit (*jurisdiction*) für unterschiedliche Tätigkeitsbereiche konkurrieren. In diesem Kontext legt jedoch auch er den Fokus seiner

Analysen auf die inhaltliche Arbeit der Professionen und geht der Frage nach, wie sich Professionen innerhalb des von ihm beschriebenen, interdependenten Systems durch den Verlust oder den Zugewinn von Kompetenzen verändern können. Fragen nach dem *gesellschaftlichen Bezugsproblem* professioneller Arbeit rücken demgegenüber in den Hintergrund. Da die vorliegende Argumentation jedoch zentral um Fragen dieser Art kreist, scheint die Definition ABBOTS – „professions are somewhat exclusive groups of individuals applying somewhat abstract knowledge to particular cases“ (1988: 320) – trotz der interessanten Einsichten in die inhaltliche Arbeit von Professionen nicht instruktiv.

Während ABBOT den Versuch unternommen hat, ein Professionalisierungsmodell zu entwickeln, welches losgelöst von einzelnen Berufsgruppen Professionalisierungsprozesse erklären kann, so lassen sich auch Vorarbeiten ausmachen, die sich mit der medizinischen Profession selbst auseinandersetzen. Eine der wichtigsten Arbeiten in diesem Zusammenhang ist zweifelsohne die 1970 von ELIOT FREIDSON veröffentlichte Abhandlung *Profession of Medicine*. Als wichtigstes Merkmal derselben führt FREIDSON die professionelle Autonomie ins Feld, die er vor allem in Bezug auf die Inhalte der Arbeit als zwingend erforderlich annimmt, um der Ärzteschaft den Status einer Profession zusprechen zu können (vgl. 1979: 71). Obgleich FREIDSON mit seiner Arbeit einen vielzitierten Beitrag zum medizinischen Professionalisierungsverständnis geleistet hat, scheint sein Ansatz für die vorliegende Arbeit nur eingeschränkt geeignet, da FREIDSON den historischen Entstehungsbedingungen in seiner Argumentation ebenfalls kaum Aufmerksamkeit schenkt. Er beschränkt sich vielmehr auf die Konsequenzen, die sich ergeben, wenn die ärztliche Professionalität als solche bereits institutionalisiert ist. Der hindernisreiche Weg, den die Ärzte bis dorthin hatten zurücklegen müssen, lässt sich mit den Annahmen FREIDSONS nicht angemessen in den Blick nehmen.

Eine alternative Konzeption von Professionalisierung, die sich dem

historischen Kontext in stärkerem Maße widmet, entwickelte MAGALI SARFATTI-LARSON (vgl. 1977) in kritischer Auseinandersetzung mit den Arbeiten FREIDSONS. Ihrer Ansicht nach müssen für eine erfolgreiche Professionalisierung drei Bedingungen realisiert sein. Die Inhaber der Profession müssen demnach ein *exklusives Expertenwissen* verwalten, welches es ihnen erlaubt, sich gleichermaßen von beruflichen Konkurrenten als auch den Laien gegenüber abzugrenzen. Ein weiteres Professionsmerkmal ist das Vorhandensein eines *Marktes*, der durch die entsprechende Berufsgruppe *monopolisiert* ist. Ein letztes Merkmal der ärztlichen Profession betrifft die realisierte *berufliche Autonomie*, die auch VON FREIDSON bereits als wichtiges Kennzeichen der ärztlichen Profession angenommen wurde.

Wenngleich sich die Professionalisierung der Ärzteschaft sicherlich zutreffend als Monopolisierung des Marktes der medizinischen Dienstleistungen beschreiben lässt, können die zitierten Ansätze nicht erklären, warum sich dieser Prozess gerade in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts realisierte, da die historischen Entstehungsbedingungen von Professionen hier weitgehend unberücksichtigt blieben.

Der alternative Erklärungsansatz sucht dagegen nach einem materialen Grund, der für die institutionelle Ausprägung der Professionen verantwortlich ist. Gemeinhin wird dieser darin gesehen, dass Professionen typischerweise mit der Bearbeitung gesellschaftlich zentraler Werte befasst sind. Nimmt man diese Begründung an, läuft man jedoch Gefahr, der professionellen Selbstdarstellung aufzusitzen. Darüber hinaus kann dieser Ansatz gerade in Bezug auf die Medizin nicht erklären, warum deren Professionalisierung erst im ausgehenden 19. Jahrhundert erfolgreich war. Wenngleich Gesundheit erst im aufkommenden Bürgertum des späten 18. Jahrhunderts zum *höchsten Gut* stilisiert wurde, kann davon ausgegangen werden, dass die Gesundheit der Menschen auch in früheren Zeiten einen zentralen Wert innerhalb der Gesellschaft dargestellt hat, ohne dass dies jedoch zu einer erfolgreichen Professionalisierung

sierung der Ärzteschaft geführt hätte.

OEVERMANN schlägt in seiner Version einer radikalisierten Professionalisierungstheorie deshalb vor, das Argument der Zentralität weiter zu hinterfragen: „Die Zentralstellung allein ist eine bloß formale, wenig aufschlussreiche Bestimmung. Erst der materiale Grund für diese Zentralstellung, der diese Werte nicht mit einem beliebigen, sondern einem zwingenden Inhalt verknüpft, erklärt auch die Professionalisierungsbedürftigkeit der professionellen Praxis“ (OEVERMANN 2002: 23).⁵ Im Gegensatz zu den bereits zitierten professionalisierungstheoretischen Ansätzen setzt OEVERMANN mit seiner Argumentation explizit auf der gesellschaftlichen Ebene an, indem er den spezifischen Grund für die Entstehung von Professionen im Auftreten einer *gesellschaftlichen* Krise vorliegen sieht.⁶ In Bezug auf die Medizin scheint sich diese Annahme zu

⁵ In diesem Zusammenhang unterscheidet OEVERMANN drei universelle Wertbezüge, die zwingend die Ausbildung von Professionen nach sich ziehen: die Gewährleistung leiblicher und psycho-sozialer Integrität der individuellen Lebenspraxis, die Aufrechterhaltung eines hinreichenden Konsens' kollektiver Ordnungsvorstellungen sowie die methodisch kontrollierte, erkenntnismäßige Explikation von Geltungsgründen (vgl. OEVERMANN 1997: 11). Diese Wertbezüge werden in der modernen Gesellschaft von den Professionen des Rechts, der Medizin sowie der Wissenschaft beziehungsweise der Erziehung betreut.

⁶ Ähnliche Ideen finden sich auch innerhalb alternativer Ansätze, die davon ausgehen, dass Professionen immer dort entstehen, wo mit Unsicherheit umgegangen werden muss. Diese Unsicherheit kann sich dabei auf jeweils unterschiedliche Aspekte beziehen: auf das Treffen der richtigen Entscheidung angesichts verschiedener Möglichkeiten; auf die richtige Intervention angesichts des möglichen Schadens, den diese verursachen kann; auf die soziale Unsicherheit von Situationen, in denen nicht routinemäßig oder auf der Grundlage berechenbarer Techniken gehandelt werden kann (vgl. KÜHL/BOHN 2004: 59f.). OEVERMANN entwickelt diese Idee insofern weiter, als er die Entstehung von Professionen explizit an das Vorhandensein einer *gesellschaftlichen* Krise bindet, mit deren Lösung die Professionen stellvertretend beauftragt werden.

Auch in anderer Hinsicht knüpft OEVERMANN an Überlegungen anderer Autoren an. Seine radikalisierte Professionalisierungstheorie ist folglich weniger als innovativer soziologischer Ansatz denn als vertiefende Synthese bereits bestehender Überlegungen zu verstehen (vgl. SCHERF 2010: 48). Er kritisiert an der traditionellen Professionalisierungsforschung jedoch, dass Fragen nach dem gesellschaftlichen Bezugsproblem, das Professionen in ihrer Handlungspraxis bearbeiten, fast vollständig ausgeblendet wurden. Eine Ausnahme bilden in diesem Zusammenhang funktionalistische Ansätze, die das spezifische Verhältnis von Professionen zu Teilsystemen der Gesellschaft in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen stellen. So geht STICHWEH davon aus, dass Professionen die Funktion zukommt, die für ein Funktionssystem konstitutiven Wissensbestände in monopolistischer oder zumindest dominanter Weise zu verwalten (vgl. 1992: 40). Für ihn stellen Professionen ein Phänomen des Übergangs von der ständisch hin zur funktional differenzierten Gesellschaft dar. Dabei werden Professionen vor allem in

bestätigen, da sich die Ärzte mit ihren Professionalisierungsbestrebungen erst in dem Moment durchsetzen konnten, in dem sich die Gesellschaft mit neuartigen gesundheitlichen Problemen konfrontiert sah, die in ihrem Ausmaß mit den gängigen Mitteln nicht mehr zu lösen waren. Im Prozess der Delegation der Krisenbearbeitung an die Ärzte offenbart sich eines der Kernargumente des OEVERMANN'SCHEN Ansatzes: Professionen lassen sich demnach beschreiben als gesellschaftliche Institutionen der „stellvertretend expertenhaft vorzunehmende(n, TS) Krisenbewältigung“ (2002: 24), die sich in dem Moment herausbilden, in dem die Aufrechterhaltung zentraler gesellschaftlicher Wertbezüge nicht mehr gewährleistet werden kann. Diese Form der Krisenbewältigung beschreibt OEVERMANN in einem dreistufigen Modell: Auf der untersten Ebene ist zunächst die primäre Lebenspraxis angesiedelt, die über einen langen Zeitraum hinweg erfolgreich gewesen sein kann. Im Kontext der Medizin fallen in diesen Bereich alle Maßnahmen der Selbstmedikation und der laientherapeutischen Krankenbehandlung, die über Jahrhunderte hinweg den Großteil der medizinischen Interventionen in der Gesellschaft darstellten. Solange die eintretenden Krisen mit den Bordmitteln der Alltagspraxis bewältigt werden konnten, bestand noch keine Notwendigkeit, die Bearbeitung ebendieser Krisen an dafür qualifizierte Experten zu delegieren. Im Fall der Medizin lässt sich dieser Zusammenhang deutlich beobachten. Die Ärzte erhoben bereits Jahrzehnte vor deren erfolgreicher Realisierung Professionalisierungsansprüche für ihren Berufsstand, ernteten hierfür jedoch von Seiten eines Großteils der

denjenigen gesellschaftlichen Teilbereichen ausgebildet, „denen es nicht gelingt, ihr Operieren in binären Codierungen weitgehend zu formalisieren und zu technisieren“ (HELSPER/KRÜGER/RABE-KLEBERG 2000: 5). Neben dem Erziehungssystem stellt auch die Medizin hierfür ein anschauliches Beispiel dar. Die formal richtige Behandlung führt nicht zwangsläufig zu einer Genesung des Patienten. Gesundheit lässt sich zwar in einem Modell von Normalität idealisieren, eine Standardisierung der Krankenbehandlung ist darauf aufbauend jedoch nicht möglich (vgl. OEVERMANN 2002: 24f.). In diesem Sinne fungieren Professionen in den entsprechenden Teilsystemen als funktionale Äquivalente zu den symbolisch generalisierten Kommunikationsmedien, wie sie im Kontext anderer gesellschaftlicher Zusammenhänge ausgebildet worden sind (vgl. STICHWEH 1996).

Gesellschaft nur Spott und Hohn. Der von den Ärzten erhobene kognitive Überlegenheitsanspruch fand im gesellschaftlichen Diskurs bis in das 19. Jahrhundert hinein keinen Widerhall, da die Kranken davon überzeugt waren, dass die gelehrten Ärzte eben *nicht* über eine andere Art von Wissen verfügten als jenes, auf welches sie selbst zurückgriffen. Die Delegation der therapeutischen Problemlösung scheiterte zunächst daran, dass den Ärzten nicht die von ihnen proklamierte Kompetenz zugesprochen wurde.⁷

Die erfolgreiche Umsetzung der ärztlichen Professionalisierungsbestrebungen konnte sich, folgt man der Argumentation OEVERMANNs, erst in dem Moment durchsetzen, in dem die bis dato gängige Praxis der Krankenbehandlung an der Bewältigung der therapeutischen Krisen scheiterte und diese in Form der akademischen Ärzteschaft an eine Instanz der stellvertretenden Krisenbewältigung delegierte.

Die folgende Argumentation geht davon aus, dass sich die für die erfolgreiche Professionalisierung der Ärzteschaft notwendige gesellschaftliche Krise aus den Folgen der fortschreitenden Industrialisierung der Gesellschaft ergab. In diesem Kontext wurde Krankheit in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erstmals zu einem *sozialen* Phänomen, welches sich direkt auf die sich massiv verschlechternden Arbeits- und Lebensbedingungen zurückführen ließ. Neben Krankheiten, die sich unmittelbar aus der harten körperlichen Arbeit ergaben konnten sich vor allem die Infektionskrankheiten in den rasch anwachsenden Städten ungehindert verbreiten. Hierdurch wurde das Phänomen Krankheit zu einem *gesellschaftlich-politischen* Problem, das nicht mehr alleine auf der

⁷ Hiermit soll keineswegs unterstellt sein, dass medizinische Krisen zuvor im Kontext der Alltagspraxis stets zum Wohle des Patienten gelöst werden konnten. Dies ist schon deshalb nicht möglich, weil medizinische Interventionen nicht standardisiert werden können. Der letale Ausgang von Krankheiten und Verletzungen gehörte entsprechend auch auf der Ebene der primären Lebenspraxis zum Erleben der Betroffenen. Die Therapiemisserfolge waren aber weniger an die vorgenommenen therapeutischen Interventionen gebunden, sondern vielmehr in einem religiös-moralisch gerahmten Begründungszusammenhang eingebettet. Der tödliche Ausgang medizinischer Interventionen wurde entsprechend dem Willen Gottes, dem Fehlverhalten des behandelnden Arztes oder der liederlichen Lebensführung des Betroffenen zugeschrieben und löste noch keine gesellschaftsweit wahrnehmbare Krise aus.

Ebene der individuellen Lebenspraxis angesiedelt war. Vor diesem Hintergrund war es nun nicht mehr möglich, das Eintreten einer Erkrankung der liederlichen Lebensführung des Betroffenen oder einem strafenden Schöpfer zu zuschreiben; vielmehr wurde Krankheit zunehmend als soziales Phänomen begriffen, welches gewissermaßen von der sich wandelnden Gesellschaft selbst hervorgebracht wurde.

Wenngleich es mittlerweile als medizinhistorisches Allgemeingut gilt, dass die Ärzte zur Lösung ebendieses Problems weitaus weniger beigetragen haben als die sich entwickelnde wissenschaftliche Hygiene, die eine nachhaltige Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen nach sich zog, so ist es ihnen dennoch gelungen, ihre Professionalisierungsinteressen auf geschickte Weise mit eben diesem neuartigen Problemverständnis von Krankheit zu verbinden. In der Folge wurde die Bewältigung der im Kontext der Sozialen Frage auftauchenden medizinischen Probleme von Seiten des Staates immer bereitwilliger in die scheinbar kompetenten Hände der Ärzte gelegt, was deren Professionalisierungsbestrebungen mit neuer Legitimität versorgte. Hinsichtlich der von den Ärzten angewandten Strategie fällt auf, dass sie die wissenschaftliche Überlegenheit des ihrer Berufspraxis zugrunde liegenden Wissens stark in den Vordergrund rückten, wenngleich sich dieses erst einige Jahrzehnte später zu jenem Spezialwissen entwickeln sollte, das nun nicht mehr gesellschaftsweit im Rahmen der Alltagspraxis zur Verfügung stand. Hier scheint sich die Antwort einer Frage anzudeuten, die bereits an anderer Stelle in Anlehnung an RAPHAEL (vgl. 1996: 170) formuliert wurde: „Ist tatsächlich das Effizienzkriterium stets entscheidend dafür, wie weit sich die Tür zu Praxisfeldern für unterschiedliche Wissenschaftsdisziplinen öffnet (...), oder kann sich (...) der Zugang wissenschaftlicher Disziplinen zur Praxis auch abkoppeln von konkreten Erfolgen und von einem generalisierten Vertrauen in wissenschaftliche Autorität profitieren“ (HILGERT/WERRON 2010: 251)? Wenngleich die für die endgültige Beantwortung dieser Frage diskurs-

analytische Untersuchung der von den Ärzten eingesetzten Strategie in dem gegebenen Rahmen nicht geleistet werden kann, so deutet sich hier dennoch an, dass die Behauptung der wissenschaftlichen Überlegenheit der akademischen Medizin zu einem Effizienzprestige verhalf, welches der ärztlichen Professionalisierungsbewegung deutlich Vorschub geleistet hat. Das Beharren auf Maßnahmen der Selbstmedikation, das zuvor als eigenverantwortliche Bewältigung individueller Krisen wahrgenommen wurde, präsentierte sich im Kontext der veränderten Bedingungen nun als ein „irrational-trotziges Verweigern von Lebenschancen“ (OEVERMANN 2002: 27).

Naturgemäß kann sich auch die delegierte Form der Krisenbewältigung ihrerseits vor Probleme gestellt sehen, die im Kontext der gängigen Praxis nicht mehr gelöst werden können. Das methodisierte Wissen erweist sich dann seinerseits als nicht mehr krisenfest; aus dieser Diagnose ergibt sich mit der Forschung die dritte Ebene der Krisenbewältigung. Hier wird das in der Praxis als defizitär wahrgenommene Wissen entlang der sich ergebenden Problemlinien bearbeitet und weiterentwickelt. Die sich hieraus ergebende Unterscheidung zwischen klientenbezogener professionalisierter Praxis auf der einen Seite und professionalisierter Praxis ohne Klientenbezug auf der anderen Seite wird im Fall der Medizin in der Unterscheidung zwischen praktischer Medizin einerseits und Medizinwissenschaft andererseits deutlich sichtbar.

OEVERMANN hat mit seinen Überlegungen eine Möglichkeit entwickelt, das Zustandekommen von Professionen zu erklären, die weit über den verkürzten Hinweis auf die gesellschaftliche Zentralität der bearbeiteten Handlungsprobleme hinaus geht. Die abschließende Prüfung der Anwendbarkeit seiner Überlegungen auf die ärztliche Professionalisierung müsste sich im Rahmen einer detaillierten Untersuchung zwar zunächst noch erweisen, trotzdem wurden seine Überlegungen hier angeführt, da sie es ermöglichen, an der gesellschaftlichen Ebene anzusetzen und dasjenige Bezugsproblem zu definieren, welches von der ärztlichen Profession als

Instanz der stellvertretenden Krisenlösung für die Gesellschaft betreut wurde. Hier wird besonders deutlich, dass der Hinweis auf die Zentralität des Wertes Gesundheit als alleiniger Erklärungsansatz nicht hinreichend ist. Denn Handeln, welches auf die Wiederherstellung der Gesundheit erkrankter Menschen zielte, gab es seit Anbeginn der Menschheit. Und auch die Professionalisierungsforderungen der akademisch ausgebildeten Ärzte lassen sich weitaus weiter zurückverfolgen, als deren letztendliche Realisierung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Es muss entsprechend die Frage im Mittelpunkt stehen, welche Veränderungen auf der gesellschaftlichen Ebene schließlich die erfolgreiche Professionalisierung der Ärzteschaft ermöglicht haben. Vor dem Hintergrund der ärztlichen Professionalisierungsbewegung sowie der zunehmenden Medikalisierung der Gesellschaft soll im Verlauf der vorliegenden Argumentation deshalb auf der Grundlage historischer Daten gezeigt werden, wie die Ärzte im Verlauf des 19. Jahrhunderts jene Leistungsrolle besetzten und fortan in weitgehend monopolisierter Form die Unterscheidung zwischen krank und gesund betreuten, während parallel hierzu die Entwicklung des modernen Patienten die potentielle Inklusion der Gesellschaft in den sich ausdifferenzierenden medizinischen Kommunikationszusammenhang ermöglichte. Während die Entwicklung der modernen Patientenrolle, wie bereits erwähnt, bislang kaum berücksichtigt wurde, vertritt die folgende Argumentation die These, dass sie als *notwendiges* Gegenüber der ärztlichen Leistungsrolle gleichermaßen konstitutiv für den Ausdifferenzierungsprozess der Medizin angenommen werden muss.

Als Kontrastfolie der daran anschließenden Argumentation soll im Folgenden ein Blick auf die historische Ausgangslage die medizinische Welt der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts lebendig werden lassen und diejenige Krise definieren, welche schließlich die Professionalisierung der Ärzteschaft und damit mittelbar auch die Entstehung der modernen Arzt/Patienten-Beziehung ermöglichte (2.2). Im Anschluss daran wird

gezeigt, wie die vormodernen Kranken und die noch nicht professionalisierten Ärzte (2.3) letztendlich in jener Rollenkonstellation zusammenfanden, die seitdem prägend ist für die moderne Medizin (2.4).

2.2 Das gesellschaftliche Bezugsproblem – Ärzte, Kranke und der Staat in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts

Diejenige Form der Medizin, die in der modernen Gesellschaft unter dem Label der Schul- oder Biomedizin als weltweit dominante beschrieben wird, wurzelt im Europa des ausgehenden 18. und 19. Jahrhunderts. Sie entwickelte sich aus einem spezifischen Kräftegefüge, an dessen wechselhafter Form Ärzte, Patienten, Lientherapeuten und die staatliche Obrigkeit mit der Verfolgung ihrer je eigenen Ziele und Strategien gleichermaßen beteiligt waren. Zur Plausibilisierung des Entstehungskontextes sollen die folgenden Ausführungen einen Überblick über die historische Ausgangssituation liefern. Vor diesem Hintergrund wird deutlich werden, dass der Weg der Schulmedizin zu einem autonomen Teilbereich der modernen Gesellschaft ein hindernisreicher war, der sich nicht plausibel erklären lässt, zieht man, wie bislang üblich, lediglich die wissenschaftliche Überlegenheit der akademischen Medizin zur Begründung heran.

Folgt man der Argumentation im Anschluss an ULRICH OEVERMANN kommt es in dem Moment zur erfolgreichen Professionalisierung spezifischer Berufsgruppen, in dem die Lösung spezifischer Probleme nicht mehr im Kontext der gängigen Alltagspraxis gewährleistet werden kann. In Anwendung auf die moderne Medizin stellt sich hiermit die Frage, welche Probleme sich in dieser Hinsicht für die Gesellschaft in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts stellten. Denn die Professionalisierungsbestrebungen der Ärzte waren zu jener Zeit keineswegs ein neues Phänomen. Vielmehr proklamierten sie bereits seit Jahrzehnten berufliche Autonomie und rangen verbissen um gesellschaftliche Anerkennung.

Bislang verhallten ihre Forderungen jedoch weitgehend ungehört und brachten den akademisch ausgebildeten Ärzten beißenden Spott von einem wesentlichen Teil der Gesellschaft ein. Was änderte sich also im Verlauf des 19. Jahrhunderts, so dass die Gesellschaft schließlich dem Ruf der Ärzte um Anerkennung Gehör schenkte und sie nicht mehr, wie noch zu Beginn des Jahrhunderts, verlachte? Zur Beantwortung dieser Frage werfen die folgenden Ausführungen einen Blick auf die medizinische Welt des 19. Jahrhunderts. Im Nebeneinander verschiedener Therapeuten, aufmüpfiger Kranker, einer sich ambivalent verhaltenden staatlichen Obrigkeit sowie immer gravierenderen sozialen Problemen, wird die akademisch vorgebildete Ärzteschaft als eine Gruppierung sichtbar, die noch weit von der Realisierung derjenigen Merkmale entfernt war, die hier im Anschluss an PARSONS als definitorisch für die Rolle des modernen Arztes angenommen werden.

2.2.1 Die Ärzteschaft – Ein zähes Ringen um Anerkennung

Wenngleich diese Beschreibung in der heutigen Zeit an Überzeugungskraft bereits einzubüßen beginnt, so galten die *Halbgötter in Weiß* doch lange Zeit als Verkörperung der modernen Medizin. Einer Medizin, um genauer zu sein, die auf naturwissenschaftlichen Grundlagen basiert und alternative Angebote auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen nur als Teil einer medizinischen Gegenkultur duldet. Noch bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein waren Ärzte als personalisierte Vertreter ebendieser Medizin gesellschaftsweit die Prototypen beruflicher Professionalität, deren Ansehen und Autorität nicht nur der eigenen Person anhaftete, sondern auch auf die (vor allem weiblichen) Familienangehörigen abzufärben schien.⁸ Ihren Anfang nahm die Glorifizierung des Arztberufes um die Wende zum 20. Jahrhundert. Als Vertreter der

⁸ Während die Zahnarztfrau offensichtlich ausreichend Expertise aufweist, um in den Medien ein Zahnpflegemittel zu bewerben, ist es kaum denkbar, dass die Klempnergattin stellvertretend für den Berufsstand ihres Ehemannes einen besonders effektiven Rohrreiner bewirbt.

wissenschaftlich weit überlegenen, ja zu jener Zeit schier unantastbaren Biomedizin, monopolisierten sie den Markt der medizinischen Dienstleistungen und konnten sich dem Respekt und der absoluten Folgsamkeit ihrer Patienten sicher sein. Vor diesem Hintergrund wendet sich der Blick nun dem beginnenden 19. Jahrhundert zu und trifft dort auf Beobachtungen, die in ihrer Andersartigkeit möglicherweise Erstaunen hervorrufen. So spielten die akademisch ausgebildeten Ärzte zu Beginn des 19. Jahrhunderts in quantitativer Hinsicht nur eine untergeordnete Rolle auf dem pluralistischen Markt der medizinischen Dienstleistungen. Weitaus größer war dagegen die Anzahl der Lientherapeuten, der Bader, Starstecher, Hebammen und Kräuterfrauen, die den Kranken ihre vielfältigen therapeutischen Dienste zur Verfügung stellten und hierzu auf ein tradiertes Erfahrungswissen zurückgriffen. Die Ärzte hatten ihre Approbation dagegen an den medizinischen Fakultäten der im Spätmittelalter entstandenen Universitäten abgelegt. Wenngleich sich hier auf Grundlage der langsam einsetzenden standardisierten Wissensübermittlung, den Examina und Titeln die Rolle des gelehrten Arztes bereits andeutete, besaß dieser noch keine auf faktische Krankenbehandlung hin orientierte Funktionsrolle. Als Gelehrtenstand waren die Ärzte zu jener Zeit eher eine Erscheinung rangmäßiger denn funktionaler Differenzierung (vgl. MAYNTZ/ROSEWITZ 1988: 120f.). Vor allem die Kranken zeigten sich von der akademischen Vorbildung der Ärzte nur wenig beeindruckt. Nur ein kleiner Personenkreis, der überwiegend dem Adel oder den städtischen Oberschichten entstammte, wandte sich im Krankheitsfall an einen akademisch ausgebildeten Arzt. Der weitaus größere Teil der Bevölkerung zog dagegen die Dienste alternativer Therapeuten vor, die aus Sicht der Ärzte aufgrund mangelnder Qualifikation eine Bedrohung für das Wohl der Bevölkerung darstellten. Vor diesem Hintergrund musste es ihnen wie blanker Hohn erscheinen, dass die Kranken eben jene Heiler gegenüber den eigenen – akademisch fundierten – Angeboten präferierten. Explizit ärztliche Dienstleistungen

wurden zu jener Zeit schlichtweg nicht in großem Umfang nachgefragt, ein entsprechender Markt musste im Verlauf des 19. Jahrhunderts zunächst noch geschaffen werden.⁹ Die Kranken wandten sich zunächst noch an handwerklich ausgebildete Wundärzte und an auf Erfahrungswissen rekurrierende Lientherapeuten. Gerade unter der Landbevölkerung und den städtischen Unterschichten genossen diese ein weitaus höheres Ansehen als ihre akademisch ausgebildeten Konkurrenten. Die in der Literatur häufig zu findende Gegenüberstellung der Landbevölkerung, deren medizinische Versorgung in Händen der Lientherapeuten lag und der Stadtbevölkerung, die sich von akademisch ausgebildeten Ärzten kurieren ließ (vgl. STENZEL 2005: 33ff.), ist in dieser Radikalität jedoch nicht haltbar. Zwar mögen eine gewisse räumliche Nähe, tendenziell günstigere Honorare sowie das einer gemeinsamen Lebenswelt erwachsene Vertrauen den Kontakt zwischen der Landbevölkerung und den dort ansässigen Lientherapeuten erleichtert haben. Allerdings lassen sich durchaus auch Beispiele dafür finden, dass Lientherapeuten in der Lage waren, für ihre Dienste hohe Preise zu verlangen, die von den Kranken dann in Kauf genommen wurden, wenn diese von der Wirksamkeit der verabreichten Mittel oder der vorgeschlagenen Behandlung überzeugt waren. In anderen Fällen hielt selbst eine lange und beschwerliche Anreise die Kranken nicht davon ab, einen Therapeuten aufzusuchen, der in dem Ruf stand, bereits zahlreiche Gebrechen erfolgreich kuriert zu haben. Und auch auf der Ebene der Krankheitskonzepte und der daraus resultierenden Therapieformen gab es zwischen Ärzten und Laienheilern weitaus mehr Überschneidungen und Gemeinsamkeiten als vor allem die Ärzte jener Zeit wahrhaben wollten (vgl. LOETZ

⁹ Zum einen war es hierfür notwendig, die Nachfrage nach ärztlichen Diensten zu vergrößern, also das Nachfrageverhalten der Kranken zu manipulieren. Zum anderen mussten, um den sich vergrößernden Markt monopolisieren zu können, die konkurrierenden Anbieter weitgehend verdrängt werden, eine Taktik, die auf der Angebotsseite ansetzte. Nur durch diese doppelgleisige Strategie, die nicht zuletzt durch die Schaffung der gesetzlichen Krankenkassen realisiert wurde, ist es den Ärzten zu Beginn des 20. Jahrhunderts schließlich gelungen, dieses Merkmal beruflicher Professionalität zu realisieren und ihr Monopol auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen weitgehend durchzusetzen.

1993: 112ff.). Doch trotz dieser Einschränkungen lässt sich sagen, dass die Ärzte es sehr schwer hatten, sich gegenüber ihren Konkurrenten durchzusetzen und einen umfangreichen Zugang zu den Kranken zu erhalten. Diese hatten in den meisten Fällen schlichtweg kein Interesse an der Behandlung durch einen Arzt, waren sie doch mit den Angeboten der Laienheiler weitgehend zufrieden.

Diese marginale Stellung auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen sorgte jedoch auf der Ebene der ärztlichen Selbstwahrnehmung für keinerlei Resonanz. Die, ihrem Selbstverständnis nach, gelehrten Ärzte verstanden sich als einzig legitime Vertreter der Heilkunst, hatten sie doch während ihres Studiums eine Art von Wissen erworben, welches ihrer Meinung nach demjenigen der Lientherapeuten weit überlegen war. Die Ärzte nahmen sich als kognitiv und moralisch superior wahr und schauten voller Arroganz auf ihre Konkurrenten und deren Patienten, denen sie Unfähigkeit, Fahrlässigkeit und einen nicht zu entschuldigenden Hang zum Aberglauben vorwarfen.

Löst man den Blick jedoch von der Ebene der Selbstbeschreibung und wendet sich stattdessen den empirischen Gegebenheiten jener Zeit zu, wird schnell ersichtlich, dass zwischen Anspruch und Wirklichkeit ein weiter Graben klaffte. Denn wenngleich die ärztliche Publizistik jener Zeit voll war von gegenteiligen Beteuerungen, so konnten die Ärzte trotz ihrer universitären Ausbildung weder im Verhältnis zu ihren nicht-akademischen Konkurrenten noch in ihrer Beziehung zu den Kranken ein dieses überlegenes Expertenwissen vorweisen, wenngleich sie dieses Argument fortlaufend anführten, um ihr Ansehen und ihren gesellschaftlichen Status zu erhöhen (vgl. LACHMUND/STOLLBERG 1995: 118f.). Die Tatsache, dass die Ärzte trotz der Mühen, die sie im Verlauf ihrer universitären Ausbildung auf sich genommen hatten, kein Wissen in Händen hielten, welches sie tatsächlich von ihren Konkurrenten unterschieden hätte, liegt in der Art des zu jener Zeit überhaupt zugänglichen Wissens über den Körper begründet. Da das Körperinnere dem ärztlichen

Blick zu jener Zeit noch weitgehend verschlossen war – weder wurden Leichenöffnungen als Mittel der Erkenntnisgewinnung regelmäßig eingesetzt, noch hatten sich die diagnostischen Hilfsmittel entwickelt, welche die ärztliche Wahrnehmung einige Jahrzehnte später in das Innere des Patientenkörpers hinein ausdehnen sollten – konnten Krankheiten nur in Form der Schilderungen der Kranken sowie über die Symptome erschlossen werden, die sich dem Arzt am Patientenkörper zeigten. Diese Beobachtung von Zeichen am Körper des Kranken war jedoch kein privilegierter Zugang zur Krankheit, sondern stand den akademisch ausgebildeten Ärzten ebenso offen wie den Lientherapeuten und den Kranken selbst. Im Kontext dieser, als semiotisch bezeichneten Medizin, die ausführlich Gegenstand späterer Ausführungen sein wird, verfügte das medizinische Heilpersonal jenseits der eigenen Sinne kaum über diagnostische Hilfsmittel, so dass die Ärzte neben den ausführlichen Erzählungen der Kranken auf die Möglichkeiten des Beobachtens, Hörens, Tastens und Schmeckens angewiesen waren (vgl. ROSENBERG 1979: 79). Diese Möglichkeit der olfaktorischen Erfahrung des kranken Körpers stand jedoch nicht nur den approbierten Ärzten zur Verfügung, sondern darüber hinaus in gleicher Weise auch dem nicht-akademischen Heilpersonal sowie den medizinischen Laien. Vor allem „das Sehen ist im Zweifel doch zu sehr eine Jedermannskompetenz, als daß es ein eigenständiges Monopol ärztlicher Wahrnehmung begründen könnte“ (LACHMUND 1997: 40). Die Ärzte konnten hier entsprechend auf kein Wissen zurückgreifen, von welchem andere Anbieter auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen grundsätzlich ausgeschlossen waren. Und so waren, trotz all der wortreichen Beteuerungen der Ärzte, sowohl ihre diagnostischen Fähigkeiten als auch ihre Therapieerfolge noch höchst ungewiss und eher dem Zufall geschuldet denn einer tatsächlichen Überlegenheit der medizinischen Ausbildung. Vor allem im Fall von Alltagsverletzungen hatten die Lientherapeuten, die im Gegensatz zur akademischen einer handwerklichen Tradition angehörten, häufig effekti-

vere Hilfsmittel anzubieten als die Ärzte.

Doch auch in jenen Fällen, in welchen sich die Kranken tatsächlich an einen Arzt wandten, war die Beziehung nicht von diesem, sondern vielmehr vom medizinischen Laien dominiert. Dies lässt sich einerseits darauf zurückführen, dass die Themenbereiche von Gesundheit und Krankheit zu jener Zeit noch stark lebensweltlich verankert waren, es handelte sich noch nicht um Phänomene, welche von einem besonderen Berufsstand betreut werden mussten. Gerade im aufkommenden Bürgertum, und damit der klassischen Klientel der akademischen Ärzte, setzte sich mit der Sorge um sich selbst ein Ideal durch, welches auch den medizinischen Laien jener Zeit zu einem regelmäßigen Leser medizinwissenschaftlicher Publikationen machte (STOLLBERG 1997: 131). Die Kluft zwischen Experten- und Laienwissen war zu jener Zeit entsprechend nur schwach ausgeprägt. Aufgrund der bereits angesprochenen Unzugänglichkeit des Körperinneren war allein der Kranke Experte seiner seelischen und körperlichen Befindlichkeit. Entsprechend viel Raum wurde seinen Erzählungen und Ausführungen im Kontakt zum Arzt eingeräumt, der hierdurch in die Rolle des passiven Zuhörers verwiesen wurde. Die direkte körperliche Untersuchung durch den Arzt spielte dagegen nur eine marginale Rolle (vgl. STOLLBERG 1996: 389).¹⁰ Trotz der akademischen Ausbildung hatte der Arzt dem Kranken schlichtweg noch nichts anzubieten, was der eigenen Körpererfahrung überlegen gewesen wäre.

Neben dem noch nicht ausgeprägten Expertenwissen der akademischen Ärzte lassen sich jedoch auch auf struktureller Ebene Gründe dafür finden, die klientendominierte Medizin jener Zeit zu erklären. Auf Grund der besonderen Zusammensetzung ihrer Klientel, die in erster Linie dem Adel sowie den städtischen Oberschichten entstammte, war es eher die Regel

¹⁰ Die Gründe für die marginale Stellung der körperlichen Untersuchung scheinen vielfältig zu sein. Zum einen fürchteten die Ärzte, sich hierdurch in ungewollte Nähe zu ihrer laientherapeutischen Konkurrenten zu bringen, die in ihrer Behandlungspraxis durchaus auf körperliche Manipulationen zurückgriffen. Zum anderen hielten die von GOFFMAN so bezeichneten *Territorien des Selbst* (vgl. 1982: 54ff.) die Ärzte davon ab, zu weit in die Intimsphäre ihrer Patienten einzudringen, um auf diese Weise Gefühle von Peinlichkeit und Scham zu vermeiden.

denn die Ausnahme, dass die Ärzte innerhalb der sozialen Hierarchie unterhalb ihrer Patienten standen. Diese soziale Inferiorität wurde ergänzt um eine faktische ökonomische Abhängigkeit, die sich daraus ergab, dass der für die Ärzte zugängliche Kreis potentieller Patienten vergleichsweise klein und der Markt für medizinische Dienstleistungen noch stark begrenzt war. Nur diejenigen Ärzte, die regelmäßig von zahlungskräftigen Patienten in Anspruch genommen wurden, konnten sich ihres wirtschaftlichen Auskommens – zumindest einigermaßen – sicher sein. Die Gesetzlichen Krankenkassen, welche den Ärzten regelmäßig eine ausreichende Menge an Patienten zuführten und damit auch deren Bezahlung sicherstellten, sollten sich erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entwickeln. Bis dahin waren die Ärzte dazu gezwungen, auf dem stark umkämpften Markt um die wenigen zur Verfügungen stehenden Patienten zu ringen.

Darüber hinaus finden sich in der ärztlichen Publizistik jener Zeit wortreiche Klagen über die mangelnde Zahlungsmoral der Kranken. Es existierten zwar offizielle Medizinaltaxen, welche die Entlohnung der Ärzte regelten, allerdings lassen sich zahlreiche Belege dafür finden, dass die Bezahlung der Ärzte häufig nach Gutdünken der Patienten erfolgte. Je nach Zufriedenheit der Kranken mit dem Ausgang der verordneten Kur wurden die von den Ärzten geforderten Honorare nicht oder nur nach Abzug empfindlicher Kürzungen gezahlt. Die Zahlungen erhielten hierdurch eher den Charakter eines Geschenks, als dass sie das monetäre Äquivalent für die geleisteten Dienste dargestellt hätten (vgl. GÖCKENJAN 1985: 172).

Das von sozialen und ökonomischen Asymmetrien geprägte Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten hatte auch Auswirkungen auf die medizinische Konsultation, die geprägt war von zahllosen Aushandlungsprozessen, im Rahmen derer die Ärzte versuchten, durch den Einsatz unterschiedlicher Strategien, die Patienten von ihrer Sicht- und Vorgehensweise zu überzeugen (vgl. LACHMUND/STOLLBERG 1992: 57ff.). Im

Rahmen des beschriebenen ökonomischen Abhängigkeitsverhältnisses sahen sich die Mediziner häufig dazu gezwungen, den Wünschen ihrer Patienten zu entsprechen, selbst dann, wenn diese möglicherweise der eigenen Lehrmeinung widersprachen. Auch den Launen ihrer Patienten waren sie schutzlos ausgesetzt, wollten sie diese nicht als zahlungskräftige Klienten verlieren. Während sich die Ärzte also bereits auf der Ebene des Wissens nicht deutlich als Experten darstellen konnten, erlebten sie den Kontakt zu ihren Patienten darüber hinaus als patronageartiges Abhängigkeitsverhältnis (vgl. JEWSON 1974). Nicht selten kam es vor, dass Kranke mehrere Ärzte gleichzeitig zu einer Konsultation antreten ließen, um aus den angebotenen Therapievorschlügen diejenigen auszuwählen, die den eigenen Sichtweisen am nächsten kamen oder mit dem geringsten Aufwand verbunden waren. Diese für die Ärzte ohnehin schon unangenehme Situation wurde möglicherweise noch dadurch verschärft, dass die um das Krankenbett versammelten Angehörigen der Kranken ihre Meinung ebenfalls selbstbewusst in die Diskussion einbrachten. Die medizinische Deutungsmacht lag also mitnichten in Händen der Ärzte, sondern wurde diskursiv zwischen den verschiedenen Beteiligten ausgehandelt. Der Arzt fungierte eher als Berater, der sich gegenüber den Überlegungen der Kranken affirmativ zu verhalten hatte, wollte er nicht riskieren, eine lukrative Einkommensquelle zu verlieren (vgl. GEHRKE 2001: 241).

Die Zusammenschau dieser Missstände – mangelnde Anerkennung der akademischen Ausbildung, hohe Konkurrenz durch die Lientherapeuten, ungesichertes ökonomisches Auskommen – führte dazu, dass sich die Ärzteschaft im gesamten Verlauf des 19. Jahrhunderts in einer Krise befand, die ihren Niederschlag in wortreichen Klageschriften der ärztlichen Publizistik jener Zeit fand. Allerdings handelt es sich hierbei um eine Krise, die auf der gesellschaftlichen Ebene lange Zeit keinerlei Widerhall fand, so dass die Professionalisierungsforderungen der Ärzte in der ersten Hälfte des Jahrhunderts nahezu ungehört verhallten. Lässt sich

demgegenüber möglicherweise auf der Ebene der Kranken das Aufkommen einer Krise beobachten, an welcher sich die Professionalisierung der Ärzteschaft schließlich erfolgreich entzünden konnte?

2.2.2 Die Kranken – Nutznießer des medizinischen Pluralismus

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass die Ärzte über weite Teile des 19. Jahrhunderts einen schweren Stand hatten. Als marginale Erscheinung auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen verhalten ihre Hinweise auf intellektuelle Überlegenheit und die damit verbundenen Forderungen nach beruflicher Autonomie im Dickicht der alternativen und bei den Kranken weitaus populäreren Angebote.

Es wurde bereits erwähnt, dass über die Geschichte der Kranken weitaus weniger bekannt ist als über diejenige der Ärzte. Als Träger des in der Literatur gefeierten Fortschritts standen letztere lange Zeit im Fokus der medizinhistorischen Aufmerksamkeit, während die Patienten erst seit einigen Jahrzehnten in den Genuss einer eigenen Geschichtsschreibung kommen. Wenn über die Genese des modernen Patienten weitaus weniger bekannt ist als über die Geschichte der Ärzte, dann trifft dies in verstärktem Maße auf diejenigen Kranken zu, die den städtischen Unterschichten angehörten oder auf dem Lande lebten und entsprechend kaum schriftliche Zeugnisse bezüglich ihres Krankheitsverhaltens hinterlassen haben. Während die Forschung aus Briefen, Tagebucheinträgen oder Aufzeichnungen von Ärzten über das Krankheitsverhalten des Adels oder der städtischen Oberschichten vergleichsweise gut informiert ist, liegen für den Großteil der damaligen Bevölkerung weitaus weniger Quellen vor. Wenn im Folgenden von *den Kranken* die Rede ist, ist damit entsprechend in erster Linie das Krankheitsverhalten der oberen gesellschaftlichen Schichten beschrieben. Sollten im Einzelfall Informationen über

abweichende Verhaltensweisen anderer Bevölkerungsgruppen vorliegen, werden diese an entsprechender Stelle angeführt.

Neben Verletzungen, die sich auf die oft schwere körperliche Arbeit vor allem der Landbevölkerung zurückführen lassen, und den häufig epidemieartig auftretenden Infektionskrankheiten waren Gicht und Steinleiden, Blutfülle¹¹ und Schlagfluß¹², Hautausschläge und Verdauungsbeschwerden typische Krankheitsbilder jener Zeit. Die mit diesen Erkrankungen einhergehenden Schmerzen stellten, ebenso wie die Krankheiten selbst, in der Vorstellung der Menschen ein Wesen eigener Art dar, welches dem leiblichen Selbst entgegen stand. Aktuelle Leiden wurden nicht als distinkte Entitäten begriffen, sondern präsentierten sich den Betroffenen als Teil eines lebenslangen Krankheitsprozesses, der von der Persönlichkeit des Kranken ebenso beeinflusst wurde wie von dessen Familiengeschichte und seinen Lebensgewohnheiten. Abweichend von der, für die moderne Medizin typischen, physiologischen Auffassung von Krankheit, die dieselbe als graduelle Abweichung von einem gesunden Idealzustand verstanden wissen möchte, erklärt die ontologische Krankheitsauffassung der Frühen Neuzeit die Popularität und Beharrungskraft entleerer Behandlungsverfahren (vgl. STOLBERG 2003: 38ff.). Mit der Verordnung von Schwitzkuren, Einläufen, Brechmitteln oder dem Aderlass verbanden Kranke und Heiler gleichermaßen die Hoffnung, das *Krankheitswesen* aus dem Körper abzuleiten, um so die Gesundheit des Betroffenen wiederherzustellen. Eine weitere Erklärung für die Popularität dieser Maßnahmen ist darin zu sehen, dass die Wirksamkeit einer medizinischen Kur, und damit indirekt auch die Kompetenz des Heilers, unter anderem anhand ihrer sicht- und prognostizierbaren physiologischen Effekte beurteilt wurde: „purses purged, emetics vomited, opium soothed pain and moderated diarrhoea“ (ROSENBERG 1979: 8). Alleine die sichtbaren und häufig heftigen Reaktionen

¹¹ Die Blutfülle oder Plethora ergab sich als Folge einer falschen Ernährung, die zu einer Überfüllung des Körpers mit Blut führte.

¹² Die Beschreibung der entsprechenden Symptome legt den Schluss nahe, dass es sich beim Schlagfluß um das Krankheitsbild des Schlaganfalls handelt.

auf die verabreichten Mittel erweckten beim Kranken und dessen Angehörigen den Eindruck, der Therapeut rücke der Krankheit tatsächlich zu Leibe und förderten so das Vertrauen in die Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen.

Zur Erklärung der Krankheitsverursachung wurden verschiedene Parameter herangezogen, die je nach Art der Krankheit oder Schichtzugehörigkeit des Erkrankten variieren konnten. Im Kontext der humoralpathologischen Säftelehre wurde eine ungleichgewichtige Mischung der vier Körpersäfte – Blut, Schleim sowie gelbe und schwarze Galle – zur Explikation von Krankheit herangezogen. Andere Konzepte sahen krankheitsverursachende Miasmen oder Kontagien von außen in den Körper eindringen.¹³

Neben diesen physiologischen Erklärungsansätzen gewann jedoch zunehmend auch der Lebenswandel des Betroffenen an Bedeutung, um gegenwärtige Krankheiten zu erklären. Diese wurden im Kontext einer rückwärtsgerichteten Sinngebung mit vermeintlichen Verfehlungen in Verbindung gebracht, die teilweise Jahrzehnte zurück lagen (vgl. STOLBERG 2003: 66). Vor diesem Hintergrund avancierte die Mäßigkeit zur „medizinische(n, TS) Kardinaltugend“ (STOLBERG 2003: 34) jener Zeit. Der Aufruf zur maßvollen Lebensführung gelangte unter anderem deshalb zu so großer Popularität, weil er vom aufstrebenden Bürgertum bereitwillig rezipiert wurde, um sich einerseits von der exzessiven Lebensweise des Adels, andererseits von den unzivilisierten Unterschichten abzugrenzen (vgl. COLEMAN 1974). Dieser aus der Diätetik stammende Aufruf forderte in allen Lebenslagen zur Verhältnismäßigkeit auf. Die hieraus abgeleiteten Regeln, die das Privatleben des Einzelnen bis in die intimsten Bereiche

¹³ Die Anhänger der Miasmen- bzw. Kontagienlehre standen sich lange Zeit unvereinbar gegenüber, wenngleich die zugrunde liegenden Vorstellungen einige Parallelen aufwiesen. So handelte es sich in beiden Fällen um in der Luft befindliche giftartige Stoffe, die als krankheitsverursachend angenommen wurden, in beiden Konzeptionen stellte die Atemluft das Medium der Krankheit dar. Über die Herkunft dieser Stoffe herrschte jedoch Uneinigkeit. Während Miasmatischer klimatische Faktoren als ursächlich für die Entstehung des seuchenverursachenden Stoffes annahmen, gingen die Kontagionisten davon aus, dass sich die Krankheit in erster Linie von den Erkrankten auf die Gesunden übertrug (vgl. LEVEN 1997: 61).

durchdrangen, waren einem großen Teil der Bevölkerung jener Zeit vertraut. Die große Popularität der Gesundheitsratgeber sowie der Kalender, die sich mit ihren Gesundheitsregeln in erster Linie an die Landbevölkerung richteten, legen den Eindruck nahe, dass Gesundheit und Krankheit für die Menschen wichtige Themen waren und zunehmend in den Bereich des Gestalt- und Machbaren rückten. Im Gegensatz hierzu hatten religiöse Deutungsmuster, die Krankheit als von Gott gesandte Strafe für vergangene Sünden konzeptualisierten bereits im 18. Jahrhundert im Zuge der allgemeinen Säkularisierung verschiedener gesellschaftlicher Bereiche an Bedeutung verloren (vgl. STENZEL 2005: 62).

Im Rahmen des bereits beschriebenen medizinischen Pluralismus standen den Kranken zahlreiche Therapeuten zur Verfügung, die mit den unterschiedlichsten Mitteln um die Gesundheit ihrer Klienten rangen. Während die städtischen Oberschichten und der Adel bereits früh eine gewisse Affinität zu den akademisch ausgebildeten Ärzten aufwiesen und in einigen Fällen sogar über einen Hausarzt verfügten, zeigte die Landbevölkerung sowie die städtischen Unterschichten im Krankheitsfall ein hiervon abweichendes Verhalten. In den meisten Fällen setzten diese Kranken zunächst auf Maßnahmen der Selbstmedikation, über die zwischen Familienangehörigen, Freunden und Bekannten ein reger Austausch herrschte. Die Behandlung und Pflege der Kranken war ein öffentliches Ereignis, an dem sich neben Mitgliedern der Familie auch Nachbarn und Freunde beteiligten. Nach der erfolgten Diagnosestellung, die von den beobachteten Symptomen abgeleitet wurde, versuchten die Kranken zunächst, der Krankheit mit einem der zahlreich vorhandenen Hausmittel zu begegnen. Daneben existierten kommerziell erhältliche Spezifika, Geheim- und Universalmittel, die von umherziehenden Therapeuten angeboten wurden. Waren die Maßnahmen der Selbstbehandlung nicht erfolgreich, konnte der Kranke aus einem breiten Arsenal laientherapeutischer Dienstleistungen schöpfen. Erst wenn all diese Bemühungen nicht den ersehnten Erfolg mit sich brachten, wandten

sich die Betroffenen möglicherweise an einen akademisch ausgebildeten Arzt. Dass sich die Kranken zu diesem Zeitpunkt bereits in einem späten Stadium ihrer Krankenkariere befanden, hatte zur Folge, dass die Ärzte meist dann mit der Krankheit konfrontiert wurden, wenn diese bereits weit fortgeschritten war (vgl. FRANK 2007: 228), was die Erfolgsaussichten der ärztlichen Behandlung natürlich einschränkte. War die vom Arzt verordnete Kur nicht von unmittelbarem Erfolg gekrönt, wurde dies dem Therapeuten als Fehler zugerechnet und die Suche nach einem geeigneten Heiler ging weiter. Für die Kranken waren die akademisch ausgebildeten Ärzte entsprechend nur ein Element des ihnen zur Verfügung stehenden therapeutischen Angebots. Es hat den Anschein als schöpften sie den medizinischen Pluralismus jener Zeit vollständig aus, ihre Einstellung gegenüber möglichen Behandlungen „führt(e, TS) von abwechselnden Vorlieben bis hin zur gleichzeitigen Nutzung der Gesamtheit des vorhandenen medizinischen Angebots“ (FAURE 2007: 200). Über die Tatsache hinaus, dass eine eingetretene Krankheit sowohl den Betroffenen als auch dessen Umfeld Not leiden lässt, kann auf der Ebene der Kranken entsprechend nicht diejenige Krise definiert werden, die auf der gesellschaftlichen Ebene jene Resonanz erzeugte, die zur erfolgreichen Professionalisierung der Ärzteschaft geführt hätte.

Neben den Ärzten und den Patienten kam auch dem Staat im Kontext der Entwicklung des Ärztestandes eine wichtige Bedeutung zu. Lässt sich hier diejenige Krise ausmachen, die laut OEVERMANN gegeben sein muss, um die Professionalisierung spezifischer Berufsgruppen zu begünstigen?

2.2.3 Der Staat – Krankheit als soziales Problem

Das Verhältnis zwischen staatlicher Obrigkeit und Ärzteschaft lässt sich für den Untersuchungszeitraum als ein ambivalentes beschreiben, welches von sich wandelnden Koalitionen, Utilitätsüberlegungen und Emanzi-

pationsbestrebungen geprägt war. Das Bild einer passiven Indienstnahme der Ärzteschaft durch die Politik, wie es häufig gezeichnet wird, um das Verhältnis von Politik und Wissenschaft zu beschreiben, scheint in diesem Fall jedoch unangemessen (vgl. ASH 2002: 32). Die folgenden Ausführungen zeigen, dass die Ärzte sich aktiv an den entsprechenden Diskursen und Maßnahmen beteiligten.

Die öffentliche Gesundheitsfürsorge wurde seit der Mitte des 18. Jahrhunderts als neues Thema auf der obrigkeitlichen Agenda platziert (vgl. FREVERT 1984). Im Kontext einer neuartigen Literaturgattung, die in der Forschung unter dem Stichwort der *Medicinalpolicey* subsumiert wird, forderten die Autoren, die in erster Linie der akademischen Ärzteschaft entstammten, eine umfassende Gesundheitsvorsorge durch den Staat, dem sie zur Erfüllung dieser Aufgabe umfassende Kompetenzen einräumten (vgl. MÖLLER 2005: 53ff.). Die Gesundheit der Untertanen wurde in diesem Zusammenhang als Bedingung der staatlichen Machtvollkommenheit konzeptualisiert. Entsprechend war die Bewegung weniger von humanitären, denn von bevölkerungspolitischen Überlegungen angeleitet. Durch massive Eingriffe in das Privatleben der Untertanen zielten die Maßnahmen auf eine qualitative sowie quantitative Kontrolle der Bevölkerungsvorgänge, um dergestalt die Zusammensetzung der Bevölkerung als Basis der staatlichen Machtausübung zu optimieren. Gesundheit wurde in diesem Zusammenhang erstmals zu einem öffentlichen Thema, welches nicht mehr ausschließlich dem Verantwortungsbereich des Einzelnen überantwortet war, sondern der öffentlichen Pflege bedurfte.

Ärzeschaft und staatliche Obrigkeit profitierten in dieser frühen Phase der Gesundheitsfürsorge gleichermaßen von der eingegangenen Allianz gegen die gesundheitliche Unwissenheit der Bürger. Die Medizinalpolizei übernahm für den Staat die Funktion, dessen Macht vor allem gegenüber feudalen Strukturen durchzusetzen und mit der zunehmenden Säkularisierung des Krankheitsgeschehens den Zuständigkeitsbereich der

Kirche einzudämmen. Die Ärzteschaft ihrerseits sah in der staatlichen Obrigkeit einen machtvollen Koalitionspartner im Kampf gegen die verhassten Lientherapeuten. Im Kontext medizinalpolizeilicher Aktivitäten kam der Ausbildung sowie der Approbation der auf dem Markt tätigen Heilpersonen eine wachsende Bedeutung zu. Die entsprechenden Maßnahmen wurden von der Annahme geleitet, dass nur ein hochqualifiziertes und von Seiten des Staates kontrolliertes Heilpersonal für eine optimale medizinische Versorgung der Bevölkerung sorgen könne, womit wiederum die Hoffnung auf Maximierung der ökonomischen und sozialen Ressourcen staatlicher Machtausübung verbunden war. Dieses Bemühen um Regulierung und Einschränkung des medizinischen Pluralismus konvergierte mit den Interessen der akademisch ausgebildeten Ärzte, die sich hiervon eine Verbesserung des eigenen Status versprachen, indem sie maßgeblich an der Realisierung des neuen Staatsziels Gesundheit beteiligt waren.

Um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert lassen sich erste kritische Stimmen an dieser Form der Gesundheitsfürsorge vernehmen, die sich in erster Linie an dem nahezu uneingeschränkten Handlungsspielraum entzündeten, der dem Staat in den medizinalpolizeilichen Schriften zugestanden wurde (vgl. MÖLLER 2005: 173ff.). Doch trotz erster Anzeichen einer liberal definierten Staatsauffassung, die dem einzelnen Bürger unter anderem in Bezug auf Gesundheitsfragen mehr Kompetenz zusprach, konnten sich die damit verbundenen Ideen nicht durchsetzen. Vielmehr sahen sie sich ab den 1840er Jahren harscher Kritik ausgesetzt, die sich an den negativen Folgen einer sich massiv wandelnden Sozialstruktur entzündeten. Die mit neuer Vehemenz eingeforderte Verantwortungsübernahme des Staates gegenüber dem Gesundheitszustand seiner Bürger entsprang jenem Phänomen, welches als Soziale Frage in die Literatur eingegangen ist (vgl. NIPPERDEY 1990: 335ff.).

Mit dem Übergang einer primär agrarisch geprägten hin zu einer industriellen Gesellschaft ergaben sich demographische und sozio-

ökonomische Folgen, die für einen großen Teil der Bevölkerung mit einer massiven Verschlechterung der Lebensumstände verbunden waren. Stark zunehmende Geburtenraten bei zeitgleich abnehmenden Sterbefällen führten in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu einer Bevölkerungsexplosion, welcher jedoch eine stagnierende Wirtschaftslage gegenüberstand, die nicht für ausreichend Beschäftigungsmöglichkeiten zu sorgen in der Lage war. Eine hohe Arbeitslosigkeit war die Folge, die sich in ihren verheerenden Konsequenzen vor allem unter der ländlichen Bevölkerung bemerkbar machte. Landflucht und ein rapides, unkontrolliertes Wachstum der Städte waren die Folge. Jene, die im städtischen Umfeld eine Arbeitsstelle ergatterten konnten, sahen sich jedoch unwürdigen Arbeitsbedingungen ausgesetzt, von denen sie sich im Kontext ihres unzumutbaren Wohnumfeldes kaum erholen konnten. Auf der Grundlage der psychischen und physischen Verelendung eines großen Teils der Bevölkerung konnten sich Krankheiten leicht verbreiten. Wenngleich verschiedene Ansichten darüber existierten, auf welche Weise sich die Krankheiten, vor allem im städtischen Umfeld, vermehrten, wurden die schädlichen Auswirkungen der ausbeuterischen Arbeitsverhältnisse, von denen in den engen und schlecht durchlüfteten Wohnungen keine Erholung zu erwarten war, zunehmend als problematisch wahrgenommen und als soziale Probleme erkannt. Die unzumutbaren Lebens- und Arbeitsbedingungen wurden als Ursachen des mangelhaften Gesundheitszustandes eines großen Teils der Bevölkerung definiert und Krankheit wurde so erstmals zu einem *sozial* bedingten Problem.

Dass der Staat vor diesem Hintergrund wieder vermehrt in die Verantwortung für das Wohl seiner Bürger genommen wurde, lässt sich entsprechend nicht als reine Fortsetzung der medizinalpolizeilichen Strategien des *Ancien Régime* verstehen. Im Gegensatz zu den zuvor verfolgten bevölkerungspolitischen Zielen stand nun die Realisierung eines als zwingend notwendig erachteten sozialen Wandels im Vordergrund der Bemühungen, die nun auch den einzelnen Bürger wieder

vermehrt in die Pflicht nahmen und Gesundheitsfürsorge auf diese Art aus dem alleinigen Verantwortungsbereich des Staates herauslösten. Die Ärzte spielten in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle, deren positive Konsequenzen sich jedoch in erster Linie auf der standespolitischen Ebene beobachten lassen. Zu einer maßgeblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung haben die Mediziner zu jener Zeit dagegen kaum beigetragen.

Wenngleich eine ausführliche Überprüfung dieser These im gegebenen Rahmen nicht geleistet werden kann, so hat es dennoch den Anschein, als sei es den Ärzten zu jener Zeit gelungen, ihre Professionalisierungsinteressen geschickt mit dem sich wandelnden Bewusstsein über die sozial determinierten Ursachen von Krankheiten zu verknüpfen. Als Konsequenz wurden im Kontext der Medizinalreformbewegung der 1840er Jahre neben den Forderungen nach sozialem Wandel in verstärktem Ausmaß standespolitische Fragen diskutiert, bei deren Umsetzung sich die Ärzteschaft staatliche Unterstützung wünschte. Die Kritik von Seiten der Ärzte entzündete sich in erster Linie an der Tatsache, dass der Gesundheitsbereich noch immer vom Staat und eben nicht von den akademisch ausgebildeten Ärzten kontrolliert wurde. Um die Jahrhundertmitte hatte etwa die Hälfte der Ärzte den Status eines Beamten inne (vgl. FINKENRATH zit. nach MÖLLER 2005: 319) und war entsprechend weit entfernt von jener beruflichen Autonomie, die Teil des professionellen ärztlichen Selbstverständnisses war. Doch auch diejenigen Ärzte, die eine freie Praxis betrieben, mussten sich in ihrer Berufsausübung am staatlichen Reglement orientieren und standen darüber hinaus unter der Kontrolle eines im öffentlichen Gesundheitswesen angestellten Arztes. Die Phase der Staatsanlehnung, die sich zu Beginn der medizinalpolizeilichen Bewegung noch erkennen lässt und innerhalb derer die Interessen von Staat und Ärzteschaft weitgehend konform gingen, fand entsprechend Mitte des 19. Jahrhunderts ein jähes Ende. Die Ärzte formulierten zunehmend Forderungen, die nicht mehr ohne weiteres mit denjenigen des Staates

konvergierten. Während die Übertragung polizeilicher Maßnahmen zu Beginn des Jahrhunderts von den Ärzten noch überwiegend positiv begrüßt wurde, fühlten sie sich nun zunehmend als unterbezahlte Staats- und Polizeidiener, deren Wirken nicht die angemessene Anerkennung gezollt wurde. Die Abhängigkeit von staatlich-bürokratischen Regelungs- und Kontrollmechanismen ließ sich mit den Forderungen nach beruflicher Autonomie nur schwer in Einklang bringen, so dass die Staatsanlehnung von einer Phase zunehmender Emanzipation gegenüber der staatlichen Bevormundung abgelöst wurde (vgl. BAUCH 1996: 27).

Die Klage über die mangelnde Autonomie, welche die Ärzteschaft vor allem im Verhältnis gegenüber der staatlichen Obrigkeit vorliegen sah, wiederholte sich auch in Bezug auf andere Themen, welche in der ärztlichen Publizistik jener Zeit wortreich beschrieben wurden. Neben der Festlegung der Medizinaltaxe von Seiten des Staates und der Beschränkung der ärztlichen Niederlassungsfreiheit war es vor allem der – von den Ärzten so titulierte – *Kurierzwang*, der als unzumutbare Einschränkung von Seiten des Staates wahrgenommen wurde. Zwar konnten Kranke, die offiziell als Arme registriert waren, an ausgewiesene Armenärzte verwiesen werden, allen anderen gegenüber waren die Ärzte jedoch unter Androhung von Strafzahlungen zur Hilfeleistung verpflichtet, selbst dann, wenn die Zahlungsfähigkeit der Patienten nicht sichergestellt war.¹⁴ Vor dem Hintergrund der ungesicherten ökonomischen Lage eines Großteils der Ärzte erschien diese Regelung als besonders unhaltbar.

Um ihre Stellung auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen zu festigen, erstreckten sich die Forderungen der Ärzte im Kontext der Medizinalreformbewegung der 1840er Jahre unter anderem auf die Einführung eines ärztlichen Einheitsstandes. In dieser Konzeption standen die akademisch ausgebildeten Ärzte an der Spitze der medizinischen Hierarchie, Heiler anderer Provenienz mussten sich der Kontrolle durch die Ärzte unterordnen oder waren gar ganz aus der therapeutischen Praxis

¹⁴ Diese von den Ärzten beklagte Regelung wurde Ende der 1860er Jahre aufgehoben.

ausgeschlossen. Hiervon versprach man sich einerseits eine Homogenisierung der Dienstleister, die auf dem medizinischen Markt ihre immer noch sehr heterogenen Dienste anboten; zum anderen war mit dieser Forderung die Hoffnung auf einen Statuszuwachs der akademisch ausgebildeten Ärzte verbunden.

Der ärztliche Einheitsstand wurde in Preußen am 08. Oktober 1852 ausgerufen, andere deutsche Staaten schlossen sich in den Folgejahren dieser Entwicklung an. Der *Praktische Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer* stellte fortan die Spitze der medizinischen Hierarchie dar, anderen Therapeuten wurde der Rang eines Heildiener zugewiesen, welcher der Kontrolle durch den Arzt unterstand. Auch in anderen Ländern wurden Regelungen dieser Art erlassen, so beispielsweise in Großbritannien 1886 oder in Frankreich 1892.¹⁵ Von wenigen Ausnahmen abgesehen verfügte bis zum Ende des 19. Jahrhunderts jedes westliche Land über gesetzliche Regelungen, die das Monopol der Ärzte sicherten und juristische Maßnahmen gegen Lientherapeuten legitimierten (vgl. RAMSEY 1984: 242).¹⁶

¹⁵ Im Unterschied zu Deutschland war die Monopolstellung der französischen Ärzte auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen im ganzen 19. Jahrhundert nie wirklich gefährdet, da die privilegierte Position der Ärzte gesetzlich gesichert war (vgl. RAMSEY 1984: 238f.). In Nordamerika hatten die Ärzte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts schmerzliche Einbußen hinnehmen müssen, was ihren Status sowie ihren Zugang zu den Patienten betraf. Das therapeutische Personal verteilte sich auf zahlreiche medizinische Sekten, gegenüber denen sich die Schulmedizin kaum behaupten konnte. Dies änderte sich erst in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts als zahlreiche, in Europa (v.a. in Deutschland) ausgebildete Mediziner in die USA zurückkehrten und hier ein Umfeld vorfanden, welches die Einführung der wissenschaftlichen Medizin und damit die Verbesserung ihres Status förderte (vgl. NUMBERS 1997). In England verbesserte sich die Position der Ärzte mit dem Medical Act von 1858, dessen Bemühungen um Unifizierung und Standardisierung der Ärzteschaft etwa ab den 1880er Jahren nachhaltige Erfolge zeigten (vgl. GELFAND 1993: 1134ff.).

¹⁶ Deutschland stellt in diesem Zusammenhang eine Ausnahme dar, da die gesetzliche Einschränkung, die die Lientherapeuten in ihrer Berufsausübung durch die Etablierung des Einheitsstandes erfuhren, einige Jahre später wieder aufgehoben wurde. Die Gewerbeordnung (1869/1871) erklärte die ärztliche Tätigkeit, auf Initiative der Ärzte hin, zum freien Gewerbe. Fortan durfte jeder, der sich dazu berufen fühlte, nach eigenem Gutdünken therapeutische Dienste anbieten, einzig der Titel des Arztes blieb gesetzlich geschützt.

Für die Tatsache, dass die Initiative für diese Entwicklung ausgerechnet von den Ärzten selbst ausgegangen war, sind unterschiedliche Erklärungsansätze vorstellbar. Eine Variante geht davon aus, dass die Kurierfreiheit und die damit verbundene Hoffnung auf zunehmende Autonomisierung durch die Aufgabe des Kurpfuscher-verbots erkaufte wurde (vgl. BAUCH 1996: 28). Ein alternativer Erklärungsansatz lehnt diese *quid-pro-quo-Sichtweise* mit dem Hinweis ab, dass sowohl die Kurierfreiheit als auch die

Damit war es den Ärzten gelungen, ihren Alleinvertretungsanspruch der medizinischen Versorgung zumindest auf formaler Ebene durchzusetzen. Strategisch geschickt haben sie dabei die im Kontext der Sozialen Frage auftretenden Gesundheitsprobleme der Bevölkerung mit ihren eigenen Professionalisierungsinteressen verknüpft. In einem berühmten Ausspruch Rudolf Virchows, einer der aktivsten Initiatoren dieser Entwicklung, wird dieser Zusammenhang besonders deutlich: *Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen*. Die sich entwickelnde Sozialmedizin forderte entsprechend nicht nur die Überwachung des Gesundheitsverhaltens des einzelnen Bürgers, sondern vielmehr einen tief greifenden sozialen Wandel, der alleine als Lösung der durch die zunehmende Industrialisierung verursachten Probleme gesehen wurde und bei deren Realisierung die Ärzteschaft eine maßgebliche Rolle spielen sollte. Die Ärzte als Vertreter ebendieser Medizin, die sich gegenüber allen anderen Formen in erster Linie durch ihre wissenschaftliche Überlegenheit auszeichnete, präsentierten sich als diejenige Instanz, die alleine in der Lage war, den Staat bei der Bewältigung dieser massiven Probleme zu unterstützen. Die Medizin

Aufhebung des Kurpfuscherverbots, zumindest in der Öffentlichkeit, eben nicht in erster Linie mit den Professionalisierungsinteressen der Ärzte begründet wurden, sondern mit der besseren medizinischen Versorgung der Bevölkerung (vgl. RAMSEY 1984: 257).

Mit der Gewerbeordnung und der damit verbundenen Kurierfreiheit hatten sich die Ärzte zwar ein Stück weit gegenüber staatlichen Dominanzansprüchen emanzipiert, durch die Freigabe medizinischer Dienste war jedoch nun auch den Laientherapeuten wieder Tür und Tor geöffnet, den Kranken ihre Dienste anzubieten. In Zusammenhang mit der angestrebten Monopolstellung der Ärzte auf dem medizinischen Markt hat Deutschland hier im Gegensatz zu anderen westlichen Ländern, die die Laientherapeuten konsequent in ihren Kompetenzen einschränkten, einen Schritt zurück getan. Das Kurpfuscherverbot wurde erst durch das Heilpraktikergesetz von 1939 wieder in Kraft gesetzt. Wer künftig die Heilkunst ausüben wollte, ohne eine medizinische Ausbildung vorweisen zu können, bedurfte dafür einer Sondergenehmigung, die faktisch jedoch kaum je erteilt wurde. Mit dieser Einschränkung der laientherapeutischen Tätigkeit war für die Durchsetzung des ärztlichen Monopols eine wichtige Voraussetzung geschaffen, da konkurrierende Anbieter vom Markt verdrängt waren und sich das Angebot dadurch weitgehend auf ärztliche Dienstleistungen beschränkte.

In dieser Rigidität lebte das Heilpraktikergesetz jedoch nur in der ehemaligen DDR fort. In der alten BRD wurde die Tätigkeit des Heilpraktikers dagegen durch einen Beschluss des Bundesverwaltungsgerichtes 1957 als Beruf anerkannt. Der Richterspruch wurde mit dem Hinweis begründet, dass der ursprüngliche Gesetzestext mit dem Grundrecht auf freie Berufsausübung unvereinbar sei (vgl. BIERBACH 2000: 4).

verstand sich in diesem Zusammenhang als umfassendes Sozialprogramm (vgl. BURG 1994: 36).

Es scheint plausibel, die sozial determinierten, negativen Folgen der zunehmenden Industrialisierung der Gesellschaft als diejenige Krise anzunehmen, welche die Professionalisierungsbestrebungen der Ärzteschaft mit neuer Legitimität versorgte und schließlich auch deren erfolgreiche Realisierung ermöglichte. Als Exekutoren staatlicher Maßnahmen nahm ihr Ansehen innerhalb der Gesellschaft beständig zu (vgl. HUERKAMP/SPREE 1982: 105). Es wurde bereits erläutert, dass die Forderung nach beruflicher Autonomie sowie gesellschaftlicher Anerkennung zu jener Zeit keineswegs neue Themen in der ärztlichen Publizistik waren. Bereits seit Jahrzehnten kämpften die Ärzte darum, ihre marginale Stellung auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen zu verbessern. Durchsetzen konnten sie sich jedoch erst in dem Moment, in dem die „sich wandelnde Gesellschaft im vorindustriellen Deutschland (...) Probleme geschaffen (hatte, TS), die mit den Prinzipien und Mitteln der herkömmlichen medizinischen Polizei nach Meinung der Medizinalreformer nicht mehr zu lösen waren“ (MÖLLER 2005: 308f.). Die bis dato eingesetzten Mittel der Krisenbewältigung hatten sich angesichts der neuartigen Probleme als ineffektiv erwiesen. Der Staat musste einsehen, dass weder die strengen, das Privatleben des Einzelnen betreffenden Maßnahmenkataloge aus der Zeit des *Ancien Régime*, noch die etwas liberalere Haltung zu Beginn des 19. Jahrhunderts geeignet waren, die medizinischen Probleme zu lösen, die sich vor dem Hintergrund der zunehmenden Industrialisierung der Gesellschaft in massiver Form aufdrängten. Begünstigt durch die schlechten Wohn-, Arbeits- und Lebensbedingungen wurde Krankheit zunehmend als *sozial* bedingtes Problem sichtbar, dessen Lösung an die sich anbietende Ärzteschaft delegiert wurde. Als Instanz der von OEVERMANN so bezeichneten stellvertretenden Krisenlösung waren die Ärzte fortan jene Experten, welche die für das sich ausdifferenzierende Medizinsystem instruktive Unterschei-

dung von krank/gesund monopolisierten. Es sei hier erneut darauf hingewiesen, dass die Ärzte zunächst kaum etwas zur Bewältigung dieser Krise beigetragen hatten. Die von ihnen in Aussicht gestellten Verbesserungen im Hinblick auf die therapeutische Versorgung der Bevölkerung sollte sich erst einige Jahrzehnte später einstellen. Jedoch ist es ihnen gelungen, durch die schiere Behauptung ihrer wissenschaftlichen Überlegenheit, die lange Zeit von Seiten des Staates versagte Unterstützung bei der Realisierung ihrer Ziele zu erlangen und ihre Monopolstellung auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen durchzusetzen.

Erst vor dem Hintergrund einer letztendlich erfolgreich verlaufenden Professionalisierung scheint es im Folgenden plausibel, nach der Entwicklung der ärztlichen Leistungsrolle zu fragen, die gemeinsam mit der parallel hierzu verlaufenden Genese des modernen Patienten diejenige komplementäre Rollenbeziehung hervorbrachte, die laut LUHMANN die Ausdifferenzierung des medizinischen Funktionssystems realisierte.

2.3 Patienten und Ärzte – Eine notwendig komplementäre Rollenbeziehung

Die Beschreibung der modernen Patienten- bzw. Arztrolle ist innerhalb der Medizinsoziologie eng mit den Arbeiten TALCOTT PARSONS' verknüpft (vgl. 1965). Unter Bezugnahme auf das von ihm entworfene Modell *pattern variables* hat er zunächst auf allgemeiner Basis diejenigen Merkmale analysiert, die an die Inhaber einer Berufsrolle gerichtet werden. In der Folge hat er diese Überlegungen auf die Rolle des modernen Arztes übertragen und um diejenige des modernen Patienten als komplementärem Gegenüber ergänzt.

Auf theoretischer Ebene unterscheidet PARSONS zwischen fünf dichotomen Orientierungsalternativen, die in jeweils einer der beiden Ausprägungen in spezifischen Kontexten handlungsanleitend sind. Vor diesem Hintergrund

lässt sich die medizinische Leistungsrolle folgendermaßen beschreiben: Der Arzt hat seinem Patienten *affektiv neutral* gegenüber zu treten. Sein Handeln orientiert sich entsprechend einzig an medizinischen Erfordernissen und wird weder von Sympathien oder Antipathien beeinflusst. Während affektives Handeln, welches kennzeichnend für den familiären Kontext ist, den Wunsch nach unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung umfasst, so zeichnet sich affektiv neutrales Handeln dadurch aus, dass die Befriedigung von Bedürfnissen zwar ebenfalls angestrebt, jedoch nicht durch emotionale Unmittelbarkeit, sondern vielmehr mittelbar, durch emotional neutrale Kooperation mit den Handlungspartnern erreicht wird. Eine weitere Erwartung, die legitimerweise an die Arztrolle gerichtet werden kann, ist diejenige der *funktionalen Spezifität*. Der Arzt tritt als spezialisierter Fachmann auf, dessen legitimer Aktions- und Autoritätsbereich auf die medizinische Interaktion beschränkt ist. Des Weiteren zeichnet sich die Arztrolle durch eine ausgeprägte *Kollektivitätsorientierung* aus. Mit der starken Fokussierung auf die Wiederherstellung der gestörten Gesundheit des Patienten orientiert der Arzt sein Handeln an einem Wert, der von Arzt und Patienten gleichermaßen geteilt wird und entsprechend einen moralischen Wertstandard der Gemeinschaft darstellt. Ein weiteres Merkmal der Arztrolle beschreibt die *universalistische Ausprägung* derselben. Diese Haltung lässt die Individualität des Patienten in den Hintergrund treten und betont stattdessen die Zugehörigkeit desselben zu einer allgemeineren Kategorie. Der Kranke ist für den Arzt entsprechend nur als Vertreter der sozialen Rolle des Patienten interessant. Diese allparteiliche Orientierung des Arztes stellt sicher, dass jedem Patienten die medizinisch angemessene Behandlung zuteil wird und einzelne nicht aufgrund von Differenzen, etwa auf persönlicher, religiöser oder sozialer Ebene, benachteiligt werden. In Bezug auf den Arzt erfüllt die universalistische Konzeptualisierung des Patienten die Funktion, die notwendige professionelle Distanz aufrecht zu erhalten und sich gegen allzu persönliche Erwartungen von Seiten des

Patienten zu schützen. Der letzte Aspekt schließlich beschreibt die *Leistungsorientierung* des Arztberufes. Im Gegensatz zu einem partikularistisch strukturiertem Sozialsystem innerhalb dessen sozialer Status auf Zuschreibung beruht, stellt die leistungsorientierte Ausprägung der Arztrolle das hohe Ausbildungsniveau sicher, welches der Beruf erfordert. Die Leistungsorientierung gewährleistet entsprechend jene fachliche Kompetenz, die für die Ausübung der modernen ärztlichen Tätigkeit zwingend notwendig ist.

Neben der Rolle des Arztes hat PARSONS sich auch mit derjenigen des modernen Patienten beschäftigt. Er begreift Gesundheit als funktionale Vorbedingung sozialer Systeme, da die Erfüllung spezifischer Rollenerwartungen im Krankheitsfall erschwert, in gravierenderen Fällen sogar verunmöglicht wird. Krankheit stellt in diesem Zusammenhang für soziale Systeme nicht nur eine Gefahr dar, die diese gewissermaßen von außen bedroht; vielmehr begreift PARSONS Krankheit als einen „Modus, auf sozialen Druck zu reagieren, (...) als eine Möglichkeit, sozialen Verpflichtungen aus dem Weg zu gehen. Sie kann aber auch (...) eine gewisse positiv funktionale Bedeutung besitzen“ (PARSONS 1965: 12). Krankheit wird so zu einem Phänomen, welches sich nicht ausschließlich auf physiologischer Grundlage erklären lässt, sondern auch Motivationsmomente enthält (vgl. PARSONS 1975: 258). Vor diesem Hintergrund lässt sich entsprechend nicht nur der Arzt als soziale Rolle begreifen, sondern auch der diesem komplementär gegenüberstehende Patient.

Zunächst ist der Kranke je nach Schwere der Krankheit von *Rollenverpflichtungen entlastet*, die im Normalfall von unterschiedlichen Seiten aus an seine Person gerichtet werden können. Diese Befreiung bedarf der Legitimation, die der Arzt durch die Diagnose und einer möglicherweise damit verbundenen Krankschreibung zur Verfügung stellt. Während PARSONS in seinen medizinsoziologischen Ausführungen zur Krankenrolle davon spricht, dass man von den Kranken nicht sinnvollerweise erwarten kann, dass sie durch einen reinen Willensakt genesen, soll dieser Aspekt

für die vorliegende Argumentation etwas allgemeiner gefasst werden. Der moderne Patient zeichnet sich demnach dadurch aus, dass er von der *Verantwortung für die eingetretene Krankheit weitgehend befreit* ist.

Neben diesen Entlastungen sind jedoch auch Erwartungen mit der Rolle des modernen Patienten verbunden. Während diese in den Arbeiten PARSONS als zwei distinkte Merkmale aufgefasst werden, sollen sie hier zu einem dritten Merkmal der Patientenrolle zusammengefasst werden, da sie sich in der historischen Rekonstruktion nicht trennscharf voneinander unterscheiden lassen. So umfasst denn das dritte hier angenommene Merkmal der Patientenrolle ein *kompliantes Verhalten gegenüber dem Arzt*, welches das *Genesungsbestreben* auf Seiten des Patienten mit einschließt. „Hier ist selbstverständlich der Punkt, an dem sich die Rolle des Kranken als Patient mit jener des Arztes zu einer komplementären Rollenstruktur¹⁷ zusammenfügt“ (PARSONS 1965: 17). Jener Rollenstruktur nämlich, die von NIKLAS LUHMANN als instruktiv für die Ausdifferenzierung eines gesellschaftlichen Teilsystems angenommen wurde und die an späterer Stelle auf der Grundlage historischer Daten skizziert werden soll.

2.3.1 Von aufmüpfigen Kranken und gekränkten Ärzten – Die vormoderne Arzt/Patienten-Beziehung

Zur Kontrastierung der sich daran anschließenden Argumentation beschreiben die folgenden Ausführungen die Arzt/Patienten-Beziehung zunächst in jener Form, in welcher sie sich noch bis weit in das 19. Jahrhundert hinein präsentierte. Es wird deutlich werden, warum sich die von PARSONS definierten Rollenmerkmale vor diesem Hintergrund noch nicht entwickeln konnten und die Medizin jener Zeit fest in ihrem lokalen

¹⁷ Wenngleich sich Ärzte und Patienten innerhalb der medizinischen Interaktion komplementär ergänzen, ist damit kein symmetrisches Verhältnis beschrieben. Vielmehr ergibt sich eine hierarchische Beziehung, die dem Arzt aufgrund der zu übernehmenden Verantwortung sowie der erforderlichen Kompetenz und Erfahrung die superiore Position zubilligt.

Kontext verankert war.

Im bunt gefächerten Nebeneinander verschiedener Therapeuten nahmen die Ärzte auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen nur eine marginale Rolle ein. Zu einem Großteil der Bevölkerung hatten die Ärzte kaum Zugang, da sich sowohl die Landbevölkerung als auch die städtischen Unterschichten an die ihnen vertrauten Lientherapeuten wandten. Diejenigen Patienten, die im Krankheitsfall tatsächlich einen Arzt aufsuchten, entstammten in erster Linie dem Adel sowie der städtischen Oberschicht. Aus diesem Grund waren sie den Ärzten häufig in sozialer sowie ökonomischer Hinsicht überlegen. Diese strukturelle Asymmetrie hatte Konsequenzen für die medizinische Interaktion, die für den Arzt eher die Rolle des affirmativen Beraters denn des medizinischen Experten bereithielt. Die für den Arzt erreichbaren Patienten der gesellschaftlichen Oberschicht waren aus den zahlreichen auf dem Markt angebotenen Gesundheitsratgebern und wissenschaftlichen Abhandlungen gut über das medizinische Wissen jener Zeit informiert und trugen ihre Einschätzungen und Handlungsvorschläge selbstbewusst innerhalb der medizinischen Interaktion vor. Von einem komplianten Verhalten, welches die Überlegungen PARSONS dem modernen Patienten abverlangen, waren die Kranken noch weit entfernt. Der Arzt, angewiesen auf die Bezahlung dieser wenigen finanzstarken Patienten, sah sich entsprechend zwischen medizinischen Notwendigkeiten und utilitaristischen Überlegungen gefangen. Die Angst davor, eine lukrative Einkommensquelle zu verlieren, dürfte die medizinischen Entscheidungen in Einzelfällen sicherlich tangiert haben.¹⁸ Als wichtige Einkommensquelle stellten die Patienten entsprechend für die Ärzte ein Mittel der unmittelbaren (ökonomischen) Bedürfnisbefriedigung dar, so dass es ihnen zumindest erschwert gewesen sein dürfte, den Kranken affektiv neutral gegenüber zu treten. Die bereits angesprochenen Klagen, die sich vor dem Hintergrund der von den Ärzten

¹⁸ Ein umgekehrter Trend lässt sich im Kontext der modernen Medizin beobachten, wenn man der Behauptung Glauben schenkt, dass Privatpatienten aufgrund finanzieller Erwägungen von Seiten des Arztes eine bessere Behandlung zukommt als solchen, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.

abverlangten Armenkrankenpflege entwickelt hatten, dürften dieses Argument bekräftigen. Patienten, die aufgrund ihrer prekären finanziellen Lage als nicht zahlungsfähig eingeschätzt wurden, dürfte es wesentlich schwerer gefallen sein, im Krankheitsfall einen Arzt zu finden, der gewillt war, sie zu behandeln. Demgegenüber sahen sich die Mitglieder der gesellschaftlich besser gestellten Schichten mit Ärzten umgeben, die miteinander um eine als lukrativ eingeschätzte Konsultation konkurrierten.

Eng mit diesem Phänomen verbunden ist auch die für den modernen Arzt typische Orientierung am kollektiven Wert der Gesundheit. Es soll den Ärzten jener Zeit selbstverständlich nicht abgesprochen werden, dass auch ihnen daran gelegen war, das Wohlbefinden ihrer Patienten wieder herzustellen. Doch welche Wahl blieb ihnen, wenn die Patienten als Anhänger einer spezifischen medizinischen Denkrichtung nicht gewillt waren, den Anweisungen des Arztes Folge zu leisten? Im Kontakt zu seiner sozial höher stehenden Klientel war der Arzt ein Lakai unter anderen. Wengleich ihm diese Position sicherlich missfallen haben dürfte, so konnte er es sich doch nicht leisten, seine Patienten zu verärgern. Neben der Orientierung am Kollektivwert der Gesundheit wurden die Entscheidungen des Arztes entsprechend sicherlich auch von eigennützigen Motiven beeinflusst.

Ähnliches trifft auf die universalistische Ausprägung der Arztrolle zu. Aufgrund der zu jener Zeit noch gängigen, holistischen Konzeption von Krankheiten wurden zu deren Entstehung verschiedene Parameter heran gezogen. Neben den aktuellen Lebensumständen und Gewohnheiten des Kranken spielten auch dessen Persönlichkeit, seine Krankengeschichte sowie diejenige seiner Familie eine wichtige Rolle, um gegenwärtige Krankheiten zu erklären. Vor diesem Hintergrund war es zwingend notwendig, dem Patienten nicht als *Fall von ...* zu begegnen, wie es für die moderne Medizin typisch ist, sondern auf einer partikularistischen Ebene,

die es ermöglichte, den Patienten in der notwendigen Individualität sichtbar werden zu lassen (vgl. JEWSON 1976). Die gängige Krankheitslehre ging davon aus, dass der Betroffene der Krankheit durch seine Persönlichkeit eine individuelle Gestalt verlieh. Es ging bei der ärztlichen Behandlung entsprechend nicht darum, universelle Krankheitsbilder zu kurieren, sondern der Individualität des Kranken und der Krankheit selbst Rechnung zu tragen. Unter Einbezug mannigfaltiger Erklärungsparameter, die dem direkten Umfeld des Kranken entstammten, war die Medizin jener Zeit in dieser Hinsicht notwendig eine lokale Praxis.

Auch die funktionale Spezifität, die den modernen Arzt als alleinigen Experten für medizinische Fragen kennzeichnet, fand zu Beginn des 19. Jahrhunderts noch keine Entsprechung. Dies lässt sich auf das vorhandene medizinische Wissen jener Zeit zurückführen. Die Vorgänge im Inneren des Körpers und damit jene physiologischen Sachverhalte, die heute als ausschlaggebend für zahlreiche Erkrankungen angenommen werden, waren den Ärzten jener Zeit noch verborgen. Das Öffnen von Leichen und die damit verbundene Korrelation von Todesursache und beobachtbaren anatomischen Veränderungen hatte sich im Rahmen der medizinischen Wissensproduktion noch nicht zum privilegierten Erkenntnismittel etabliert. Auch die diagnostischen Hilfsmittel, die einige Jahrzehnte später die sinnliche Wahrnehmung der Ärzte bis in das Körperinnere hinein ausdehnen sollten, waren noch nicht entwickelt. Das Expertenwissen der Ärzte war entsprechend entgegen der wortreichen Selbstbeschreibungen der Mediziner nur schwach ausgeprägt. Es waren die Kranken selbst, die als Experten ihrer eigenen Befindlichkeit galten und deren diskursive Ausführungen im Rahmen der medizinischen Konsultation den größten Raum einnahmen. Die körperliche Untersuchung durch den Arzt spielte dagegen nur eine untergeordnete Rolle.

Vor allem im sich entwickelnden Bürgertum galt es zu jener Zeit als Ideal, sein eigener Arzt zu sein. Die Kranken lasen entsprechend in umfangreichem Maße medizinwissenschaftliche Abhandlungen und hatten

so einen weitreichenden Überblick über das medizinische Wissen jener Zeit. Vor diesem Hintergrund war es für den Arzt kaum möglich, sich als alleiniger medizinischer Experte darzustellen. Er wurde vielmehr als allgemeiner Berater konzeptualisiert, dem neben Fragen zur allgemeinen Lebensführung eben auch in medizinischen Sachverhalten ein gewisses Maß an Kompetenz zugesprochen wurde. Eine einzig auf diese Funktion beschränkte Spezifität hatte sich jedoch noch nicht entwickelt. Gerade der Hausarzt, dessen Dienste in den höheren gesellschaftlichen Schichten an Bedeutung zu gewinnen begannen, war nicht nur für medizinische Fragen im engeren Sinne zuständig, sondern wurde in zahlreichen Belangen – Erziehung, Ernährung, Sexualität – zu Rate gezogen. Er nahm die Rolle des Freundes der Familie ein und hatte damit den Priester in dieser Position abgelöst.

Eine weitere Erklärung für den diffusen Expertenstatus des Arztes ergab sich möglicherweise auch aus der bereits erläuterten Verwobenheit in die staatliche Gesundheitsfürsorge. In paternalistischer Manier sah sich der Staat bis in das 19. Jahrhundert hinein für die Gesundheit seiner Untertanen verantwortlich, nicht zuletzt, um dadurch die eigene Machtvollkommenheit zu sichern. Im Rahmen der medizinischen Polizei wurden der staatlichen Obrigkeit und damit auch den angestellten Ärzten als ausführendem Arm Kompetenzen zugesprochen, die weit in das Privatleben des Einzelnen eindringen. Neben der Reglementierung der Bevölkerungsvorgänge und des Städte- und Wohnungsbaus rückten auch Themen in den Verantwortungsbereich der Medizinalpolizei, die wie die Wahl der richtigen Kleidung, Fragen zur Eheschließung und Fortpflanzung oder Maßnahmen zur Aufrechterhaltung von Sitte und Moral, aus heutiger Sicht der Privat- und Intimsphäre des Einzelnen angehören (vgl. MÖLLER 2005: 54). Auch in diesem Zusammenhang war die Rolle der Ärzte nicht auf diejenige des medizinischen Experten beschränkt.

Auch das letzte Merkmal der modernen Arztrolle, die starke Leistungsorientierung, fand zu jener Zeit noch keine empirische Entsprechung. In

der Literatur finden sich vielmehr zahlreiche Hinweise darauf, dass medizinisches Handeln nicht in erster Linie als erlernbare Fähigkeit verstanden wurde, sondern vielmehr als eine solche, die neben langjähriger Erfahrung gleichermaßen auf einem angeborenen Genie beruhte, welches einzelne Personen in stärkerem Maße dazu ermächtigte den Arztberuf auszuüben als andere (vgl. TSOUYOPOULOS 2008: 160). Die ärztliche Tätigkeit war noch zu sehr Kunst, als dass sie gleichermaßen von jedem Aspiranten hätte erlernt werden können. Diese Wahrnehmung drückt sich auch darin aus, dass die klinische Unterweisung am Krankenbett, die mittlerweile systematischer Bestandteil der medizinischen Ausbildung ist, über weite Teile des 19. Jahrhunderts jenen Studenten vorbehalten war, die von ihren Lehrern als besonders begabt wahrgenommen wurden.

Ebenso wie sich vor dem erläuterten historischen Hintergrund die von PARSONS beschriebene Ausprägung der Arztrolle noch nicht entwickeln konnte, trifft dies gleichermaßen auf diejenige des modernen Patienten zu. Es wurde bereits erwähnt, dass der Genese der modernen Patientenrolle in der Vergangenheit weit weniger Beachtung zuteil wurde als derjenigen der medizinischen Leistungsrolle. Selbst diejenigen Arbeiten, die sich vor einem differenzierungstheoretischen Hintergrund mit der Ausdifferenzierung der modernen Medizin beschäftigten, haben die Rolle des Patienten völlig ausgeblendet. Während JOST BAUCH ohne weiterführende Reflexion davon ausgeht, die Ausdifferenzierung des modernen Medizinsystems einzig durch die Professionalisierung der Ärzteschaft erklären zu können (vgl. 1996: 50), beschreiben RENATE MAYNTZ und BERND ROSEWITZ in ihren Ausführungen zur Genese des Gesundheitssystems die Rolle des modernen Patienten als völlig unproblematisch. „Der aktuelle Übertritt in die Patientenrolle ist im Zusammenspiel von tentativer Selbstzuschreibung und (definitiver, formeller) Zuschreibung durch den Arzt recht klar geregelt, und auch die allgemeinen Pflichten und Rechte des anerkannt Kranken sind – z.T. sogar rechtlich – festgelegt“ (MAYNTZ/ROSEWITZ 1988:

155). Es dürfte jedoch bereits klar geworden sein, dass die Ärzte an der scheinbar problemlosen Zuschreibung des Patientenstatus über einen langen Zeitraum hinweg gescheitert sind und sich vielmehr Kranken gegenüber sahen, deren Verhalten mitnichten auf dasjenige der Ärzte abgestimmt war.

Die vorliegende Arbeit geht entsprechend davon aus, dass die Entwicklung der modernen Patientenrolle notwendige Voraussetzung für die Genese des modernen Arztes und damit letztendlich auch für die Ausdifferenzierung der modernen Medizin war. Doch bevor sich Ärzte und Patienten in der für die moderne Medizin typischen Konstellation begegnen konnten, musste zunächst ein grundsätzliches Problem gelöst werden: das des fehlenden Kontaktes. Denn wie bereits erwähnt, waren die akademisch ausgebildeten Ärzte nur eine Randfigur in der medikalen Lebenswelt eines Großteils der Kranken, die aus einem breit gefächerten Fundus therapeutischer Anbieter wählen konnten. In dieser Hinsicht lässt sich die Tatsache, dass sich Ärzte und Patienten in der modernen Medizin als komplementäre Rollenträger begegnen, auf zwei Entwicklungen der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zurückführen: einerseits die Einführung der Gesetzlichen Krankenkassen, andererseits die Entwicklung der Krankenhausmedizin.

2.3.2 Die Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Als eine der wichtigsten Voraussetzungen, welche die Entstehung der modernen Arzt/Patienten-Beziehung ermöglichte, wird hier die Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung angenommen (vgl. MURRHARDTER KREIS 1995: 42). Erst hierdurch erhielten die Ärzte Zugang zu jenem großen Teil der Bevölkerung, der ihre Dienste bislang weitgehend abgelehnt hatte. Denn während die fortschreitende Medikalisierung der Gesellschaft von den (bildungs-)bürgerlichen Patienten langsam akzeptiert wurde, stand der Großteil der Kranken den akademisch ausgebildeten

Ärzten weiterhin ablehnend gegenüber. Als Angehörige der städtischen Unterschichten bzw. der Landbevölkerung wandten diese sich auch nach dem Erlass offizieller Bestimmungen wie der angesprochenen Einführung des medizinischen Einheitsstandes in weitgehend unverändertem Maße im Krankheitsfall an die ihnen vertrauten Lientherapeuten. Die Nachfrage nach explizit ärztlichen Dienstleistungen hatte sich bei diesem Teil der Bevölkerung auch im ausgehenden 19. Jahrhundert noch nicht institutionalisiert – und das trotz der jahrzehntelangen Bemühungen von Seiten des Staates und der Ärzteschaft. Deren Beteuerungen bezüglich der eigenen Überlegenheit sowie der Hinweis auf die gesundheitsgefährdende Inkompetenz der Lientherapeuten hatten das Nachfrageverhalten der Kranken nicht maßgeblich verändern können.¹⁹ Eine gravierende Veränderung desselben setzte erst mit der Einführung sozialer Sicherungssysteme ein, wie sie zu jener Zeit in zahlreichen Ländern beobachtet werden konnte.

Im Rahmen seiner Sozialgesetze führte der damalige Reichskanzler Otto von Bismarck 1883 die Gesetzliche Krankenversicherung ein. Es hatte zwar bereits zuvor Ortskrankenkassen für Arbeiter und Handwerker gegeben, neu war demgegenüber nun jedoch eine systematische Pflichtversicherung, deren Einzugsbereich über einzelne Regionen hinausging. Dass Bismarck nicht in erster Linie daran gelegen war, die gesundheitliche Situation der Arbeiter nachhaltig und in großem Umfang zu verbessern²⁰, kann daran abgelesen werden, dass die Zahl der Pflichtversicherten zunächst vergleichsweise gering war und erst im Laufe

¹⁹ Zwar hatte es in verschiedenen Bereichen – zu denken ist hier an den Ausbau der Armenkrankenpflege, den Einsatz der Pockenschutzimpfung sowie den Ausbau der Krankenhäuser – bereits im Laufe des 19. Jahrhunderts durchaus Medikalisationsschübe gegeben, eine gesellschaftsweit nachweisbare Wirkung im Sinne einer zunehmenden Medikalisation der Bevölkerung hatten diese jedoch noch nicht mit sich gebracht.

²⁰ Die Einführung der Sozialversicherung ist im Zusammenhang mit den einige Jahre zuvor erlassenen Sozialistengesetzen zu sehen, durch die Bismarck ein Verbot sozialistischer und sozialdemokratischer Organisationen erwirkt hatte. Mit der Sozialgesetzgebung war nun die Hoffnung verbunden, auch politisch gemäßigte Arbeiter durch die kompensierenden Maßnahmen der Sozialversicherung der Sozialdemokratie abspenstig zu machen und auf diese Weise die linke Wählerschaft für die eigene Politik zu gewinnen.

der folgenden Jahrzehnte anstieg, vor allem als die meisten Kassen dazu übergingen, auch die Familienmitglieder mit zu versichern (vgl. HUERKAMP 1980: 367f.). Dies hatte langfristig jedoch nicht nur Konsequenzen für den Gesundheitszustand der Versicherten, sondern veränderte auch die Position der Ärzte, sowohl gegenüber ihren Patienten als auch gegenüber der laientherapeutischen Konkurrenz.

Eine der Hauptleistungen der Krankenkassen ist darin zu sehen, dass sie den Versicherten im Falle einer Erkrankung Krankengeld auszahlten, welches diese für den Lohnausfall und andere finanzielle Aufwendungen, die aufgrund der Krankheit zu leisten waren, entschädigen sollte. Die Ärzte waren von Beginn an systematisch in das entsprechende Verfahren eingebunden, da das Krankengeld nur unter Vorlage einer vom Arzt erstellten Erwerbsunfähigkeitsbescheinigung ausgezahlt wurde. Durch die Sozialgesetzgebung Bismarcks erhielten die Ärzte also das, was sie in der Vergangenheit nicht hatten erreichen können, um ihren Monopolanspruch zu realisieren: einen – sogar gesetzlich verankerten – systematischen Zugriff auf einen Großteil der Patienten sowie die institutionalisierte Deutungsmacht über die Unterscheidung zwischen krank und gesund. Wer die Leistungen seiner Kasse in Anspruch nehmen wollte war gezwungen, sich an einen der bei der Kasse unter Vertrag stehenden Ärzte zu wenden. Heiler anderer Provenienz sowie Ärzte, die über keine Kassenzulassung verfügten, waren nicht legitimiert, die erforderlichen Formulare auszustellen. In Form der Arbeiterschaft und mit Ausweitung der Versicherungspflicht auf Angestellte (1912) hatten die Krankenkassen den Ärzten damit eine völlig neue Klientel erschlossen, welche diese zuvor nur punktuell hatten erreichen können. Bislang hatten unter anderem auch finanzielle Gründe Angehörige der Arbeiterschaft davon abgehalten, im Krankheitsfall ärztliche Hilfe aufzusuchen. Durch die partielle Übernahme der Kosten durch den Arbeitgeber rückte der Arztbesuch für einen größeren Personenkreis in den Bereich des finanziell Möglichen. Doch auch aus der Perspektive der Ärzte hatte die Einführung der Gesetzlichen

Krankenkasse positive Konsequenzen. Waren sie zuvor im Kontext der bereits angesprochenen Armenkrankenpflege dazu verpflichtet, den Kranken auch dann zu helfen, wenn deren Zahlungsfähigkeit nicht sichergestellt war, konnten sie sich nun unabhängig vom ökonomischen Status des Kranken sicher sein, ihr Honorar von den Kassen ausgezahlt zu bekommen. Die traditionelle Präferenz in Richtung wohlhabender Patienten verlor vor diesem Hintergrund an Bedeutung und stellt damit eine wichtige Voraussetzung für die universalistische und affektiv neutrale Orientierung der Arztrolle dar.

Hatten die Medikalisierungsbemühungen in der Vergangenheit nur partiell zu Erfolgen geführt, wurde durch die Gesetzliche Krankenversicherung zwischen den Ärzten und den Kranken ein regelmäßiger Kontakt hergestellt. Wenn auch zunächst durch formale Vorgaben von Seiten der Kassen durchgesetzt, so änderte sich das Nachfrageverhalten der Kranken doch maßgeblich, der Arzt wurde in Krankheitsfragen zum selbstverständlichen Ansprechpartner. Wenngleich die Lientherapeuten noch bis 1939 uneingeschränkt tätig sein konnten, verloren sie durch die Einführung der Krankenkassen bereits in den Jahren zuvor sukzessive an Bedeutung, da die Kassen nur für Ärzte und ärztliche Anweisungen aufkamen. Die Einführung der Gesetzlichen Krankenkassen stellte somit eine wichtige Voraussetzung der Entwicklung der modernen Arzt/Patienten-Beziehung dar.²¹

²¹ Trotz der positiven Auswirkungen, welche die Einführung der Gesetzlichen Krankenkassen für die gesellschaftliche Anerkennung ärztlicher Dienste mit sich brachte, wurde das Verhältnis zu den Kassen von den Ärzten bald als problematisch wahrgenommen. Zum einen existierte zunächst nur eine geringe Anzahl der lukrativen Kassenarztstellen, während das Gros der Ärzte auf dem freien Markt um eine geringer werdende Anzahl an Patienten konkurrierte. Doch auch diejenigen Ärzte, denen es gelungen war, eine der begehrten Kassenarztstellen zu ergattern, empfanden die abgeschlossenen Verträge aufgrund der rigiden Vorgaben von Seiten der Kassen recht bald unzumutbar (vgl. FREVERT 1985: 647). Den Kassen ihrerseits war jedoch daran gelegen, die Berufsausübung der Ärzte zu kontrollieren, da diese die finanzielle Lage der Kasse empfindlich dadurch stören konnten, dass sie bei der Ausstellung der Erwerbsunfähigkeitsbescheinigungen allzu großzügig vorgingen (vgl. GÖCKENJAN 1987: 17ff.) Nachdem es den Ärzten mittlerweile gelungen war, sich von den Dominanzansprüchen zu befreien, die von Seiten des Staates lange Jahre an sie gerichtet wurden, waren sie nicht bereit, die erkämpfte berufliche Autonomie an die Kassen abzutreten. Aus diesem konfliktreichen Verhältnis entwickelte sich schließlich das ärztliche Vereinswesen, welches als organisierte Form der Standesinteressen ein

2.3.3 Entwicklung der Krankenhausmedizin

Ebenso wie die Einführung der Gesetzlichen Krankenkasse stellt auch die Entwicklung der Krankenhausmedizin in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine wichtige Voraussetzung für die moderne Arzt/Patienten-Beziehung dar. Die Kliniken fungierten in diesem Zusammenhang als jene Orte, an denen Ärzte und Patienten in der für die moderne Medizin typischen Form zueinander fanden.

Die zunehmende Integration der Kranken in das moderne Medizinsystem wird im Kontext der an FOUCAULT anschließenden Medikalisierungsforschung als Prozess der Sozialdisziplinierung beschrieben, der sich überwiegend in den neu entstehenden Kliniken abspielte. Die Argumentation weist den Patienten hier eine passive Rolle zu, während Staat und Ärzteschaft als machtvolle Allianz diese *Medikalisierung von oben* gemeinsam durchsetzten (vgl. FOUCAULT 1973). Neuere Arbeiten konnten jedoch zeigen, dass dieser Prozess in den deutschen Staaten im Vergleich zu Frankreich und Großbritannien mit etwa fünfzigjähriger Verspätung einsetzte, so dass die Rolle der – zudem auch noch schlecht ausgestatteten – Kliniken im Medikalisierungsprozess, zumindest in der von FOUCAULT beschriebenen Form, überdacht werden muss (vgl. LOETZ 1994: 141). Unabhängig davon, welche Rolle die modernen Kliniken im Prozess der fortschreitenden Medikalisierung der Bevölkerung jedoch en detail gespielt haben, kann als gesichert gelten, dass sie der Entwicklung der modernen Arzt/Patienten-Beziehung Vorschub leisteten, da das zuvor von den Klienten dominierte Verhältnis hier von einer Beziehung abgelöst wurde, in welcher der Arzt eindeutig die Rolle des Experten einnahm.

Die Krankenhäuser waren als Orte der Ausübung der ärztlichen Praxis in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts tief greifenden Veränderungen unterworfen. Zunächst als reine Aufbewahrungsanstalten von Kranken,

wichtiges Merkmal beruflicher Professionalisierung darstellte.

Alten und Armen konzipiert, entwickelten sie sich allmählich zu Institutionen, deren ausschließliche Zuständigkeit die Behandlung und Pflege kranker Menschen darstellte (vgl. FREVERT 1984: 75). Die Hospitalisierungsrate war zunächst noch sehr gering, was sich zum einen darauf zurückführen lässt, dass die Einrichtungen über geringe Bettenkapazitäten verfügten, zum anderen jedoch auch darauf, dass schlichtweg nur wenige Krankenhäuser existierten. Die bereits angedeutete schlechte Ausstattung zeigte sich auf allen vorstellbaren, teilweise gar auf unvorstellbaren Ebenen: Es fehlte an Personal, medizinischen Instrumenten sowie Medikamenten, teilweise sogar an einer ausreichenden Anzahl an Betten, so dass sich mehrere Kranke ein solches teilen mussten, was dem Genesungsprozess sicherlich nicht zuträglich gewesen sein dürfte.

Die dominierende Form der organisierten Krankenpflege blieb noch bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts das Hospital, das neben der Behandlung Kranker auch die Funktion des Sozialasyls erfüllte. Krankenhäuser, die sich ausschließlich auf die Behandlung Kranker spezialisierten setzten sich erst langsam durch.²² Die Impulse hierfür gingen von Frankreich aus, wo sich in Form der Pariser Kliniken bereits Ende des 18. Jahrhunderts erstmals Einrichtungen etabliert hatten, die einzig für die Behandlung Kranker vorgesehen waren.²³ Weniger an der Funktion eines Sozialasyls orientiert, stand hier die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Kranken im Vordergrund. Die zunehmende Trennung zwischen Armen- und Krankenpflege wurde in diesem Kontext vorbereitet (vgl. STOLLBERG 2007: 228ff.). Diese sich allmählich durchsetzende Funktionseinengung

²² Damit soll nicht geleugnet werden, dass es nicht auch im 16. und 17. Jahrhundert bereits vereinzelt Hospitäler gegeben hätte, die sich auf die stationäre Therapie von als heilbar angenommenen Krankheiten spezialisiert hätten (vgl. WATZKA/JELÍNEK 2009: 236). Sie stellten jedoch die Minderheit dar.

²³ Neben der Arzt/Patienten-Beziehung hatten die neu entstehenden Kliniken auch Konsequenzen für die medizinische Wissenschaft. Die extrem hohe Anzahl an Betten erlaubte es den Ärzten, Krankheiten erstmals in großem Maßstab miteinander vergleichen zu können. Die sich hieraus ergebenden Ordnungs- und Klassifikationsbemühungen haben die Disziplin nachhaltig geprägt und werden in der weiteren Argumentation noch ausführlich thematisiert.

auf Krankenbehandlung ermöglichte den Kliniken eine zunehmende Spezialisierung und interne Differenzierung in verschiedene Abteilungen, was, unterstützt durch die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft, schließlich mit einiger zeitlicher Verzögerung auch Erfolge in der Krankenbehandlung mit sich brachte. Standen die Krankenhäuser noch zu Beginn des 19. Jahrhunderts vor allem bei den höheren gesellschaftlichen Schichten in einem ausnehmend schlechten Ruf, setzten sie sich in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts zunehmend als gängige Orte der Krankenbehandlung durch. Um die Jahrhundertwende haftete der Hospitalisierung denn auch nicht mehr der „Charakter einer klassenspezifischen Krankheitserfahrung (an, TS). Sie (...) (war, TS) nicht mehr so sehr Merkmal der Armut des Patienten, als Ausdruck der „Ernsthaftigkeit“ der Krankheit“ (LACHMUND/STOLLBERG 1995: 163). Doch welche Auswirkungen hatte die zunehmende Hospitalisierung der Kranken und der Bedeutungszugewinn der organisierten Krankenpflege auf die Entwicklung der Arzt/Patienten-Beziehung?

Der Zusammenhang ergibt sich, nimmt man die spezifische Klientel der Krankenhäuser genauer in den Blick und führt sich vor Augen, dass in den Kliniken noch bis weit in das 19. Jahrhundert hinein in erster Linie Armenkrankenpflege betrieben wurde. Während die Ärzte im Kontext der freien Praxis in erster Linie auf Patienten stießen, die umfassend über das medizinische Wissen jener Zeit informiert waren und in sozialer sowie ökonomischer Hinsicht häufig über den Ärzten standen, trafen sie im Krankenhaus zum ersten Mal in großem Umfang auf Patienten, die ihnen in Bezug auf all diese Kategorien nichts entgegenzusetzen hatten.

Im Unterschied zur klientendominierten Interaktion im Kontext der freien Praxis, die sich in erster Linie im häuslichen Kontext des Kranken abspielte, ergab sich ein grundlegender Unterschied bereits daraus, dass der Patient, in dem Moment, in dem er die Schwelle des Krankenhauses überschritt, eine Welt betrat, in der er ein Fremder war. Der Arzt dagegen agierte auf vertrautem Terrain. Hier galt er als ausgewiesener Experte, der

sich mit seiner Einschätzung nun nicht mehr gegenüber anderen Therapeuten oder Familienangehörigen durchsetzen musste und dem die Patienten überwiegend mit Respekt, in Einzelfällen gar mit Furcht begegneten. Erst im Kontext der an Bedeutung gewinnenden Kliniken stießen die Ärzte mit ihrem Autoritätsanspruch erstmals in größerem Umfang auf ein Publikum, welches diesem mit Respekt begegnete.

Der in den Kliniken entstehende Expertenstatus der Ärzte gründete sich jedoch nicht nur auf deren sozialstrukturelle Überlegenheit gegenüber den Kranken, sondern begann sich auch auf kognitiver Ebene abzuzeichnen. Teilten Ärzte und Kranke noch zu Beginn des Jahrhunderts einen gemeinsamen Fundus an medizinischem Wissen, klaffte um die Wende zum 20. Jahrhundert bereits eine tiefe Lücke zwischen den sich gegenüberstehenden medikalen Wissensformen. Da auf die inhaltlichen Veränderungen des medizinischen Wissens jener Zeit an späterer Stelle noch ausführlich eingegangen werden wird, soll an dieser Stelle der Hinweis genügen, dass sich die Medizinwissenschaft in den letzten Dezennien des 19. Jahrhunderts einem tief greifenden Wandel unterworfen sah, der sie von einer überwiegend an Erfahrung und (spekulativer) Beobachtung orientierten Wissenschaft zu jener Disziplin werden ließ, die Krankheiten zunehmend als naturwissenschaftliche Phänomene begriff und der es gelang, mit der Entwicklung entsprechender Instrumente und Verfahren immer weiter in das zuvor verborgene Innere des Körpers vorzudringen. Durch die zunehmende Verwissenschaftlichung des medizinischen Wissens und der an Bedeutung gewinnenden Laboratoriumsmedizin wurde der Patient von den Diskursen, die an seinem Krankenbett geführt wurden, zunehmend ausgeschlossen. Unverständliche Fachbegriffe, abstrakte Laborwerte und befremdliche Untersuchungsmethoden machten den Kranken zum passiven Objekt der Krankenbehandlung, das sich den Weisungen und Anordnungen des Arztes zu fügen und seinen Körper entsprechend darzubieten hatte. Der Kranke stand in den Krankenhäusern erstmals

einzig zur Disposition der Profession (vgl. GÖCKENJAN 1985: 217). Während dem Diskurs des Patienten in den Privatpraxen oder im Rahmen der Hausbesuche viel Raum gegeben wurde, wurde er im Krankenhaus in die Rolle desjenigen degradiert, der in möglichst präziser und knapper Form auf die konkreten Fragen des Arztes zu antworten hatte. Der Arzt legte auf Grundlage seiner Diagnose das weitere Vorgehen fest, Aushandlungsprozesse zwischen ihm und dem Patienten fanden hier aufgrund des veränderten Kräftegefüges nicht mehr statt. Der Patient büßte in den Krankenhäusern jenen privilegierten Status ein, der ihn zuvor als Experte der eigenen Befindlichkeit ausgewiesen und umfangreiche Mitspracherechte bezüglich des medizinischen Vorgehens eingeräumt hatte. Zwar lassen sich die hier beschriebenen Wandlungen in der Arzt/Patienten-Interaktion zunehmend auch außerhalb der Krankenhäuser beobachten²⁴, doch waren die modernen Kliniken diejenigen Orte, an denen sich die Position des Arztes als anerkannte Autorität zuerst durchsetzen konnte.

2.4 Die Genese der modernen Arzt/Patienten-Beziehung

Es wurde bereits erläutert, dass die Entwicklung der modernen Patientenrolle für die Ausdifferenzierung des medizinischen Teilsystems der Gesellschaft als ebenso wichtig erachtet wird, wie die Genese des modernen Arztes. Im Folgenden soll die Entstehung der modernen Arzt/Patienten-Beziehung, wie sie von PARSONS in theoretischer Hinsicht vorbereitet wurde, historisch rekonstruiert und in ihrer notwendigen Komplementarität dargestellt werden.

Ein erstes Merkmal, welches PARSONS dem modernen Kranken zuschreibt, ist die Befreiung von Rollenverpflichtungen, die im Fall weitgehender Gesundheit legitimerweise an seine Person gerichtet werden können. Der Arbeitnehmer ist bei vorliegender Krankmeldung von der Pflicht befreit,

²⁴ Hier wurde die bislang übliche Form der Hausbesuchspraxis allmählich von der Sprechstundenpraxis abgelöst, so dass die Patienten auch außerhalb der Krankenhäuser den Arzt in seinen Räumlichkeiten aufsuchten, anstatt ihn an ihr privates Krankenlager rufen zu lassen (vgl. HUERKAMP 1989: 65).

an seinem Arbeitsplatz zu erscheinen; der kranken Auszubildenden wird nachgesehen, dass sie die Klassenarbeit versäumt, wenn ein ärztliches Attest vorliegt und auch jenseits professioneller Kontakte darf der Kranke von Freunden und Familienmitgliedern ein gewisses Maß an Rücksicht erwarten.²⁵ Einschränkend muss hier jedoch angemerkt werden, dass der beschriebene Mechanismus der Entlastung von Rollenerwartungen umso besser funktioniert, je akuter und sichtbarer die Krankheit ist. Im Falle chronischer oder psychischer Erkrankungen dürfte es dem Kranken im Zeitverlauf zunehmend schwerer fallen, sich von Rollenerwartungen, die an ihn gestellt werden, zu befreien. Ist das Unwohlsein jedoch wahrnehmbar, vom Arzt attestiert und in absehbarer Zeit heilbar, kann sich der Betroffene legitimerweise auf seine Krankenrolle zurückziehen.

Noch im 19. Jahrhundert findet diese Beschreibung bei weiten Teilen der Bevölkerung keine Entsprechung. Während es sich die wohlhabenden Kranken leisten konnten, über einen längeren Zeitraum hinweg das Bett zu hüten, ohne gravierende finanzielle Einbußen zu befürchten, stand diese Möglichkeit einem Großteil der Bevölkerung nicht offen. Handwerker, Landwirte oder Tagelöhner konnten sich einen längeren Arbeitsausfall nicht leisten, ohne empfindliche finanzielle Einbußen in Kauf nehmen zu müssen. Nicht nur ihr eigenes Auskommen, sondern auch das ihrer häufig großen Familien war von der Erwerbstätigkeit und Mitarbeit aller abhängig, so dass ein Verdienst- und Arbeitsausfall im Krankheitsfall eine schwere Krise bedeutete. Diese wurde noch dadurch verstärkt, dass die Haushaltskasse durch das Honorar des Heilers und die verordneten Medikamente empfindlich belastet wurde. Die Furcht vor finanzieller Bedrängnis führte entsprechend dazu, dass die Krankheitsschwelle jener Zeit sehr hoch lag (vgl. LOETZ 1993: 127). Für die Rolle des ausschließlich Kranken war noch kein Raum geschaffen. Die Erwartung, die Parsons zufolge vom modernen Patienten verlangt, dass dieser sich im Krankheitsfall (umgehend) an einen Arzt zu wenden habe, konnte sich vor diesem

²⁵ Folgt man BUKOWSKI, liegt hierin die spezifische Leistung, die das medizinische System für die anderen Teilsysteme der modernen Gesellschaft erbringt (vgl. 1980).

Hintergrund nur eingeschränkt entwickeln. In den meisten Fällen suchten die Kranken erst dann einen Arzt auf, wenn sich die mannigfaltigen Maßnahmen der Selbstmedikation als ineffektiv erwiesen hatten und die Krankheit bereits weit fortgeschritten war.

Dies änderte sich maßgeblich mit der Einführung der Gesetzlichen Krankenkassen im ausgehenden 19. Jahrhundert, die im Rahmen der systematischen und überregionalen Pflichtversicherung einen Großteil der Bevölkerung umfasste und dadurch zumindest den ökonomischen Schrecken einer Krankheit linderte (JÜTTE 1991: 39). Es wurde bereits erläutert, dass durch die Gründung der Gesetzlichen Krankenkassen der regelmäßige Kontakt zwischen akademisch ausgebildeten Ärzten und einem Großteil der Bevölkerung überhaupt erst hergestellt wurde. Im Kontext der Befreiung von sozialen Rollenerwartungen kommt der Einführung der Gesetzlichen Krankenkassen jedoch eine weitere wichtige Bedeutung zu. Denn erst durch das von den Kassen ausgezahlte Krankengeld, sowie darüber hinausgehende Sachleistungen, konnten es sich nun auch Arbeiter und Angestellte leisten, ihre Krankheit zu kurieren, ohne hierdurch ihre Familien in finanzielle Nöte zu stürzen. Sie waren entsprechend für die Dauer ihres ärztlichen Attestes zumindest von denjenigen Rollenerwartungen befreit, die sich an ihre Erwerbstätigkeit knüpften. Von hier ausgehend konnte sich das Bild des Kranken, dem zur Förderung seiner Genesung mit einer gewissen Rücksicht zu begegnen ist, auch in andere gesellschaftliche Bereiche ausdehnen und sich so zu einem wichtigen Merkmal der modernen Patientenrolle verdichten.

Doch auch auf Seiten der Ärzte hatte die Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung positive Auswirkungen, da hierdurch die ökonomische Abhängigkeit, unter der die Ärzte zuvor aufgrund eines nur kleinen Kreises zahlungskräftiger Patienten litten, aufgehoben wurde. Auch das Problem der mangelnden Zahlungsmoral wurde dadurch gelöst, da die Ärzte nun nicht mehr auf die direkte Entlohnung durch ihre Patienten angewiesen waren. Bezogen auf die moderne Arztrolle hatte diese

Entwicklung gravierende Konsequenzen. Zum einen diente die Behandlung des Patienten nun nicht mehr der unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung des Arztes, die zuvor darin gesehen werden musste, dass die medizinischen Handlungen immer auch vor dem Hintergrund eines finanziellen Ausfalls getroffen werden mussten, die dann eintreten konnten, wenn der Patient mit der Behandlung des Arztes nicht zufrieden war. Die Bereinigung der medizinischen Interaktion um ökonomische Überlegungen begünstigte damit die Orientierung am kollektiven Wert der Gesundheit, wohingegen die partikularistischen Motive des Arztes in Form der ökonomischen Bedürfnisbefriedigung an Bedeutung verloren. Darüber hinaus konnte sich auch das Merkmal der affektiven Neutralität der Arztrolle vor diesem Hintergrund entwickeln. Standen zahlungskräftige Patienten zuvor in der ärztlichen Gunst weit über derjeniger armer Kranker, deren Honorarzahungen im schlimmsten Fall sogar ausbleiben konnten, konnten mit der Einführung der gesetzlichen Krankenkassen derartige Unterschiede auf Seiten der Patienten nivelliert werden. Unabhängig vom sozialen Status und der damit in Verbindung stehenden

Zahlungsfähigkeit waren die Patienten in dieser Hinsicht für die Ärzte nun gleichermaßen attraktiv.

Ein weiteres Merkmal, welches als konstitutiv für die moderne Patientenrolle angenommen wird, ist darin zu sehen, dass der Betroffene von der Verantwortung für die eingetretene Krankheit weitgehend befreit ist. Diese Feststellung mag zunächst überraschen, führt man sich die seit einigen Jahrzehnten zunehmende Bedeutung der Prävention vor Augen (vgl. VOGD 2005). Regelmäßige Bewegung, ausgewogene Ernährung, Verzicht auf Sucht- und Rauschmittel sowie das Vermeiden emotionaler Stresssituationen werden als Komponenten einer gesundheitsförderlichen Lebensführung proklamiert. Zwar ist mit dem Einhalten dieser Vorgaben keine Garantie auf ein langes und vor allem gesundes Leben verbunden, wer jedoch in Ignoranz der entsprechenden Ernährungsregeln etwa

aufgrund von Übergewicht an Diabetes erkrankt, darf nur in begrenztem Maße mit Mitleid rechnen.²⁶ Etwa ab Mitte der 1990er Jahre wird Gesundheit in den Medien verstärkt als *machbar* präsentiert (vgl. KICKBUSCH 2006: 44; kritisch hierzu vgl. ROBERTZ-GROSSMANN/BAUCH 2006), als ein Gut, welches jeder Einzelne zum Wohl seiner selbst beeinflussen kann. Die Konzeptualisierung von Gesundheit als einem gestaltbaren Wert hat jedoch weitaus ältere historische Wurzeln.

Bereits in den gesundheitsaufklärerischen Schriften des ausgehenden 18. Jahrhunderts wurde Gesundheit nicht mehr als gottgesandtes Schicksal begriffen, sondern als persönliche Pflicht des Einzelnen konzeptualisiert. Krankheit war nicht mehr Strafe Gottes für vergangene Sünden, sondern wurde immer mehr als Folge der eigenen Lebensführung verstanden.²⁷ In dieser Sichtweise spiegelt sich eine Differenzierung wider, die im ausgehenden 18. Jahrhundert an Bedeutung gewann. Einer *natürlichen Gesundheit*, die vom Individuum selbst nicht beeinflusst werden konnte und die den robusten und widerstandsfähigen Gesundheitszustand der Landbevölkerung ebenso erklärte wie das blasse, kränkelnde Wesen des Adels, wurde eine *willkürliche Gesundheit* entgegengesetzt, die als Ergebnis einer maßvollen Lebensführung in Aussicht gestellt wurde (vgl. STOLLBERG 1997: 196f.). Aufgrund der weiten Verbreitung gesundheitsaufklärerischer Schriften, die in verschiedenen Formen, von Zeitschriften bis hin zu Kalendern, in zahlreichen Haushalten jener Zeit zu finden waren, kann davon ausgegangen werden, dass diese Sichtweise im 19. Jahrhundert weit verbreitet war und sich von der adeligen und städtischen Bevölkerung ausgehend sukzessive auch bei der Landbevölkerung durchsetzte. Der Allheilsatz der Mäßigkeit durchdrang von der Ernährung über die körperliche Ertüchtigung bis hin zur Sexualität sämtliche Lebens-

²⁶ Hier wird deutlich, dass Krankheiten sich durch unterschiedliche Legitimitätsgrade auszeichnen (vgl. FREIDSON 1979: 237).

²⁷ In diesem Erklärungsrahmen präsentierten sich Krankheiten als physische Folgen moralischer Verfehlungen. Dieser Zusammenhang basierte auf der Annahme, dass „nur das physische Gleichmaß das moralische Gleichmaß garantiere“ (LABISCH 1992b: 107). Für Epidemien galt dieses Erklärungsmuster nicht; als *natürliche* Krankheiten waren sie dem Verantwortungsbereich des Einzelnen entzogen.

bereiche.

Auch wenn sich die propagierten Leitlinien inhaltlich gewandelt haben mögen, so lassen sich zwischen den diätetischen Schriften des 18. und 19. Jahrhunderts sowie den wohlmeinenden Ratschlägen der modernen Präventivmedizin durchaus Parallelen finden.²⁸ Damals wie heute ist der Einzelne seiner Gesundheit Schmied, dem die Verantwortung für eine gesundheitsförderliche Lebensweise übertragen wird. Doch trotz dieser Gemeinsamkeiten lässt sich im Kontext der Verantwortungszurechnung zwischen den noch nicht medikalisierten Kranken des 19. Jahrhunderts und den modernen Patienten ein gravierender Unterschied ausmachen.

Vor der Ausdifferenzierung der Krankenbehandlung zu einem autonomen Teilbereich der Gesellschaft war Krankheit in unterschiedliche gesellschaftliche Sinnzusammenhänge eingebettet, wobei der religiöse hier sicherlich über weite Zeitspannen hinweg dominierend gewesen sein dürfte. So galt Gott lange Zeit als letzte Ursache einer Krankheit. Konzeptualisiert als Strafe für vergangene Sünden, Prüfung der Charakter- und Glaubensfestigkeit oder Warnung vor zukünftigem Fehlverhalten nahm der Kranke das Leiden mit einer scheinbar fatalistischen Haltung an. Diese Art der Krankheitserklärung erfüllte – ebenso wie die heute dominierenden wissenschaftlichen Ansätze – die Funktion, die Krankheit zu subjektivieren, ihr Sinn zu verleihen, um sie alleine hierdurch erträglicher zu machen. Diese Bezugnahme auf religiöse Erklärungsmuster verlor jedoch bereits im 18. Jahrhundert an Bedeutung. Als Erklärung für die Entstehung von Krankheit wurde der strafende Schöpfer immer seltener herangezogen. Stattdessen setzte sich zunehmend die Ansicht durch, dass es sich bei Krankheiten um ein Phänomen handelt, welches seinen Ursprung innerhalb des Körpers haben muss. Im Rahmen des sich etablierenden iatrotechnischen Krankheitskonzeptes gewannen universelle Naturgesetze für die Erklärung von Krankheit und Gesundheit zunehmend

²⁸ Für den Hinweis auf die gegenwärtig hohe Bedeutung präventiver Maßnahmen und der damit einhergehenden Verantwortung für die eigene Gesundheit danke ich Dr. Martin Hafen.

an Bedeutung.

Die Iatrotechnik, die sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als dominantes Medizinkonzept durchsetzte, beruht auf der Grundannahme, dass sich alle Vorgänge im Körper durch physikalische und chemische Gesetze erklären lassen (vgl. ROTHSCHUH 1979: 417ff.). Der für die Argumentation ausschlaggebende Punkt ist nun, dass diesen Naturgesetzen universelle Gültigkeit zugeschrieben wird, so dass sie ihre Wirkung im gesunden wie im kranken Körper gleichermaßen entfalten. Die Symptome, die als Folge der Erkrankung beobachtet werden können, werden entsprechend als Folge von Prozessstörungen im Inneren des Körpers verstanden, die sich aus naturgesetzlichen Zusammenhängen ergeben. Ansätzen, die Krankheit als direkte Folge des eigenen Verhaltens oder als Strafe einer außerweltlichen Macht verstanden, war mit der Etablierung der Iatrotechnik die Grundlage entzogen. Erfolgreiche Behandlungen konnten nicht mehr ohne weiteres der liederlichen Lebensführung des Erkrankten zugerechnet werden, sondern wurden zu einem naturgesetzlich definierten Phänomen.

Eine gesunde Lebensführung, wie sie von der Diätetik im 19. Jahrhundert und der Präventivmedizin im 20. Jahrhundert gefordert wird, hat in diesem Zusammenhang zwar sicherlich keine schädliche Wirkung, eine garantierte Verhinderung zukünftiger Erkrankungen wird damit jedoch nicht mehr verbunden, was zu einer abnehmenden Verantwortungszurechnung auf Seiten der Kranken führt. Während frühere Verfahren der Sinngebung es ermöglicht haben, Krankheit direkt durch das eigene Verhalten in der Vergangenheit zu erklären, ist dieser Zusammenhang für den modernen Patienten nur noch ein mittelbarer. Er kann zwar seine allgemeine Konstitution durch ein entsprechendes Verhalten fördern, eine Garantie auf ein gesundes Leben ist hiermit jedoch nicht verbunden. Die eingetretene Krankheit liegt außerhalb seines Verantwortungsbereichs, ist keine Strafe, keine Prüfung, keine Warnung, sondern der Tatsache geschuldet, dass Zellen mutieren – oder eben nicht. Mit der Umstellung

ätiologischer Erklärungen auf universelle Naturgesetze wird die Entstehung von Krankheit als biologisches Phänomen aus dem direkten Verantwortungsbereich des Patienten heraus gelöst. Während die Verantwortungszurechnung in der Frühen Neuzeit in Richtung der eingetretenen Krankheit verlief – Krankheit als Folge einer unangemessenen Lebensführung – scheint die Verantwortung des Einzelnen im Kontext der modernen Medizin verstärkt auf den Bereich der Gesundheit abzu zielen. Zwar kann ein gesunder Lebenswandel nicht garantiert vor Krankheit schützen, regelmäßige Bewegung, maßvolle Ernährung und Abstinenz von gesundheitsschädigenden Konsumgütern kann jedoch von jedem Einzelnen eingefordert werden, um die persönliche Gesundheit – wenn auch in einem unbekanntem Maß – positiv zu beeinflussen.

Ein letztes Merkmal der modernen Patientenrolle beschreibt das kompliant Verhalten, welches in der Interaktion mit dem Arzt von den Patienten erwartet wird.²⁹ Die vergangenen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass die Kranken des 19. Jahrhunderts ein hiervon deutlich abweichendes Verhalten zeigten, welches sich zunächst im Kontext der an Bedeutung gewinnenden Krankenhäuser wandelte. Als Institutionen der Armenkrankenpflege trafen die Ärzte hier erstmals in großem Umfang auf Patienten, die innerhalb der sozialen Hierarchie unter ihnen angesiedelt waren. Auch das Problem der ökonomischen Abhängigkeit, mit dem sich die Ärzte im Kontext der freien Praxis häufig konfrontiert sahen, stellte sich in den Kliniken nicht. Hier konnten sie sich als Angestellte ihrer

²⁹ Es sei hier daran erinnert, dass sich die Ausführungen auf den Zeitraum um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert beschränken. Sicherlich haben sich seitdem etwa in Form des informierten oder des mündigen Patienten veränderte Erwartungen an das Verhalten der Kranken ergeben. Für die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts war die typische Arzt/Patienten-Interaktion jedoch dadurch gekennzeichnet, dass der Mediziner als alleiniger Experte die Deutungsmacht über die Situation innehatte, während der Patient als passives Gegenüber konzeptualisiert wurde, welches sein Verhalten an demjenigen des Arztes ausrichtete. Ein Blick in die Literatur legt den Schluss nahe, dass sich diese idealtypische Konstellation in den 70er Jahren zu wandeln begann, als die Patienten in zunehmendem Maße nicht mehr bereit waren, die ihnen zugewiesene Rolle auszufüllen und mehr Kompetenzen für sich einforderten (vgl. exemplarisch HAGGERTY/ROGHMANN 1972; GLOGOW 1973).

Bezahlung sicher sein und waren nicht mehr dazu gezwungen, ihren Patienten (immer auch) als Geldgeber zu begegnen. Die Krankenhäuser waren entsprechend diejenigen Orte, an denen das von den Ärzten erwartete kompliante Verhalten der Patienten durchgesetzt werden konnte.

Neben der besonderen Zusammensetzung der Klientel wurde dies auch durch die strukturellen Rahmenbedingungen der Krankenhauspraxis begünstigt, die sich immer mehr auf die Diagnose und Therapie von Krankheiten konzentrierte. Zu diesem Zweck wurden sowohl die Abläufe als auch die Patienten selbst in einer Form organisiert, die es dem medizinischen Personal ermöglichte, seine Aufgaben effektiv zu erfüllen und den Kranken „eine nahezu bedingungslose Folgebereitschaft gegenüber den Anordnungen des Personals abverlangt(e, TS)“ (LACHMUND 1997: 56). Erstmals wurde von den Patienten jene „stumme Darbietung des Körpers“ (GÖCKENJAN 1985: 193) erwartet, die kennzeichnend ist für die moderne Medizin.

Die wortreichen diskursiven Ausführungen der Kranken, die zuvor den einzigen Zugang zur Krankheit darstellten, verloren demgegenüber an Bedeutung.

Neben den strukturellen Veränderungen, die sich aus der an Bedeutung gewinnenden organisierten Krankenpflege in den Hospitälern ergaben, wurde diese Entwicklung jedoch auch von innermedizinischen Wandlungsprozessen begünstigt, wie sich am Beispiel der Physiologie, als einem der wichtigsten medizinischen Grundlagenfächer, überzeugend illustrieren lässt. Mit dem an Bedeutung gewinnenden iatrotechnischen Krankheitskonzept bediente sich die Physiologie in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts in zunehmendem Maße neu entwickelter chemischer und physikalischer Verfahren, um diese auf Fragen nach den Vorgängen im Organismus anzuwenden. Damit verließ sie den Weg einer stark spekulativen Naturbetrachtung, die Mehrzahl der

Forscher wandte sich dagegen experimentell biologisch-(vivi-)sektorischen Denk- und Arbeitsweisen zu (vgl. ROTHSCHUH 1953: 118). Die Forschungsarbeit wurde von der Annahme geleitet, dass sich alle Vorgänge im Organismus, sowohl im Krankheitsfall wie zu Zeiten weitgehender Gesundheit, durch das Wirken universeller Naturgesetze erklären lassen. Diese Annahme eröffnete neben wichtiger Einsichten über die Vorgänge im Inneren des Körpers auch eine völlig neuartige Perspektive auf den Patienten. Während dessen Krankheiten zuvor durch sein Gemüt, seine Persönlichkeit, seine Lebensgewohnheiten, seine Krankheits- und Familiengeschichte erklärt wurden, verlor die Individualität der Krankheit durch die physiologischen Entwicklungen jener Zeit ihre Grundlage. Krankheit war nun die Folge universeller Naturgesetze, die nicht mehr an die Persönlichkeit des Kranken zurückgebunden werden konnten. Diese Umstellung der Erklärungsmuster begünstigte die Konzeptualisierung des Patienten als „*Fall von ...*“ und ermöglichte somit die universalistische Ausprägung der Arztrolle, der seinem Gegenüber nun ausschließlich als Repräsentant eines spezifischen Krankheitsbildes begegnen konnte. In den Krankenhäusern spielten die Patienten alleine aufgrund der hohen Anzahl in ihrer Individualität keine große Rolle mehr. „Ihre Körper werden nahezu automatisch Ausdruck allgemeiner Klassifikation“ (GÖCKENJAN 1985: 215f.). Andere Rollenausschnitte des Betroffenen traten demgegenüber in den Hintergrund, wie sich am Beispiel der erotischen Komponente gut illustrieren lässt.

Wenngleich unumgänglich, so galt doch über lange Zeiten hinweg der Kontakt zwischen einer weiblichen Patientin und einem männlichen Arzt als problematisch. Die Frauen versteckten sich hinter umständlichen Konstruktionen, die nur jenen Teil des Körpers frei gaben, der für die Untersuchung notwendig war. Der Rest des weiblichen Patientenkörpers wurde dem ärztlichen Blick entzogen, da die Geschlechterkomponente noch nicht aus der medizinischen Konsultation ausgeblendet werden

konnte.³⁰ Erst mit der universalistischen Konzeption des Patienten, die andere Rollenmerkmale während der medizinischen Konsultation in den Hintergrund treten ließ, konnte das erotische Moment aus der Arzt/Patienten-Beziehung exkludiert werden. Auch andere Komponenten wie die soziale und ökonomische Stellung des Patienten, die zuvor noch starken Einfluss auf das Verhältnis zu den Ärzten ausgeübt hatten, verloren an Bedeutung und erlaubten es den Ärzten, ihren Patienten einzig auf dieser Ebene zu begegnen.

Diese Wahrnehmung stand in krassem Widerspruch zu dem bereits skizzierten Patientenbild, welches prägend war für die Medizin in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Im Mittelpunkt stand nun nicht mehr das erlebte Leiden, die Familiengeschichte und Lebensgewohnheiten des Kranken und dessen diskursive Ausführungen, sondern die Körperfunktionen des Patienten, die zunehmend in numerischer Form abgebildet wurden. Im Kontext einer sich immer stärker als Naturwissenschaft verstehenden Medizin, die sich vor allem in den Kliniken durchsetzte, „wurde der Patient notwendig zu einem Objekt der Beobachtung, einem Objekt der Untersuchung, zu einem Gegenstand des Experiments. Aus der Summe einzelner Patienten, einmaliger unverwechselbarer Individuen, wurde das nach Fällen sortierte ‚Krankenmaterial‘, an dem Hypothesen und Theorien auf ihre Stichhaltigkeit, Mittel und Verfahren auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden konnten“ (TOELLNER 1999: 179). Diese Veränderung löste das Arzt/Patienten-Verhältnis, welches zuvor noch von zahlreichen externen, das heißt nicht-medizinischen, Einflussfaktoren mitbestimmt wurde, aus dem lebensweltlichen Kontext heraus und legte es weitgehend exklusive in den Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich des Arztes, dessen Vorgaben der Patient durch sein Verhalten komplementär zu erfüllen hatte. Vor diesem Hintergrund konnte ohne Rücksicht auf ständische Unterschiede die medizinisch-wissenschaftliche Problemwahrnehmung ins Zentrum der ärztlichen Aufmerksamkeit

³⁰ Dieses Problem wurde umso virulenter, je höher die Patienten in der sozialen Hierarchie über dem Arzt angesiedelt waren.

rücken (vgl. STICHWEH 1988: 264). Diese, in den Krankenhäusern vorbereitete, neuartige Sichtweise auf den Patienten breitete sich zunehmend auch im Kontext der Privatpraxis aus und ermöglichte auch hier, in jenem Umfeld, welches zuvor eindeutig von den Kranken dominiert wurde, die Entwicklung der ärztlichen Leistungsrolle. Die Genese der modernen Patientenrolle übernimmt damit nicht nur die Funktion, die Gesellschaft in das sich ausdifferenzierende System zu inkludieren, sondern leistet auch der Entwicklung der Rolle des modernen Arztes Vorschub, der zuvor zu ihrer erfolgreichen Realisierung schlichtweg das logische Pendant fehlte. Die Rolle des modernen Arztes, die auf der Ebene der Selbstbeschreibung bereits seit Jahrzehnten angelegt war, konnte erst in dem Moment realisiert werden, in dem die Patienten dazu übergingen, mit dem Arzt zu kooperieren und dessen Autorität als medizinischem Experten anzuerkennen.

Dass sich dieser Expertenstatus im Kontext der modernen Medizin einzig auf medizinische Fragen im engeren Sinne bezieht, verdankt sich Veränderungen, die sich auf der Ebene der Medizinwissenschaft im ausgehenden 19. Jahrhundert beobachten lassen. Während der Arzt aufgrund seines spezifischen Wissens im Rahmen der modernen Medizin eindeutig den Status des alleinigen medizinischen Experten in der Interaktion mit dem Patienten und gegenüber anderen Therapeuten innehat, wurde bereits erläutert, dass diese Beschreibung in weiten Teilen des 19. Jahrhunderts keine Entsprechung findet. Als ein Anzeichen dafür, dass sich die Differenzierung zwischen medizinischen Experten und Laien zu jener Zeit noch nicht etabliert hatte, mag gelten, dass der Begriff des Laien, der ursprünglich der kirchlichen Tradition entstammte, erst ab den 1840er Jahren allmählich auf das Verhältnis zwischen akademisch ausgebildeten Ärzten einerseits und Patienten und traditionellen Heilern andererseits übertragen wurde (vgl. LACHMUND/STOLLBERG 1995: 21). Zuvor scheint es für solch eine Differenzierung keinerlei Anlass gegeben zu haben, da die Konzeptualisierung von Gesundheit und Krankheit einer

allen beteiligten Akteuren gemeinsamen Lebenswelt entstammte, die keine Personengruppe gegenüber anderen als Experten legitimierte. Ruft man sich in Erinnerung, dass die medizinische Disziplin zu Beginn des 19. Jahrhunderts bereits seit mehreren Jahrhunderten an Universitäten unterrichtet wurde, stellt sich die Frage, warum die Ärzte bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts hinein trotz ihrer jahrelangen und arbeitsintensiven Universitätsausbildung kein Wissen in Händen hielten, welches sie sowohl von den Lientherapeuten als auch von den Kranken maßgeblich unterschied. Es wurde bereits erläutert, dass dies darauf zurückzuführen ist, dass die Vorgänge im Inneren des Körpers zu jener Zeit sowohl den medizinischen Laien als auch den Ärzten weitgehend verborgen waren. Die gängigen Konzeptionen von Gesundheit und Krankheit beruhten dagegen auf einem allen beteiligten gemeinsamen Wissensfundus, der im Folgenden kurz skizziert werden soll.

Obwohl bereits um 1800 nicht mehr das alleinige Krankheitskonzept, beeinflussten die Erklärungsprinzipien der Humoralpathologie das medizinische Denken noch bis weit in die Neuzeit hinein. Diese, von den Hippokratikern entwickelte und von *Galenos von Pergamon* in ihrer endgültigen Form niedergeschriebene Krankheitslehre, die eine ungleichgewichtige Mischung der vier Körpersäfte (gelbe und schwarze Galle, Blut und Schleim) für die Entstehung von Krankheit verantwortlich zeichnet, hatte ihren Ursprung in der Antike und büßte erst im 18. Jahrhundert an Bedeutung ein. Doch auch ein Jahrhundert später lässt sich in zahlreichen der gängigen Krankheitslehren insofern noch ein Einfluss der antiken Säftelehre erkennen, als die gängigen Konzeptionen von Gesundheit und Krankheit auf Vorstellungen von Gleichgewicht, Ausgewogenheit, Mäßigkeit und Balance basierten. Unabhängig von ihrer jeweiligen Ausbildung gingen Heiler ebenso wie Patienten gleichermaßen davon aus, dass der Körper als ein System zu verstehen sei, welches in vielfältigen Wechselbeziehungen zu seiner sozialen und natürlichen Umwelt stand (vgl. ROSENBERG 1979: 6). Der gesunde Körper befand sich sowohl in einem

inneren Gleichgewicht als auch in einer ausbalancierten Beziehung zu seiner Umgebung. Krankheiten wurden noch nicht als spezifische, lokalisierbare Entitäten begriffen. Die für die moderne Medizin charakteristische Vorstellung distinkter Krankheitsbilder, wonach einem typischen symptomatischen Verlauf eine lokalisierbare Ursache zugrunde liegt, hatte sich noch nicht durchgesetzt. Die zu jener Zeit gängigen Erklärungsmodelle lassen sich vielmehr als „polysemische Symbole“ (LACHMUND/STOLLBERG 1995: 35) beschreiben, die einer Krankheit variierende Ursachenbündel zugrunde legten, gleichzeitig jedoch auch spezifische Ursachen für unterschiedliche Krankheitsbilder verantwortlich machten. Die Ärzte jener Zeit beriefen sich auf teilweise stark divergierende Krankheitskonzepte (vgl. STOLBERG 2008: 95), die hieraus resultierende Unsicherheit und Unzufriedenheit fand in Form wortreicher Klagen ihren Niederschlag in der ärztlichen Publizistik jener Zeit. Es hatte sich noch kein als gesichert geltendes Wissenskorporus durchgesetzt, welches von allen Ärzten gleichermaßen als Basis ihres Handelns angenommen wurde. Derjenige diskursive Zusammenhang, der später als Schulmedizin weltweite Dominanz erlangen sollte, existierte noch nicht. Die regional häufig divergierenden Erklärungsmuster richteten sich nach dem Studienort des jeweiligen Arztes und wurden darüber hinaus von fluktuierenden Moden beeinflusst, die zur Konzeptualisierung von Krankheit die unterschiedlichsten Ansätze anboten. Entsprechend des weit gefächerten Erklärungszusammenhangs des Phänomens Krankheit präsentierte sich auch der Expertenstatus des Arztes als diffus, hatte er doch neben den medizinischen Sachverhalten gleichermaßen über die Persönlichkeit des Kranken, dessen Krankheitsgeschichte und diejenige seiner engsten Familienangehörigen informiert zu sein. Die funktionale Spezifität der Arztrolle, die dessen Expertenstatus einzig auf medizinische Sachverhalte im heutigen, engeren Sinne festlegt, konnte sich vor diesem Hintergrund nicht entwickeln, da der Arzt für seine Patienten die Rolle eines allgemeinen Beraters erfüllte.

Dies änderte sich erst in dem Moment, in dem Krankheiten zunehmend als spezifische Entitäten begriffen und im Inneren des Körpers lokalisiert wurden.³¹ Die Diagnose ebenso wie die Therapie setzte nun nicht mehr bei den beobachtbaren Symptomen oder den Erzählungen der Betroffenen an, sondern bei der im Körperinneren verborgenen Krankheitsursache, zu welcher der Arzt aufgrund seiner Ausbildung und entsprechender diagnostischer Instrumente gegenüber seiner laientherapeutischen Konkurrenz und den Kranken selbst einen privilegierten Zugang hatte (vgl. CUNNINGHAM 1992: 217; LACHMUND 1997: 62ff). Dieses neuartige Wissen wurde in erster Linie in den sich modernisierenden Kliniken und den neu entstehenden Laboratorien generiert und verdrängte mit seinem Dominanzanspruch, der sich stark an den naturwissenschaftlichen Diskurs jener Zeit anlehnte, alternative Erklärungsmuster, wie sie von Laienheilern und Patienten vertreten wurden. Dieses Argument soll im Folgenden am Beispiel der Bakteriologie illustriert werden.

Wohingegen in der heutigen Zeit chronisch-degenerative Krankheiten die häufigste Erkrankungsform darstellen, waren die großen Infektionskrankheiten für viele Epochen der Menschheitsgeschichte das weitaus größere Problem, mit dem sich Ärzte, Heiler und natürlich die Bevölkerung als Ganze konfrontiert sahen. In ihren Auswirkungen kaum vorstellbare Seuchen zogen über Europa hinweg. Typhus, Masern, Pocken, Cholera aber vor allem die Pest dezimierten die europäische Bevölkerung in – nach heutigen Maßstäben – kaum vorstellbarem Ausmaß. Die akademisch orientierte Medizin und die zahlreichen Lientherapeuten fanden sich im Angesicht dieser Krankheiten in ihrer Rat- und Machtlosigkeit geeint. Nirgends schien es auch nur den geringsten Ansatzpunkt eines Wissens zu geben, welches die Menschheit in die Lage versetzt hätte, den immer weiter um sich greifenden Epidemien Einhalt zu gebieten. Jedes potentielle Erklärungsmuster, welches sich in Einzelfällen

³¹ Dieser Prozess vollzog sich in mehreren Stufen; der Sitz von Krankheiten wurde im Anschluss an Morgagni zunächst in den Organen, dann im Gewebe (Bichat) und schließlich, mit den Arbeiten Virchows, in der Zelle vermutet.

möglicherweise bewährt hatte, wurde, auf eine größere Anzahl Kranker angewandt, umgehend der Wirkungslosigkeit überführt. In Anwendung auf Infektionskrankheiten versagten alle bekannten Behandlungsmethoden, seien diese nun schulmedizinischer oder laientherapeutischer Provenienz.

Da die zahlreichen Therapeuten den Infektionskrankheiten offensichtlich keine wirksamen Maßnahmen entgegenzusetzen hatte, setzte die öffentliche Gesundheitspflege zur Eindämmung der Infektionskrankheiten in erster Linie auf polizeiliche Maßnahmen der Isolation. Die Ärzte spielten hierbei zunächst nur eine untergeordnete Rolle, da sich die Absperrung der betroffenen Gebiete als weitaus effektiveres Mittel erwies als die letztendlich wirkungslosen Vorschläge der Mediziner (vgl. HEROLD-SCHMIDT 1997: 76). Erst mit dem Auftreten der Cholera, die Europa im 19. Jahrhundert in mehreren Wellen heimsuchte, fand die Marginalisierung der Ärzte ein jähes Ende. Maßnahmen der Seucheneindämmung erwiesen sich in diesem Fall als ineffektiv; unbeeindruckt von Absperrungen ließ sich die Krankheit in ihrem verheerenden Wirken nicht aufhalten.³² Die Vertreter der öffentlichen Gesundheitslehre wandten sich angesichts der Wirkungslosigkeit der von ihnen bislang eingesetzten Maßnahmen nun wieder an die Ärzte und fanden unter den Verfechtern der *Miasmatheorie* tatsächlich einen viel versprechenden Ansatzpunkt für die Bekämpfung der Krankheit. Epidemische Krankheiten wurden in diesem Erklärungs-konzept ursächlich durch schädliche Ausdünstungen erklärt, die sowohl dem Boden als auch dem Wasser entsteigen konnten und sich als krankmachende Bestandteile in der Luft verbreiteten. Hierdurch konnte erklärt werden, warum die üblichen Maßnahmen der Absperrung, der Isolation und der Desinfektion im Fall der Cholera keine Erfolge zeigten. Wenngleich die Entwicklung der Mikrobiologie bereits einige Jahre später zeigen sollte, dass die Miasmenlehre auf falschen Prämissen beruhte,

³² Auch hier präsentiert sich das von OEVERMANN entwickelte Argumente der stellvertretenden Krisenbewältigung, welche Professionen für die Gesellschaft übernehmen.

hatten die hieraus abgeleiteten Maßnahmen, wie beispielsweise die Verbesserung der städtischen Wasserversorgung, dennoch positive Folgen für den Gesundheitszustand der Bevölkerung, da sich hierdurch die Lebensbedingungen vor allem in den rasch wachsenden Städten nachhaltig verbesserten.³³ Eine ursächliche Bekämpfung der Infektionskrankheiten konnte sich auf Basis dieser Annahmen jedoch nicht entwickeln.

Um die Mitte des 19. Jahrhunderts tauchten im Schatten der dominanten Miasmentheorie weitere potentielle Erklärungsmuster für die Ursache der Epidemien auf. Jakob Henle, der später die Arbeiten Robert Kochs maßgeblich beeinflussen sollte, optierte bereits in der ersten Jahrhunderthälfte dafür, dass nicht krankmachende Ausdünstungen, sondern vielmehr winzige Lebewesen für die Verbreitung der Krankheiten verantwortlich zu

³³ Prominent ist in diesem Zusammenhang der bayerische Arzt Max von Pettenkofer zu nennen, in der Frühphase einer der wichtigsten Vertreter der sich etablierenden wissenschaftlichen Hygiene. Zu der Zeit, zu der Pettenkofer den Lehrstuhl für medizinische Chemie an der Universität München innehatte, wurde die Stadt von der Cholera heimgesucht, die in ihrem verheerenden Wüten unzählige Menschenleben forderte. Pettenkofer teilte zwar die Ansicht, dass sich die Cholera durch die Existenz eines spezifischen Keims erklären lasse, er vertrat jedoch darüber hinaus die Auffassung, dass die Entwicklung der Epidemie von der spezifischen Beschaffenheit des Bodens sowie vom Grundwasserspiegel abhängig sei. Von dieser Vorstellung konnten ihn auch die Arbeiten Robert Kochs nicht abbringen, der 1884 den Choleraerreger nachweisen konnte. Zur Widerlegung von Koch ging Pettenkofer gar so weit, im Rahmen eines Selbstversuches mit Cholerabakterien versetztes Wasser zu sich zu nehmen. Die Tatsache, dass er diese heroische Maßnahme überlebte, wurde von ihm als Beleg für die falschen Annahmen Kochs propagiert. Tatsächlich lässt sich dieser glückliche Ausgang jedoch wohl vielmehr dadurch erklären, dass er aufgrund seines persönlichen Einsatzes zur Bekämpfung einer Choleraepidemie, die 1854 in München wütete, immun geworden war. Eine andere Erklärung besagt, dass Robert Koch, von dem Pettenkofer die entsprechenden Erreger bezogen hatte, eine abgetötete Kultur geliefert hatte.

Neben einer allgemeinen Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen setzte sich Pettenkofer auch für die Entwicklung einer wissenschaftlich begründeten Hygiene sowie für epidemiologische Studien der wichtigsten Seuchen ein. Durch die direkte Analogie, die Pettenkofer in seinen Schriften zwischen der Gesundheit der einzelnen Bürger und dem Wohlstand der sie beherbergenden Städte herstellte, war die von ihm vertretene, wissenschaftliche Hygiene im politischen Diskurs jener Zeit hoch anschlussfähig. Da jedoch auch er im Rahmen seiner Keim-Grundwasser-Boden-Theorie miasmatische Vorstellungen vertrat, trugen die von ihm initiierten Maßnahmen, trotz der positiven Auswirkungen auf die Lebensumstände eines Großteils der Stadtbevölkerung nicht zu einer ursächlichen Bekämpfung der Seuchen bei. Die Entstehungsbedingungen der Infektionskrankheiten lagen weiterhin im medizinwissenschaftlichen Dunkel verborgen.

zeichnen seien.³⁴ Wenngleich er sich mit seinen Annahmen noch nicht gegen die miasmatischen Auffassungen durchsetzen konnte, blieb sein Ansatzpunkt dem medizinwissenschaftlichen Diskurs jener Zeit dennoch erhalten, so dass spätere Forscher – prominent ist hier Robert Koch zu nennen – an diesen Vorarbeiten anknüpfen konnten.³⁵

Nachdem der Nachweis unterschiedlicher krankmachender Keime in den in zunehmender Zahl entstehenden Laboratorien gelungen war, wandte sich die Forschung schon bald verstärkt der Frage nach der Verhütung der entsprechenden Krankheiten zu. Indem er die Immunisierung gegen Pocken durch die Vakzination³⁶ mit Kuhblattern herbeiführte, hatte Edward Jenner zwar bereits 1796 das erste erfolgreiche Impfverfahren durchgeführt. Seine Methode konnte sich jedoch weder in Europa noch in Amerika durchsetzen, da die Angst vor der „Verjauchung des Blutes“ (ECKART 1990: 199) dem Schutz vor der tödlichen Krankheit noch im Wege stand. Erst knapp einhundert Jahre später entwickelte Pasteur für die

³⁴ Henle griff dabei auf Ideen zurück, die bereits im 16. Jahrhundert von dem italienischen Arzt Girolamo Fracastoro formuliert wurden, jedoch gegenüber der miasmatischen Krankheitsauffassung lange Jahre in Vergessenheit geraten waren (vgl. ECKART 1990: 223f.).

³⁵ Die fruchtbare Umsetzung dieser Kenntnisse musste jedoch zunächst ein epistemologisches Hindernis überwinden, welches das (medizinische) Denken jener Zeit dominierte. Bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts führte die naiv-poetische Theorie der Urzeugung zu der Annahme, dass niedrigere Organismen spontan aus toter Materie entstehen können. So „sollten sich aus Käse Maden entwickeln; faulender Weizen sollte Mäuse erzeugen, Fleischsuppe sollte sich in Bakterien verwandeln“ (HAHN u.a. 2009: 7). Bevor sich die Bakteriologie als neue wissenschaftliche Disziplin durchsetzen konnte, musste es zunächst gelingen, die hier als Folgen der Zersetzungsprozesse angenommenen Organismen als deren Ursache zu beschreiben. Erst dann sollte es möglich sein, auch menschliche Erkrankungen ursächlich durch Mikroorganismen zu erklären. Es ist in erster Linie den zahlreichen Versuchen Louis Pasteurs zu verdanken, dass die Vorstellung der Urzeugung bald als widerlegt galt. Er hatte mit seinen Versuchen nachgewiesen, dass steriles Arbeiten die Existenz von Mikroben verhindern kann und damit die Vorstellung der spontanen Urzeugung widerlegt. Hiermit war dem angesprochenen Perspektivenwechsel der Weg geebnet: Kleinstlebewesen konnten nun als Ursache und nicht als Konsequenz von Gärungs- und Zersetzungsprozessen begriffen werden, eine Sichtweise, die sich analog auch auf menschliche Erkrankungen übertragen ließ.

³⁶ Vakzination beschreibt ein Immunisierungsverfahren, bei welchem durch die Gabe von Kuhpockenerregern eine Immunität gegenüber Menschenpocken herbeigeführt wird. Im Gegensatz hierzu beschreibt das historisch früher anzutreffende Modell der Variolation die Immunisierung durch die Gabe von Menschenpocken (vgl. WOLFF 1998: 510).

Tollwut das erste erfolgreiche Impfverfahren³⁷, dem schon bald solche anderer Krankheiten nachfolgten.

Was dieser Exkurs über die Entwicklung der wissenschaftlichen Bakteriologie verdeutlichen sollte, ist die Tatsache, dass durch die mikrobiologische Forschung eine Art von Wissen generiert wurde, welches das Krankheitsverständnis jener Zeit revolutionierte. „Nicht mehr ein dynamisches Zusammenwirken von Boden, Grundwasser und Krankheitskeimen ist die Ursache von Krankheit, nicht mehr in die unmittelbare und mittelbare Umwelt des Menschen in Wohnung, Straße, Stadt gilt es in vereinter Anstrengung einzugreifen“ (LABISCH 1989: 22). Vielmehr stellte fortan die Kenntnis des spezifischen Krankheitskeimes die Grundlage des ärztlichen Handelns dar. Aufbauend auf der Identifikation der einzelnen Krankheitserreger entwickelte sich auch die Serologie weiter, jener Teilbereich der Immunologie, der sich mit den Antigen-Antikörper-Reaktionen im Blutserum beschäftigt. Es entstanden Impfstoffe für zahlreiche Krankheiten. In den letzten Jahren des 19. Jahrhunderts wurde mit dem Wirkstoff gegen die Diphtherie erstmals ein Impfstoff in Massenproduktion angefertigt (vgl. MOULIN 1994: 334).

³⁷ Etwa fünf Jahre nachdem Pasteur seine Arbeit aufgenommen hatte, wurde am 05. Juli 1885 der damals neunjährige Joseph Meister als erster Mensch erfolgreich gegen die Tollwut immunisiert. Nachdem sich der Erfolg dieser ersten Behandlung herumgesprochen hatte, wurde Pasteur in seinem Labor von zahlreichen Impfwilligen aufgesucht. Diese große Resonanz führte schließlich, verbunden mit dem Sendungsbewusstsein Pasteurs und seiner engsten Mitarbeiter, und unterstützt durch den französischen Staat zur Gründung des *Institut Pasteur* in Paris, welches sich zunächst als Institution verstand, deren Hauptaufgabe es war, gegen die Tollwut zu immunisieren. Das Institut hat seine ursprüngliche Aufgabenstellung jedoch recht schnell in zweifacher Hinsicht ausgedehnt: zunächst wurden neben der Tollwut zahlreiche weitere Krankheiten inkludiert, zum anderen wurde auf der geographischen Ebene die ganze Welt zum Experimentierfeld der Mikrobiologen, die hofften, sich durch die Entdeckung *exotischer* Krankheiten einen Namen zu machen (vgl. MOULIN 1992: 310f.). Das Institut, von Beginn an als internationale Unternehmung konzipiert, realisierte die Verbreitung seiner Methoden mit der Einrichtung eines Kurses in Mikrobiologie, der zahlreiche Interessenten aus dem In- und Ausland anzog. Von praktischen Inhalten dominiert, unterschied sich die Lehrtätigkeit des Instituts stark von derjenigen der Pariser Universitäten. Ein Kurs dauerte drei bis vier Monate, pro Jahr fanden drei Kurse statt. Neben den französischen Schülern folgten auch zunehmend ausländische Gäste dem guten Ruf des Instituts und nahmen die erlernten Methoden mit in ihre Heimatländer. Das auf diese Weise gebildete Netzwerk der Pastorianer trug in erheblichem Maße zur weltweiten und raschen Verbreitung der modernen Bakteriologie bei (vgl. MOULIN 2004: 146).

Neben der Verbesserung der medizinischen Versorgung hatte die Inklusion dieser neuen Inhalte auch auf Ebene des Sozialprestiges und hinsichtlich der funktionalen Spezifität der Ärzte positive Auswirkungen. Die Impfpraxis war an eine akademische Ausbildung gebunden, Lientherapeuten waren von dem neuen Verfahren – meist sogar gesetzlich – ausgeschlossen. Wer sich also gegen die bedrohlichen Krankheiten immunisieren wollte³⁸, war gezwungen – möglicherweise entgegen der sonstigen Gewohnheiten – einen Arzt aufsuchen, der mit dem Impfstoff ein Instrument in Händen hielt, das weitaus effektiver war als all die mannigfaltigen Mittel der Lientherapeuten. Im Gegensatz zu deren Maßnahmen, die weiterhin in erster Linie auf Erfahrungswissen basierten, stand die Bakteriologie sinnbildlich für die sich entwickelnde naturwissenschaftliche Medizin. Das zunehmend auf naturwissenschaftlicher Beweisführung basierende Wissenskorporus der Schulmedizin erfuhr hierdurch einen Zuwachs an Vertrauen, den die Ärzte im Sinne der eigenen Professionalisierungsinteressen einzusetzen wussten. Erstmals fand die Behauptung der kognitiven Überlegenheit gegenüber den Lientherapeuten eine Entsprechung in der Realität. Mit den Impfungen hatten die Ärzte den Kranken Maßnahmen zu bieten, die den Bereich der Selbstmedikation sprengten und von denen die laientherapeutische Konkurrenz ausgeschlossen war. Somit stellte die Bakteriologie einen derjenigen Bereiche dar, der den medizinischen Expertenstatus der Ärzte festigte.³⁹

³⁸ Die Impfung fand nicht in allen Fällen auf freiwilliger Basis statt. Auf Reichsebene wurde 1874 der Impfwang gegen die Pocken festgelegt, so dass sich auch hier ein zunehmender Kontakt zwischen Ärzten und Kranken beobachten lässt.

³⁹ Es sei jedoch erneut darauf hingewiesen, dass das Verhältnis der erfolgreichen Professionalisierung der Ärzteschaft und des medizinwissenschaftlichen Fortschritts nicht als ein teleologisches zu denken ist. Die ältere Medizingeschichtsschreibung hat lange Zeit den Eindruck erwecken wollen, dass sich die erfolgreiche Professionalisierung der Ärzte dadurch erklären lasse, dass diese gegenüber ihrer Konkurrenz ein grundsätzlich *wahres* und *effektiveres* Wissen in Händen gehalten hätten. Dass die Patienten trotz dieser offensichtlichen, kognitiven Überlegenheit lange Zeit die Lientherapeuten bevorzugten, wurde deren medizinischer Unmündigkeit zugerechnet, von der sie im Verlauf des 19. Jahrhunderts zunehmend befreit wurden. Kein volksmedizinischer Aberglaube verstellte ihnen fortan den Blick auf die überlegenen Ärzte, denen sie sich in zunehmendem Maße zuwandten.

Entgegen dieser Darstellung haben neuere Forschungsergebnisse jedoch gezeigt, dass

Die Bakteriologie stellt in diesem Zusammenhang nur ein Beispiel dieser Entwicklung dar. Auch andere medizinische Disziplinen leisteten ihren Beitrag dazu, die Vorstellung distinkter Krankheitsbilder durchzusetzen. Prominent ist in diesem Zusammenhang die Pathologische Anatomie zu nennen, die ausführlich Gegenstand späterer Ausführungen sein wird. Ohne auf die inhaltlichen Veränderungen im Einzelnen einzugehen lässt sich an verschiedenen Stellen der medizinischen Wissenschaft das Bemühen beobachten, Krankheiten als abgrenzbare Einheiten zu definieren und sie als rein naturwissenschaftlich definierte Phänomene zu begreifen, die unabhängig von der Individualität des Patienten existierten. Das Problem Krankheit konnte nun rein medizinisch behandelt werden. Flankiert wurden diese Veränderungen auf der kognitiven Ebene von der Entwicklung diagnostischer Hilfsmittel, welche ebenfalls nachhaltige Konsequenzen für die Arzt/Patienten-Beziehung haben sollten. In dem Moment, in dem der Sitz der Krankheit innerhalb des Körpers vermutet wurde, erschien es notwendig in diesen – möglichst schon zu Lebzeiten des Kranken – vorzudringen. Das Stethoskop, auf welches an späterer Stelle ausführlich eingegangen wird, stellt ein anschauliches Beispiel für diese Entwicklung dar. Der Arzt wurde durch das Instrument in die Lage

sich ein tatsächlicher Zusammenhang zwischen medizinischem Wissen und erfolgreicher ärztlicher Professionalisierung erst ab den letzten zwei Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts nachweisen lässt. Zuvor schöpften Ärzte, Laientherapeuten und Patienten aus einem gemeinsamen Fundus an Wissen, der jenseits der Ebene der Selbstbeschreibung keine Gruppe gegenüber einer anderen in eine tatsächlich privilegiertere Position versetzt hätte. Darüber hinaus kam es in einzelnen Fällen, so zum Beispiel in Frankreich, bereits zu Professionalisierungstendenzen, bevor sich die kognitive Basis des ärztlichen Handelns gravierend verändert hatte. Was den Ärzten in Bezug auf die Durchsetzung ihrer Interessen jedoch zugute kam, ist die starke Betonung der (natur-)wissenschaftlichkeit der neuen Wissensinhalte, welche die Professionalisierungsinteressen der Ärzte auf indirektem Wege positiv beeinflusst hat. Mehr noch als die eigentlichen Inhalte, hat die starke Anlehnung an die exakten Wissenschaften zu einer Prestigesteigerung der akademischen Medizin beigetragen, da die starke Bezugnahme auf die Naturwissenschaften innerhalb der Gesellschaft zu jener Zeit in höchstem Maße anschlussfähig war (vgl. LENOIR 1992: 6ff.). Die praktische Anwendbarkeit wissenschaftlicher Arbeit, die zunehmend in den Dienst des sich industrialisierenden Staates gestellt wurde, gewann gegenüber einer Wissenschaft aus reinem Selbstzweck an Bedeutung. Im Lichte dieses ideologischen Imperativs gewannen die naturwissenschaftlichen Denk- und Arbeitsweisen an Ansehen. Die diskursiven Elemente über die zunehmende Wichtigkeit der Naturwissenschaften und der neu entstehenden Laboratorien war Teil der diskursiven Konstruktion einer neuen Mittelklasse in Deutschland.

versetzt, aus den wahrnehmbaren Geräuschen Informationen über die Körpervorgänge zu generieren, von welchen der Kranke selbst ausgeschlossen war. Nur der Arzt war in der Lage das Stethoskop zu bedienen und die Geräusche zu deuten – auch hier wird dessen neu gewonnener Expertenstatus deutlich. Er griff dabei auf Fähigkeiten zurück, die er sich im Selbststudium oder während seiner Ausbildung angeeignet hatte. Durch diese Entwicklung, die durch die Einführung zahlreicher anderer Instrumente im 19. Jahrhundert konsequent fortgesetzt wurde, lässt sich eine Standardisierung der ärztlichen Kompetenz beobachten. Beruhte diese zuvor in erster Linie auf seinem Geschick oder seinem individuellen Genie, wurde durch die Instrumentierung der Diagnostik jeder in die Lage versetzt, die richtigen Schlüsse zu ziehen, vorausgesetzt er hatte die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten in der Ausbildung erworben. Im Gegensatz zu dem angeborenen Genie war es nun eher der Fleiß des medizinischen Aspiranten, der dessen Erfolg begründete. Beruhte dessen Status zuvor in erster Linie auf Mechanismen der Attribution, setzte sich sukzessive jenes Merkmal durch, welches von Parsons als die hohe Leistungsorientierung der modernen Arztrolle beschrieben wurde. Auf diese Weise verlor auch der diffuse Expertenstatus des Arztes seine Grundlage und schränkte seine Funktion auf diejenige des medizinischen Experten ein. Diese Veränderung spiegelt sich auch in den Bedürfnissen der Patienten wider. Aus dem Wunsch nach einem paternalistischen Berater, welcher als Freund der Familie in zahlreichen Belangen konsultiert werden kann, wird das Bedürfnis nach einem Arzt. Dieser tritt aus der Berater- und Beistandsrolle aus und monopolisiert als anerkannter Experte den Zugang zum medizinischen System (vgl. GÖCKENJAN 1985: 138).

2.5 Die Ausdifferenzierung der Medizin - Zusammenfassung

Die vergangenen Ausführungen verfolgten das Ziel, jene Aspekte in ihrer

Kontingenz aufzudecken, die in der alltagsevidenten Beobachtung der weltweiten Ubiquität schulmedizinischer Krankenbehandlung enthalten ist. So setzte die Argumentation an der modernen *Arzt/Patienten-Beziehung* an und hat in der historischen Rekonstruktion des Entstehungsprozesses derselben gezeigt, dass diese Rollenasymmetrie keineswegs selbstverständlich, sondern vielmehr Ergebnis einer hindernisreichen Entwicklung ist. In ihrer Realisierung hat die komplementäre Beziehung zwischen Leistungs- und Publikumsrollen zur *Ausdifferenzierung der Medizin* zu einem autonomen Teilbereich der Gesellschaft geführt.

Die von LUHMANN und STICHWEH theoretisch vorbereitete Argumentation wurde dabei zum einen durch Aspekte der Professionalisierungstheorie OEVERMANNs, zum anderen durch die Rollentheorie im Anschluss an PARSONS ergänzt. Die Zusammenschau dieser Ansätze stellt insofern einen Mehrwert gegenüber bereits bestehenden Studien dar, als sie es einerseits ermöglicht, das gesellschaftliche Bezugsproblem zu definieren, welches fortan in Form einer stellvertretenden Krisenlösung von den Ärzten betreut wurde. Andererseits konnte so die im Kontext der Differenzierungstheorie angelegte Beziehung zwischen Leistungs- und Publikumsrollen analytisch präziser beschrieben werden. Zur Empirisierung der Argumentation wurde die medizinische Entwicklung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts herangezogen, wie sie in der Literatur unter den Stichworten der ärztlichen Professionalisierung sowie der gesellschaftsweiten Medikalisierung verhandelt wird.

In Anlehnung an die Professionalisierungstheorie im Anschluss an ULRICH OEVERMANN wurde die Soziale Frage als dasjenige gesellschaftliche Bezugsproblem reflektiert, welches der ärztlichen Professionalisierung nach Jahrzehnten vergeblicher Bemühungen letztendlich zur Durchsetzung verhalf. Eine genauere Untersuchung der von den Ärzten in diesem Zusammenhang eingesetzten Strategie steht noch aus, jedoch scheint die starke Betonung der Wissenschaftlichkeit des von ihnen

verwalteten Wissens hier eine zentrale Rolle gespielt zu haben. Zwar fand diese Behauptung der kognitiven Überlegenheit der Ärzteschaft noch keine Entsprechung in der Realität, jedoch war die diskursive Bezugnahme auf die Wissenschaft offensichtlich derart anschlussfähig, dass sie die ärztliche Profession mit jenem Prestige versorgte, welches die staatliche Obrigkeit schließlich dazu veranlasste, die Ärzte verstärkt in den Bereich der Gesundheitsfürsorge zu integrieren und ihnen damit den Weg zu jener Monopolstellung zu öffnen, welche sie seit Beginn des 20. Jahrhunderts auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen einnehmen. Im Zuge dieser Entwicklung gelang es der Ärzteschaft, „die von ihr zu bearbeitenden Probleme nicht in der (funktionalen) Diffusität zu belassen, in der sie lebensweltlich vorliegen, (sondern, TS) sie vielmehr von dem jeweiligen Kern professioneller Wissensbestände her zu redefinieren und sie erst in dieser rekonstruierten Form handlungsmäßig einer Lösung zuzuführen“ (STICHWEH 1992: 38). Im Verlauf der folgenden Ausführung wird auf diese Redefinition genauer eingegangen. Doch bereits jetzt lässt sich resümieren, dass es den Ärzten gelungen ist, Fragen von Gesundheit und Krankheit aus ihrem diffusen lebensweltlichen Kontext heraus zu lösen und als explizit medizinische Problemen zu definieren.

Begünstigt durch die Entwicklung der Krankenhausmedizin sowie der Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung, welcher der Ärzteschaft in Form der Industriearbeiter und, mit einiger zeitlicher Verzögerung, auch der Angestellten eine Klientel erschloss, die ihr zuvor weitgehend ablehnend gegenüber gestanden hatte, konnten sich schließlich jene Merkmale entwickeln, die von PARSONS als konstitutiv für die moderne Arzt/Patienten-Beziehung definiert wurden. Im Laufe der Argumentation wurde besonders betont, dass der Entwicklung der modernen Patientenrolle, die bislang in diesem Zusammenhang fast vollständig ausgeblendet wurde, eine besondere Bedeutung zukommt. Nur mit dem modernem Patienten als notwendigem Gegenüber konnte sich schließlich auch die Rolle des Arztes realisieren, die auf der Ebene der

Selbstbeschreibung bereits seit Jahrzehnten angelegt war, jedoch im Kontext der klientendominierten Medizin nicht durchgesetzt werden konnte, da ihr das notwendige Gegenüber in Form des modernen Patienten noch fehlte. Hier wird deutlich, dass das System im Zuge seiner Entstehung „die Seite wechselt, sich näher bestimmt von dem her, was es nicht ist, (nämlich, TS) vom *Laien*“ (STICHWEH 1988: 262, Hervorhebung im Original). Erst die Genese des modernen Patienten ermöglicht die Inklusion der Gesamtbevölkerung in das sich ausdifferenzierende System, erst mit der Institutionalisierung der Publikumsrolle konnte sich die ärztliche Leistungsrolle in jener Form ausprägen, die typisch ist für die moderne Medizin. Diese Entwicklung erforderte eine Neukategorisierung des medizinischen Laien, die sich auf verschiedenen Ebenen beobachten lässt.

Zum einen wurde der Laie zunehmend generalisiert aufgefasst. Während in der Medizin der Frühen Neuzeit der Persönlichkeit des Kranken eine Schlüsselstellung zur Erklärung des Krankheitsgeschehens eingeräumt wurde, verlor die Individualität des Kranken mit der Umstellung auf naturwissenschaftliche Erklärungsmuster zunehmend an Bedeutung. Die Entwicklung der Iatrotechnik zum dominierenden Krankheitskonzept im ausgehenden 19. Jahrhundert stellte die Ätiologie⁴⁰ auf universelle Naturgesetze um, die in jedem Patientenkörper ihre Wirkung entfalten und die Individualität der Patienten in den Hintergrund treten ließen. Darüber hinaus verloren mit dem Ausbau der Krankenhausmedizin sowie der Entstehung der Gesetzlichen Krankenkassen auch ständische Merkmale der Kranken, die zuvor die Interaktion mit dem Arzt nachhaltig beeinflusst hatten, an Bedeutung. Diese Generalisierung des ärztlichen Gegenübers hatte zur Folge, dass der medizinische Laie fortan in universalistischer Weise aufgefasst wurde. Jede Person konnte im Fall gesundheitlicher Beeinträchtigung in Form des Patienten die Komplementärrolle des medizinischen Systems einnehmen. Die ärztlichen Dienste

⁴⁰ Die Ätiologie ist eine Fachrichtung der Medizin, die sich mit der Ursache von Krankheiten beschäftigt.

waren nicht mehr an spezifische gesellschaftliche Gruppen gebunden, wie sich dies zuvor teilweise noch beobachten ließ. Die Möglichkeit, im Krankheitsfall einen Arzt aufzusuchen, richtete sich nun nicht mehr nach ständischen Gesichtspunkten, sondern war einzig Ausdruck funktionaler Betroffenheit.

Die Behauptung der wissenschaftlichen Überlegenheit, die sowohl von den Ärzten selbst als auch von der älteren Medizingeschichtsschreibung angeführt wurde, um die Durchsetzung der Ärzte gegenüber den Laien-therapeuten zu begründen, wurde in der Argumentation entsprechend respezifiziert. So waren es zunächst nicht Verbesserungen im Hinblick auf die therapeutische Kompetenz der Ärzte, welche ihnen zur Durchsetzung ihrer Autonomisierungsinteressen zum Vorteil gereichten. Selbst nachdem die Umstellung auf naturwissenschaftliche Denk- und Arbeitsweisen auf der kognitiven Ebene bereits vollzogen war, sollte es noch Jahrzehnte dauern, bis sich hierdurch auch im Bereich der Behandlung von Krankheit nachhaltige Erfolge zeigten. Allerdings war die diskursive Bezugnahme auf die (Natur-)wissenschaften zu jener Zeit innerhalb der Gesellschaft offenbar derart anschlussfähig, dass sie den akademisch ausgebildeten Ärzten allmählich ein Prestige verlieh, welches es ihnen ermöglichte, aus ihrer marginalen Stellung auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen herauszutreten.

Greift man nun die zu Beginn der Ausführungen postulierte These der lokalen Kontextgebundenheit der Krankenbettmedizin auf, so lässt sich diese bereits an dieser Stelle in Ansätzen erklären. Im Kontext der klientendominierten Medizin, wie sie bis weit in das 19. Jahrhundert hinein prägend war, begegneten sich Ärzte und Patienten noch nicht als Inhaber einer spezifischen Rolle, sondern vielmehr auf individueller Ebene. Vor allem die Persönlichkeit des Patienten spielte eine zentrale Rolle, verlieh sie der Krankheit doch ein individuelles Gesicht. Und auch der Arzt wurde als persönlicher Berater der Familie konzeptualisiert und eben nicht als Vertreter einer spezifischen Medizinform. Sein persönliches

Geschick und sein angeborenes Genie verhalfen ihm zu seinem guten Ruf und waren derart ebenfalls an seine Person gebunden. Nicht die Anwendung standardisierter Behandlungsverfahren stand im Vordergrund der medizinischen Interaktion, sondern das individuelle Arzt/Patienten-Verhältnis, das vom Arzt eine intime Kenntnis des Kranken und seiner Lebensumstände verlangte. Diese Beschränkung konnte erst in dem Moment überwunden werden, in dem sich Ärzte und Patienten auf der Rollenebene begegneten.

Begünstigt wurde dies von Entwicklungen, die sich auf der Ebene der Medizinwissenschaft im ausgehenden 19. Jahrhundert beobachten lassen. Damit ist die dritte Prämisse angesprochen, die in der Annahme einer globalen Medizin enthalten ist: So kann offensichtlich davon ausgegangen werden, dass schulmedizinische Krankenbehandlung weltweit auf einen einheitlichen Wissenskanon Bezug nimmt. Dessen Entwicklung steht im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen.

3 Die Globalisierung der Medizin – Ein unwahrscheinliches Phänomen

Greift man die zu Beginn der Ausführungen zitierte, alltagsevidente Beobachtung der weltweiten Ubiquität schulmedizinischer Versorgung auf, so haben die vergangenen Ausführungen gezeigt, dass sich die medizinischen Protagonisten in der für die moderne Medizin typischen Form erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entwickelt haben. Als Ergebnis des skizzierten Ausdifferenzierungsprozesses stehen sich Patienten und Ärzte fortan in einer komplementären und weitgehend formalisierten Rollenbeziehung gegenüber. Auch außerhalb des europäischen Entstehungskontextes wird, wer heute einen Arzt aufsucht, dessen Expertenstatus anerkennen und das eigene Verhalten komplementär darauf abstimmen.

Doch beinhaltet die These der Globalität schulmedizinischer Behandlung noch eine weitere Annahme, die Gegenstand der folgenden Ausführungen sein wird. Diese bezieht sich auf die inhaltliche Kohärenz, die den weltweit unter dem Label der Biomedizin praktizierten Angeboten unterstellt wird. So kann unabhängig vom Ort der Ausübung offensichtlich davon ausgegangen werden, dass die schulmedizinischen, das heißt naturwissenschaftlich basierten Erklärungs- und Behandlungsprinzipien allerorten die Basis des ärztlichen Handelns darstellen. Der Patient kann darauf vertrauen, dass sowohl sein Körper als auch das Phänomen Krankheit als universalistische Kategorien begriffen werden.

Hiermit soll keinesfalls die weltweite Homogenität schulmedizinischer Behandlung behauptet sein, da sich aus verschiedenen Gründen zwischen einzelnen Ärzten sicherlich Unterschiede in der Vorgehensweise und der daran anschließenden Behandlung beobachten lassen (vgl. EDDY 1984; WESTERT 1999; GROENEWEGEN 2004). Darüber hinaus haben historische Studien am Beispiel der Impfung gezeigt, dass die Implementierung schulmedizinischer Verfahren jenseits ihres Entstehungskontextes nicht in

standardisierter Form erfolgte, sondern diese vielmehr an den gegebenen Kontext angepasst wurden und entsprechend Aspekte der Hybridisierung aufweisen (vgl. BHATTACHARYA/BRIMNES 2009: 3; MINSKY 2009: 166ff.; für Hybridisierung im Kontext der Diffusion heterodoxer Medizinformen vgl. STOLLBERG 2010).

Auch soll mit der These der weltweiten Dominanz schulmedizinischer Angebote nicht geleugnet werden, dass neben der Biomedizin auch noch andere Medizinformen existieren. Als Beispiel mag hier China angeführt werden, wo bereits seit Jahrtausenden eine Medizinform existierte, die hinsichtlich ihrer Erklärungskraft als nicht weniger komplex einzuschätzen sein dürfte als die Biomedizin. Nach anfänglicher Skepsis auf Seiten der chinesischen Rezipienten stellt letztere jedoch seit etwa der Mitte des 20. Jahrhunderts einen selbstverständlichen Teil des medizinischen Pluralismus in China dar und genießt innerhalb der Bevölkerung ein hohes Ansehen. Wenngleich die in China praktizierte Form der Schulmedizin einen leichten chinesischen Einfluss erkennen lässt, so unterscheidet sie sich doch nicht wesentlich von der in Europa angebotenen Form (vgl. Hsü 1992: 93). So lässt sich die Schulmedizin, trotz der genannten Einschränkungen, weltweit als distinkte Medizinform begreifen, die sich sowohl im Hinblick auf die Wissensproduktion als auch im Kontext der ärztlichen Praxis *einem* Beobachtungszusammenhang zuordnen lässt, dessen voraussetzungsvolle Entwicklung Gegenstand der folgenden Ausführungen sein wird.

Das den folgenden Ausführungen zugrunde liegende Globalisierungsverständnis orientiert sich an Vorarbeiten, die von TOBIAS WERRON und BETTINA HEINTZ geleistet wurden (vgl. 2011). Diese stellen den theoretischen Rahmen (3.1) der daran anschließenden Ausführungen dar, die in empirischer Hinsicht auf die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft zurückgreifen. Zunächst wird die Krankenbettmedizin, die bis in das 19. Jahrhundert prägend war, als notwendig lokale Praxis beschrieben (3.2). Im Anschluss wird die Entstehung distinkter Krankheitsbilder illustriert

(3.3), die gleichermaßen zum Bedeutungsgewinn der Diagnostik sowie zur Entwicklung medizinischer Klassifikationssysteme beigetragen hat. Die Objektivierung der ärztlichen Praxis (3.4) sowie die Bereitstellung universeller Beobachtungskriterien (3.5) durch die Physiologie werden abschließend als weitere wichtige Globalisierungs-voraussetzungen der modernen Medizin dargestellt.

3.1 Beobachtung als Globalisierungsmechanismus – Forschungsstand und theoretischer Rahmen

Während das Phänomen der Globalisierung beginnend in den 1990er Jahren Gegenstand zahlreicher sozialwissenschaftlicher Publikationen war (vgl. GIDDENS 1990, HARVEY 1990, ROBERTSON 1992, BECK 1997, CASTELLS 1999) lässt sich beobachten, dass der anfängliche Enthusiasmus mittlerweile einer gewissen Ernüchterung gewichen ist. In Auseinander-setzung mit den Klassikern der Globalisierungsforschung stellte sich zunehmend die Einsicht ein, dass diese, trotz zahlreicher interessanter Ergebnisse vor allem die Folgen von Globalisierungsprozessen betreffend, wichtige Fragen unbeantwortet lassen. Im vorliegenden Kontext ist es vor allem die Konzeptualisierung von Globalisierungsprozessen als scheinbar *immanente* Entwicklung der Moderne, die als kritisch aufgefasst wird. Ohne räumliche, kulturelle und soziale Distanzen als mögliche Problemfaktoren zu berücksichtigen, wird die weltweite Homogenisierung verschiedener gesellschaftlicher Teilsysteme als Konsequenz global wirksamer Integrations- und Inklusionsmechanismen beschrieben, ohne jedoch auf deren hoch voraussetzungsvolle empirische Entwicklung einzugehen (vgl. HEINTZ/GREVE 2005: 109ff.). In Bezug auf die Medizin lässt sich beobachten, dass deren weltweite Ubiquität in der Literatur zwar konstatiert und teilweise in ihren Konsequenzen diskutiert wird (vgl. exemplarisch WOLF/HÖRST 2003), ohne in diesem Zusammenhang jedoch diejenigen Voraussetzungen zu definieren, die diesen Prozess ermöglicht

haben. Führt man sich jedoch vor Augen, dass die westliche Medizin im Zuge ihres weltweiten Diffusionsprozesses allerorten auf indigene medizinische Denk- und Handlungssysteme treffen musste, die dort bereits seit Jahrtausenden mit der Behandlung Kranker befasst waren, so scheint die Frage nach eben diesen Voraussetzungen durchaus berechtigt. Die vorliegende Argumentation wählt, an diesem Kritikpunkt ansetzend, eine von den bisherigen Ansätzen abweichende Perspektive und begreift Globalisierung im Anschluss an BETTINA HEINTZ und TOBIAS WERRON zunächst als unwahrscheinliches Phänomen, welches zu seiner erfolg-reichen Realisierung spezifischer Voraussetzungen bedurfte (vgl. 2011: 361). Das vor diesem Hintergrund entwickelte Globalisierungsverständnis unterscheidet sich deutlich von jenem der klassischen Forschung und wurde originär von TOBIAS WERRON am Beispiel der Entstehung des modernen Sports illustriert (vgl. 2010) und in Zusammenarbeit mit BETTINA HEINTZ weiterentwickelt wurde (vgl. 2011).

Während die soziologische Forschung Globalisierung bislang überwiegend in Termini zunehmender Vernetzung beschreibt, setzt WERRON an anderer Stelle an und rückt den Vergleich als spezifisches Beobachtungsinstrument der Moderne in den Fokus seiner Überlegungen. Die Globalisierung des modernen Sports, die er am Beispiel von Fußball und Baseball illustriert, lässt sich demzufolge als Ausweitung eines zunächst noch lokal begrenzten Vergleichshorizontes beschreiben, der eine im Zeitverlauf steigende Anzahl von Einzelereignissen integrierte. WERRON beschreibt diesen Prozess als Kombination dreier Mechanismen, die in einem wechselseitigen Steigerungsverhältnis zueinander stehen und in ihrem Zusammenspiel eine emergente Ebene systemspezifischer Öffentlichkeiten hervorbringen.

Seiner Argumentation folgend muss zunächst dafür gesorgt werden, dass kontinuierlich *Vergleichsereignisse bzw. Vergleichseinheiten* produziert werden, die in den entstehenden Beobachtungszusammenhang integriert werden können. Für den Sport definiert WERRON einzelne Wettkämpfe als

diejenigen Einzelereignisse, die in zunehmendem Maße zueinander in Bezug gesetzt werden. Der fortlaufende Nachschub wird durch die Organisation von Cup- und Ligenwettbewerben gewährleistet, die ihren Ursprung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts haben und den Sportbetrieb auch heute noch prägen. Das Inbezugsetzen der einzelnen Wettkämpfe setzt, als zweiten Mechanismus, ein *einheitliches Regelsystem* voraus. Nur vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, die erbrachten Leistungen vergleichend zu bewerten. Der dritte Mechanismus beschreibt die Etablierung von *Vergleichskriterien*, die zur fortlaufenden Evaluierung des Geschehens herangezogen werden. Erst hierdurch wird es ermöglicht, den lokal stattfindenden Wettkampf, der stets auch in seiner Aktualität von Bedeutung ist, darüber hinaus auf eine zweite Ebene zu überführen, auf welcher er in Relation zu anderen Wettkampfeignissen bewertet wird.

In ihrem Zusammenwirken bringen diese drei Mechanismen öffentliche Vergleichsdiskurse hervor, die es ermöglichen, lokal limitierte in potentiell globale Vergleichsordnungen zu überführen (vgl. HEINTZ/WERRON 2011: 365).⁴¹ Begünstigt durch die Entwicklung der modernen Telegraphie sind es im Falle des Sports dessen Verbände und Presseredaktionen, die den Wettkampfbetrieb kontinuierlich beobachten und die Ergebnisse ihrer Evaluation, meist in numerischer Form, der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen. Diese Form der Berichterstattung gewährleistet, „dass nunmehr die gleichzeitige Informiertheit aller Ausübenden und Interessierten einer Sportart *unterstellt* werden (...) (kann, TS)“ (WERRON 2011: 378, Hervorhebung im Original).

Während WERRON den skizzierten Zusammenhang sich gegenseitig

⁴¹ WERRON greift an dieser Stelle auf Anregungen aus der neo-institutionalistischen Forschung zurück, die davon ausgeht, dass die Weltkultur von Beobachtern hervorgebracht wird, welche als institutionalisierte Strukturen Modellcharakter für andere Akteure haben und in Form von Nachahmungsprozessen entsprechend zu Homogenisierungstendenzen auf der weltgesellschaftlichen Ebene führen (vgl. 2007).

verstärkender Mechanismen als Voraussetzung der Globalisierung des modernen Sports entwickelt hat, soll das Modell im Folgenden auf die Medizin übertragen werden.

Hier stellt sich zunächst die Frage, was im medizinischen Kontext unter *Vergleich* zu verstehen ist. Im Sport übernimmt dieser die Funktion, einzelne Wettkampfeignisse in eine wertende Rangfolge zu bringen. Und auch im Fall von Hochschulrankings, an dessen Beispiel die globalisierende Wirkung quantitativer Vergleiche ebenfalls bereits illustriert wurde, enthält der Vergleich eine wertende Dimension, die Universitäten unter Bezugnahme auf verschiedene Variablen hinsichtlich ihrer Attraktivität beurteilt (vgl. HEINTZ 2008). Wenngleich sich dieses Vergleichsverständnis im Fall sportlicher Wettkämpfe sowie der Bewertung von Universitäten gleichermaßen anbietet, implizieren Vergleiche nicht notwendig eine Hierarchisierung der einzelnen Elemente. „Es ist (vielmehr, TS) durchaus möglich, dass die verglichenen Einheiten in ein symmetrisches Verhältnis gesetzt werden“ (HEINTZ 2010: 165). Begreift man den Vergleich entsprechend zunächst lediglich als Beobachtungsinstrument, welches einzelne Phänomene vor der Folie eines gemeinsamen Referenzrahmens zueinander in Beziehung setzt, eröffnet sich damit der Blick auf ein Vergleichsverständnis, welches von BARBARA TOWNLEY (vgl. 1995) im Anschluss an FOUCAULT entwickelt wurde. Übertragen auf die Medizin erfüllt der Vergleich hier demzufolge die Funktion, „Einheiten in ein vergleichendes Ordnungssystem zu bringen, das auf *qualitativen* Dimensionen beruht“ (HEINTZ 2008: 117, Hervorhebung TS). Doch welcher Art sind jene Ereignisse, die im Zuge des medizinischen Globalisierungsprozesses zunehmend in einen solchen übergeordneten Beobachtungszusammenhang überführt werden?

In Orientierung an den ärztlichen Kernkompetenzen scheint es plausibel, die Behandlung spezifischer Krankheiten als diejenigen Ereignisse zu begreifen, die im medizinischen Kontext fortlaufend produziert werden. Ob nun in der Praxis eines niedergelassenen Arztes, im Kontext der

Krankenhausmedizin oder im Labor – überall zielen die medizinischen Bemühungen darauf ab, Krankheiten zu benennen und (im Optimalfall erfolgreich) zu behandeln. Die in dem hier zugrunde liegenden Globalisierungsverständnis implizierte Interrelation der einzelnen Ereignisse ist im Kontext der Medizin dadurch gewährleistet, dass alle diagnostischen und therapeutischen Aktivitäten in Form der Medizinwissenschaft auf einen einheitlichen Wissenskanon zurückgreifen, welchen sie als potentielle Elemente klinischer oder pharmakologischer Studien fortlaufend weiterentwickeln.⁴² Besonders gut lässt sich dieser Zusammenhang am Beispiel der seit einigen Jahrzehnten an Bedeutung gewinnenden *Evidenzbasierten Medizin* (EbM) illustrieren. Deren Ziel ist es, auf der Grundlage klinischer Studien systematisch die bestmögliche Evidenz in die ärztliche Entscheidungsfindung zu integrieren.

Während die Ergebnisse klinischer Studien im Bereich der Pharmakologie bereits seit Jahrzehnten einen systematischen Teil der Forschung darstellen, werden sie mit dem Aufkommen der EbM seit den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts auch im Fall chirurgischer Verfahren sowie der Diagnosestellung vermehrt in die praktische Arbeit des Arztes einbezogen. Die Einführung der EbM lässt sich insofern als Paradigmenwechsel beschreiben, als sie die individuelle Expertise des Arztes, die zuvor die Basis ärztlicher Entscheidungen darstellte, in Form klinischer Studien systematisch um eine externe Evidenz ergänzt wissen will (vgl. EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP 1992: 2420). Die Entscheidungen des Arztes beruhen entsprechend nicht mehr ausschließlich auf seiner persönlichen Einschätzung, sondern werden um neueste Ergebnisse aus der klinischen Forschung ergänzt. „Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz

⁴² Hiermit soll selbstverständlich nicht impliziert sein, dass alle Krankenbehandlungen stets als Teile klinischer Studien organisiert sind. Vielmehr findet ein Großteil der ärztlichen Bemühungen losgelöst von ebendiesem Kontext ab. Das hier zugrunde liegende Globalisierungsverständnis unterstellt entsprechend keine *faktische* systemweite Interrelation all jener Einzelereignisse, die fortlaufend produziert werden. Jedoch beinhaltet der Ansatz ein Potentialitätsargument, welches davon ausgeht, dass sich *potentiell* globale Vergleichszusammenhänge entwickeln können.

aus systematischer Forschung“ (SACKETT/ROSENBERG ET. AL. 1996: 71). Die auf dieser Grundlage von Ärzten und Kammern entwickelten Leitlinien sollen sicherstellen, dass dem Patienten die für seinen Fall optimale Versorgung zukommt. Die EbM setzt hiermit eindeutig auf der Seite der medizinischen Praxis an und sorgt in Form von *guidelines* für eine Standardisierung des ärztlichen Handelns. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass der kosmopolitische Kranke ohne Bedenken weltweit einen Arzt aufsuchen kann, ohne im Verlauf der Behandlung auf allzu große Überraschungen zu stoßen. Wenngleich die Entwicklung der EbM ein historisch rezentes Phänomen ist, werden die folgenden Ausführungen zeigen, dass die grundsätzlichen Voraussetzungen dieser Entwicklung bereits im 19. Jahrhundert geschaffen wurden. So entwickelte sich in diesem Zeitraum zum einen die Vorstellung distinkter Krankheitsbilder, wodurch die Medizin zum anderen jene starke diagnostische und therapeutische Ausrichtung erhielt, die noch heute prägend ist und sie deutlich von der Krankenbettmedizin unterscheidet, in deren Zentrum die Prognostik stand.

Begreift man die Diagnose und Therapie distinkter Krankheitsbilder als diejenigen medizinischen Einzelereignisse, an welchen sich jedwede weiterführende Kommunikation innerhalb des Systems entzündet, so muss sichergestellt werden, dass eine Interrelation zwischen diesen überhaupt möglich ist. Die Vergleichbarkeit muss m.a.W. überhaupt erst hergestellt werden. Im Fall der Medizin wurde dies durch zwei unterschiedliche Entwicklungen erreicht. So lässt sich einerseits ein zunehmendes Bedürfnis nach *medizinischen Klassifikationssystemen* beobachten, welche in ihrer Realisierung diffuse Krankheitszeichen und subjektive Symptome zu distinkten Krankheitsbildern zusammenfassten. Im Kontext der modernen Medizin stellt die *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) das weltweit wichtigste Diagnoseklassifikationssystem dar. Dieses von der World Health Organisation herausgegebene Manual umfasst alle

anerkannten Krankheiten und stellt weltweit die Basis ärztlicher Diagnosestellung dar.⁴³ Es sei an dieser Stelle erneut darauf hingewiesen, dass die geteilte Bezugnahme auf ein gemeinsames Klassifikationssystem keinesfalls eine globale Homogenisierung behauptet, wie sie gerade in den Anfängen der Globalisierungsforschung häufig unterstellt wurde. Vielmehr existieren durchaus nationale Versionen der ICD; die Differenzen, die sich jedoch zwischen diesen Ausgaben beobachten lassen, sind nicht grundsätzlicher Natur, sondern bewegen sich im Rahmen dessen, was auf der Grundlage der zugrunde liegenden naturwissenschaftlichen Prämissen möglich ist. Dass sich die Anwendung der ICD in der Praxis nicht völlig problemfrei realisiert, wurde bereits an anderer Stelle diskutiert (vgl. BOWKER/STAR 1994), muss hier jedoch nicht weiter interessieren. Die folgenden Ausführungen interessieren sich weniger für die praktischen Implikationen der ICD, sondern wollen in der historischen Rekonstruktion, die bis in das ausgehende 18. Jahrhundert zurückreicht, zeigen, dass sich hiermit ein Ordnungssystem entwickelte, welches Krankheiten erstmals in einen gemeinsamen Referenzrahmen inkludierte.

Diese Entwicklung hat insofern zur Vergleichbarkeit der medizinischen Einzelereignisse beigetragen, als die ICD weltweit das wichtigste Diagnoseklassifikationssystem darstellt, an welchem sich all jene Ärzte in ihrer praktischen Arbeit orientieren, die sich der Schulmedizin verpflichtet fühlen.

Neben dem Bedürfnis nach systematischer Klassifikation distinkter Krankheitsbilder lässt sich das gesamte 19. Jahrhundert als Prozess der zunehmenden *Objektivierung medizinischer Bemühungen* beobachten. Während diese im Bereich der Medizinwissenschaft jenem Weg folgten, der von BETTINA HEINTZ bereits am Beispiel der (Natur-)wissenschaften allgemein illustriert wurde (vgl. 2011), steht im Folgenden die Objektivierung der ärztlichen Praxis im Fokus. Hierbei kommt der Diagnostik aus

⁴³ In Deutschland sind alle Vertragsärzte nach § 295 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dazu verpflichtet, ihre Diagnosen auf Grundlage der aktuellen zehnten Version der ICD zu verschlüsseln.

naheliegenden Gründen eine größere Bedeutung zu als der Therapeutik. Dies ergibt sich aus der bereits angesprochenen Tatsache, dass sich die Behandlung Kranker nur in bedingtem Maße standardisieren lässt. Zwar geben die im Kontext der EbM kommunizierten Leitlinien jene Behandlungsalternativen vor, die sich auf Grundlage klinischer Studien als besonders effektiv erwiesen haben. Ob diese jedoch, angewandt auf den medizinischen Einzelfall, zu einer erfolgreichen Behandlung führen, bleibt im Ungewissen. Während eine Objektivierung und Standardisierung der Therapeutik aus diesem Grund entsprechend nur eingeschränkt möglich ist, lässt sich dies auf der Ebene der Diagnostik umso deutlicher zeigen. War der Zugang zur Krankheit im Kontext der klientendominierten Medizin noch ein höchst subjektiver und individueller, der in erster Linie auf den Erzählungen der Patienten sowie der sinnlichen Wahrnehmung des individuellen Arztes beruhte, lässt sich im Verlauf des 19. Jahrhunderts auf verschiedenen Ebene eine *Objektivierung der ärztlichen Praxis* beobachten, die durch die zunehmende Instrumentierung der ärztlichen Sinne realisiert wurde. Am Beispiel des Stethoskops sowie des Fieberthermometers soll dieses Argument im Folgenden illustriert werden. Vor diesem Hintergrund wandelte sich Krankheit von einem *diffusen, individuellen und diskursiven* Konstrukt hin zu einem quantifizierbaren Phänomen, welches der potentiell unbegrenzten Beobachtung all jener zugänglich ist, die sich dem schulmedizinischen Paradigma zugehörig fühlen.

Begreift man die Diagnose und Therapie distinkter Krankheitsbilder als diejenigen medizinischen Einzelereignisse, deren Vergleichbarkeit durch die Objektivierung der medizinischen Praxis sowie die Klassifizierung innerhalb der ICD realisiert wird, stellt sich abschließend die Frage nach dem dritten Globalisierungsmechanismus, welcher per definitionem jene Kriterien zur Verfügung stellt, die dem sich sukzessive ausbreitenden Vergleich der Einzelereignisse zugrunde liegen. An dieser Stelle löst die vorliegende Arbeit jenes Versprechen ein, welches sie bereits zu Beginn

postulierte: So soll illustriert werden, in welcher Form die Umstellung auf (natur-)wissenschaftliche Denk- und Arbeitsweisen die weltweite Dominanz der Schulmedizin (mit) zu erklären in der Lage ist. Wenngleich häufig unterstellt, so wurden die inhaltlichen Implikationen, die sich aus der Ver(natur-)wissenschaftlichung der Medizin im 19. Jahrhundert auf inhaltlicher Ebene ergaben, bislang kaum untersucht. Der dritte Globalisierungsmechanismus ist entsprechend auf der Ebene der medizinischen Wissenschaft verortet. Während sich die Erklärungsmuster innerhalb der Medizin zunächst als idiosynkratisches Nebeneinander verschiedener medizinischer Schulen beschreiben lassen, die sowohl den Organismus als auch das Phänomen Krankheit von divergierenden Prämissen ausgehend konzeptualisierten, so lässt sich die moderne Medizin als naturwissenschaftlicher Denk- und Arbeitszusammenhang beschreiben. Trotz möglicher Differenzen in der vorgeschlagenen Behandlung zeichnen sich medizinische Entscheidungen weltweit dadurch aus, dass sie vor dem Hintergrund universeller, das heißt bio-chemischer bzw. bio-physikalischer, Naturgesetze getroffen werden. Im Folgenden soll entsprechend gezeigt werden, in welcher Form diese Denkweise in die Medizin integriert wurde und zur Etablierung eines von nahezu allen Ärzten geteilten Wissenskanons geführt hat. In diesem Zusammenhang kommt der Physiologie, die mit ihren Fragen nach den Vorgängen im Organismus eines der wichtigsten Grundlagenfächer der Medizin darstellt, besondere Bedeutung zu. Hier entwickelte sich derjenige naturwissenschaftlich basierte Wissenskanon, auf den all jene Ärzte Bezug nehmen, die sich dem schulmedizinischen Paradigma angehörig fühlen. Physikalische und chemische Arbeitsweisen wurden in diesem Zusammenhang in die medizinische Wissensproduktion sowie in die medizinische Praxis inkludiert. Während sich das experimentelle Arbeiten zunächst im Kontext der französischen Physiologie durchsetzte, erfolgte die letztendliche Umstellung auf naturwissenschaftliche Erklärungskonzepte einige Jahrzehnte später innerhalb der deutschen Physiologie. In ihrem

Zusammenspiel haben die genannten Mechanismen – die Diagnose und Therapie distinkter Krankheitsbilder, die Objektivierung der ärztlichen Praxis und die Klassifikation distinkter Krankheitsbilder sowie die Umstellung auf naturwissenschaftliche Denk- und Arbeitsweisen – einen öffentlichen Beobachtungszusammenhang medizinischer Experten hervorgebracht, der die Autonomisierung der Medizin letztendlich ermöglichte und sich folgendermaßen schematisieren lässt (Abb. 1).

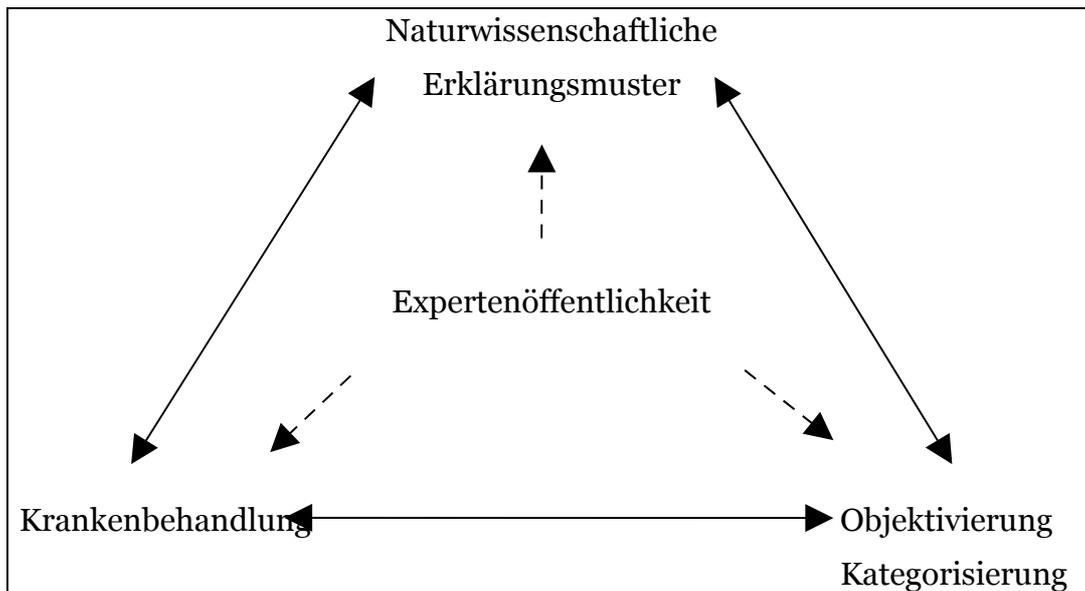


Abb. 1 Die Globalisierungsmechanismen der modernen Medizin

Unter Rückgriff auf Teile der Argumentation des ersten Teils der vorliegenden Arbeit wird sich in der abschließenden Synthese zeigen, dass sich aus dem Zusammenspiel der drei Globalisierungsmechanismen ein öffentlicher Vergleichsdiskurs entwickelte, der fortan – in starkem Gegensatz zur *klientendominierten* Medizin des 19. Jahrhunderts – von *medizinischen Experten* getragen wurde. Erst hierdurch wurde es möglich, die lokalen Beschränkungen der klientendominierten Medizin zu überwinden und die Behandlung Kranker einem globalen Beobachtungszusammenhang zuzuführen.

Im Vokabular der LUHMANN'schen Differenzierungstheorie ist damit im

Folgenden die Ebene der *Programmierung* angesprochen. Während es die Codierung dem Funktionssystem ermöglicht, die Gesamtgesellschaft vor der Folie einer für das Operieren des Systems instruktiven Unterscheidung zu beobachten, erfüllen Programme ihre Funktion dahingehend, die für das System relevanten Informationen einem der beiden Codewerte zuzuordnen. Dies geschieht nicht willkürlich, sondern richtet sich nach spezifischen Kriterien, die für den systemischen Kommunikationszusammenhang typisch sind. Programme enthalten „vorgegebene Bedingungen für die Richtigkeit der Selektion von Operationen“ (LUHMANN 1986: 91) und legen damit fest, welche Anforderungen legitimerweise an ein Funktionssystem gestellt werden können. Darüber hinaus müssen die Programme in einem gewissen Umfang änderbar sein, um dem System eine Reaktion auf sich verändernde Umweltbedingungen zu ermöglichen. Die Lernfähigkeit eines Systems ist entsprechend auf der Ebene der Programme zu verorten und garantiert damit die Möglichkeit, umweltoffen zu operieren.

In Bezug auf die Medizin beschreibt LUHMANN Krankheitsbilder und Heilungsrezepte als diejenigen Programme, welche die Zuordnung von Phänomenen zu einem der beiden Codewerte realisieren (vgl. LUHMANN 1990). Die folgenden Ausführungen werden zeigen, dass sich die Medizin im Verlauf des 19. Jahrhunderts auf programmatischer Ebene mit gravierenden Umwälzungen konfrontiert sah. Unter Beibehaltung der formalen Codierung brachten tiefgreifende Veränderungen auf der Programmebene des Systems denjenigen distinkten Kommunikationszusammenhang der modernen Schulmedizin hervor, der sich im ausgehenden 19. Jahrhundert entwickelte und kaum noch Gemeinsamkeiten mit jener Medizin aufweist, die noch zu Beginn des Jahrhunderts dominierend war.

3.2 Die Krankenbettmedizin als lokale Praxis – Die historische Ausgangslage zu Beginn des 19. Jahrhunderts

Das im Folgenden zu entfaltende Potentialitätsargument ist in eine Phase des historischen Übergangs eingebettet, im Verlauf dessen die Krankenbettmedizin, die bis weit in das 19. Jahrhundert hinein die dominierende Form der Krankenbehandlung darstellte, von der modernen (Krankenhaus-)medizin abgelöst wurde. Letztere unterscheidet sich von ihrer historischen Vorform auf zahlreichen Ebenen und hat erst in dieser Form die weltweite Expansion schulmedizinischer Denk- und Arbeitsweisen ermöglicht. Dieses Argument beinhaltet die Annahme, dass die Krankenbettmedizin *notwendig* eine *lokale* Praxis war. Die definitorischen Merkmale, welche im Folgenden vorgestellt werden, haben eine Herauslösung aus dem lokalen Kontext demzufolge zunächst verunmöglicht.

Die Krankenbettmedizin zeichnete sich durch folgende Charakteristika aus: Es handelte sich um eine *semiotische* Medizin, die nicht mit der Behandlung distinkter Krankheitsbilder, sondern mit der Deutung *diffuser Krankheitszeichen* befasst war. Dies hatte zur Folge, dass die *Prognostik* im Mittelpunkt der ärztlichen Bemühungen stand. Es war darüber hinaus eine *subjektive, individuelle und holistische* Medizin, was sich sowohl im Hinblick auf Ärzte und Kranke als auch in Bezug auf die Krankheiten selbst illustrieren lässt. Schließlich zeichnete sich die Krankenbettmedizin dadurch aus, dass sie sowohl im Hinblick auf die ärztliche Praxis als auch in Bezug auf die medizinische Wissensproduktion stark *spekulativer* Natur war. Es wird im Folgenden zu zeigen sein, inwieweit diese Merkmale die Krankenbettmedizin zwingend an ihren lokalen Kontext gebunden und in dieser Form die Überführung in einen potentiell globalen Zusammenhang zunächst verunmöglicht haben.

Im Gegensatz zu dieser Konzeptualisierung steht die moderne Medizin, die in der historischen Literatur unter dem Stichwort der Krankenhausmedizin verhandelt wird und die heute weltweit in Anspruch genommen werden kann. Diese zeichnet sich im Weiteren durch die folgenden Merkmale aus. Mit der Vorstellung *distinkter Krankheitsbilder* handelt es

sich um eine *lokalistische* Medizin, in deren Mittelpunkt *Diagnose* und *Therapie* stehen; es ist eine Medizin, die sich sowohl auf der Ebene der ärztlichen Praxis als auch im Kontext der medizinischen Wissensproduktion durch *objektivierende* Verfahren auszeichnet, die das Krankheitsgeschehen zunehmend in *quantitativer* Form repräsentieren; schließlich handelt es sich um eine *naturwissenschaftlich* basierte Medizin, die den Organismus auf der Grundlage *universeller Naturgesetze* konzipiert.

Die starke Betonung der Wissenschaftlichkeit der Schulmedizin, die bereits im vergangenen Kapitel angeklungen ist, wird also auch in den folgenden Ausführungen erneut aufgegriffen. Dabei kommt die vorliegende Arbeit einer Aufforderung nach, die bereits an anderer Stelle formuliert wurde und verlangt, „bei der Untersuchung der historischen Bedingungen, unter denen sich die moderne Gesellschaft zu einer globalen Ordnung (...) entwickelt, die Rolle der Wissenschaft (...) bezüglich ihrer Umweltbeziehungen und -einflüsse stärker als bisher geschehen zu berücksichtigen“ (HILGERT/WERRON 2010: 243). Im Kontext der Medizin lässt sich anschaulich illustrieren, wie die Umstellung der gängigen Erklärungsmuster die Autonomisierung der Schulmedizin begünstigt hat. Während im Kontext bereits bestehender Studien der Wandel, den die Medizin im 19. Jahrhundert durchlief, allerdings als rein kognitiver Vorgang der Verwissenschaftlichung beschrieben wurde, soll im Folgenden an ausgewählten Beispielen illustriert werden, welche Konsequenzen sich durch die Umstellung auf szientistische Erklärungsmuster auf der Ebene der ärztlichen Praxis ergeben haben, so dass diese schließlich ihre lokale Beschränkung überwinden konnte.

Zunächst soll jedoch ein Blick in die historische Ausgangslage jene gravierenden Differenzen sichtbar werden lassen, die sich zwischen der

Krankenbettmedizin des 19. Jahrhunderts und der modernen Medizin beobachten lassen.

Der erste Teil der vorliegenden Arbeit skizzierte die Ausdifferenzierung des schulmedizinischen Funktionssystems als Genese einer Rollenbeziehung zwischen professionalisierten Ärzten und komplementär hierzu konstituierten Patienten. Während alternative Anbieter sukzessive vom Markt der medizinischen Dienstleistungen verdrängt wurden, erlangten die Ärzte, zumindest auf formaler Ebene, sukzessive die alleinige Deutungsmacht über die für das medizinische System typische Unterscheidung von *krank/gesund*.⁴⁴

Wendet man den Blick jedoch auf die inhaltliche Ebene der ärztlichen Praxis, so lässt sich derjenige Zusammenhang, der sich als Schulmedizin bezeichnete, keineswegs als in sich kohärenter Kommunikationszusammenhang beobachten. Vielmehr existierten bis weit in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts hinein verschiedene medizinische Schulen nebeneinander, die hinsichtlich ihrer Grundannahmen deutliche Differenzen aufwiesen. Im Regelfall organisiert um einen populären Arzt oder Forscher, unterschieden sich die verschiedenen Krankheitskonzeptionen deutlich voneinander. Basierend auf divergierenden Prämissen hatte sich innerhalb des schulmedizinischen Paradigmas noch keine inhaltliche Kanonisierung herausgebildet. So bezog sich der Begriff der Schulmedizin zu jener Zeit denn im Gegensatz zu heute auch nicht auf

⁴⁴ Lientherapeuten, die mit ihren alternativen Angeboten zuvor den gesellschaftlichen Bereich der Krankenbehandlung dominierten, verloren gegenüber den Ärzten zunehmend an Bedeutung und wurden in den Bereich der Alternativmedizin gedrängt. Diese Marginalisierung führte jedoch keineswegs zu einem gänzlichen Bedeutungsverlust heterodoxer Medizinformen in der gesellschaftlichen Wahrnehmung (vgl. JÜTTE 1996). Vielmehr existierten sie parallel zur Schulmedizin weiter fort und erfuhren Ende des 19. Jahrhunderts im Rahmen der Lebensreformbewegung als Gegenentwurf zur durchrationalisierten und technisierten Schulmedizin sogar wieder einen Bedeutungsgewinn (vgl. ECKART 1990: 252f.). Und auch gegenwärtig erfahren Verfahren wie die Akupunktur oder die ayurvedische Heilkunst entgegen aller Unkenrufe bezüglich ihrer wissenschaftlich nicht nachweisbaren Effekte eine stärkere Zuwendung von Seiten der Patienten. Vor allem im Kontext der Behandlung nicht-tödlicher, chronischer oder psychischer Leiden wird die Sanftheit der alternativen Medizinformen geschätzt, die im Gegensatz zu den Therapeutika der Schulmedizin stehen, welche aufgrund ihrer Nebenwirkungen ambivalent bewertet werden (vgl. STOLLBERG/FRANK 2004a: 83).

die inhaltliche Ausrichtung ebendieser Medizin. Vielmehr wurde er von Anhängern der Homöopathie in der Auseinandersetzung mit den akademisch ausgebildeten Ärzten als Kampfbegriff etabliert. Bezeichnet wurde hiermit diejenige Medizin, die von Ärzten angeboten wurde, die eine akademische Ausbildung abgeschlossen hatten. Die Ausbildung an den Universitäten folgte zu jener Zeit jedoch noch keinem einheitlichen Curriculum, sondern wurde in erster Linie von den Lehrstuhlinhabern und deren Vorlieben bestimmt. Auf inhaltlicher Ebene lässt sich entsprechend unter dem Stichwort der Schulmedizin noch kein integrierter Denkgemeinschaft ausmachen. Mit den verschiedenen Ansätzen präsentierte diese sich vielmehr als ein *idiosynkratisches Nebeneinander* verschiedener Richtungen, die sich zwar an der systemischen Leitunterscheidung von *krank/gesund* orientierten, auf der inhaltlichen Ebene jedoch weitreichende Differenzen aufwiesen.

So finden sich im medizinischen Denken des 19. Jahrhunderts weiterhin einzelne Elemente der bereits angesprochenen antiken Säftelehre, wiewohl die Humoralpathologie im Vergleich zu den vergangenen Jahrhunderten bereits einiges an Autorität eingebüßt hatte. Trotzdem lassen sich in den zeitgenössischen Krankheitserklärungen noch Vorstellungen eines gestörten Gleichgewichts oder einer unausgeglichene Mischung der Körpersäfte finden, die als ursächlich für die Krankheit angenommen wurden. Der Körper wurde in diesem Zusammenhang als durchlässig vorgestellt und in dieser spezifischen Beschaffenheit durch das Strömen der Säfte und das Wirken widernatürlicher Stoffe bestimmt (vgl. STOLBERG 2003: 114). Diesem Körperbild entsprechend hatte die Krankheit noch keinen festen Sitz innerhalb des Organismus. Vielmehr konnte sie sich, die Körpersäfte als Transportmittel nutzend, weitgehend frei im Körper bewegen und an unterschiedlichen Stellen Symptome hervorrufen. Die für die moderne Medizin typische, lokalistische Krankheitsauffassung, die für die Krankheit einen festen Sitz im Körper annimmt und die am Krankenbett respektive im Labor beobachtbaren Symptome systematisch

auf Prozessstörungen innerhalb des Organismus zurückführt, konnte sich im Kontext der humoralpathologisch beeinflussten Ansätze noch nicht entwickeln. Die Hauptaufgabe des Therapeuten wurde darin gesehen, die Körpersäfte zu regulieren und in ein ausgeglichenes Verhältnis zu bringen, um derart die Gesundheit des Betroffenen wieder herzustellen. Den Selbstheilungskräften des Körpers wurde dabei eine hohe Wirksamkeit zugeschrieben. Da die therapeutischen Interventionen des Arztes noch nicht steuernd in die Vorgänge innerhalb des Körpers eingreifen konnten, kam ihnen lediglich eine unterstützende Funktion zu (vgl. ROSENBERG 1979: 9).

Neben diesen humoralpathologisch geprägten Ansätzen lassen sich in den Krankheitserklärungen des 19. Jahrhunderts des Weiteren animistisch-dynamistische Elemente finden, die trotz unterschiedlicher Ausprägungen die Gemeinsamkeit aufwiesen, dass die Abläufe im Organismus auf nicht materielle und nicht sinnlich erfahrbare Kräfte zurückgeführt wurden. Die Idee einer spezifischen Lebenskraft fand in den 1770er Jahren Einzug in das medizinische Denken und hat hier bis in die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts Spuren hinterlassen (vgl. TROCCHIO 1997: 83, FN 1). Diese Ansätze erklärten *das Lebendige* unter Rückgriff auf eine spezifische Lebenskraft, die sich nicht auf physikalische oder chemische Naturgesetze reduzieren lässt, sondern vielmehr eine Erscheinung eigener Art darstellte. Ebenso wie innerhalb der humoralpathologischen Tradition präsentierte sich Krankheit – die Ergebnis einer Störung oder Blockade der Lebenskraft war – als diffuses Phänomen, welches für den Arzt kaum konkrete Ansatzpunkte gezielter Interventionen bot.

Die hier kurz beschriebenen Krankheitskonzepte der Humoralpathologie und des Biodynamismus waren jedoch in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts nicht die einzigen Angebote, auf welche die Ärzte in ihrer alltäglichen Arbeit zurückgreifen konnten. Erklärungsangebote chemischer Provenienz lassen sich ebenso finden wie solche, die den Körper nach mechanischen, morphologischen oder mathematischen

Gesichtspunkten konzeptualisierten. Wie an späterer Stelle noch gezeigt werden soll, spielten vor allem in Deutschland darüber hinaus in den ersten Dezennien des 19. Jahrhunderts auch naturphilosophische Konzepte in der Tradition Schellings eine wichtige Rolle. Weit entfernt von einem einheitlichen Wissenskanon präsentierte sich die Medizin bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts als eigentümliches Nebeneinander verschiedener Ansätze, welche die Ärzte, ihren individuellen Präferenzen folgend, in der Praxis kreativ kombinierten.

Ohne auf die inhaltlichen Unterschiede der verschiedenen Erklärungsansätze weiter einzugehen, lässt sich dahingehend eine Gemeinsamkeit feststellen, dass die Krankheit noch keinen festen Sitz im Körper des Kranken hatte, sondern in ihrem Verlauf an unterschiedlichen Stellen Symptome hervorrufen konnte, deren Interpretation die Hauptaufgabe des Therapeuten war. Die Symptome wurden in dieser Konzeptualisierung als äußere Wirkung der im Inneren des Körpers verborgenen Krankheit betrachtet. Hier wird deutlich, dass sich die Zuordnung von Ursache und Wirkung deutlich von derjenigen unterscheidet, die typisch ist für die moderne Medizin. Im 19. Jahrhundert galt die Krankheit als Ursache der beobachtbaren Symptome, Fragen nach der Ursache der Krankheit selbst standen demgegenüber im Hintergrund (vgl. KING 1982: 87). Es findet sich vereinzelt gar die explizite Aufforderung, die Suche nach den Entstehungsbedingungen von Krankheit zugunsten der Behandlung der aufgetretenen Symptome zu vernachlässigen, da nur hier effektive Hilfe von Seiten des Arztes zu erwarten sei. So lehnten beispielsweise auch prominente Ärzte den Einsatz des Mikroskops zunächst ab, da sie fürchteten, dieses würde die Ärzte von direkten Beobachtungen am Krankenbett abhalten, während sie sich im Dunkel der neu entstehenden Laboratorien unergiebigem Spekulationen über die Krankheitsursache hingaben (vgl. REISER 1978: 73). Vor diesem Hintergrund konnten sich kausal-analytische Betrachtungsweisen von Krankheiten und deren Entstehung nur eingeschränkt entwickeln.

Der Grund für das unverbundene Nebeneinander der verschiedenen medizinischen Ansätze wird hier darin gesehen, dass sich innerhalb der medizinischen Wissensproduktion noch keine disziplinverbindlichen Kriterien entwickelt hatten, die einzelnen Ansätze hinsichtlich ihrer Konsistenz und Legitimität zu bewerten. Die Forscher waren nur selten in einen institutionellen Kontext eingebunden, sondern gingen ihrer Arbeit parallel zu ihrer Tätigkeit als praktische Ärzte in ihrer Freizeit in provisorisch eingerichteten Forschungsstätten nach. Auf der Ebene der medizinischen Wissensproduktion war es die Popularität des Forschers, die seinen Ansätzen zu größerer Anerkennung verhalf. Und auch praktische Behandlungsverfahren waren häufig namentlich mit ihrem Initiator verbunden, der die entsprechenden Hilfsmittel zunächst als Unikate angefertigt hatte. Unter Abwesenheit entsprechend verbindlicher Kriterien ist der zu beobachtende Pluralismus hinsichtlich der verschiedenen Medizinkonzepte eine typische Erscheinung jener Form der Wissensproduktion, in der sich eine Medizin, die auf naturwissenschaftlichen Prämissen beruhte noch in statu nascendi befand (vgl. JÜTTE 1992: 29; STICHWEH 1987: 451).

Neben dem pluralistischen Nebeneinander alternativer Krankheitskonzepte präsentierte sich auch die ärztliche Praxis in einer von der modernen Medizin abweichenden Form. So wurde bereits angedeutet, dass die körperliche Untersuchung der Krankenbettmedizin des 19. Jahrhunderts noch weitgehend fremd war. Neben der Beobachtung der am Äußeren des Patientenkörpers sichtbaren Zeichen, stellte die diskursive Praxis des Krankenexamens den einzigen Zugang des Arztes zur Krankheit dar. Diese beruhte auf den folgenden Regeln (vgl. LACHMUND 1996: 238). Zunächst stand das *Prinzip der Individualität* im Vordergrund, welches auf der Annahme basierte, dass der Betroffene der eingetretenen Krankheit durch sein Wesen eine individuelle Gestalt gab. Dies hatte, wie bereits erwähnt, zur Folge, dass nicht nur der Persönlichkeit des Kranken große Bedeutung beigemessen wurde; vielmehr wurde durch den

vermuteten Zusammenhang auch die Krankheit selbst zu einem individualisierten Phänomen, das sich nur schwerlich an eine theoretische Krankheitslehre zurückbinden ließ. Diese umfassende Konzeptualisierung der Krankheit zog zwangsläufig eine *Streuung der Relevanz* nach sich, die vom behandelnden Arzt verlangte, alles in seine Entscheidungsfindung mit einzubeziehen, was nur irgendwie mit der aktuellen Krankheit in Verbindung stehen könnte. Unter der Abwesenheit diagnostischer Hilfsmittel wurde dem *Diskurs des Patienten* innerhalb der medizinischen Konsultation großer Raum eingeräumt, um sich auf Grundlage der Erzählungen ein möglichst umfassendes Bild von der Krankheit zu machen. Das subjektiv erlebte Leiden war entsprechend einer der wichtigsten Ausgangspunkte der ärztlichen Praxis. Der Arzt war in diesem Zusammenhang dazu angehalten, durch Nachfragen *Geständnisse hervor zu locken*, die der Kranke sonst möglicherweise verschwiegen hätte.

Es wird deutlich, dass der Arzt im Kontext des Krankenexamens keinen Zugang zur Krankheit hatte, der unabhängig von dem Betroffenen selbst realisiert werden konnte. Was er wusste, erfuhr er vom leidenden Patienten. Dieser steckte mit der Schilderung seiner subjektiven Empfindungen, die häufig bereits diagnostische Annahmen und Therapievorschlüsse beinhalteten, den Rahmen dessen ab, was im Anschluss daran möglich war. Auf ebendieser Basis erfolgte der Ausspruch des Arztes, der den dramaturgischen Höhepunkt der Konsultation darstellte. Hierbei handelte es sich jedoch nicht um die Diagnose der angenommenen Krankheit, „sondern (...) um eine zeitlich mehr oder weniger weit zurückliegende Erklärung und die Prognose des weiteren Krankheitsverlaufs“ (LACHMUND 1997: 45), die lange Zeit die ärztliche Kernkompetenz darstellte.

In Explikation der These der notwendigen Lokalität der Krankenbettmedizin lässt sich Folgendes resümieren. Krankheit war ein höchst diffuses Phänomen, welches sich deutlich von der Annahme distinkter Krankheitsbilder der modernen Medizin unterschied. Der Arzt

konzentrierte sich auf die Erzählungen des Patienten sowie auf das Deuten diffuser Krankheitszeichen, die zwar am Kranken registriert werden konnten, darüber hinaus aber keinerlei Erklärungskraft hinsichtlich der Vorgänge im Inneren des Körpers beinhalteten. Im Kontext dieser *semiotischen Medizin* kam dem Arzt die Aufgabe zu, die vielfältigen Zeichen zu beobachten und zu deuten. In welcher Form er sich dabei auf die zahlreichen divergierenden Krankheitskonzepte berief, blieb seiner subjektiven Einschätzung und individuellen Erfahrung überlassen. In der ärztlichen Publizistik jener Zeit wird der Mangel an Orientierung, der sich aus dem Fehlen einer gesicherten, allgemeinverbindlichen Grundlage der ärztlichen Praxis ergab, häufig beklagt. Weniger als empirische Evidenz gaben fluktuierende Moden, Opportunismus gegenüber dem Patienten oder prominente Befürworter einer bestimmten Denkrichtung den Ausschlag für die Bevorzugung einer der zahlreichen Alternativen. Aus den vorhandenen Aufzeichnungen geht hervor, dass sich der praktisch tätige Arzt das System seines Handelns selbst konstruierte, so dass sich die „wunderlichsten Konglomerationen unterschiedlichster System- und Konzeptfragmente“ (ECKART 1990: 185f.) finden lassen. Wenngleich dieser Umstand aus heutiger Perspektive zunächst befremdlich anmuten mag, so ist er doch logische Folge der historischen Umstände.

Auf dem stark umkämpften Markt der medizinischen Dienstleitungen, auf dem die Ärzte bei weitem nicht jene zentrale Position einnahmen, die sie im Kontext der modernen Medizin innehaben, war der einzelne Arzt zwingend darauf angewiesen, sich gegenüber anderen Therapeuten abzugrenzen, um hierdurch eine möglichst große Anzahl Patienten an sich zu binden. Die Behauptung eines einzigartigen Zugriffs auf das Phänomen Krankheit, der großzügig aus dem vorhandenen medizinischen Pluralismus schöpfte, stellte entsprechend für die Ärzte eine Möglichkeit der Profilierung gegenüber anderen Therapeuten dar. Es ging entsprechend gerade *nicht* darum, sich als Vertreter einer allgemein verbindlichen Medizin darzustellen, sondern den eigenen, individuellen

Zugang gegenüber anderen hervorzuheben. „Hier liegt das Dilemma der „bedside-medicine“: Die Erfahrungskenntnisse ermöglichen zwar eine durchschnittliche Erfolgsfähigkeit ihrer Therapien, aber eine Einheitlichkeit über ihre Grundlagen und die Art der erzielten Wirkungen läßt sich auf ihrer konkurrenzhaft atomisierten Basis nicht herbeiführen" (GÖCKENJAN 1985: 208). Hier zeigt sich deutlich, dass die Kompetenz der Ärzte noch nicht standardisiert war. Die ärztliche Praxis galt als Kunst, deren Erfolg auf dem Genie oder dem Geschick des Arztes basierte. So war es gerade dessen subjektive Einschätzung, die zusammen mit der individuellen Erfahrung seinen Ruf begründete.

Die Entwicklung diagnostischer Instrumente, die einen objektiven Zugang zur Krankheit ermöglichen, sollte noch einige Zeit auf sich warten lassen. Bis dahin war es neben der Beobachtung und Interpretation der Krankheitszeichen weiterhin der Diskurs des Patienten, der den Zugang zur Krankheit ermöglichte. Ebenso wie die Deutung der mannigfaltigen Zeichen durch den Arzt wurde auch auf dieser Ebene ein subjektives Bild der Krankheit gezeichnet. Es wurde davon ausgegangen, dass der Betroffene der eingetretenen Erkrankung aufgrund seines Wesens und seiner individuellen Lebensumstände eine spezifische Form gab. Neben der Individualität des Kranken wurde hierdurch auch die Krankheit selbst zu einem individuellen Phänomen, das sich deutlich von der Konzeptualisierung von Krankheit als naturgesetzlich determinierte Erscheinung unterscheidet. Dieser Logik folgend wurde von dem behandelnden Arzt eine intime Kenntnis der Persönlichkeit, der Lebensumstände sowie der Geschichte des Kranken verlangt, was die medizinische Interaktion *notwendig* an den *lokalen Kontext* ihrer Realisierung band. Erst mit der Integration naturwissenschaftlicher Denk- und Arbeitsweisen sowohl in den Bereich der medizinischen Wissensproduktion als auch in die ärztliche Praxis sollte diese Beschränkung überwunden werden, da sie eine Loslösung von der individuellen Arzt/Patienten-Beziehung ermöglichte.

Die Betonung der weitreichenden Bedeutung, die die Umstellung auf naturwissenschaftliche Erklärungsmuster für die weitere Entwicklung der Medizin haben sollte, soll nicht implizieren, dass die Medizin vor dem 19. Jahrhundert eine vor- oder unwissenschaftliche gewesen sei. Das Bedürfnis nach Theoriebildung ist so alt wie die Medizin selbst und ergibt sich bereits alleine aus der Notwendigkeit heraus, das ärztliche Handeln, das immer auch mit den fundamentalen Fragen des Lebens und des Sterbens beschäftigt ist, gegenüber sich selbst, den Kranken und dessen Angehörigen zu verantworten. Seit Beginn der Medizingeschichte lässt sich entsprechend parallel zur direkten ärztlichen Hilfeleistung stets eine weitere Ebene beobachten, der ebendiese Funktion zukommt. In den früheren Epochen der Medizingeschichte war diese Reflexion zunächst noch sehr allgemein gehalten und befasste sich hauptsächlich mit philosophischen Überlegungen. Reflektiert wurde über die „Zielsetzungen der Medizin, das heile, das ganze, das unversehrte Leben, über die Gesundheit des Leibes und der Seele, (es ging, TS) also um letzte Werte und letzte Wahrheiten“ (ROTHSCHUH 1979: 2f.). Diese allgemeine Ausrichtung hat gegenüber dem Bedürfnis nach Gliederung und Systematisierung des Lehrstoffs sowie der immer genaueren Erforschung des menschlichen Körpers im Laufe der Jahrhunderte jedoch an Bedeutung verloren. Während philosophische Überlegungen heute in erster Linie von der Medizinethik betreut werden, beschränkt sich die Medizinwissenschaft auf die Erforschung des menschlichen Körpers, die Entstehung von Krankheiten sowie deren Behandlung und Vorbeugung. Doch trotz dieser inhaltlichen Veränderung wird hier deutlich, dass die ärztliche Praxis von Anbeginn an von Theoriebildung begleitet wurde.

Die Rede von einer vor- oder unwissenschaftlichen Medizin scheint entsprechend nicht gerechtfertigt, da sich lediglich die Inhalte der theoretischen Auseinandersetzung mit der Medizin gewandelt haben.

3.3 Medizinische Einzelereignisse: Von Zeichen zu Symptomen **– Die Diagnose und Therapie distinkter Krankheitsbilder**

Die folgenden Ausführungen rekonstruieren jenen Prozess, im Verlauf dessen sich die für die moderne Medizin typische Vorstellung spezifischer Krankheitsbilder entwickelte, deren Diagnose und Therapie fortan die ärztlichen Kernkompetenzen darstellen sollten. Ausgangspunkt bildet in diesem Zusammenhang die semiotische Medizin, innerhalb derer der Arzt zunächst als Zeichenleser seine Funktion fand. Aus der hiermit einhergehenden Orientierungslosigkeit entwickelte sich das zunehmende Bedürfnis, den Sitz der Krankheit näher zu bestimmen. In diesem Zusammenhang gewannen das Körperinnere sowie die Diagnostik an Bedeutung.

3.3.1 Der Arzt als Zeichenleser im Kontext der semiotischen Medizin

Neben der Bezugnahme auf den Patientendiskurs kam dem Beobachten und Erkennen diffuser Krankheitszeichen in der medizinischen Interaktion eine derart zentrale Position zu, dass sich die Medizin bis ins 19. Jahrhundert hinein treffend als eine semiotische beschreiben lässt (vgl. EICH 1986; STETTLER 1987; HESS 1993). Erst im Verlauf des Jahrhunderts sollte diese von der uns heute vertrauten diagnostischen Medizin abgelöst werden. Die Zentralität von Diagnose und Therapie, die für die Gegenwartsmedizin so typisch ist, war der Medizin des beginnenden 19. Jahrhunderts noch weitgehend fremd. Dieser Befund mag weniger verwundern, wenn man berücksichtigt, dass es jenseits der Patientendiskurse die am Äußeren des erkrankten Körpers wahrnehmbaren Veränderungen waren, die den Ärzten Informationen über das Vorliegen einer Krankheit lieferten. Eine Medizin, „die sich auf die Beobachtung von

Veränderungen stützt und die noch keine Möglichkeit hat, die äußerlich mit den Sinnen wahrnehmbaren Veränderungen mit den im Körper versenkten Welten der Anatomie zu korrelieren, die sich also in der zeitlichen Betrachtung der Phänomene erschöpft, kann lediglich zu einer Prognose gelangen“ (EICH 1986: 53). Die Zentralität der Prognostik ist entsprechend nicht als Manko der Krankenbettmedizin zu verstehen, sondern logische Folge der grundsätzlichen Beschaffenheit derselben.

Möchte man im Kontext der semiotischen Medizin von Diagnostik sprechen, bedeutete dies zunächst nichts weiter als das Entdecken von Zeichen und Zufällen am Körper des Kranken. Eine systematische Zuordnung dieser Signa und Symptomata zu den Vorgängen im Inneren des Körpers oder zu abgrenzbaren Krankheitsbildern existierte noch nicht. Entsprechend diffus war der Informationsgehalt, den die mannigfaltigen Zeichen für die beobachtenden Ärzte bereithielten. Diese sahen sich, vor allem in den an Bedeutung gewinnenden Kliniken mit ihrer hohen Anzahl an Kranken, vielmehr einem Sammelsurium verschiedenartiger Zeichen gegenüber, innerhalb dessen sie sich nur schwerlich zurechtfinden konnten. Weder dienten die Zeichen als Anzeiger einer spezifischen Krankheit, noch lieferten sie den Ärzten Informationen über die pathologischen Störungen innerhalb des erkrankten Körpers. Das Körperinnere war der medizinischen Forschung noch weitgehend unzugänglich, über die tatsächlichen Vorgänge konnte entsprechend nur spekuliert werden.

Die wahrnehmbaren Zeichen, die es im Verlauf der medizinischen Interaktion von Seiten des Arztes zu deuten galt, waren noch nicht in dem Sinne mit der Krankheit verbunden, wie dies für die Symptome der modernen Medizin gilt. Die Zeichen gehörten nicht typischerweise zu einer bestimmten Krankheit, sie waren vielmehr in einem allgemeineren Sinne „Signifikanten von Krankheit“ (ECKART 1996: 10), ein Hinweis darauf, dass der Organismus in seinen normalen Abläufen gestört war, ohne diese Störung jedoch näher spezifizieren zu können. So bezeichneten

beispielsweise die Masern nicht etwa die hochansteckende Infektionskrankheit, die sich durch die typischen roten Hautflecken, Fieber und einen erheblich geschwächten Allgemeinzustand auszeichnet, sondern einzig den am Patienten beobachtbaren Hautausschlag. Die Masern als nosologische⁴⁵ Krankheitseinheit waren der semiotischen Medizin noch fremd (vgl. HESS 1993: 29ff.). Welche Schlüsse die einzelnen Ärzte ausgehend von dem beobachtbaren Ausschlag zogen, richtete sich entsprechend nach ihrer individuellen Einschätzung und dürfte demzufolge recht verschieden ausgefallen sein. Das Zeichen präsentiert sich als „Mischung aus je nach Arzt ungleichen Teilen unmittelbarer Sinneserfahrung und anerworbener, gelehrter Abstraktion“ (STETTLER 1987: 44). In der individuellen Interpretation der diffusen Krankheitszeichen tritt die Subjektivität der ärztlichen Praxis deutlich hervor.

Kausale Erklärungsmuster, die Fragen nach der Entstehung der Krankheit beantwortet hätten, spielten im Kontext der semiotischen Medizin nur eine untergeordnete Bedeutung, lag die letzte Ursache einer Krankheit doch im Körperinneren verborgen und war entsprechend für die Ärzte jener Zeit weitgehend unerreichbar. Zwar lässt sich bereits seit der Mitte des 18. Jahrhunderts ein steigendes Bewusstsein dafür beobachten, dass die Ursache der Krankheit im Inneren des Körpers zu vermuten sei, doch präsentierte sich dieses als ein weitgehend unzugänglicher Raum, der lediglich durch spekulatives Schließen zugänglich war. So waren die Vermutungen, die über die letzte Ursache der Krankheit angenommen wurden eine spekulative Leistung des ärztlichen Verstandes und kein sinnlich erfahrbares Phänomen (vgl. KING 1982: 79), zu welchem es einige Zeit später im Kontext der an Bedeutung gewinnenden Pathologischen Anatomie werden sollte. Aufgrund dieser Einschränkung wurde die ursächliche Krankheitsbenennung, die für die moderne Medizin typisch ist, zugunsten einer semiotischen abgelehnt. Ein *signum diagnosticum* war zwar ein erkenntnisleitendes, aber noch kein erklärendes Zeichen (vgl.

⁴⁵ Die Nosologie bezeichnet die systematische Beschreibung und Einordnung von Krankheiten in ein übergeordnetes Ordnungssystem

HARTMANN 1972: 92). Doch trotz dieser Einschränkung beginnt sich hier die Differenzierung einer ontologischen von einer physiologischen Perspektive auf das Phänomen Krankheit abzuzeichnen. Während die ontologische davon ausgeht, dass die Ursache für die Krankheit außerhalb des Patienten zu suchen ist und unabhängig von diesem existiert, geht die physiologische davon aus, dass die Krankheitsursache im Inneren des Patienten lokalisierbar ist (vgl. DUFFIN 1999: 66).

Kurz vor ihrem Niedergang etwa in der Mitte des 19. Jahrhunderts erlebte die semiotische Medizin zwischen 1750 und 1850 eine letzte Hochphase, während derer zahlreiche Lehrbücher publiziert wurden, die das richtige Lesen und Deuten der Zeichen zum Thema hatten. Aufgrund der bereits erläuterten Divergenz hinsichtlich der zugrunde liegenden Medizin-konzepte herrschte zwischen den Autoren jener Zeit zwar keineswegs Einigkeit darüber, was im einzelnen als Zeichen gelten könne und wie der Arzt ein solches zu interpretieren habe, gemein war den Autoren jedoch die Annahme, dass die Zeichen als Grundlage der Medizin anerkannt werden sollten, „und zwar in dem Sinne, wie etwa Newton die Schwerkraft zum Grundtatbestand der Physik erklärt hatte“ (STETTLER 1987: 46). Doch trotz dieser Übereinkunft war der kommunikative Austausch zwischen verschiedenen Ärzten auf dieser Grundlage äußerst schwierig. Nicht nur war die Interpretation der Zeichen eine höchst individuelle Angelegenheit, die häufig dem angeborenen Genie des einzelnen Arztes zugeschrieben wurde. Darüber hinaus waren die zugrunde liegenden Prämissen derart unterschiedlich, dass sich auf dieser Basis kaum ein allgemeinverbindlicher medizinischer Diskurs entwickeln konnte. „Tatsächlich lassen sich viele der alten semiotischen Handbücher als wenig konsequent durchgemustertes Sammelsurium unzähliger Einzelercheinungen verschiedenster Art und Bedeutung charakterisieren, durchsetzt von einer Vielzahl subjektiver Befunde. Die Systematiken ändern sich von Autor zu Autor“ (ECKART 1996: 4).

Nimmt man, wie hier postuliert, die Behandlung distinkter Krankheits-

bilder als diejenigen medizinischen Einzelereignisse an, die im Kontext der zunehmenden Autonomisierung der Medizin in einen übergeordneten Beobachtungszusammenhang integriert wurden, wird schnell deutlich, dass dieser Mechanismus im Kontext der semiotischen Medizin noch stark begrenzt war. Zu diffus waren die wahrnehmbaren Zeichen, die weitgehend ohne Korrelation mit den pathologischen Ursachen von den behandelnden Ärzten auf unterschiedliche Weise interpretiert wurden. Zwischen den einzelnen Behandlungen sowie den diesen zugrunde liegenden Prämissen lässt sich noch keine Ähnlichkeit beobachten. Sie präsentierten sich vielmehr als notwendig individueller Zugang des einzelnen Arztes. Die von den Ärzten beklagte Unsicherheit führte um die Mitte des 19. Jahrhunderts zu einer kritischen Haltung gegenüber der semiotischen Medizin. Stattdessen lässt sich ein zunehmendes Interesse am Inneren des Körpers beobachten, welches als Sitz der Krankheit vor allem im Kontext der an Bedeutung gewinnenden Pathologischen Anatomie an Bedeutung gewann.

3.3.2 Auf der Suche nach dem Sitz der Krankheit

Wenngleich sich die verschiedenen Krankheitskonzepte des 19. Jahrhunderts inhaltlich teilweise gravierend voneinander unterschieden, so kann doch eine Gemeinsamkeit darin gesehen werden, dass Krankheit als ein Phänomen eigener Art verstanden wurde, dass der Materialität des Körpers gegenüber stand. Aufgrund der immer noch hohen Bedeutung der Körpersäfte, wurde der Organismus als von diesen durchströmt vorgestellt, so dass sich auch die Krankheit, die Fluida als Transportmittel nutzend, weitgehend frei im Körper bewegen konnte. Eine lokalistische Auffassung, die die Krankheit an einen festen Ort innerhalb des Körpers bindet, hatte sich zu Beginn des 19. Jahrhunderts noch nicht durchgesetzt, wenngleich hierzu bereits erste Ansätze vorlagen.

So ist in diesem Zusammenhang das 1761 erschienene Werk des

italienischen Arztes Giovanni Battista Morgagni zu nennen, der erstmals systematische Vergleiche zwischen anatomischen Veränderungen und bestimmten Krankheitssymptomen vornahm (vgl. LACHMUND 1997: 63). Für ihn stellte entsprechend die Leichenöffnung ein notwendiges Erkenntnismittel der Medizin dar, indem sie es ihm ermöglichte, Vergleiche zwischen pathologischen Befunden an verschiedenen Leichen durchzuführen, um derart das Wissen über den Sitz der Krankheit zu systematisieren. In seiner Krankheitskonzeption gewannen die Organe als Ort des Krankheitsgeschehens zunehmend an Bedeutung. Als leidenschaftlicher Verfechter setzte er sich für eine lokalistische Krankheitsauffassung ein, die sich jedoch in seinem Wirkungsumfeld in Padua zunächst noch nicht gegen die dominanten holistischen Ansätze durchsetzen konnte.

Trotzdem konnte der französische Arzt Marie Francois-Xavier Bichat, der als eigentlicher Begründer der Solidarpathologie gilt, an den Vorarbeiten Morgagnis ansetzen. Seinem Ansatz folgend lässt sich alles Krankheitsgeschehen aus einer Veränderung beziehungsweise Störung der festen Bestandteile und Strukturen des Körpers erklären. Mit dem Bedeutungsgewinn seiner Ideen wurde die Krankheit – zumindest in ihrer grundsätzlichen Konzeption – zu einem Phänomen, welches einen festen Sitz im Körper hatte, wenngleich dieser zu jener Zeit weiterhin nur spekulativ erschlossen werden konnte. Als Weiterentwicklung dieses lokalistischen Krankheitsverständnisses sind die zellularpathologischen Arbeiten Rudolf Virchows zu nennen. Zwar war die Existenz von Zellen bereits seit der Mitte des 17. Jahrhunderts bekannt, als Sitz von Krankheiten wurden sie jedoch erst zweihundert Jahre später von Interesse. Ohne auf die inhaltlichen Feinheiten dieser Ansätze einzugehen, kann an dieser Stelle resümiert werden, dass sich bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts ein lokalistisches Krankheitsverständnis durchgesetzt hatte, welches eine wichtige Voraussetzung für die diagnostische Ausrichtung der modernen Medizin darstellte. Wenngleich der semiotischen Medizin in

dieser Hinsicht weiterhin nur eingeschränkte Mittel zur Verfügung standen, so lässt sich dennoch beobachten, dass die Frage nach den Gründen der Krankheit, die zunehmend im Inneren des Körpers vermutet wurden, an Bedeutung gewann.

Zusammen mit den praktischen Problemen, mit denen sich die Ärzte in ihrer Berufsausübung konfrontiert sahen, entwickelten sich Bestrebungen, die zunächst in Richtung eines praxisorientierten Beobachtungskonzeptes zielten, welches schließlich zu einer empirischen Neuorientierung der Medizin führte. Möglichst genaue und systematische Beobachtungen der Zeichen am Krankenbett sowie im Kontext der in steigendem Maße durchgeführten Autopsien sollten dabei helfen, Krankheiten voneinander unterscheidbar zu machen, um sie dadurch letztlich in ein für die Ärzte handhabbares Format zu bringen. Wenngleich auch hier noch die Behandlung der Krankheit das oberste Ziel der vorgenommenen Kategorisierung darstellte, so deutet sich bereits an, dass der ursächlichen Entstehung im Körperinneren zunehmendes Interesse entgegengebracht wurde.

Die an Bedeutung gewinnenden Krankenhäuser, die aufgrund des Übermaßes an unterschiedlichen Zeichen zunächst einen für die semiotische Medizin ungünstigen Kontext dargestellt hatten, begünstigten nun die Entwicklung dieser neuartigen Annäherung an das Phänomen Krankheit in zweierlei Hinsicht. Zum einen konnten hier verschiedene Krankheiten durch genaue und systematische Beobachtung besser voneinander abgegrenzt werden; zum anderen war es möglich, die Symptomatik einer spezifischen Krankheit durch eine hohe Anzahl an Vergleichsfällen möglichst genau zu beschreiben.⁴⁶ Die Einführung der

⁴⁶ Dieser Bedeutungszuwachs genauer Beobachtung drückt sich auch darin aus, dass diese systematisch in die klinische Ausbildung miteinbezogen wurde. War der direkte Kontakt zu den Kranken bislang einem kleinen Kreis als besonders begabt wahrgenommener Studenten vorbehalten, während das Gros der medizinischen Aspiranten ihre Ausbildung zum größten Teil in den Hörsälen verbrachten, wurde die klinische Unterweisung zunehmend in die medizinische Ausbildung integriert. Wenngleich die Umsetzung dieser Veränderungen zunächst noch am Unverständnis mancher Kollegen sowie bürokratischen Vorgaben scheiterte, so lässt sich doch seit Ende des 18. Jahrhunderts ein steigendes Bewusstsein für die Notwendigkeit der Kombination

statistischen Methode in die klinische Medizin durch den französischen Kliniker und Pathologen Pierre Charles Alexandre Louis in den 1830er Jahren ermöglichte es, mit Hilfe mathematisch-statistischer Auswertungen große Mengen vergleichbarer Krankheitsphänomene auszuwerten, um einzelne Krankheiten auf dieser Basis genauer zu beschreiben.⁴⁷ Die Zeichen, deren Interpretation bislang in erster Linie der subjektiven Einschätzung des Beobachters oblag, wurden hierdurch mit einer neuartigen Spezifität ausgestattet, welche eine geteilte Beobachtung durch verschiedene Mediziner begünstigte. „Die Klinik war durch die Einführung der statistischen Beobachtungsmethode zum Objektreservoir der forschenden Medizin geworden, zum Sammelbecken nicht nur von Fällen und Zeichen, sondern von Fällen als Zeichen“ (ECKART 1996: 11, Hervorhebung TS). Während also die Beobachtung am Krankenbett weiterhin das privilegierte Erkenntnismittel blieb, veränderte sich das Vorgehen dahingehend, dass die Beobachtungsergebnisse in stärkerem Maße als zuvor systematisiert und mit den vermuteten Vorgängen innerhalb des kranken Organismus korreliert wurden. Die rein beschreibende, *historische* Semiotik wandelte sich bereits um die Wende zum 19. Jahrhundert zu einer stärker *philosophisch* vorgehenden, die zunehmend auch nach den potentiellen Gründen einer vorliegenden Erkrankung fragte (vgl. EICH 1986: 7). Damit rückte das Körperinnere verstärkt in den Fokus der medizinischen Aufmerksamkeit und wurde besonders im Kontext der an Bedeutung gewinnenden Pathologischen Anatomie für den ärztlichen Blick sukzessive zugänglich gemacht.

theoretischer und praktischer Inhalte in der medizinischen Ausbildung beobachten (vgl. KAISER 1987: 89ff.).

⁴⁷ Wenngleich das statistische Verfahren aus der modernen Medizin nur schwerlich weg zu denken ist, musste es sich in seiner Anfangsphase zunächst gegen prominente Kritiker durchsetzen. Diese lehnten die Entscheidungsfindung auf der Grundlage von Zahlenmaterial mit der Begründung ab, dieses liefere zwar eine Wahrscheinlichkeit, jedoch keine Gewissheit. Mit diesen Vorbehalten sah sich beispielsweise auch Ignaz Semmelweis konfrontiert, der auf Grundlage statistischer Auswertungen nachweisen konnte, dass das Kindbettfieber auf mangelnde Hygiene der Ärzte und des Krankenhauspersonals zurückzuführen sei. Die Weigerung der entsprechenden Behörden, seine Vorschläge umzusetzen, drückt den Zweifel an seiner Vorgehensweise deutlich aus (vgl. WEISS 2005: 10).

3.3.3 Der Bedeutungsgewinn des Körperinneren im Kontext der Pathologischen Anatomie

Wenngleich sich innerhalb des Wandels von der historischen zur philosophischen Semiotik bereits die steigende Bedeutung des Körperinneren als dem Sitz der Krankheit spiegelt, standen die Ärzte zunächst weiterhin vor jenem Problem, welches die medizinische Wissensproduktion bereits seit Jahrhunderten prägte. Das Körperinnere war dem ärztlichen Blick weitgehend verschlossen. Zwar gab es bereits einzelne Ärzte, die in ihrer Arbeit systematisch auf Erkenntnisse zurückgriffen, die sie am geöffneten Leichnam generiert hatten. Allerdings hatte sich die Leichenöffnung um die Wende zum 19. Jahrhundert noch nicht zum privilegierten Erkenntnismittel der Medizin entwickelt.

Dies lässt sich auch darauf zurückführen, dass die am Leichnam möglichen Beobachtungen nur eingeschränkt als informativ wahrgenommen wurden. „Noch wird Krankheit allgemein dem Leben zugerechnet, und was nach dem Tod über den Körper gelernt werden kann, besitzt für die Medizin einen epistemologisch zweifelhaften Status“ (LACHMUND 1997: 31). Mit ihrer starken Konzentration auf die Krankheitszeichen und der Ausrichtung der ärztlichen Praxis auf die Behandlung der Kranken war die Leichenöffnung zunächst auch deshalb uninteressant, weil die Feststellung der am toten Patienten beobachtbaren Veränderungen nichts mehr am letalen Ausgang der Krankheit ändern konnte. Darüber hinaus wurde angezweifelt, dass die Läsionen ursächlich mit der Krankheit in Verbindung stehen, könnte es sich schließlich auch um die Folgen von nach dem Tode eingetretenen Verwesungsprozessen handeln (vgl. DUFFIN 1999: 75ff.). Es wurde zwar angenommen, dass sich am geöffneten Leichnam allgemeine Zusammenhänge über die Funktionsweise des lebendigen Körpers erkennen lassen, zur Spezifizierung des Krankheitsgeschehens wurde er dagegen als weitgehend unbrauchbar wahrgenommen. So existierte die

Anatomie zwar als Wissensgebiet bereits seit Jahrhunderten, die Relevanz anatomischer Veränderungen für die Erklärung von Krankheiten war der Krankenbettmedizin jedoch zunächst noch nicht gegenwärtig. Es wurde im Vergangenen bereits erläutert, dass die Solida erst langsam als Sitz der Erkrankung an Bedeutung gewannen. Noch präsentierten Krankheiten sich den Ärzten überwiegend als elaborierte Konstellationen von Symptomen, die sich nur über das Deuten von Zeichen sowie über die Erzählung des Patienten erschließen ließen. Diese Haltung wandelte sich erst in dem Moment, in dem durch Ärzte wie Morgagni oder Bichat in Form der Organe oder des Gewebes anatomische Strukturen als Sitz von Krankheiten definiert wurden. Erst hierdurch wurde die anatomische Lehre allmählich in die Pathologie eingeführt. Der Begriff der Krankheit erlangte um 1800 eine neue Bedeutung, indem diese als kausalthoeretischer Prozess verstanden wurde, der sich ausgehend von der Krankheitsursache über die am Krankenbett zu beobachtenden Phänomene bis zu einer zukünftigen Heilung erklären ließ. Eine bloße Beobachtung der äußeren Zeichen war somit als Erkenntnismittel nicht mehr ausreichend, sondern musste um eine Krankheitslehre ergänzt werden, die Erklärungen für die pathologischen Veränderungen innerhalb des Körpers anbot. Es „(...) (kam, TS) zu einer stärkeren Bewertung der Pathologie als der grundlegenden Disziplin, die Kriterien für die Einteilung der Zeichen in gesund und krank liefern kann“ (EICH 1986: 68f.).

Der Bedeutungsgewinn der Anatomie hatte jedoch nicht nur Auswirkungen auf die Entwicklung des lokalistischen Krankheitsverständnisses, sondern veränderte mit dem zunehmenden Einsatz experimenteller Forschung darüber hinaus auch die Arbeitsweise der zuvor in erster Linie scholastisch vorgehenden Medizin. Die bloße Übernahme tradiierter Lehrmeinungen trat gegenüber der Überprüfung dieser Wissensinhalte sowie der eigenständigen Wissensproduktion in den Hintergrund. Vor diesem Hintergrund wandelte sich die Medizin im

Verlauf des 19. Jahrhunderts zu einer empirischen Wissenschaft im modernen Sinne. Zwar lässt sich auch zuvor experimentelles Arbeiten beobachten, allerdings war dieses noch an individuelle Forscher oder Ärzte gebunden und stellte noch keine methodische Grundlage der Disziplin dar. Als systematischer Teil der medizinischen Wissensproduktion sollte die empirische Forschung sich erst im 19. Jahrhundert institutionalisieren. Impulse zu dieser Entwicklung kamen aus dem Kontext der Pariser Kliniken, da sich in diesem Kontext die Annäherung von Chirurgie und Innerer Medizin realisierte, die über Jahrhunderte hinweg zwei unterschiedlichen Denk- und Handlungssystemen angehört hatten.

Sowohl auf der Ebene des sich wandelnden Krankheitsverständnisses als auch in Bezug auf die an Bedeutung gewinnende experimentelle Forschung profitierte die Medizin dabei in erheblichem Maße von der Chirurgie. Zwar sollte die institutionelle Vereinigung der beiden medizinischen Bereiche noch etwa ein Jahrhundert auf sich warten lassen, doch einige Ärzte begannen sich bereits lange zuvor für die Arbeitsweisen der Chirurgen zu interessieren.

Die Bedeutung der Chirurgie

Dass die Chirurgie heute ohne Weiteres als wichtige Disziplin innerhalb der modernen Medizin gilt, ist ein historisch betrachtet vergleichsweise neues Phänomen. Im weitaus größten Teil der Medizingeschichte klaffte ein weiter Graben zwischen den Chirurgen als Vertretern der Äußerer Medizin und den Ärzten, denen die Behandlung innerer Erkrankungen vorbehalten war.

Erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde die Chirurgie in die sich professionalisierende Hochschulmedizin integriert.

Die ursprüngliche Trennung dieser beiden Bereiche wurde bereits 1215 auf Beschluss des IV. Laterankonzils eingeleitet. Die Chirurgie galt fortan

nicht länger als Teil der akademischen Medizin, sondern wurde als handwerkliche Tätigkeit verstanden. Der Grund für diese Entwicklung ist darin zu sehen, dass sich seit dem Frühmittelalter vor allem Klöster als Orte der Krankenbehandlung etabliert hatten. Chirurgische Eingriffe bargen zu jener Zeit jedoch aufgrund mangelnder Möglichkeit der Antisepsis hohe Risiken, so dass ein letaler Ausgang eher die Regel denn die Ausnahme chirurgischer Interventionen darstellte. Dieses Risiko war mit dem christlichen Gedankengut der Klöster nicht in Einklang zu bringen, so dass zunächst den Mönchen und Kanonikern (1130) und schließlich auch der Weltgeistlichkeit das Recht auf chirurgische Eingriffe entzogen wurde (vgl. ECKART 1990: 85).

Diese Entscheidung war für das Verhältnis von Ärzten und Chirurgen noch lange Zeit prägend. Vor allem den Ärzten schien es erforderlich, sich vehement gegenüber den Chirurgen abzugrenzen, deren Tätigkeit einer handwerklichen Tradition zugeordnet wurde. Etymologisch lässt sich die Bezeichnung des Chirurgen auf den griechischen Ausdruck für Handwerk zurückführen. „The surgeon was literally someone who undertook manual work as opposed to the mental labour of the physician who was a sort of medical philosopher“ (TURNER 1987: 28). Gerade zu jenen Zeiten, in denen es den Ärzten zur Begründung ihres Professionalisierungsanspruchs daran gelegen war, die eigene Überlegenheit gegenüber der laientherapeutischen Konkurrenz hervorzuheben, wurden die Chirurgen gemeinsam mit den Starstechern, Schäfern und Badern an den Pranger gestellt und einer unentschuldbaren medizinischen Fahrlässigkeit angeklagt.

Diese ablehnende Haltung wandelte sich erst im Laufe des 19. Jahrhunderts, wofür sich unterschiedliche Gründe anführen lassen. Hatten sich die akademisch ausgebildeten Therapeuten zu Beginn desselben noch als Vertreter eines gelehrten Standes wahrgenommen, rückte ihr Selbstbild nun zunehmend in die Nähe eines Praktikers. In diesem Zusammenhang interessierten sich einzelne Ärzte nun in verstärktem Maße für die chirurgischen Methoden und Arbeitsweisen. Vor

dem Hintergrund der bereits beschriebenen Konkurrenzsituation auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen ließen sich immer mehr junge Mediziner als Medikochirurgen approbieren, um dadurch ihre Erwerbchancen auf dem stark umkämpften Markt zu verbessern (vgl. HUERKAMP 1985: 55). Während sich zuvor noch eine wertende Unterscheidung beobachten lässt, die sich an der Differenz von Wissen vs. Arbeit orientierte, löste sich diese zunehmend auf. Die Annäherung an die Chirurgie begünstigte dabei sowohl die Entwicklung der lokalistischen Krankheitsauffassung als auch den Bedeutungsgewinn empirisch-experimenteller Formen der Wissensproduktion.

Die Krankheitsauffassung der Chirurgen fügte sich passgenau in die innermedizinische Entwicklung jener Zeit ein. Denn aufgrund der Behandlung von Wunden und Verletzungen war die Krankheitsauffassung der Chirurgie naturgemäß schon immer eine lokalistische und unterschied sich damit maßgeblich von derjenigen der Inneren Medizin mit ihrer holistischen Vorstellung von Krankheit. Die Verbindung von Befunden, die am Krankenbett beobachtet werden konnten mit anatomischen Veränderungen im Inneren des Körpers drängte sich im Kontext der chirurgischen Arbeit nachgerade auf und war hier bereits etabliert, bevor das lokalistisch-anatomische Krankheitsverständnis später zu einem der charakteristischen Merkmale der modernen Medizin werden sollte. Die Anatomie, die erst im Verlauf des 19. Jahrhunderts zu einer wichtigen Erklärungsquelle krankhafter Erscheinungen werden sollte, war bereits seit Beginn des 18. Jahrhunderts die grundlegende Wissenschaft chirurgischer Arbeit.

Auch die allmählich einsetzende Privilegierung der eigenen Sinne als Erkenntnismittel war im Bereich der Chirurgie bereits gängige Arbeitspraxis. Während sich die Ärzte lange Zeit darauf beschränkten, Zeichen zu beobachten und Erzählungen zu lauschen, blieb den Chirurgen beim Richten von Knochen oder der Behandlung kleinerer Alltagsverletzungen schlichtweg nichts anderes übrig, als manipulativ in das Geschehen

einzugreifen (vgl. IMBAULT-HUART 1990: 76). Die Reorientierung der Medizin, wie sie sich im 19. Jahrhundert beobachten lässt, ist somit zumindest teilweise auf die Einflüsse der lange Jahrhunderte als minderwertig betrachteten Chirurgie zurückzuführen (vgl. TEMKIN 1977: 492ff.).

Wenngleich sich die Annäherung zwischen Innerer Medizin und Chirurgie an verschiedenen Orten beobachten lässt, so stellen die Pariser Kliniken denjenigen Kontext dar, der diese Entwicklung auf institutioneller Ebene besonders begünstigte. In Paris wurde kurz vor der Wende zum 19. Jahrhundert die *École pratique*, der zuvor die Ausbildung der Chirurgen anvertraut war, in die *École de médecine* integriert. Diese Entscheidung, die in den Folgejahren von zahlreichen anderen medizinischen Ausbildungsstätten adaptiert wurde, führte zu tief greifenden Veränderungen des Curriculums und damit auch zu einem veränderten ärztlichen Selbstverständnis, das zunehmend auch eine Expertise in praktischen und ehemals als handwerklich verlachten Fähigkeiten inkludierte (vgl. MAULITZ 1987: 37).

Nicht zuletzt hatte dies auch auf der Ebene der medizinischen Wissensproduktion nachhaltige Konsequenzen, insofern als sich eine Neubewertung experimentellen Arbeitens beobachten lässt. So gab es zwar bereits im 18. Jahrhundert vereinzelte Ärzte, die ihre Forschungsergebnisse durch den Einsatz von Experimenten generierten. Für einen Großteil der Mediziner haftete dieser Tätigkeit jedoch weiterhin das Stigma handwerklicher Arbeit an, welches sich mit dem gelehrten Selbstverständnis nicht vereinbaren ließ (vgl. LESCH 1984: 18).

Mit der Integration der Chirurgie und dem damit einhergehenden Bedeutungs-zuwachs manipulativer Techniken nahmen diese Vorbehalte jedoch sukzessive ab, so dass sich das Experiment zunehmend als anerkanntes Erkenntnismittel durchsetzen konnte.

Eine weitere wichtige Konsequenz der Annäherung von Innerer Medizin und Chirurgie ist darin zu sehen, dass es im Kontext der Chirurgie bereits gängige Praxis war, Leichen zu Forschungszwecken zu öffnen, während die Innere Medizin aus den bereits genannten Gründen den geöffneten Leichnam noch nicht als Erkenntnismittel für medizinisch relevante Fragen wahrnahm. Beeinflusst durch die Chirurgie sollte sich diese jedoch maßgeblich ändern.

Die Leiche als Erkenntnisobjekt

Bereits im 16. und 17. Jahrhundert lässt sich beobachten, dass das Öffnen von Leichen sowohl als Erkenntnismittel als auch zu Ausbildungszwecken allmählich anerkannt wurde. Zuvor fand der anatomische Kurs traditionell im Rahmen der formellen Wintersektion statt. Typischerweise war dabei ein Chirurg mit der handwerklichen Arbeit der Leichenöffnung betraut, während ein Professor als Vertreter der Inneren Medizin von seinem erhöhten Sitzplatz aus das Geschehen kommentierend begleitete. Die Studenten waren um den Sektionstisch angeordnet und in die Rolle des passiven Zuschauers verwiesen. Die Orientierung vor allem an der Anatomie Galens war häufig noch derart dominant, dass die Leichenöffnung in erster Linie das Ziel verfolgte, das bereits Bekannte zu bestätigen. Diese Vorgehensweise änderte sich erst im 16. und 17. Jahrhundert. Die Professoren gingen dazu über, die nun häufiger stattfindenden Sektionen eigenhändig durchzuführen und nutzten die geöffneten Leichen zunehmend dafür, das existierende Wissen zu überprüfen, gegebenenfalls zu verwerfen und um neue Inhalte zu ergänzen. Regelmäßige anatomische Vorführungen wurden so europaweit Standard in der medizinischen Ausbildung (vgl. O'MALLEY 1970: 99). Jedoch sollte die Leichenöffnung erst im 19. Jahrhundert zur einer der methodischen Grundlagen der medizinischen Wissensproduktion werden. Eine wichtige Voraussetzung dieser Entwicklung ist darin zu sehen, dass

sich um 1800 die Zahl der vorgenommenen Leichenöffnungen radikal erhöhte. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass Anatomen zu jener Zeit von offizieller Seite der Zugang zu Leichen sowie zu Sektionssälen zu Forschungszwecken erleichtert wurde (vgl. MAULITZ 1987: 27). Erneut stellten die Pariser Kliniken einen besonders günstigen institutionellen Rahmen dieser Entwicklung dar, da hier eine hohe Anzahl an Leichen aus verschiedenen Krankenhäusern zu Forschungszwecken zur Verfügung stand. Jeder Kranke, der in den Kliniken verstarb, konnte nach seinem Tode obduziert werden. Dies hatte zur Folge, dass es sich bei den Verstorbenen im Gegensatz zu früheren Zeiten nicht mehr in erster Linie um verurteilte Verbrecher und damit um Gehenkte, sondern um Körper solcher Menschen handelte, die in Folge einer Krankheit verstorben waren, deren Spuren es nun im geöffneten Leichnam zu finden galt. Die Vielfältigkeit des hier zur Verfügung stehenden Materials ermöglichte es, die bereits angesprochenen Klassifikations- und Systematisierungsbemühungen weiter voran zu treiben.

Zusammenfassend präsentiert sich die Integration der Chirurgie in die Medizin gerade für letztere als wichtiger Meilenstein in ihrer Entwicklung. Die Ärzte, die lange Zeit fürchteten, sich die feinen Hände schmutzig zu machen und stattdessen ganz auf ihren gelehrten Kopf vertrauten, eigneten sich zunehmend die Arbeitsweisen der Chirurgen an. Mit dem Einsatz der von den diesen bereits seit Jahrhunderten ausgeübten manipulativen Techniken und der damit einhergehenden „union of hand and mind“ (LESCH 1984: 27) befreite sich die Medizin zunehmend aus dem Einflussbereich alter Erklärungsmuster. Als Zugang zur Krankheit verdrängte die Leichenöffnung zunehmend den Diskurs des Patienten und wurde damit allmählich zum privilegierten Erkenntnismittel der sich modernisierenden Medizin. Durch den zunehmenden Einsatz von Sektionen wandelten sich die Ärzte „from word-oriented, theory-bound scholastics to touch-oriented, observation-bound scientists“ (REISER 1978: 19).

Doch trotz der positiven Konsequenzen, die sich aus der Annäherung an die Chirurgie für die Innere Medizin langfristig ergeben sollten, warf die Integration der beiden Fächer um die Wende des 19. Jahrhunderts jedoch auch Fragen auf, die der Tatsache geschuldet waren, dass die beiden Bereiche über Jahrhunderte hinweg zwei divergierenden Handlungs- und Wissenssystemen zugerechnet wurden. Der handwerklichen Tätigkeit der Chirurgen stand die scholastische Vorgehensweise der Inneren Medizin gegenüber. Wenngleich sich die beiden Disziplinen auf institutioneller Ebene bereits angenähert hatten, existierten sie zunächst noch weitgehend nebeneinander her. So galt es zunächst, eine gemeinsame theoretische Basis jener beiden Disziplinen zu finden.

Zu einer inhaltlichen Integration sollte es erst in dem Moment kommen, in dem sich die Pathologische Anatomie zu jener Disziplin entwickelte, die als *lingua franca* sowohl in Richtung der Inneren Medizin als auch in Bezug auf das chirurgische Vorgehen anschlussfähig war (vgl. MAULITZ 1987: 41). Mit ihrem lokalistisch-anatomischen Krankheitsverständnis und der systematischen Korrelation von am Krankenbett beobachtbaren Befunden mit post-mortem Beobachtungen im geöffneten Leichnam stellte die Pathologische Anatomie jene Basis dar, auf der sich die Integration von Chirurgie und Innerer Medizin auch auf inhaltlicher Ebene realisieren sollte. Es ist in diesem Zusammenhang sicher kein Zufall, dass diejenigen Ärzte, die maßgeblich zum Bedeutungsgewinn der Pathologischen Anatomie beigetragen haben, häufig über chirurgische Berufserfahrung verfügten. Sie hatten entsprechend bereits selbst erfahren, inwiefern die Innere Medizin von den entsprechenden Fertigkeiten profitieren konnte. Ausgangspunkt der Überlegungen im Kontext der Pathologischen Anatomie war die Annahme, dass eine Krankheit sichtbare Spuren im Körper des Patienten hinterlässt. Hier standen zunächst die anatomischen Strukturen im Mittelpunkt der ärztlichen Aufmerksamkeit, die bereits seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert zur Erklärung des Krankheitsgeschehens an Bedeutung gewonnen hatten. Während dem

Körperinneren bislang kaum Erklärungskraft zugesprochen wurde, setzte sich im Kontext der Pathologischen Anatomie die Annahme durch, dass die Beobachtung der krankhaften Veränderungen im Körper die Basis der ärztlichen Entscheidungsfindung darstellten sollte, auf deren Grundlage schließlich auch eine Verbesserung der anschließenden Behandlung erwartet wurde (vgl. REISER 1987: 17). Ziel war es nun, die sichtbaren Spuren der Krankheit in Form der Zeichen nicht nur *am*, sondern als anatomische Läsionen auch *im* Körper des Patienten aufzudecken und mit den beobachtbaren klinischen Symptomen zu korrelieren. Wenngleich Fragen nach der ursächlichen Entstehung der Läsionen auch in diesem Zusammenhang noch von nachgeordneter Bedeutung waren, trugen die Bemühungen doch in erheblichem Maße dazu bei, das lokalistische Krankheitsverständnis durchzusetzen. Darüber hinaus war es das erklärte Ziel, auf Grundlage der bei der Sektion entdeckten Veränderungen ein Klassifikationssystem zu entwickeln, welches Krankheiten ausgehend von den anatomischen Läsionen voneinander unterschied. Die Unterscheidungsgrundlage waren nun nicht mehr die diffusen Krankheitszeichen, die den Klassifikationsbemühungen der semiotischen Medizin zugrunde gelegen hatte, sondern die lokalisier- und erkennbare anatomische Läsion. Die noch neue Bedeutung des Körperinneren als der Sitz der Krankheit tritt in dieser Annahme deutlich hervor und als wichtige Voraussetzung der diagnostischen Ausrichtung der modernen Medizin.

3.3.4 Die diagnostische Ausrichtung der modernen Medizin

Im Kontext der modernen Medizin bedeutet Diagnose die möglichst genaue Zuordnung von Befunden, die sich aus den beobachtbaren klinischen Symptomen ergeben, zu einem Krankheitsbild. Hier wird deutlich, warum sich die Diagnostik erst in dem Moment zur ärztlichen Kernkompetenz entwickeln konnte, in dem die semiotische Medizin an Bedeutung verlor. Erst wenn sich Krankheiten nicht mehr in Form

diffuser, äußerer Zeichen, sondern auf der Grundlage anatomischer Veränderungen voneinander abgrenzen lassen, kann eine Zuordnung, wie sie im Kontext der Diagnostik erfolgt, auf sicherer Basis ausgeführt werden. Zwar wurden auch zuvor bereits Krankheitszeichen mit Krankheiten in Verbindung gebracht, allerdings erfolgte diese Zuordnung nach Maßgabe der subjektiven Einschätzung und Erfahrung des Arztes. Die herangezogenen Zeichen *konnten* in diesem Zusammenhang zwar *ursächlich* mit der Krankheit verbunden sein, Gewissheit ließ sich jedoch aufgrund mangelnder Überprüfbarkeit in diesem Zusammenhang nicht herstellen. Diese wurde vielmehr erst in dem Moment erreicht, in dem die Pathologische Anatomie dazu überging, die klinischen Symptome post-mortem mit den anatomischen Läsionen zu korrelieren. Wo zuvor diffuse Zeichen auf das Vorhandensein *irgendeiner* Krankheit verwiesen, waren die Symptome nun typischerweise mit einer *spezifischen* Krankheit verknüpft. Im Erkennen, Unterscheiden und Benennen dieser Krankheiten fand die Diagnostik schließlich ihre Funktion.⁴⁸ Einige Jahre vor der Wende zum 19. Jahrhundert erschienen die ersten Lehrbücher, welche bereits eine vage Idee der Diagnostik in sich trugen, um 1820 schließlich setzte sich bei den jüngeren Ärzten sukzessive ein diagnostischer Umgang mit dem Kranksein durch (vgl. HESS 1993: 295).

Wenngleich gerade aus Sicht der Patienten auch die Therapeutik als wünschenswerte Kompetenz der Ärzte erscheinen mag, so lässt sich gerade für den vorliegenden Untersuchungszeitraum nachweisen, dass sich „ein diagnostischer Hochmut entwickelt(e, TS), der Therapie verachtete – Wissenschaft wurde in den einseitigen Dienst der Diagnostik gezwungen“ (HARTMANN 1972: 91). Und auch im Kontext der modernen Medizin lässt sich dahingehend ein Ungleichgewicht von Diagnostik und Therapeutik beobachten, als die hiermit verbundenen Kompetenzen zunehmend auseinanderzudriften scheinen. Während das stetig expandierende

⁴⁸ Hiermit soll in keiner Weise unterstellt sein, dass die Diagnostik stets zweifelsfrei und ohne Fehlentscheidungen abläuft. Vielmehr stehen jene Voraussetzungen im Vordergrund, welche die diagnostische Ausrichtung der modernen Medizin überhaupt erst ermöglicht haben.

diagnostische Wissen immer tiefer in den Körper einzudringen in der Lage ist, nimmt die therapeutische Kompetenz nicht in gleichem Maße zu. Vielmehr scheint diese der diagnostischen Entwicklung systematisch hinterherzuhinken. Während also auf der einen Seite die therapeutischen Bemühungen, gerade in Bezug auf die vorherrschenden chronisch-degenerativen Krankheiten häufig scheitern, verfügt die Medizin auf der anderen Seite über „ein relatives Optimum an objektivierenden Techniken zur Diagnose von Krankheiten“ (GROSS/HITZLER/HONER 1985: 158).

Für die Medizin ergaben sich sowohl auf theoretischer als auch auf praktischer Ebene Vorteile aus der zunehmend diagnostischen Ausrichtung des Faches. So stellt die Diagnostik den Versuch dar, „eine wissenschaftliche, *medizinische Fachsprache* zu etablieren, in der Krankheiten und Krankheitsvorstellungen in Krankheitsordnungen systematisiert und definiert werden“ (EICH 1986: 67, Hervorhebung TS). Die sich derart entwickelnde *Fachsprache* sollte spätestens in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu einer gemeinsamen Sprache all jener Ärzte werden, die sich dem schulmedizinischen Paradigma verpflichtet fühlten und führte zu einer kognitiven Homogenisierung, die der hohen Idiosynkrasie verschiedener medizinischer Schulen, die für die Krankenbettmedizin kennzeichnend war, Grenzen setzte.

Die vergangenen Ausführungen haben die Behandlung distinkter Krankheitsbilder als diejenigen medizinischen Einzelereignisse definiert, welche zunehmend in einen übergeordneten Beobachtungszusammenhang integriert werden sollten. Der Fokus der Ausführungen lag dabei auf der historischen Entstehung lokalisierbarer Krankheitsbilder, deren Diagnose und Therapie im Mittelpunkt der ärztlichen Aufmerksamkeit steht. Ausgehend von der semiotischen Medizin, die mit ihrer Orientierung an diffusen *Krankheitszeichen* noch keine Vorstellung abgrenzbarer *Krankheitsbilder* beinhaltete, wandte sich der ärztliche Blick zunehmend dem Körperinneren als dem Sitz der Krankheit zu. In diesem Zusammenhang spielte die sich etablierende Pathologische Anatomie eine wichtige Rolle,

da hier erstmals dazu übergegangen wurde, anatomische Veränderungen, die am geöffneten Leichnam beobachtet wurden, systematisch mit den zuvor registrierten Symptomen zu korrelieren. Krankheit wurde hierdurch zu einem lokalisierbaren Phänomen, welches sich dem Arzt in Form typischer Symptome präsentierte. Die diffusen Krankheitszeichen der semiotischen Medizin gehörten damit der Vergangenheit an.

Gleiches gilt auch für die starke prognostische Ausrichtung der Medizin, die sich, wie bereits erläutert, notwendig aus der grundsätzlichen Beschaffenheit der semiotischen Medizin ergab. Mit der Konzentration auf lokalisierbare Krankheitsbilder rückte demgegenüber jedoch zunehmend die Diagnose sowie die daran anschließende, zielgerichtete Therapie distinkter Krankheitsbilder in den Mittelpunkt der ärztlichen Aufmerksamkeit.

Der Übergang von der semiotischen zur diagnostischen Medizin hatte auch Auswirkungen auf das Verhältnis von Ärzten und Patienten und setzte damit jene Entwicklung konsequent fort, die in den vergangenen Kapiteln bereits skizziert wurde. Aus den Krankheitszeichen, die im Kontext der semiotischen Medizin lediglich als diffuse Signifikanten einer vorliegenden Erkrankung fungierten, ohne diese näher zu bestimmen, entwickelten sich im Kontext der diagnostischen Medizin Symptome, die typischerweise auf spezifische Krankheitsbilder hinwiesen. „Aus der Metapher des Zeichens wird das Bild, aus dem unbestimmungssprachlichen „krank“ wird die „Krankheit““ (EICH 1986: 97). Indem das Vorliegen einer anatomischen Läsion als definitives Merkmal einer Krankheit angenommen wurde, verlor der Diskurs des Patienten in diesem Zusammenhang an Bedeutung. Die Feststellung der Krankheit fiel nun in den Verantwortungsbereich des Arztes, während das erlebte Leiden demgegenüber in den Hintergrund rückte. Man musste sich nun nicht mehr krank fühlen, um krank zu sein (vgl. DUFFIN 1999: 79).⁴⁹

⁴⁹ Hier beginnt sich jene Unterscheidung abzuzeichnen, die sich im angelsächsischen Sprachgebrauch in der unterschiedlichen Bedeutung von *illness* und *disease* zeigt. Während *illness* das individuelle Leiden eines Betroffenen beschreibt, werden die wissenschaftlichen Krankheitsbilder unter dem Begriff der *disease* zusammengefasst.

Auch die Persönlichkeit des Kranken verlor als prägende Kraft an Bedeutung. Krankheiten wurden zunehmend als natürliche Einheiten verstanden, die „unabhängig von den Zufälligkeiten der Modifikationen, die der Träger ihnen aufprägt (existierten, TS)“ (HARTMANN 1977: 151f.). Sie konnten nun „in ihrer gewissermaßen reinen Gestalt durch genaue Beobachtung erkannt und beschrieben werden. Krankheiten (wurden, TS) als in sich gesetzmäßige „Veranstaltungen der Natur“ aufgefaßt“ (HARTMANN 1977: 151f.). Der Arzt musste nun entsprechend „nicht mehr auf den ganzen Menschen (...) blicken, er muß nicht mehr seine Geschichte anhören, er muß nicht wissen, wie er heißt und wo er wohnt, er muß nicht wissen, ob zur Zeit eine Grippe grassiert oder nicht; jederzeit wird er zur richtigen Erkenntnis kommen, wenn er die medizinischen Zeichen registriert“ (EICH 1986: 115). Die sich in diesem Zusammenhang in den Kliniken etablierende Fachsprache unterbrach den Dialog zwischen Ärzten und Patienten und drängte letztere in den Bereich der Sprachlosigkeit, während sie die Kommunikation zwischen medizinischen Experten maßgeblich vereinfachte.

3.4 Herstellung von Vergleichbarkeit: Die Klassifikation distinkter Krankheitsbilder sowie die Objektivierung der ärztlichen Praxis

Während die vorangegangenen Ausführungen illustrierten, inwiefern sich die Diagnose und Therapie distinkter Krankheitsbilder als medizinische Einzelereignisse fassen lassen, die in jeder Krankenbehandlung fortlaufend produziert werden, steht im Folgenden die Frage im Mittelpunkt, auf welche Weise zwischen diesen einzelnen Ereignissen jene Vergleichbarkeit produziert wurde, die es überhaupt erst plausibel erscheinen lässt, diese als Elemente eines übergeordneten Vergleichszusammenhangs zu begreifen. Es wird davon ausgegangen, dass die Herstellung von Vergleichbarkeit auf zwei verschiedenen Ebenen

erfolgte. Zum einen ist in diesem Zusammenhang das zunehmende Bedürfnis nach medizinischer Klassifikation zu nennen, zum anderen die Objektivierung der ärztlichen Praxis, die sich vor allem in Bereich der Diagnostik beobachten lassen.

3.4.1 Klassifikation als Ausweg aus der ärztlichen Orientierungslosigkeit

Vor dem Hintergrund der massiven Orientierungslosigkeit, die sich im Kontext der semiotischen Medizin aus der Diffusität und der schier unendlichen Anzahl beobachtbarer Zeichen im Kontext der ärztlichen Praxis ergab, entwickelte sich ein zunehmendes Interesse daran, die Krankheitszeichen zu kategorisieren, um sie hierdurch in einem übergeordneten Ordnungssystem zu integrieren. Diese Bemühungen lassen sich bis in das ausgehende 18. Jahrhundert zurückverfolgen.

Als Vorbild diente in diesem Zusammenhang zunächst die Botanik, stellte sie doch eine der ersten Disziplinen dar, „die sich auf Grundlage einer systematischen Klassifikation zu einem selbständigen Teilgebiet der *Historia naturalis* entwickelte“ (Hess 1993: 37f.). Dieses Vorgehen wurde im Kontext der Medizin vereinzelt aufgegriffen und der Versuch unternommen, Krankheiten in analoger Weise zu klassifizieren. Diesen Bemühungen lag die Annahme zugrunde, dass Krankheiten als natürliche Phänomene einen uniformen und konsistenten Charakter aufweisen, der es ermöglicht, sie anhand ihrer Symptome voneinander zu unterscheiden. Von verschiedenen Autoren vorangetrieben, entwickelten sich unterschiedliche Klassifikationssysteme, die jedoch ein gemeinsames Grundproblem aufwiesen. So lag die Schwierigkeit erneut in der zu jenem Zeitpunkt noch nicht überwundenen Unzugänglichkeit des Körperinneren begründet, die eine überprüfbare Korrelation von Zeichen und den Vorgängen im Inneren des Organismus weiterhin verhindert. Es war zwar durchaus gängige Praxis, beobachtbare Zeichen als Grundlage der ärztlichen Entscheidungsfindung wahrzunehmen und diese als Signifi-

kanten einer Krankheit zu konzeptualisieren, doch war hiermit keinesfalls sichergestellt, dass eben jene Zeichen die für die Erkrankung spezifischen waren. Die Auswahl und die Deutung der Zeichen oblagen weiterhin der subjektiven Einschätzung und Erfahrung des Autors, so dass auf dieser Basis noch keine allgemein verbindlichen Ordnungssysteme entstehen konnten. Das Unvermögen, natürliche und diagnostische Systeme sinnvoll zur Deckung zu bringen, spiegelt sich im folgenden Zitat wieder, welches einen Klassifikationsversuch Philippe Pinels als letztendlich gescheitert beschreibt. „The goal of Pinel's nosography was to „paint disease“. He failed (...) because the utopian idea of a systematic classification of disease was a handicap in itself. (...) As „colors“, he had mostly only symptoms at his disposal. We know now that they are not sufficient to do a real „portrait“. The consequence was that reality and Pinel's classification of it were rather far apart“ (ACKERKNECHT 1967: 49f.). Wenngleich die ersten Klassifikationsbemühungen aus diesem Grund zunächst zum Scheitern verurteilt waren, so lässt sich dennoch beobachten, dass an der grundsätzlichen Notwendigkeit derart systematisierender Versuche weiterhin festgehalten wurde. Die um Orientierung ringenden Ärzte des 19. Jahrhunderts konnten mit ihren Bemühungen entsprechend an den Vorarbeiten der nosologischen Pioniere ansetzen und deren Arbeit konsequent fortsetzen.

Neben dem bereits erwähnten Übermaß an beobachtbaren Zeichen und der daraus resultierenden Unsicherheit auf Ebene der ärztlichen Entscheidungsfindung entwickelte sich das erneut aufflammende Interesse an Klassifikation in diesem Zeitraum auch aus einer anderen Richtung. So stand die Medizin jener Zeit, vor allem im Vergleich zu den erstarkenden Naturwissenschaften, unter einem immer stärker werdenden Legitimationsdruck, der zunehmend auch von Stimmen außerhalb der Disziplin erhoben wurde. „Was ist die Arzneikunst mit ihren unwägbareren Prognosen und Kuren und mit ihrem ständigen Schulenstreit schon für eine Wissenschaft, wenn man sie mit der Physik oder der Chemie und

ihren fest umrissenen, meßbaren und wägaren Objekten vergleicht?“ (LACHMUND 1997: 68) – solchen und ähnlichen Fragen musste sich die Medizin jener Zeit stellen, wollte sie den Anschluss an die Naturwissenschaften nicht verlieren, die gesellschaftsweit hohes Ansehen genossen.

Auch die bereits skizzierte, in ihrem Umfang stetig zunehmende Krankenhausmedizin stellte die Disziplin vor neuartige Organisationsprobleme. Während der Arzt im Kontext seiner Privatpraxis auf eine überschaubare Anzahl an Patienten traf, sah er sich in den Kliniken mit ihren stetig steigenden Bettenkapazitäten einem Übermaß an Zeichen gegenüber, dem er durch bloße Beobachtung alleine nicht Herr werden konnte. Zu mannigfaltig waren die Erscheinungen, die ohne eine handhabbare Korrelation zu spezifischen Krankheitsbildern gleichsam im theorieleeren Raum schwebten. Die Observation am Krankenbett alleine stellte in diesem Kontext entsprechend keine Möglichkeit zur Verfügung, das Ähnliche im Unterschiedlichen zu erkennen und so Krankheiten voneinander abzugrenzen. Es musste ein anderer Weg gefunden werden, um Ordnung in das chaotische Nebeneinander der mannigfaltigen Krankheitserscheinungen zu bringen und diese an handhabbare Konzepte zurückzubinden.

3.4.2 Die Entwicklung der ICD als verbindlichem Klassifikationssystem

Ergaben sich die ersten Kategorisierungsversuche aus dem Problem der Orientierungslosigkeit der ärztlichen Praxis, entwickelte sich parallel hierzu auch außerhalb der medizinischen Disziplin ein Interesse daran, Krankheiten in ein übergeordnetes Ordnungssystem zu integrieren. Wenngleich hier zu Anfang in erster Linie bevölkerungsstatistische Fragestellungen im Vordergrund standen, ging hieraus mit der ICD das

weltweit wichtigste Diagnose- und Klassifikationssystem der modernen Medizin hervor (vgl. zum Folgenden WHO).

Am Anfang dieser Entwicklung stand das Bemühen der statistischen Evaluation von Todesursachen, das begleitet wurde von Versuchen, die medizinische Terminologie zu vereinheitlichen. Als einer der wichtigsten Pioniere diese Entwicklung gilt William Farr, der im Rahmen seiner Tätigkeit im General Register Office of England and Wales nicht nur die bestehenden, häufig recht kruden Klassifikationssysteme verbesserte, sondern darüber hinaus auch die Notwendigkeit erkannte, diese in einer Form zu standardisieren, die sie über den nationalen Kontext hinaus auch international anwendbar machen sollte. Überzeugt von der Argumentation Farris erhielt dieser im Rahmen des Ersten Internationalen Statistischen Kongresses, der 1853 in Brüssel stattfand, gemeinsam mit Marc d'Espine aus Genf den Auftrag, eine international verbindliche Klassifikation der Todesursachen zu erstellen. Ihre Vorschläge wurden auf dem nächsten Kongress, der zwei Jahre später in Paris stattfand, übernommen. Aus der Kategorisierung der Krankheiten geht deutlich hervor, wie umfassend die Autoren dabei auf dasjenige Wissen zurückgriffen, das im Kontext der Medizinwissenschaft zu jener Zeit zur Verfügung gestellt wurde. So beschrieb eine der Kategorien innerhalb der Klassifikation beispielsweise Krankheiten, die sich auf der Grundlage anatomischer Läsionen beschreiben lassen und griff damit eindeutig auf die lokalistische Krank-

heitsvorstellung zurück, die sich in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts innerhalb der Medizin entwickelt hatte.

Während sich aus der Vorlage von Farr und d'Espine zunächst noch kein international verbindliches Klassifikationssystem entwickeln sollte, wurde dieses Ziel einige Jahre später in Form der sogenannten Bertillon-Klassifikation realisiert. Bertillon, seines Zeichens Leiter der statistischen Dienste der Stadt Paris, erhielt 1891 von Seiten des Internationalen Statistischen Instituts den Auftrag, eine Klassifikation der Todesursachen zu entwickeln, mit dem Ziel, diese international einzusetzen. Der erste Vorschlag Bertillons, den dieser 1893 in Chicago präsentierte, stellte eine Synthese von Klassifikationen dar, die in England, Deutschland und der Schweiz angewandt wurden. Die Bertillon-Klassifikation erlangte erstaunlich schnell allgemeine Akzeptanz und wurde bereits 1898 in Mexiko, Kanada und den USA implementiert.

Basierend auf dem Vorschlag, die Bertillon-Klassifikation in regelmäßigen Abständen zu überarbeiten und sie derart um die neuesten medizinwissenschaftlichen Erkenntnisse zu ergänzen, kamen im August 1900 in Paris Delegierte aus 26 Ländern zu diesem Zweck zusammen. Bertillon selbst war eine treibende Kraft hinter diesem Vorgehen. So verschickte er die Version seiner Klassifikation, die 1920 in Kraft treten sollte, zuvor an 500 Experten, die er um Verbesserungen und Anregungen bat.

Waren die klassifizierenden Bemühungen zunächst noch auf die Unterscheidung von Todesursachen beschränkt, so wurde diese bereits 1900 um eine Liste ergänzt, die jene Krankheiten umfasste, die keinen letalen Ausgang hatten. Die bestehenden Klassifikationen wurden in den Folgejahren regelmäßig revidiert und mündeten schließlich in die *International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death* (ICD). Diese basierte auf einem Handbuch, das 1949 erstmals von der First World Health Assembly herausgegeben wurde und gilt seitdem als weltweit anerkanntes Diagnosesystem der modernen Medizin, das im zehnjährigen Rhythmus überarbeitet wird. Es sei erneut darauf

hingewiesen, dass sich der Einsatz der ICD in der Praxis nicht völlig problemlos realisiert. Im vorliegenden Kontext von ausschlaggebender Bedeutung ist jedoch die Tatsache, dass sich Ärzte weltweit in ihrer Berufsausführung auf eine gemeinsame Basis beziehen, im Rahmen derer Krankheiten als lokalistische und spezifische Entitäten voneinander abgegrenzt werden. Durch die regelmäßigen Revisionen wird sichergestellt, dass die ICD stets mit der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft Schritt hält. Welchen Behandlungsweg der einzelne Arzt auf Grundlage seiner Diagnose einschlägt, wird durch die ICD freilich nicht vorgegeben. Allerdings ist sichergestellt, dass alle Ärzte, die sich dem schulmedizinischen Paradigma verpflichtet fühlen, in Form moderner Krankheitsbilder von einer geteilten Ausgangsbasis ausgehen, wodurch sich der kommunikative Austausch zwischen einzelnen Ärzten maßgeblich verbessert haben dürfte.

In Bezug auf die Herstellung der Vergleichbarkeit der medizinischen Einzelereignisse kann hier Folgendes resümiert werden. Den Ausgangspunkt der Argumentation bildete die semiotische Medizin des beginnenden 19. Jahrhunderts. Krankheiten präsentierten sich in diesem Kontext als Konstellationen diffuser Symptome, denen der Kranke durch seine Person eine individuelle Gestalt aufprägte. Unbestimmte Krankheitszeichen sowie die Schilderungen der Kranken bildeten die Basis der ärztlichen Entscheidungsfindung. Die Krankheitslehre, welcher der Arzt seiner Handlung zugrunde legte, orientierte sich dabei noch nicht an einem universalisierten Wissenskanon, sondern richtete sich nach den individuellen Vorlieben des Mediziners. Teilweise wurden diese zu einem einzigartigen Zugang zur Krankheit stilisiert, um sich derart von der Konkurrenz abzugrenzen. Zusammengenommen ergeben diese Charakteristika eine Medizin, die sich als individuell und subjektiv beschreiben lässt. Als erklärende Kraft spielte die Individualität des Kranken eine ebenso große Rolle wie diejenige des Arztes. Dessen Kompetenz war noch nicht standardisiert, sondern an seine Person

gebunden. Aufgrund der intimen Kenntnis der Lebensumstände des Patienten, welche die Krankheitsauffassung jener Zeit von den Ärzten verlangte, war die Krankenbettmedizin notwendig eine lokale Praxis. Gerade aus dieser lokalen Beschränkung, die den Arzt mit einer besonderen Expertise bezüglich der Lebensumstände des Kranken ausstattete, erfuhr diese ihre Legitimität. Auch die Krankheit selbst wurde, geformt durch ihren Träger, zu einer individuellen Erscheinung, die noch nicht als universeller Tatbestand vor einem allgemein verbindlichen Beobachtungszusammenhang wahrgenommen wurde.

Beginnend im ausgehenden 18. Jahrhundert wurde die Orientierungslosigkeit, die sich aus der Diffusität der medizinischen Zeichen ergab, zunehmend als problematisch empfunden und mündete in den Versuch, Krankheiten zunehmend voneinander unterscheidbar zu machen. Während die ersten Versuche die Krankheiten anhand der beobachtbaren Zeichen voneinander unterschieden – und aufgrund der Diffusität ebendieser bereits im Ansatz zum Scheitern verurteilt waren – setzte sich sukzessive eine lokalistische Krankheitsauffassung durch, welche Krankheiten an die festen Strukturen des Körpers band. Mit der an Bedeutung gewinnenden klinisch-anatomischen Korrelation, die im Kontext der an Bedeutung gewinnenden Pathologischen Anatomie klinische Beobachtungen post-mortem mit anatomischen Läsionen in Verbindung brachte, entwickelten sich sukzessive distinkte Krankheitsbilder, die in ihrer Spezifität nicht mehr vergleichbar waren mit den diffusen Krankheitsbildern der semiotischen Medizin. Die systematisch und klassifikatorisch vorgehende Beobachtung am Krankenbett und im Sektionssaal ermöglichte es, die Typizität einzelner Krankheiten zu erkennen und sie auf dieser Grundlage zunehmend voneinander unterscheidbar zu machen. Auf dieser Grundlage konnte sich schließlich auch die Diagnostik zur ärztlichen Kernkompetenz entwickeln und die zuvor dominierende Prognostik in dieser Position ablösen. Die verschiedenen Bemühungen um Klassifikation der Krankheiten, die

sowohl innerhalb als auch außerhalb der Medizin weiter getrieben wurden, mündeten schließlich in die ICD, die weltweit ein verbindliches Diagnose- und Klassifikationssystem der modernen Medizin darstellt. Wenngleich sich auch auf dieser Basis durchaus noch Variationen innerhalb der medizinischen Praxis beobachten lassen, stellt diese Taxonomie doch sicher, dass Krankheiten weltweit vor dem Hintergrund eines von allen Ärzten geteilten Referenzrahmens beobachtet werden. Die inkrementale Revision der ICD stellt dabei sicher, dass die dort klassifizierten Krankheitsbilder regelmäßig spezifiziert und um neue Erkenntnisse ergänzt werden. Im Hinblick auf die Vergleichbarkeit der medizinischen Einzelereignisse wurde die ICD als Beispiel angeführt, da sie zunächst diffus vorliegende Symptome zu distinkten Krankheitsbildern klassifiziert, die der geteilten Beobachtung einer beliebigen Anzahl medizinische Experten zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus lässt sich die Herstellung der Vergleichbarkeit jedoch auch auf einer anderen Ebene beobachten, die in Form der Objektivierung der ärztlichen Praxis im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen stehen wird.

3.4.3 Die Objektivierung der ärztlichen Praxis

Als eines der Merkmale der modernen Schulmedizin wurde deren weitgehende Objektivität genannt, die sich in Form der entsprechenden Prämissen und Methoden nicht nur auf der Ebene der medizinischen Forschung zeigt, sondern darüber hinaus auch im Bereich der ärztlichen Praxis. Einschränkend sei hier angemerkt, dass sich Objektivierung im Kontext der medizinischen Praxis nicht am Ideal wissenschaftlicher Forschung orientieren kann. Es wurde im vergangenen bereits angemerkt, dass eine vollkommene Standardisierung ärztlicher Entscheidungen nicht möglich ist. Wenngleich diese – vor allem im Kontext der Evidenzbasierten Medizin, die seit einigen Jahrzehnten einen Paradigmenwechsel in Hinblick auf klinische Entscheidungen beobachten lässt – zunehmend

um externe Evidenz ergänzt werden soll, so ist die individuelle Erfahrung des Arztes und dessen subjektive Beurteilung der gegebenen Situation immer auch Teil medizinischer Urteile. Wenn jedoch, wie hier im Vergangenen geschehen, Krankenbehandlungen als die basalen Element der Medizin wahrgenommen werden, muss sichergestellt werden, dass deren Beobachtung innerhalb der ärztlichen Praxis auf einheitliche Art und Weise erfolgt. Die hierfür notwendige Objektivierung diagnostischer Verfahren soll im Folgenden am Beispiel diverser Hilfsmittel illustriert werden.

Ausgangspunkt der Argumentation bildet dabei die Tatsache, dass die körperliche Untersuchung aus unterschiedlichen Gründen im Kontext der Krankenbettmedizin kaum eine Rolle spielte. Erst im institutionellen Kontext der Pariser Kliniken wurde – zunächst auf philosophischer Ebene – jene Privilegierung der ärztlichen Sinne vorbereitet, welche den Einsatz diagnostischer Hilfsmittel überhaupt erst sinnvoll erscheinen lassen sollte. Hier wurden die Sinne des Arztes erstmals als systematisches Erkenntnis-mittel wahrgenommen und gegenüber dem Patientenkurs privilegiert. Aufbauend auf dem Verfahren der Perkussion entwickelte sich die stethoskopische Untersuchung, welche die ärztliche Praxis auf eine völlig neuartige Basis stellte. Die Privilegierung der ärztlichen Sinnes-wahrnehmung wurde jedoch im Zeitverlauf ebenfalls als defizitär wahrgenommen, so dass in der Folge diagnostische Hilfsmittel entwickelt wurden, welche die Körpervorgänge durch unmittelbare Aufzeichnung in quantifizierter Form repräsentierten.

3.4.3.1 Die Unterbewertung der körperlichen Untersuchung im Kontext der Krankenbettmedizin

Zur Begründung der Unterbewertung der physikalischen Untersuchung im Kontext der Krankenbettmedizin, die sich exemplarisch daran zeigt, dass vor allem prominente Ärzte ihre medizinischen Ratschläge teilweise auch

in Briefform erteilt, lassen sich verschiedene Aspekte anführen (vgl. PORTER 1993: 183ff.). Zum einen standen dem Arzt jenseits der eigenen Sinne keine Möglichkeiten zur Verfügung, zur Krankheit vorzudringen. Die Körperoberfläche stellte somit die Grenze der ärztlichen Wahrnehmung dar. Diagnostische Hilfsmittel, mit deren Hilfe er in den Körper hätte vordringen können, existierten noch nicht, so dass der Zugang zur Krankheit auf die Erzählung des Patienten sowie die oberflächliche Beobachtung durch den Arzt beschränkt war. Diese umfasste zwar auch die Registrierung körperlicher Funktionen wie die Geschwindigkeit der Atmung, den Puls oder die Gesichtsfarbe des Kranken, allerdings spielten diese Beobachtungen im Vergleich zur Erzählung des Patienten nur eine untergeordnete Rolle und verwiesen darüber hinaus kaum auf das Vorliegen einer spezifischen Erkrankung. Die sinnliche Wahrnehmung der Krankheit durch den Arzt hatte sich noch nicht zu einem eigenständigen Zugangsweg etabliert. Der Ruf des Arztes, von dem er aufgrund der häufig ungesicherten finanziellen Lage stark abhängig war, gründete sich entsprechend in erster Linie auf seine Fähigkeit des *history-taking* sowie den daran anschließenden Ausspruch, der in erster Linie prognostischen Inhalts war. Die bereits angesprochene Annäherung von Innerer Medizin und Chirurgie befand sich in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts noch in ihren Anfängen, so dass sich, trotz vereinzelter Ausnahmen, die Mehrzahl der Ärzte weiterhin als Gelehrte verstanden, die sich von den *handwerklich* tätigen Chirurgen abgrenzten, um derart ihren eigenen Status zu erhöhen. Diesem Selbstbild folgend, verbat sich der Einsatz der Hände bei der Untersuchung der Patienten gewissermaßen von selbst. Je nach sozialem Status und Geschlecht des Kranken dürfte auch das geltende Schamempfinden dem Einsatz der körperlichen Untersuchung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts enge Grenzen gesetzt haben. Zur Durchsetzung derselben spielte erneut die an Bedeutung gewinnende Krankenhausmedizin eine wichtige Bedeutung, da der Arzt hier, wie bereits erwähnt, zunächst in erster Linie auf Patienten

traf, die sich seinem Autoritätsanspruch zu unterwerfen bereit waren.

In Zusammenhang mit dem Bedeutungsgewinn des Körperinneren als Sitz der Krankheit kam es zur Entwicklung diverser diagnostischer Hilfsmittel, die die ärztliche Praxis revolutionierten. Nicht nur setzte sich hierdurch die körperliche Untersuchung als privilegierter Zugang zur Krankheit durch, die ärztliche Wahrnehmung wurde durch die Entwicklung der Instrumente auch auf eine völlig neuartige Basis gestellt. Die objektivierende Wirkung, die sich durch den Einsatz solcher Instrumente für die ärztliche Praxis ergab, soll im Folgenden am Beispiel des Stethoskops illustriert werden.

In einem zweiten Schritt entwickelten sich weitere diagnostische Hilfsmittel, die zu einer völlig neuartigen Repräsentation des Krankheitsgeschehens in graphischer und numerischer Form führten. Während die erste Generation diagnostischer Hilfsmittel noch dazu diente, die sinnliche Wahrnehmung des Arztes weiter in das Körperinnere hinein auszudehnen, zeichneten sich die Geräte der zweiten Generation – prominent ist hier das Fieberthermometer zu nennen – dadurch aus, dass die ein unmittelbareres Bild von der Krankheit lieferten. Nicht länger vermittelt durch den Arzt und dessen Wahrnehmung, sondern durch direkte Aufzeichnung der Körpervorgänge sollte die Krankheit nun zu den Ärzten sprechen. Auch in diesem Zusammenhang erwies sich der bereits angesprochene Kontext Pariser Kliniken als besonders günstig.

3.4.3.2 Der Kontext der Pariser Kliniken

In Frankreich war die medizinische Ausbildung in den letzten Jahrzehnten des 18. Jahrhunderts Gegenstand tief greifender Reformbemühungen. Wenngleich die Französische Revolution gemeinhin als ein Phänomen beschrieben wird, welches in erster Linie von den unteren gesellschaftlichen Schichten getragen wurde, beschäftigte sich die intellektuelle Elite in diesem Kontext jedoch unter anderem auch mit Fragen der

professionellen Ausbildung, die zu jener Zeit als nicht angemessen empfunden wurde (vgl. DUFFIN 1999: 192). Gerade die Medizin sah sich harscher Kritik ausgesetzt und wurde als theoretische Disziplin verspottet, die den Kranken über spekulatives Vermuten hinaus keine wirkliche Hilfe anzubieten hatte. Die Selbstdarstellung der Ärzte, die sich trotz ihrer – den Patienten oft offensichtlich erscheinenden –Unzulänglichkeiten gerne als Gelehrte und Ratgeber präsentierten, dürfte kaum dazu beigetragen haben, das Ansehen der Medizin in der Öffentlichkeit zu stärken. Als Folge dieser Unzufriedenheit wurden 1789 zunächst alle bestehenden medizinischen Fakultäten geschlossen (vgl. DUFFIN 1999: 193). Die daran anschließenden Reformbemühungen verfolgten das Ziel, die medizinische Ausbildung und damit – so hoffte man – auch die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu verbessern. In diesem Zusammenhang sprachen sich die Reformer für die bereits angesprochene Vereinigung von Medizin und Chirurgie aus, die zuvor über Jahrhunderte hinweg als zwei eigenständige Disziplinen nebeneinander existiert hatten. Dass diese Annäherung zumindest von einem Teil der Ärzte teilweise aus ökonomischen, teilweise aus intellektuellen Gründen begrüßt wurde, wurde bereits erläutert.

Ein weiteres Ziel der Reform war es, die immer stärker anwachsenden Krankenhäuser systematisch für die Ausbildung junger Ärzte nutzbar zu machen. Es kam zwar auch zuvor bereits vereinzelt vor, dass Ärzte ausgewählte Schüler mit zu ihren Patienten nahmen, als systematischer Teil der Ausbildung hatte sich die Unterweisung am Krankenbett jedoch noch nicht etabliert. Dies lässt sich neben dem mangelnden Praxisbezug der medizinischen Ausbildung allgemein sicherlich auch darauf zurückführen, dass die Konsultation eines Professors für die Kranken eine kostspielige Angelegenheit war, so dass sie kaum einverstanden gewesen sein dürften, gleichzeitig als Studienobjekt zu dienen (vgl. KAISER 1987: 71). Durch die Integration der Unterweisung am Krankenbett änderte sich der Charakter der medizinischen Ausbildung maßgeblich. Zuvor in erster Linie

an Lehrbüchern und Vorträgen altgedienter Gelehrter orientiert, sollte die Medizin nun zu einer praxisorientierten Wissenschaft werden, die ganz auf die Ausbildung praktisch tätiger Ärzte ausgerichtet war. Wenngleich die Pariser Kliniken im ausgehenden 18. Jahrhundert Vorbild-charakter für die medizinische Welt jener Zeit einnahmen, so lässt sich die Einführung der klinischen Unterweisung am Krankenbett auch an anderen Orten beobachten.

Der erste Arzt, der bereits im 16. Jahrhundert im Beisein der Patienten medizinische Inhalte und diagnostisches Vorgehen vermittelte, war Giovanni Battista da Monte, der damit in Padua eine erste Form der klinischen Medizin etablierte (vgl. LESKY 1970: 220). Neben Paris entwickelten sich im 18. Jahrhundert auch Leyden und Wien zu Zentren der klinischen Medizin, deren Reformbemühungen Modellcharakter für zahlreiche europäische Universitätskliniken hatten.

Im Kontext der Pariser Kliniken wurde die angesprochene Reformbewegung von einer Gruppe von Medizinern und Philosophen getragen, die sich selbst als *les idéologues* bezeichneten.⁵⁰ In Anlehnung an die sensualistische Erkenntnistheorie Condillacs ließen sie entgegen der zuvor stark scholastischen Ausrichtung der Medizin als einzige Erkenntnisquelle die Empfindung, die sinnliche Wahrnehmung durch den Arzt selbst gelten. Von dieser Annahme ausgehend war für sie die Beobachtung das zentrale Element der Medizin (vgl. ACKERKNECHT 1967: 3ff.). Diese sollte fortan auf einem empirischen Weg zu sicheren Grundsätzen und allgemeinen Aussagen gelangen und sich dadurch von der Autorität einzelner, prominenter Vertreter des Faches lösen. Dabei beschränkte sich die Vorgehensweise der Reformer allerdings auf diejenigen Phänomene, die der Beobachtung direkt zugänglich waren. Fragen nach der Kausalität in der Theorie der Krankheitserscheinungen waren noch weitgehend ausgeblendet, da sie der sinnlichen Wahrnehmung

⁵⁰ Wenngleich den Pariser Kliniken in diesem Zusammenhang gemeinhin eine Vorbildrolle zugesprochen wird, so lassen sich ähnliche Entwicklungen vereinzelt auch an anderen Orten beobachten (vgl. LAWRENCE 1993).

weiterhin verschlossen waren. Fortan sollten alle sichtbaren Phänomene beobachtet und im Anschluss durch eine vergleichende Analyse systematisiert werden. Auf dieser Grundlage sollte es möglich sein, diejenigen Phänomene zu bestimmen, die als Hauptbegriffe für spezifische Krankheiten wesentlich sind. Hier wird erneut der Wunsch nach Ordnung und Kategorisierung sichtbar, der für die Medizin des ausgehenden 18. Jahrhunderts typisch war und weiter oben bereits skizziert wurde.

Die stark anwachsenden Krankenhäuser stellten einen, für die Reformbemühungen der *idéologues*, günstigen Kontext dar. Denn wo sollte sich diese Beobachtung, die über den Kontakt mit einer eingeschränkten Anzahl an Privatpatienten weit hinaus ging, besser verwirklichen lassen als in den Krankenhäusern, die sich zu jener Zeit zu den zentralen Orten der Krankenbehandlung entwickelten und mit ihrer Vielzahl an Patienten und Krankheiten reichhaltiges Beobachtungsmaterial zur Verfügung stellten? Darüber hinaus schien die Neuorganisation der medizinischen Ausbildung in Frankreich um so drängender, als die Folgen des Krieges deutlich machten, dass auf eine hohe Anzahl gut ausgebildeter Ärzte nicht verzichtet werden konnte. Und so wurden 1794 in Paris, Straßburg und Montpellier drei neue medizinische Schulen errichtet, die, im Gegensatz zur früheren medizinischen Fakultäten, besonderen Wert auf die praktische Ausrichtung ihrer Ausbildung legten und zum Vorbild medizinischer Schulen in ganz Europa werden sollten. Einige der Professoren, die nun Lehrstühle an eben diesen medizinischen Schulen besetzten, gehörten dem Kreis jener Ideologen an, die die Reformbewegung einige Jahre zuvor initiiert hatten (vgl. ACKERKNECHT 1967: 32).

Vor diesem Hintergrund standen die Zeichen für den Bedeutungsgewinn der körperlichen Untersuchung besonders günstig. Zum einen wurde die sinnliche Wahrnehmung als neuartige Erkenntnisquelle weitgehend ohne Vorbehalte anerkannt, zum anderen kamen die Ärzte im Rahmen ihrer Ausbildung, die nun nicht mehr nur in den Hörsälen, sondern auch am

Krankenbett stattfand, mit zahlreichen Patienten und damit unterschiedlichen Krankheiten in Kontakt. Darüber hinaus verfügte der Arzt im Regelfall über einen höheren sozialen Status als seine Patienten, die in erster Linie im Rahmen der Armenkrankenpflege den Weg ins Krankenhaus gefunden hatten. In diesem Kontext konnte sich die körperliche Untersuchung zum Standard durchsetzen und einen ersten Schritt in Richtung Objektivierung der ärztlichen Praxis leisten. Unter Zuhilfenahme seiner Sinne konnte sich der Arzt nun weitgehend unabhängig von der Erzählung des Patienten ein Bild von der Krankheit verschaffen. Der Patient hatte dabei seinen Körper in einer Form darzubieten, die es dem Arzt erlaubte, die nötigen Untersuchungen möglichst ungehindert durchzuführen. Die Erzählung des Patienten stellte nun nur noch eine „Hintergrundmusik“ dar, während der Arzt sich unter Zuhilfenahme seiner Sinne aktiv auf die Suche nach der Krankheit machte. Um ihn dabei zu unterstützen, sollten schon bald die ersten diagnostischen Hilfsmittel entwickelt werden, die im Rahmen der zunehmend an Bedeutung gewinnenden körperlichen Untersuchung ihren Eingang in die ärztliche Praxis erhielten. Am Beispiel des Stethoskops als dem ersten diagnostischen Hilfsmittel, das den Ärzten zur Verfügung stand, soll im Folgenden gezeigt werden, wie sich dadurch das ärztliche Handeln, vor allem im Bereich der Diagnostik, nachhaltig veränderte.

3.4.3.3 Die Perkussion – Das erste Vordringen in das Innere des Körpers

Eine Vorform der stethoskopischen Untersuchung wurde in Form der Perkussion bereits im 18. Jahrhundert von Josef Leopold Auenbrugger in Wien entwickelt. Im Rahmen dieser Untersuchungsmethode wurde der Körper, und hier vor allem der Brustkorb des Patienten abgeklopft, um durch die wahrgenommenen Geräusche auf verborgene Krankheiten zu schließen. Bereits in der Antike wurde das Geräusch vereinzelt als diagnostisches Zeichen wahrgenommen, was sich in dem Ratschlag

Hippokrates' ausdrückt, der Arzt möge seinen Patienten schütteln, um derart Informationen über das Körperinnere zu erhalten (vgl. LACHMUND 1996: 240). Durchsetzen konnte sich dieses Vorgehen jedoch zunächst nicht, so dass Auenbrugger als eigentlicher Begründer der Perkussion gilt. Durch das Klopfen wurde das Gewebe in Schwingung versetzt und die daraus resultierenden Schallqualitäten lieferten dem Arzt Informationen über das unzugängliche Innere des Körpers. Derart konnte beispielsweise auf die Größe und Lage eines Organs geschlossen werden. Abnorme haptische und akustische Eindrücke auf Seiten des Arztes lieferten so Hinweise über die im Körperinneren verborgenen pathologischen Vorgänge. Bereits hier zeichnen sich jene tief greifenden Veränderungen ab, welche im Vergangenen in Bezug auf die Konzeption von Krankheit sowie das Vorgehen des Arztes erläutert wurden. Zum einen präsentierte sich das Körperinnere auch bei lebendigen Patienten insofern als informativ, als hier der Sitz der Krankheit angenommen wurde. Darüber hinaus nähert sich der Arzt der Krankheit aktiv, indem er die eigenen Sinne zur Hilfe nimmt. Bereits bei der Perkussion Auenbruggers wird deutlich, dass dieser seinen eigenen Wahrnehmungen mehr Vertrauen zu schenken schien, als den Erzählungen der Patienten. Das zuvor diskursive Verhältnis zwischen Arzt und Patienten wurde durch die interaktive Körpertechnik der Perkussion abgelöst (vgl. LACHMUND 1997: 72).

Neben dem diagnostischen Mehrwert beschäftigte sich Auenbrugger in seinen Ausführungen, die 1761 veröffentlicht wurden, auch mit der Zuordnung der wahrgenommenen Geräusche zu bestimmten Krankheitsbildern und trug so seinen Teil zu der bereits angesprochenen zunehmenden Klassifikation und Systematisierung von Krankheiten bei. Seine diagnostischen Kategorien waren jedoch noch nicht vollkommen anhand anatomischer Merkmale differenziert, sondern teilweise noch von humoralpathologischen Vorstellungen durchsetzt. Eine feste Zuordnung von wahrgenommenen Symptomen zu anatomischen Störungen und den entsprechenden Krankheitsbildern existierte noch nicht. Die heute gängige

Überzeugung, dass sich die Anatomie fruchtbar mit klinischen Symptomen in Verbindung bringen lässt, sollte sich erst einige Jahre nach dem Wirken Auenbruggers durchsetzen. Über ihren Entstehungskontext der Wiener Kliniken hinaus, fand die Methode der Perkussion denn auch kaum Anwendung und geriet recht schnell in Vergessenheit. Zu dominant war noch die semiotische Medizin mit ihrer Suche nach Krankheitszeichen und der nicht selten anzutreffenden Auffassung, dass die letzten Ursachen von Krankheit im Inneren des Körpers verschlossen seien, so dass der Arzt seine Aufmerksamkeit besser auf die Behandlung der Symptome richte.

Während die Methode der Perkussion in Wien selbst keine weitere Berücksichtigung fand, wurde sie in Paris einige Jahrzehnte später wieder aufgegriffen, nachdem das Werk Auenbruggers 1808 von dem französischen Arzt Corvisart übersetzt worden war. Anders als noch bei Auenbrugger, der die Perkussion im Kontext seiner humoral-pathologischen Krankheitslehre einsetzte, ging es Corvisart mit der Übersetzung explizit darum, systematisch einen neuen Zugang zur Krankheit zu realisieren (vgl. LACHMUND 1997: 74f.). Das Interesse an den Arbeiten Auenbruggers, die zunächst recht schnell in Vergessenheit geraten waren, erklärt sich erneut aus dem besonderen Kontext der Pariser Kliniken, in dem sich bereits ein wachsendes Interesse am Körperinneren abzuzeichnen begann. Durch die Perkussion schien das Körperinnere nun sogar am lebenden Patienten erstmals zugänglich zu werden.

Besondere Resonanz erzeugte die Perkussion entsprechend im Kontext der sich etablierenden Pathologischen Anatomie, die sich in Paris seit Beginn des 19. Jahrhunderts auf die Initiative einzelner Forscherpersönlichkeiten hin zu einer eigenständigen Disziplin entwickelt hatte. Die Perkussion stellte den Anatomen eine geeignete Methode zur Verfügung, klinische Symptome mit anatomischen Veränderungen zu korrelieren, um derart mehr über die Typizität einzelner Krankheiten zu erfahren. Die Methode erlebte im Kontext der Pariser Kliniken eine Renaissance, wurde

verbessert und verfeinert. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts war es in Paris bereits gängige Praxis, den Hörsinn zu diagnostischen Zwecken einzusetzen. Der Erfinder des Stethoskops, René Théophile Hyacinthe Laennec, konnte also hier ansetzen, als er 1801 seine Arbeit an einer der Pariser Kliniken aufnahm.

3.4.3.4 Die stethoskopische Untersuchung

Glaukt man der Literatur, so war die Entdeckung des Stethoskops, das so weitreichende Konsequenzen für die Vorstellung von Krankheit sowie die ärztliche Praxis haben sollte, zunächst ein Kind des Zufalls (vgl. LACHMUND 1997: 77ff.). In seiner Tätigkeit als praktischer Arzt sah sich Laennec in seiner Privatpraxis einer jungen Patientin gegenüber, wodurch sich eine körperliche Untersuchung aufgrund des geltenden Schamempfindens von selbst verbat. Das direkte Auflegen des ärztlichen Ohres auf die Brust der Kranken war nicht möglich. Um einen gewissen Abstand zwischen sich und die Brust der Patientin zu bringen, rollte Laennec ein Blatt Papier zu einem Zylinder zusammen und setzte dieses als Mediator ein. Zunächst nur dafür gedacht, einen angemessenen Abstand zwischen Arzt und Patientin zu bringen, bemerkte Laennec rasch, dass die Geräusche, die im Inneren des Körpers vernommen werden konnten, durch den Papierzylinder in einer verbesserten Wahrnehmungsqualität übertragen wurden. Ausgehend von dem improvisierten Papierzylinder entwickelte Laennec, nach dem Experimentieren mit verschiedenen Materialien das erste Stethoskop aus Holz und damit ein Untersuchungsinstrument, welches *das* Emblem der ärztlichen Tätigkeit werden sollte.

Diese Entwicklung ist insofern als revolutionär zu bezeichnen, als sie die Grundlagen der ärztlichen Wahrnehmung auf eine völlig neuartige Basis stellte. Insofern versinnbildlicht das Stethoskop jenen historischen Übergang, im Zuge dessen die moderne Krankenhausmedizin die klienten-dominierte Krankenbettmedizin endgültig ablöste (vgl. LACHMUND 1996).

Die vergangenen Ausführungen haben bereits illustriert, inwiefern der Bedeutungsgewinn der Kliniken dazu geführt hat, dass der häusliche Kontext der Kranken als Ort des Umgangs mit Krankheit an Bedeutung verloren hat, während sie gleichzeitig in den Krankenhäusern in ein neuartiges territoriales Arrangement integriert wurden, wo jene zeitlichen und räumlichen Vorgaben dominierten, die sich nach den Bedürfnissen der ärztlichen Arbeit richteten. Doch auch auf anderen Ebenen lassen sich durch die Einführung der stethoskopischen Untersuchung gravierende Wandlungsprozesse beobachten.

Im Anschluss an JENS LACHMUND wird die stethoskopische Untersuchung in diesem Zusammenhang als kulturelle Praxis verstanden, zu deren Entwicklung es spezifischer Voraussetzungen bedurfte, die im Kontext der Krankenhausmedizin sowie der bereits erläuterten Pathologischen Anatomie vorbereitet wurden. Als kulturelle Praxis lässt sich die stethoskopische Untersuchung durch drei Hauptmerkmale definieren (vgl. LACHMUND 1996: 239ff.). Zunächst handelt es sich beim Einsatz des Stethoskops um eine neuartige *Repräsentationstechnik*. Wo sich die Krankheit dem Arzt zuvor in Form des Patientendiskurses sowie oberflächlich beobachtbarer Zeichen präsentierte, fungiert nun das durch das Stethoskop wahrnehmbare Geräusch als sicheres diagnostisches Zeichen einer im Körperinneren verborgenen pathologischen Wirklichkeit. Die Zeichen, die im Kontext der semiotischen Medizin zentral waren für die ärztliche Entscheidungsfindung, gelten fortan nur noch als Oberflächenwirkung der anatomischen Läsion (vgl. LACHMUND 1996: 240). Hier zeigt sich erneut, dass dem Inneren des Körpers eine völlig neuartige Erklärungskraft hinsichtlich des Krankheitsgeschehens zugesprochen wurde. Und eben jene Hinwendung zu den verborgenen pathologischen Wirklichkeiten führte zu jener Privilegierung des Hörsinns, den Laennec mit der Entwicklung des Stethoskops konsequent fortsetzte: Während der Sehsinn lediglich in den toten Patientenkörper vordringen konnte, war es durch das Stethoskop möglich, diesem bereits zu Lebzeiten Informationen über

das Krankheitsgeschehen zu entlocken. Doch trotzdem verlor die Leichenöffnung, die ein zentrales Erkenntnismittel der Pathologischen Anatomie war, hierdurch keineswegs an Bedeutung. Vielmehr ist die stethoskopische Untersuchung mit dieser auf doppelte Weise verbunden. „Einerseits erzeugt die Definition der Krankheit anhand der sichtbaren Veränderungen in der Leiche erst das „epistemische Bedürfnis“ wie Foucault (...) es genannt hat, auf das Laennec mit der Entwicklung einer Repräsentationstechnik reagiert. Andererseits setzt der pathologisch-anatomische Vergleich, wie ihn Laennec zur Entwicklung seiner Repräsentationskonventionen betreibt, die routinisierte Durchführung von Leichenöffnungen voraus“ (LACHMUND 1996: 240).

Ein zweites zentrales Merkmal der stethoskopischen Untersuchung beschreibt diese als *interaktive Körpertechnik*. Diese verlangte sowohl von den Patienten als auch von den Ärzten eine minutiöse Disziplin, da der Einsatz der zunächst noch recht unhandlichen Geräte nur auf Grundlage einer abgestimmten Choreographie zu sicheren Ergebnissen führte. Zwar war der Arzt auch im Kontext der stethoskopischen Untersuchung maßgeblich auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen; allerdings beschränkte sich diese nun auf eine stillschweigende Darbietung des Körpers, die es dem Arzt erlaubte, seine Untersuchung möglichst störungsfrei durchzuführen. „Der Körper des Arztes und der Körper des Patienten bilden gemeinsam mit dem Stethoskop eine komplexe Wahrnehmungsapparatur, deren privilegierten Punkt das Ohr des Arztes einnimmt. Hören und Abgehörtwerden, Eingang und Ausgang des Stethoskops, markieren damit zwei ganz unterschiedliche Machtpositionen“ (LACHMUND 1996: 241). Thronte der Patient im Kontext der Krankenbettmedizin noch im Zentrum des Zimmers in seinem Bett, um das sich Angehörige und Ärzte versammelten, hatte die Konsultation im Kontext der Krankenhausmedizin einen vollends anderen Charakter. In den Krankenhäusern wurden sowohl die Betten als auch die in ihnen befindlichen Körper nach Maßgaben der ärztlichen Arbeit organisiert und

geordnet. Der Kontakt zum Patienten verlor hier den Charakter einer vom Kranken gnädig erteilten Audienz. Die Kranken wurden in zeitlicher und räumlicher Hinsicht in den klinischen Arbeitsalltag der Ärzte integriert. Aus Gründen, die im Vorangegangenen bereits genannt wurden, konnte sich diese Form der Untersuchung nur in den Krankenhäusern entwickeln. Im Kontext der Krankenbettmedizin sollte es entsprechend einige Jahre in Anspruch nehmen, bis sich die stethoskopische Untersuchung auch dort zum Standard entwickelt hatte.

Das dritte Merkmal der stethoskopischen Untersuchung versteht diese als *kulturelle Wahrnehmungspraxis*. Die Wahrnehmung und das Deuten der verschiedenen Geräusche erforderte ein geschultes Gehör, welches sich der Arzt zunächst aneignen musste. Auch in dieser Hinsicht zeigt sich die notwendige Verbindung, die zwischen der Entwicklung der stethoskopischen Untersuchung und dem Bedeutungsgewinn der Krankenhausmedizin besteht. Nur in den Kliniken traf der Arzt auf eine ausreichend hohe Anzahl unterschiedlicher Patienten, die es ihm ermöglichte, die verschiedenen Geräusche zu vergleichen und voneinander unterscheiden zu lernen. Zum anderen fanden hier jene Autopsien statt, die es ermöglichten, die wahrgenommenen Geräusche am Leichnam mit den pathologischen Veränderungen zu korrelieren.

Zusammenfassend lässt sich der Zusammenhang zwischen dem Aufkommen der stethoskopischen Untersuchung, der Pathologischen Anatomie sowie dem Arrangement des Krankenhauses folgendermaßen resümieren: „Als Repräsentationstechnik folgt sie dem Weg der pathologischen Anatomie, die die sichtbare Läsion, anstelle der Worte des Patienten, zur Grundlage diagnostischer Präzision macht. Hierbei bedient sie sich der materiellen Praxis der Leichenöffnung wie sie in der Klinik üblich ist. Als Interaktionspraktik mobilisiert sie den Disziplinarcharakter, der das Krankenhaus von der Krankenbettmedizin unterscheidet. Und als kulturelle Hörweise schließlich setzt sie das Krankenhaus als lokales Territorium und die materielle Beherrschung des kranken Körpers für die

Schulung der ärztlichen Wahrnehmung voraus“ (LACHMUND 1996: 243). Das Stethoskop ermöglichte es dem Arzt, bereits zu Lebzeiten des Patienten in dessen Körperinneres vorzudringen. Vermittelt durch das Instrument erreichten die wahrnehmbaren Geräusche das ärztliche Ohr in einer höheren Qualität als es durch das bloße Abklopfen jemals möglich gewesen wäre. Diese verbesserte Wahrnehmungsqualität nutzten Laennec und zunehmend auch andere Ärzte dazu, systematisch diejenigen Geräusche, die sie am lebenden Patienten wahrnahmen, mit pathologischen Befunden in Verbindung zu bringen, die sie bei einer späteren Leichenöffnung entdeckten. Durch diese klinisch-pathologische Korrelation wurde es möglich, deviante Geräusche mit spezifischen Krankheiten in Verbindung zu bringen, die nun bereits vor dem Tod des Patienten diagnostiziert und im Optimalfall auch behandelt werden konnten. Hier wurden entsprechend jene Kategorisierungsbemühungen konsequent fortgesetzt, die sich bereits seit dem Ende des 18. Jahrhunderts innerhalb der Medizin beobachten lassen. Während jedoch zuvor typische Symptome die Grundlage der Abgrenzung einzelner Krankheitsbilder darstellten, wurde diese Funktion nun zunehmend von den Läsionen im Körperinneren übernommen, die sowohl im Kontext der Autopsien als auch durch die Zuordnung typischer Geräusche zunehmend präziser definiert wurden.

Die hiermit einhergehende Loslösung von den Erzählungen der Patienten, wurde von den Ärzten positiv bewertet. Es war nun die Krankheit selbst, die in Form der wahrnehmbaren Geräusche zu den Ärzten sprach. Durch den unmittelbaren Zugang zur Krankheit versprach man sich ein objektiveres Bild der einzelnen Erkrankungen, indem dieses nun nicht mehr durch die subjektiven Schilderungen der Kranken verzerrt wurde. Der Arzt konnte nun zunehmend unabhängig vom Patienten auf der Grundlage der wahrgenommenen Geräusche feststellen, ob im Einzelfall eine Erkrankung vorlag oder nicht. Auch die Art der Erkrankung konnte er auf Grundlage der systematischen Korrelation von klinischen Symptomen

und durch das Stethoskop erfahrbaren innerkörperlichen Veränderungen mit zunehmender Sicherheit diagnostizieren. Im Gegensatz zur Krankenbettmedizin war der Patient selbst nur noch eine Randfigur des diagnostischen Vorgehens. Weder verstand er die Dialoge, die um sein Krankenbett herum, meist in lateinischer Sprache, geführt worden, noch verfügte er über das notwendige Wissen, um das Stethoskop sinnvoll anzuwenden und auch sein Gehör war nicht in dem Maße geschult, welches nötig war, um die verschiedenen Geräusche, die dem Körperinneren entstammten, einer spezifischen Krankheit zuzuordnen. Was der Arzt, vermittelt durch das Stethoskop, über den Körper des Kranken erfuhr, blieb diesem selbst weitgehend verschlossen. Es war nun der Arzt, der sich im Laufe seiner Ausbildung das entsprechende Wissen angeeignet hatte, und der darüber entschied, ob und welche Art der Erkrankung vorlag. Der Expertenstatus ging mit der stethoskopischen Untersuchung und dem Einsatz weiterer diagnostischer Hilfsmittel auf den Arzt über, während der Patient und dessen Angehörige weiter an Definitionsmacht einbüßten. Die Routinisierung der stethoskopischen Untersuchung ersetzte damit die laiendominierte Krankenbettöffentlichkeit durch eine neue Öffentlichkeit kooperierender Experten (vgl. LACHMUND 1996: 239).

Eine weitere Veränderung, die sich durch den Einsatz des Stethoskops ergab, lässt sich auf der Ebene der Bewertung des einzelnen Arztes beobachten (vgl. LACHMUND/STOLLBERG 1995: 200ff.). Im Kontext der Krankenbettmedizin gründete sich der Ruf des Arztes auf dessen Fähigkeit des *history taking*, die, wie bereits erwähnt, aufgrund der notwendigen Interpretationsarbeit diffuser Zeichen und weitschweifender Erzählungen der Kranken, als eine subjektive und notwendig individuelle beschrieben werden muss. Es war das Genie des Arztes, dessen Geschick und individuelle Erfahrung, die es ihm ermöglichten, sich gegenüber anderen Ärzten zu profilieren, um so eine ausreichend hohe Anzahl an Klienten an sich zu binden. Mit der Entwicklung des Stethoskops sowie anderer

diagnostischer Hilfsmittel, die einer ähnlichen Funktionslogik folgten, rückte nun die Beherrschung erlernbarer Techniken in den Mittelpunkt des Bewertungssystems. Sowohl der Einsatz der diagnostischen Hilfsmittel als auch die Interpretation der wahrgenommenen Phänomene konnte im Rahmen der Ausbildung erlernt werden und war entsprechend zunehmend losgelöst von der Persönlichkeit, der Erfahrung oder dem Geschick des einzelnen Arztes. Durch den Einsatz der neuen Untersuchungsmethoden fand eine Objektivierung auf Seiten der Ärzte statt, die ihre Kompetenz nicht mehr an individuelle Fähigkeiten zurückband. „Die ärztliche Kompetenz wird standardisiert: Im Prinzip können jetzt alle Ärzte als gleich kompetent gelten, wenn sie sich nur auf das gleiche Verfahren stützen“ (LACHMUND/STOLLBERG 1995: 208).

Trotzdem die neuen Instrumente recht schnell ihren Weg in die ärztliche Praxis fanden, lässt sich bei einigen Ärzten auch eine Ablehnung der neuen Verfahren beobachten, die sich an ebendieser Standardisierung der ärztlichen Tätigkeit entzündete. Eine standardisierte Technik wie die Stethoskopie, die von jedem Arzt im Laufe der Ausbildung erlernt werden konnte und nicht mehr vom individuellen Genie des Arztes abhängig war, stand teilweise im Widerspruch zu jenen Argumenten, welche die Ärzte zur Artikulation ihrer Professionalisierungsinteressen in die Diskussion einbrachten. Im vergangenen Kapitel wurde deutlich, dass der ärztlichen Professionalisierungsbewegung in erster Linie daran gelegen war, die verhassten Laienheiler vom Markt der medizinischen Dienstleistungen zu verdrängen. Hierfür beriefen sich die Ärzte auf die Überlegenheit der akademischen Ausbildung, die einen geeigneten Geist mit Fähigkeiten ausstattete, die sich nicht jedermann leichterding aneignen konnte. Vor diesem Hintergrund ist verständlich, dass sich einige Ärzte weigerten, ihre Praxis „as anything so simple as an applied science“ (LAWRENCE 1985: 506) zu beschreiben. Zwar wollten auch jene Ärzte die Klinische Medizin als

eine wissenschaftlich basierte Disziplin verstanden wissen, die darauf fußende Praxis war jedoch in ihren Augen weiterhin eine Kunst, für die nicht jeder Aspirant gleichermaßen geeignet war.

Darüber hinaus hatte sich außerhalb der Krankenhäuser noch nicht jenes Krankheitsverständnis durchgesetzt, das dort im Kontext der Pathologischen Anatomie entwickelt wurde. In der Privatpraxis war die Heilung des Patienten das oberste Ziel, zu dessen Realisierung die stethoskopische Untersuchung in den Augen der meisten Ärzte nichts beitragen konnte. Und auch der Widerstand der Patienten war zunächst nicht unwesentlich, sahen sie durch den Einsatz des Stethoskops doch ihre zentrale Stellung in der Beziehung zum Arzt bedroht.

Doch trotz dieser Widerstände war das Stethoskop, das 1818 von Laennec erstmals öffentlich vorgestellt wurde, in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts auch in der Privatpraxis ein gängiges Untersuchungsinstrument. „Die stethoskopische Untersuchung ist (damit, TS) die erste erfolgreich durchgesetzte Repräsentationspraxis der modernen Medizin. Damit setzte sich eine von der Erzählung des Patienten unabhängige Beschreibungsebene des Körpers in der medizinischen Praxis durch. Zum ersten Mal wurden Sicherheit, Präzision und eine von der Krankengeschichte und dem Heilungszweck unabhängige Objektivierung der Krankheit zum kulturellen Grundprinzip ärztlichen Handelns“ (LACHMUND 1996: 249). Dieser Weg, der von der Entwicklung der Stethoskopie eingeschlagen wurde, sollte in den folgenden Jahrzehnten durch die Entwicklung weiterer diagnostischer Hilfsmittel konsequent fortgesetzt werden.

3.4.3.5 Die Loslösung von den Sinnen des Arztes

Wurde die Instrumentierung der ärztlichen Sinne, wie sie durch das Stethoskop und andere diagnostische Hilfsmittel erreicht wurde, zunächst als objektivierende Maßnahme begrüßt, regte sich jedoch schon bald Kritik

an den neuartigen diagnostischen Hilfsmitteln, in deren Rahmen die Unzulänglichkeiten der neuen Untersuchungsmethoden reflektiert wurden (vgl. REISER 1993: 264). So wurde die Loslösung vom Diskurs des Patienten zwar weiterhin als positiv bewertet, da man hierdurch einen unabhängigen Zugang zur Krankheit erhalten hatte, der den Experten-status des Arztes festigte. Was jedoch gerade im „Objektivierungsklima“ (LACHMUND 1996: 239) der Kliniken zunehmend als problematisch empfunden wurde war die Tatsache, dass die sinnliche Wahrnehmung der durch das Stethoskop übertragenen Geräusche durch den Arzt ebenfalls subjektiven Einflüssen ausgesetzt war. So unterschied Laennec beispielsweise in Bezug auf das durch das Stethoskop wahrnehmbare Röcheln zwischen mannigfaltigen Äußerungsformen, die sich von nass oder kalt über schleimig oder bollernd bis hin zu helltönend trocken oder schnarchend erstrecken konnten (vgl. LACHMUND 1996: 242). Derart entwickelte Laennec zwar ein differenziertes Geräuschuniversum, das jedoch aufgrund des in der Beschreibung dominierenden Empfindungs-vokabulars und der Vielzahl von Metaphern und Vergleichen mit alltagsweltlichen Erfahrungen kaum auf gleiche Weise von einem anderen Arzt nachvollzogen werden konnte und damit jene Vergleichbarkeit vermissen ließ, die dem hier zugrunde liegenden Globalisierungs-verständnis als wichtige Voraussetzung angesehen wird. Zwar war es möglich, die Sinne im Rahmen der medizinischen Ausbildung zu schulen und zu kultivieren, eine allen Ärzten gemeinsame Wahrnehmung spezifischer Phänomene und deren einheitliche Deutung ließ sich auf dieser Basis jedoch nicht erreichen. Die Geräusche im Körperinneren, die durch das Stethoskop zwar präziser als jemals zuvor wahrgenommen werden konnten, waren ein individuelles Wahrnehmungserlebnis des untersuchenden Arztes. Selbst wenn ein Kollege die Untersuchung am selben Patienten wiederholte, war die Identität der Untersuchungsergebnisse keineswegs sichergestellt. Zwar war die Loslösung vom Patientendiskurs durch den Einsatz der diagnostischen Hilfsmittel gelungen, die Subjektivität der Ergebnisse war

jedoch, aufgrund des individuellen Wahrnehmungserlebnisses weiterhin vorhanden. Das Unvermögen, die wahrgenommenen Geräusche in einer standardisierten Sprache auszudrücken, setzte der durch das Stethoskop und anderer Instrumente initiierten Objektivierung Grenzen, die auf Grundlage der ersten Generation diagnostischer Hilfsmittel nicht überwunden werden konnten. Darüber hinaus sei daran erinnert, dass Laennec das Stethoskop in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts entwickelte und damit zu einer Zeit, in der sich nach wie vor noch keine verbindliche Krankheitstheorie zum führenden Paradigma innerhalb der Medizin entwickelt hatte. Über die Subjektivität der wahrgenommenen Geräusche hinaus war es so weiterhin dem Arzt überlassen, welche der zahlreichen Alternativen er zur Begründung seiner medizinischen Entscheidungen heranzog.

Ein weiteres Manko der diagnostischen Instrumente dieser ersten Generation ist darin zu sehen, dass es sich bei den Wahrnehmungserlebnissen stets um aktuelle Ereignisse handelte. Eine Beobachtung der Veränderung der wahrgenommenen Phänomene im Zeitverlauf war auf dieser Basis nicht möglich. Es existierte keine Möglichkeit, die Eindrücke in einer Art zu kondensieren, die es ermöglicht hätte, sie in qualitativer Hinsicht mit späteren Beobachtungen zu korrelieren. Indem das Stethoskop und andere diagnostische Hilfsmittel der ersten Generation weiterhin die sinnliche Wahrnehmung des Arztes als Zugang zur Krankheit privilegierten, war es durch sie darüber hinaus nicht möglich, physiologische Abläufe zu beobachten und zu messen (vgl. BORELL 1993: 247).

Aus diesem Unbehagen heraus entwickelte sich der Wunsch nach einer neuen Art von Technologie, „depending not on the senses of the doctor for their effect but on self-registering processes that 'saw' and 'felt', unaided by human perception“ (REISER 1993: 264). Während die Repräsentation der Krankheit im Kontext der stethoskopischen Untersuchung noch der inter-

pretativen Deutung des Arztes bedurfte, zielten die Bemühungen nun zunehmend darauf ab, Instrumente zu entwickeln, die unabhängig von ihrem Nutzer eine objektive Repräsentation der Krankheit lieferten.

Neben der zunehmenden Wahrnehmung der Unzulänglichkeit der Untersuchungsinstrumente der ersten Generation wurde die Suche nach zunehmender Objektivität der ärztlichen Praxis in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts noch dadurch geschürt, dass sich die medizinische Wissenschaft zu jener Zeit durch die Übernahme naturwissenschaftlicher Denk- und Arbeitsweisen zunehmend zu einer modernen Wissenschaft entwickelte. Durch die Integration von Arbeitsweisen, die überwiegend den Bereichen der Physik und Chemie entstammten, wurde in den in diesem Zusammenhang neu entstehenden Laboratorien ein Wissen generiert, welches sich durch zunehmende Sicherheit, Genauigkeit und Überprüfbarkeit auszeichnete. Wenn sich auch am Krankenbett eine derart wissenschaftlich basierte klinische Medizin entwickeln sollte, konnte dies in den Augen der Ärzte nur dadurch geschehen, dass auch hier die Objektivität der erhobenen Daten gesichert war und diese nicht mehr auf subjektiven Einschätzungen einzelner Ärzte basierten. Eine möglichst genaue, unvermittelte Abbildung der körperlichen Vorgänge sollte durch den Einsatz neuartiger Technologien erreicht werden (vgl. REISER 1993: 266). Wichtig war in diesem Zusammenhang zweierlei: zum einen sollten die Aufzeichnungen der Körpervorgänge unabhängig vom Nutzer realisiert werden und zum anderen sollten die Ergebnisse in einer möglichst objektiven Weise repräsentiert werden, um sie so in gleicher Weise mehreren Ärzten zugänglich machen zu können. Exemplarisch soll diese Entwicklung im Folgenden an der Einführung des Fieberthermometers illustriert werden.

Das Fieberthermometer wurde in den 1850er Jahren von Carl August Wunderlich und Ludwig Traube in den klinischen Alltag eingeführt wurde (vgl. STOLLBERG 1997: 125). Zunächst stand in diesem Zusammenhang das Interesse im Vordergrund, fieberhafte Erkrankungen anhand eines

typischen Temperaturverlaufs voneinander zu unterscheiden. Ebenso wie im Fall der Pathologischen Anatomie, die im Stethoskop ein geeignetes Untersuchungsinstrument gefunden hatte, stand auch hier das Interesse im Vordergrund, Krankheiten auf der Grundlage möglichst objektiver und exakt messbarer Daten voneinander unterscheidbar zu machen. Hiervon ausgehend wurde das Fiebermessen auch für die Krankenhauspraxis interessant, da durch das Messen der Temperatur in arbeitsteilig zu organisierender Routine schnell und effizient die Schwere und der mögliche weitere Verlauf einer Krankheit festgestellt werden konnten. So wurde die Fieberkurve die Matrix für das weitere medizinische Vorgehen. Entsprechende Vordrucke, in die sich die täglichen Temperaturwerte eintragen ließen, kamen seit Ende der 1870er Jahren auch in außeruniversitären Krankenhäusern zum Einsatz (vgl. HESS 1997: 170).

Das Fieberthermometer unterschied sich in zweierlei Hinsicht von der früheren Generation diagnostischer Hilfsmittel, die bereits einige Jahrzehnte zuvor ihren Weg in den klinischen Alltag gefunden hatten (vgl. FRANK 1988: 231). Zum einen entfalteten die früheren Instrumente ihre Wirkung derart, dass sie eine Wahrnehmungsweise, über die der Arzt naturgemäß verfügte, schärften oder erweiterten. Der Hörsinn des Arztes konnte mit Hilfe des Stethoskops tiefer in das Körperinnere eindringen als es durch das bloße Auflegen des Ohres möglich gewesen wäre. Durch den Augen- oder Kehlkopfspiegel wurde die optische Wahrnehmung des Arztes auf Bereiche ausgeweitet, die dem Sehsinn bis dahin verschlossen waren. Das Thermometer funktionierte demgegenüber jedoch auf andere Art und Weise. Es übersetzte einen der menschlichen Sinne, die haptische Wahrnehmung einer veränderten Temperatur, der bislang wenig präzise und variabel war, in die Bewegung eines Instruments. Die in Zahlen abbildbare Veränderung der Quecksilbersäule gab nun auf exakte Weise die Körpertemperatur wieder, die zuvor durch das Auflegen der Hand auf die Stirn des Patienten nur ungefähr geschätzt werden konnte. Die Messwerte präsentierten sich den beteiligten Ärzten nun, unabhängig von

der die Untersuchung ausführenden Person, in objektiver Form und erleichterten dadurch den kommunikativen Austausch. Zwar mögen die Temperaturwerte bei verschiedenen Ärzten unterschiedliche Behandlungen nach sich gezogen haben, sie wiesen jedoch in quantifizierter Form auf das Vorliegen einer Krankheit hin, die unter der Berücksichtigung anderer Symptome möglicherweise exakt bestimmt werden konnte. Diesem Zusammenhang konnten sich weder die Ärzte noch die Patienten entziehen.

Neben der neuartigen Übersetzung körperlicher Vorgänge in objektive Messwerte veränderte sich auch die Repräsentation der Ergebnisse. Zuvor basierte die ärztliche Entscheidungsfindung auf der individuellen Wahrnehmung der durch die Instrumente verstärkten Phänomene. Trotz der in der Ausbildung erfolgten Kultivierung der Sinne fiel die sprachliche Vermittlung der Wahrnehmungseindrücke den Ärzten schwer. Durch den Einsatz des Thermometers und der Praxis der Temperaturkurve konnten die Untersuchungsergebnisse nun jedoch in objektiver und standardisierter Weise dargestellt werden. Man konnte hierdurch sicher sein, dass man von einer allen Beteiligten gemeinsamen Beobachtung ausging, die in Form von Zahlen oder Graphen die Vorgänge im Patientenkörper repräsentierte (vgl. FRANK 1988: 213). Die zuvor nur subjektiv wahrnehmbaren Phänomene wurden auf diese Weise zu objektiven Ereignissen, die von mehreren Beobachtern wahrgenommen und diskutiert werden konnten. Die Zahlen und Kurven repräsentierten die pathologischen Vorgänge in einer völlig neuartigen Art und Weise. In diesem Sinne ist das Thermometer das erste diagnostische Hilfsmittel, welches kein Abbild der Krankheit lieferte, sondern eine konstruierte Repräsentation derselben (vgl. ebd.). Obwohl sich einige Ärzte mit dem Argument gegen den Einsatz der neuen Darstellungsweise stellten, die körperlichen Vorgänge seien zu komplex, um sie in Form von Zahlen und Kurven darzustellen, entwickelten sich in rascher Folge verschiedene Instrumente, die eben dieses Ziel verfolgten. Der Spirometer zur Messung

des Atemvolumens, der Sphygmograph zur Aufzeichnung der Pulsfrequenz, die ersten Geräte zur Blutdruckmessung und die Anfänge der Elektrokardiographie – all diese Entwicklungen verfolgten das Ziel, pathologische Vorgänge in Form objektiver Daten darzustellen, die sich dem Arzt in Form von Zahlen, Graphen und Kurven präsentierten. Diese Art der Krankheitsrepräsentation hatte fast keine Gemeinsamkeiten mehr mit der patientenzentrierten Medizin des frühen 19. Jahrhunderts. So wurde beispielsweise der Puls bereits im Kontext der Krankenbettmedizin beobachtet, jedoch in erster Linie hinsichtlich qualitativer Kriterien (stark, schwach, regelmäßig usw.). Erst mit der Umstellung auf die quantitative Darstellung des Krankheitsgeschehens gingen die Ärzte zunehmend dazu über, den Puls zu zählen.

Mit der Integration der diagnostischen Hilfsmittel in den ärztlichen Alltag, war der Zugang zur Krankheit vollständig vom Diskurs des Patienten losgelöst, der Arzt alleine war in der Lage, aufgrund der vielfältigen Zahlen und graphischen Darstellungen, zur Krankheit vorzudringen. Die gezielte Befragung des Patienten erfüllte nun einzig die Funktion, den Ausgangspunkt der ärztlichen Intervention möglichst exakt einzugrenzen. Die im Zusammenhang mit der neuartigen Technologie zu beobachtende Quantifizierung der Medizin lässt sich im Anschluss an PORTER als Kommunikationsmedium begreifen, welches das Ziel verfolgt, Aussagen mit Objektivität zu versehen (vgl. 1995). Argumente, die zuvor möglicherweise Gegenstand langwieriger Aushandlungsprozesse gewesen waren, wurden so mit einer „Aura des Notwendigen“ (HEINTZ 2007: 65) überzogen und trugen zu einer höheren Akzeptanz auf Seiten des Rezipienten bei. Es liegt in der Natur sowohl von Zahlen als auch von Bildern, dass sie schwieriger negierbar sind als sprachliche Äußerungen. Im Kontext der Krankenbettmedizin, als die Krankheit ein Phänomen war, das zahlreichen Interpretationen offen stand und der Ausspruch des Arztes in erster Linie auf den Erzählungen des Kranken basierte, war es für Letzteren ein Leichtes, als Experte der eigenen Befindlichkeit der Meinung

der Arztes zu widersprechen. Schließlich war er derjenige, der die Symptome an sich erfuhr. Dem Arzt war keine Möglichkeit gegeben, die Ausführungen des Kranken zu überprüfen. Gründete sich die Diagnose des Arztes jedoch auf die Interpretation abstrakter Zahlen oder Kurven, die die Körpervorgänge repräsentierten, deren Herstellungsbedingungen für den Patienten nicht ersichtlich waren und deren Werte er nicht interpretieren konnte, versorgt dies den Arzt mit einer höheren Autorität. „Das Vertrauen in messende, quantitative Verfahren gründet sich in unserer Kultur (...) auf die Zahl als den modernen Fetisch für Eindeutigkeit und Genauigkeit“ (NIKOLOV 1997: 33). Die Definitionsmacht bezüglich des Phänomens Krankheit ging auf den Arzt über als demjenigen, der in der Lage war, diese Zahlen zu produzieren, zu interpretieren und auf dieser Basis die Krankheit zu diagnostizieren.

Wenngleich die verschiedenen Instrumente zum Zeitpunkt ihrer Entwicklung vereinzelt auf Kritik und Ablehnung stießen, wurden sie doch recht schnell in den Alltag der Kliniken und Privatpraxen integriert. Auch auf Seiten der Patienten lässt sich nach anfänglicher Skepsis beobachten, dass sie die neuartigen Untersuchungsmethoden letztendlich problemlos in ihre medikale Lebenswelt integrierten. Diese Integration dürfte dadurch erleichtert worden sein, dass sich um die Mitte des 19. Jahrhunderts eine neue Art des Umgangs mit dem eigenen Körper etablierte. Dominierte um 1800 noch das Ideal, sein eigener Arzt zu sein und im Befolgen diätetischer Lebensregeln die eigene Gesundheit zu fördern, setzte sich zunehmend das Verlangen nach einer gründlichen Untersuchung durch den Arzt durch. Dies mag sich darauf zurückführen lassen, dass die Professionalisierungsbestrebungen der Ärzte allmählich Früchte zu tragen begannen und sie von den Kranken zunehmend als Experten anerkannt wurden. Mit dem Bedeutungsgewinn der gründlichen Untersuchung durch den Arzt stieg auch die Nachfrage nach dem Gebrauch diagnostischer Instrumente.

Waren diese, wie beispielsweise das Fieberthermometer, für den

Privathaushalt erschwinglich, wurden sie auch hier zunehmend eingesetzt und lieferten dem medizinischen Laien dadurch neue Handlungsoptionen. Durch den selbständigen Einsatz einfacher medizinischer Instrumente konnten sie „an einer kulturell verbindlich werdenden Objektivität teilhaben, der auf der anderen Seite auch die Ärzte verpflichtet waren“ (STOLLBERG 1997: 133). Die Entwicklung des Fiebermessens zu einer standardisierten diagnostischen Praxis lässt sich entsprechend nicht als eine Verdrängung lebensweltlicher durch wissenschaftliche Erfahrung beschreiben. Vielmehr integrierten die Patienten die neue Praxis reibungslos in ihren Alltag. Die Messung der eigenen Temperatur stellte hier nun die „*instrumentelle Übersetzung* des eigenen Krankheitsempfindens in eine konkrete und gleichzeitig abstrakte Zahl“ (HESS 1997: 175, Hervorhebung im Original) dar, die von den Kranken bereitwillig akzeptiert wurde.

Die Tendenz zur Quantifizierung lässt sich neben der praktischen Tätigkeit der Ärzte jedoch auch auf der Ebene der medizinischen Wissensproduktion beobachten. Wurde Krankheit im 19. Jahrhundert noch auf der Grundlage sprachlicher Äußerungen konzipiert, richtet sich die Diagnose im Kontext der modernen Medizin in erster Linie nach Kennziffern und Messwerten, die in Laboratorien ermittelt werden. So war beispielsweise die chemische Harnanalyse spätestens zu Beginn des 19. Jahrhunderts fester Bestandteil der klinischen Diagnostik, die mikroskopische Betrachtung des Urins kam einige Jahrzehnte später hinzu (vgl. ZAHEDI 2007: 52). Die chemische Analyse bzw. die mikroskopische Untersuchung des Urins machten den persönlichen Kontakt zu dem betroffenen Patienten nun nicht mehr zwingend erforderlich. Der Bedeutungsverlust der Krankengeschichte wurde durch die Etablierung der Laboratoriumsmedizin konsequent fortgeführt. Das Phänomen Krankheit ließ sich nun in erster Linie durch die Zuordnung

eindeutiger Messwerte bestimmen und wurde entsprechend in die Hände derjenigen gelegt, die diese Zahlen zu produzieren und auszuwerten in der Lage waren.

In Zusammenhang mit der Frage nach den Globalisierungsvoraussetzungen der Schulmedizin kommt der quantifizierenden Darstellung des Krankheitsgeschehens darüber hinaus noch eine weitere wichtige Bedeutung zu. So war das Krankenexamen, welches zentral für die Medizin des 18. und beginnenden 19. Jahrhunderts war, notwendig in den lokalen Kontext der Erhebung eingebunden. Dies zeigt sich in zweierlei Hinsicht. Zum einen war es die Persönlichkeit des Betroffenen, die der Krankheit eine individuelle Form gab und dessen Lebensumstände ebenso wie sein Wesen als Parameter mit in die Erklärung einbezog. Dies verlangte vom Arzt zum anderen eine intime Kenntnis der Lebensumstände seines Patienten, die er auf Grundlage seines individuellen Geschicks mit in seine Überlegungen einzubeziehen hatte. Alleine hieraus wurde die medizinische Interaktion zur lokal situierten Angelegenheit. Diese wurde durch die Einführung der quantifizierenden Untersuchungsverfahren dahingehend überwunden, dass weder die intime Kenntnis der Lebensumstände des Patienten noch eine besondere Expertise auf Seiten des Arztes notwendig war, um die entsprechenden Zahlenwerte zu generieren. Unabhängig vom Kontext ihrer Erhebung stellten diese fortan objektive Repräsentationen des Krankheitsgeschehens dar.

Die vorangegangenen Ausführungen verfolgten das Ziel, die Objektivierung der ärztlichen Praxis zu skizzieren. Ausgehend von der für die Krankenbettmedizin noch typischen Unterbewertung der körperlichen Untersuchung entwickelten sich zahlreiche diagnostische Hilfsmittel, die auf unterschiedlichen Ebenen gravierende Konsequenzen für die Medizin hatten. Mit der Einführung des Stethoskops in die ärztliche Praxis wurde erstmals die „körperliche Untersuchung und ein technisches Instrument zur Grundlage der ärztlichen Wahrnehmung“ (LACHMUND 1996: 235). Auch hier zeichnet sich erneut ab, dass der Patientendiskurs als Zugang zur

Krankheit immer stärker an Bedeutung verlor. Aufgrund spezifischer Defizite der ersten diagnostischen Hilfsmittel wurde die Instrumentierung immer weiter voran getrieben und mündete schließlich in die Entwicklung von Apparaten und Techniken, welche die Körpervorgänge in quantifizierter Form aufzeichneten und hierdurch einer geteilten Wahrnehmung all jener zuführten, die in der Lage waren, die produzierten Zahlen, Graphen und Kurven interpretierend zu verstehen.

Als Globalisierungsmechanismus ist diese Entwicklung deshalb von Interesse, weil die ärztliche Praxis hierdurch zu einer erlernbaren Tätigkeit wurde, die nicht mehr auf dem Geschick oder dem Genie des behandelnden Arztes beruhte. Weniger als das Vertrauen in die Person des Arztes war es fortan das Vertrauen in die von ihm eingesetzten Techniken, auf die sich die Kompetenz des Mediziners gründete. Nach anfänglichen Widerständen wurden diese Techniken, orientiert am Ideal der gründlichen Untersuchung, zunehmend auch von den Patienten eingefordert. Der Arzt präsentierte sich in diesem Zusammenhang zunehmend als Vertreter einer spezifischen medizinischen Denkrichtung, die sich auf Grundlage der im Folgenden zu schildernden Kriterien als distinkte Medizinform beobachten ließ.

3.5 Die Bereitstellung einheitlicher Beobachtungskriterien:

Die Ver(natur-)wissenschaftlichung der Medizin

In dem Versuch, das Globalisierungsverständnis, wie es von TOBIAS WERRON und BETTINA HEINTZ entwickelt wurde, auf die Entwicklung der Medizin des 19. Jahrhunderts zu übertragen, wurden zunächst Krankenbehandlungen als diejenigen medizinischen Einzelelemente definiert, die zunehmend in einen gemeinsamen Beobachtungshorizont integriert wurden. Im Anschluss daran wurde die zunehmende Kategorisierung der Krankheitsbilder sowie die Entwicklung ausgewählter diagnostischer

Hilfsmittel als jene Mechanismen benannt, welche eine Vergleichbarkeit der Einzelereignisse nach sich zogen. Nun steht es noch aus, diejenigen Kriterien zu definieren, die innerhalb der Disziplin zur Beobachtung des medizinischen Tuns herangezogen werden und einen weltweit geteilten Beobachtungshorizont haben entstehen lassen.

Die folgende Argumentation geht davon aus, dass diese Kriterien der Medizin in Form der Krankheitskonzepte zur Verfügung stehen. „Krankheitskonzepte beantworten (...) die Frage nach dem „Wesen“ und den Quellen von Krankheit, danach richtet sich alles weitere: die Beurteilung der Krankheitserscheinungen, ihre Interpretation (z. B. übernatürlich, natürlich), ihre besondere Verursachung im Einzelfall (böser Geist, Gift, Infekt, Krebs) und die Wahl des Heilverfahrens (Dämonenaustreibung, Gegengift, Chemotherapie, Operation)“ (ROTHSCHUH 1979: 1). In Erinnerung an vorangegangene Ausführungen, welche die Krankheitslehren zu Beginn des 19. Jahrhunderts als idiosyn-kratisches Nebeneinander zahlreicher verschiedener Ansätze beschrieben haben, wird deutlich, dass sich ein gemeinsamer medizinischer Beobachtungshorizont zu diesem Zeitpunkt noch nicht entwickelt hatte. So waren es letztendlich die Präferenzen des einzelnen Arztes oder seines ranghöheren Patienten, welche das medizinische Vorgehen bestimmten. Weder im Kontext der medizinischen Wissensproduktion, die sich weitgehend als individuelle Angelegenheit präsentierte, noch in Bezug auf die ärztliche Praxis lässt sich eine Orientierung an allgemeinen Kriterien beobachten.

Im Folgenden steht entsprechend die Frage im Mittelpunkt, auf welcher Grundlage sich die angenommene Vereinheitlichung der Beobachtungsperspektive realisierte. Wie kam es dazu, dass Ärzte, Medizinwissenschaftler und sonstige Experten innerhalb des medizinischen Feldes heute weltweit eine geteilte Perspektive auf das medizinische Tun einnehmen, während noch um die Mitte des 19. Jahrhundert selbst jene Ärzte, die sich in direkter räumlicher Nähe befanden, von vollständig divergierenden

Prämissen ausgingen. Die fehlende Kanonisierung, die typisch war für die Medizin bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts hinein, wurde – so die hier vertretene These – mit der Integration naturwissenschaftlicher Denk- und Arbeitsweisen überwunden. Jenseits der schieren Behauptung der szientistischen Überlegenheit der modernen Medizin, die häufig als hinreichende Begründung ihrer weltweiten Ubiquität zu genügen scheint, soll im Folgenden illustriert werden, inwiefern diese Entwicklung inhaltliche Veränderungen auf der Ebene der Krankheitskonzepte mit sich brachte und dadurch erst die Entwicklung einer geteilten Beobachtungsperspektive ermöglichte. Mit ihren Fragen nach den grundsätzlichen Lebensprozessen stellte die Physiologie diejenige Disziplin dar, die in diesem Sinne Wesentliches zu einer Neuorientierung der Medizin beigetragen hat. Experimentelle Forschung sowie die Integration von Chemie und Physik als wichtigste Hilfswissenschaften der Physiologie brachten ein neuartiges Verständnis der Körpervorgänge und in der Konsequenz in Form der Iatrotechnik ein Krankheitskonzept hervor, welches im Kontext der modernen Medizin weltweit schulmedizinischen Handlungen zugrunde liegt.

Im Folgenden soll zunächst kurz aufgezeigt werden, inwiefern sich seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine zunehmende Differenz zwischen praktischen Ärzten einerseits und Medizinwissenschaftlern andererseits beobachten lässt. Da die Entwicklung der Medizinwissenschaft jedoch nicht im Fokus der Argumentation steht, sollen deren Globalisierungsvoraussetzungen nur kurz skizziert werden. Im Anschluss daran erfolgt, ausgehend von der Situation im ausgehenden 18. Jahrhundert, die Rekonstruktion jenes Prozesses, im Verlauf dessen naturwissenschaftliche Denk- und Arbeitsweisen in zwei Schritten in die Medizin integriert wurden. Zunächst hielt die experimentelle Forschung im ausgehenden 18. Jahrhundert Einzug in die französische Physiologie. Die Integration naturwissenschaftlicher Denk- und Arbeitsweisen wurde dagegen im Kontext der deutschen Physiologie in der zweiten Hälfte des 19.

Jahrhunderts realisiert. Diese Entwicklung setzte die Universalisierung des Krankheitsgeschehens, die im Vergangenen bereits angeklungen ist, fort und führte somit zur Etablierung eines Wissenskanon, auf den sich noch heute all jene Ärzte, Medizinwissenschaftler und Experten beziehen, die sich der Biomedizin zugehörig fühlen.

3.5.1 Die Differenzierung von Ärzten und Medizinwissenschaftlern

Es wird dem aufmerksamen Leser nicht entgangen sein, dass bislang nicht zwischen praktischen Ärzten einerseits und Medizinwissenschaftlern andererseits unterschieden wurde. Dies ist nicht der Unaufmerksamkeit der Autorin geschuldet, sondern vielmehr der Tatsache, dass sich diese Unterscheidung, die für die moderne Medizin so typisch erscheint (vgl. STICHWEH 1987: 218), erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu institutionalisieren begann. Jene Ärzte, die bislang als Initiatoren der skizzierten Entwicklungen angeführt wurden, generierten ihre Erkenntnisse in der Regel entweder im Kontext ihrer Privatpraxis oder im Rahmen einer Anstellung am Krankenhaus. Die notwendigen Forschungen betrieben sie in der Regel unter denkbar ungünstigen Voraussetzungen in schlecht ausgestatteten Räumlichkeiten, die aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen eher durch Improvisationskunst, denn durch eine angemessene wissenschaftliche Ausstattung überzeugten.⁵¹ Aufgrund der noch nicht realisierten Rollendifferenzierung war der Forscher immer auch Arzt, der aus finanziellen Gründen notwendig darauf angewiesen war, seiner regulären Tätigkeit nachzukommen. Wenngleich dies aus heutiger Perspektive als ungünstige Voraussetzung wahrgenommen werden kann, so sei daran erinnert, dass zahlreiche der zitierten Innovationen gerade aus der praktischen Tätigkeit jener Ärzte entstanden

⁵¹ Als anekdotischer Beleg für die mangelnden finanziellen Ressourcen mag gelten, dass der französische Physiologe Claude Bernard, dem das Verdienst zukommt, das Experiment als methodische Grundlage medizinischer Forschung etabliert zu haben, seine Forschungen zum Teil aus der Mitgift seiner Ehefrau finanzierte (vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/Claude_Bernard_\(Physiologe\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Claude_Bernard_(Physiologe))).

sind. So entwickelte Laennec das Stethoskop letztendlich aufgrund der Unmöglichkeit, sein Ohr direkt auf die Brust jener weiblichen Patienten aufzulegen, welche ihn in seiner Praxis aufgesucht hatte. Wenngleich der Berufsalltag jener Mediziner die Forschungstätigkeiten sicherlich teilweise erschwert hat, so kann diese besondere Konstellation gleichzeitig jedoch auch als Potential begriffen werden, indem sich die Forschungsfragen direkt aus praktischen Probleme ergaben.

Die für die moderne Medizin typische Arbeitsteilung zwischen Medizinwissenschaftlern und praktischen Ärzten begann sich mit dem Aufkommen der Bakteriologie erstmals abzuzeichnen. Auf der einen Seite dieser Differenzierung finden sich die praktischen Ärzte, die in ihrer Berufsausübung auf das theoretische Wissen zurückgreifen, welches von den Medizinwissenschaftlern generiert wird, die zwar durchaus mit medizinischen Fragen, nicht aber mit der Behandlung Kranker befasst sind. Als idealtypische Vereinigung dieser beiden Sphären medizinischer Arbeit gilt die klinische Professur, die gleichermaßen klinische wie forschende Tätigkeiten umfasst.

Mit der hier eingeführten Differenzierung soll keinesfalls unterstellt werden, dass diese beiden Bereiche medizinischer Tätigkeit unabhängig voneinander existieren. Vielmehr ist die Medizin als praktische Anwendungsform wissenschaftlicher Erkenntnisse notwendig auf beide Sphären angewiesen.⁵² Trotzdem ist es für die folgende Argumentation aus analytischen Zwecken notwendig, zwischen diesen Bereichen zu unterscheiden, da davon ausgegangen wird, dass sich die Globalisierung jeweils unterschiedlicher Voraussetzungen verdankt.

⁵² Es ergäbe sicherlich ein interessantes Forschungsvorhaben, zu untersuchen, inwieweit die Medizinwissenschaftler in ihrer forschenden Tätigkeit an die Codierung sowohl des medizinischen als auch des wissenschaftlichen Systems anschließen.

3.5.2 Die Globalisierungsmechanismen der Medizinwissenschaft

Zur Skizzierung der Globalisierungsvoraussetzungen der Medizinwissenschaft kann auf die Argumentation zurückgegriffen werden, die BETTINA HEINTZ in Auseinandersetzung mit den modernen (Natur-)wissenschaften entwickelt hat (vgl. HEINTZ/WERRON 2011). In diesem Zusammenhang stellen theoretische und/oder empirische Resultate diejenigen Vergleichsereignisse dar, die zunehmend in einem über-geordneten Vergleichszusammenhang integriert werden. Die Verstetigung der Forschung und damit die fortlaufende Produktion der Einzelereignisse wurde durch verschiedene Entwicklungen des 19. Jahrhunderts begünstigt. Neben der Institutionalisierung der Forschung an den Uni-versitäten sowie dem regelmäßigen Erscheinen wissenschaftlicher Zeitschriften war es vor allem die zunehmende Laboratorisierung wissenschaftlicher Forschung, da diese zu einer „Dekontextualisierung in zeitlicher, räumlicher und sachlicher Hinsicht (führte, TS) mit der Folge, dass Forschung zu einem kontinuierlichen und erwartbaren Prozess wird“ (HEINTZ/WERRON 2011: 372). Die für den Vergleich notwendige Vereinheitlichung der Vergleichsbedingungen wurde einerseits durch die Standardisierung der Messverfahren und Messinstrumente, andererseits in Form von Quantifizierung und Formalisierung, durch die Normierung der Kommunikation erreicht. Den dritten Mechanismus, der system-spezifische Vergleichskriterien zur Verfügung stellt, sieht HEINTZ im Fall der Wissenschaft durch die zunehmende Systematisierung und Theoretisierung gegeben. „Empirische Bestätigung, begriffliche Konsistenz und Anschluss an bestehende Theorien sind m.a.W. die primären Vergleichskriterien, die in jeder Disziplin ihre spezifische Ausprägung und Interpretation erfahren“ (HEINTZ/WERRON 2011: 374). Während die Vertrauenswürdigkeit wissenschaftlicher Erkenntnisse zuvor in erster Linie der Person des Forschers zugeschrieben wurde, setzte sich mit der Bereitstellung

systemspezifischer Beobachtungskriterien zunehmend ein Vertrauen in das System selbst durch. Flankiert wurde diese Entwicklung von der Etablierung zahlreicher wissenschaftlicher Fachzeitschriften, die in Form von Zitationen gewissermaßen das Medium des zunehmenden Vergleichs darstellen. Diesem Verständnis folgend enthalten Publikationen stets zwei Ebenen: zunächst findet – als Beobachtung erster Ordnung – die Mitteilung von Forschungsergebnissen statt, die – als Beobachtung zweiter Ordnung – jedoch stets auch zu anderen wissenschaftlichen Ergebnissen in Bezug gesetzt werden. „Erst auf dieser zweiten Ebene wechselseitiger Bezugnahme, der Situierung eigener Forschung im Lichte anderer Forschung (als Falsifikation, Weiterentwicklung, Präzisierung etc.), entsteht ein autonomer, potenziell globaler Vergleichszusammenhang, der für eine moderne wissenschaftliche Disziplin auch dann konstitutiv sein kann, wenn er sich nicht in Form von Literaturhinweisen realisiert“ (HEINTZ/WERRON 2011: 375).

Wenngleich es in dem gegebenen Rahmen nicht möglich ist, die Globalisierung der medizinischen Wissenschaft empirisch zu rekonstruieren, so lassen sich auf den ersten Blick dennoch Belege dafür finden, dass diese dem von BETTINA HEINTZ geschilderten Weg gefolgt ist. So scheint die Verstetigung der Forschung durch die Institutionalisierung der Laboratoriumsmedizin in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts realisiert, in deren Kontext heute ein Großteil der medizinischen Forschung stattfindet. Gerade im Bereich der Physiologie kam es zwischen 1870 und 1890 zur Gründung zahlreicher Laboratorien (vgl. KREMER 1992: 73), die zunehmend auch als Ausbildungsstätten medizinischer Aspiranten genutzt wurden. Während die ersten Institutsgründungen noch in erster Linie auf private Initiative einzelner Ärzte hin entstanden sind, entwickelten sie sich in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts zu festen Bestandteilen der medizinischen Institutionenwelt, innerhalb derer jeder Student einen Teil seiner Ausbildung zu absolvieren hatte, um sich mit den wissenschaftlichen Arbeitstechniken vertraut zu machen (vgl. LENOIR 1992).

Auch hinsichtlich der von BETTINA HEINTZ konstatierten Vereinheitlichung der Vergleichsbedingungen, die sie in Form einer Standardisierung sowohl der Messverfahren als auch der wissenschaftlichen Kommunikation gegeben sieht, lassen sich innerhalb der Medizinwissenschaft Parallelen finden. Mit dem Einsatz zahlreicher Instrumente und Geräte wurden – erneut im Kontext der physiologischen Forschung – die Körpervorgänge zunehmend durch Geräte aufgezeichnet und repräsentiert. Während das Fieberthermometer bereits als ein erstes Beispiel dieser Entwicklung angeführt wurde, zeichnet sich die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts durch eine zunehmende Instrumentierung der Medizin aus (vgl. BORELL 1993: 244). So diente die Kymographie⁵³ der Messung und Repräsentation des Blutdrucks oder der Muskelkontraktion, die Spirometrie gab in graphischer Form Auskunft über das Lungenvolumen und die Kardiographie repräsentierte die Aktivitäten des Herzens. Der zunehmende Einsatz dieser Geräte ist aus zweierlei Gründen von Bedeutung. Zum einen wurden die Körpervorgänge zunehmend in Form von Graphen, Kurven und Zahlen unmittelbar repräsentiert, zum anderen erleichterte diese Form der Darstellung den kommunikativen Austausch all jener, die ihr Handeln an den derart gewonnenen Ergebnissen orientierten. Indem sich diese Verfahren von den Laboratorien ausgehend zunehmend auch in die ärztliche Praxis ausbreiteten, hatten sie auch in diesem Kontext maßgebliche Konsequenzen, auf die an späterer Stelle eingegangen wird.

Im Hinblick auf diejenigen Kriterien, die der modernen Wissensproduktion zugrunde liegen, spielte die Institutionalisierung der Laboratoriumsmedizin ebenfalls eine wichtige Rolle, stellte diese doch „einen der wichtigsten Berührungs- und Drehpunkte von Naturwissenschaften und Medizin“ (KRUSE-JARRES 2005: 210) dar. Hier wurde neben dem experimentellen Arbeiten biochemische, biologische,

⁵³ Als sogenannter Wellenschreiber ermöglicht der Kymograph die graphische Darstellung einer Position im Zeitverlauf. Auf einer mit Papier bespannten, rotierenden Walze wird dabei die Positionsveränderung abgetragen.

chemisch-analytische, technische und informationstechnologische Grundlagenforschung in die medizinische Wissensproduktion integriert. Beginnend in den 1840er Jahren wurde das spekulative Vorgehen der medizinischen Wissensproduktion, das zur Theoretisierung aus unterschiedlichen Krankheitskonzepten schöpfte und damit selbst innerhalb der Disziplin Anschlüsse zwischen einzelnen Medizinern erschwerte, abgelöst und die Medizin als (natur-)wissenschaftliche Disziplin begründet.

Als Verbreitungs- und Beobachtungsinstrument spielten auch im Kontext der Medizin wissenschaftliche Zeitschriften eine wichtige Rolle. Das medizinische Schreiben hat eine lange Tradition, die sich bis weit in die Zeit vor der Erfindung des Buchdrucks zurückverfolgen lässt (vgl. LEE 2007). Bereits im 16. Jahrhundert gingen Autoren vereinzelt dazu über, ihre Beobachtungen zu veröffentlichen. Allerdings waren diese ersten Publikationsformen noch nicht mit jenen der modernen Wissenschaft zu vergleichen, ähnelten sie doch eher Tagebuchaufzeichnungen denn der Präsentation wissenschaftlicher Ergebnisse. Die ersten medizinischen Fachzeitschriften entwickelten sich in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts und stellten zu Beginn in erster Linie Organe wissenschaftlicher Gesellschaften dar. Für das Prestige des Arztes sowie die Weiterentwicklung seiner Ideen wurde es von zunehmender Bedeutung, in den Zeitschriften publiziert und daran anschließend zitiert zu werden. Während Monographien zwar ebenfalls dazu genutzt wurden, die eigenen Forschungsergebnisse zu präsentieren, setzte sich im 18. Jahrhundert die Zeitschrift als das meist genutzte Format durch, um die neuesten Erkenntnisse zu verbreiten. Mit diesem steigenden Interesse wurde es zunehmend schwieriger, aus den eingereichten Angeboten zu wählen. In diesem Zusammenhang wurde die Qualität der Beiträge zunehmend an wissenschaftsinternen Kriterien gemessen, wohingegen die Popularität des Autors an Bedeutung verlor. Interessant ist, dass die Zeitschriften bereits in dieser frühen Phase auch als Organe des internationalen Austauschs zunehmend an Bedeutung gewannen. „The medical journal emerged as the

ideal device to bind medical practitioners around the globe into a global community. Periodical medical journals emerged as the professional and scientific glue for international medical science during the nineteenth century. (...) Short or long lived, each medical magazine provided subscribing practitioners with portable information, up to date and classic descriptions of science and clinical cases, the appearance of scholarly erudition, and a tangible connection to professional peers. Reading and writing for medical journals as an obligation of the responsible and reputable practitioner became embedded in medical education around the world“ (LEE 2007: 825). In diesem Zitat drücken sich zwei der Charakteristika, die den funktionssystemspezifischen Publika von WERRON zugeschrieben wurden, auf deutliche Art und Weise aus: zum einen die Anonymität des adressierten Publikums, zum anderen die erwartbare Informiertheit all jener, die sich diesem Kommunikationszusammenhang zugehörig fühlten.

Zusammenfassend kann resümiert werden, dass die Globalisierung der Medizinwissenschaft jenen Mechanismen zu folgen scheint, die von BETTINA HEINTZ in Bezug auf die Wissenschaft generiert wurden. Im Folgenden steht demgegenüber jedoch erneut die medizinische Praxis im Vordergrund. Deren Globalität präsentierte sich in der Literatur bislang gewissermaßen als logische Folge der Globalisierung der Medizinwissenschaft, ohne diesen Zusammenhang jedoch näher zu explizieren.

3.5.3 Der Stand physiologischer Forschung im ausgehenden 18. Jahrhundert

Trotzdem sie lange Zeit als Teilbereich der Anatomie verstanden wurde und entsprechend nicht als eigenständige Disziplin existierte, hat physiologische Forschung innerhalb der Medizin eine lange Tradition. Mit ihren Fragen nach der Funktionsweise des Organismus und seiner Teile war sie schon immer Gegenstand medizinwissenschaftlicher Über-

legungen, wenn auch in gänzlich anderer Form als es für die moderne Physiologie, die im 19. Jahrhundert Gestalt annahm, typisch ist. So zeigt sich im historischen Rückblick, dass zunächst ein spekulativ gewonnenes, philosophisch-theoretisches Wissen die Physiologie prägte. Diese Ausrichtung wurde, beginnend im 18. Jahrhundert, von einer Physiologie abgelöst, die um die Generierung nachweisbaren Tatsachenwissens bemüht war (vgl. ROTHSCHUH 1953: 2).

Ihren Ursprung hat die Physiologie in der antiken Medizin, der experimentelle Forschung und analytisches Vorgehen noch weitgehend fremd waren. Die mangelnden Kenntnisse bezüglich der anatomischen Struktur ließen auch im Bereich der Physiologie nur spekulative Aussagen über die Funktionsweise des Körpers zu. Trotz einer kontinuierlichen Weiterentwicklung wurde dieser Hemmschuh der physiologischen Forschung erst im 16. Jahrhundert endgültig überwunden, als die Forschungen Andreas Vesalius' die anatomischen Kenntnisse revolutionierten. Anders als seine Vorgänger, die in erster Linie eine unkritische Exegese der antiken Autoritäten betrieben, präsentierte Vesalius ausschließlich solches Wissen, welches er selbst generiert oder zumindest gründlich überprüft hatte. Hier, im Kontext der Anatomie, wurde der erste Schritt in Richtung einer genuin wissenschaftlichen Medizin unternommen.

Der Nutzen chemischer und physikalischer Forschungen für die Physiologie wurde zwar bereits im 17. Jahrhundert von einzelnen Forschern anerkannt, allerdings war über die tatsächlichen Zusammenhänge innerhalb des Körpers noch zu wenig bekannt, um die naturwissenschaftlichen Denk- und Arbeitsweisen erfolgreich zur Beantwortung physiologischer Fragen heranzuziehen. Die physiologische Forschung fokussierte Fragen nach Zweck und Bedeutung der Lebenserscheinungen; Überlegungen über den Zusammenhang der Ursachen und Wirkungen im Körper waren dagegen kaum von Bedeutung (vgl. ROTHSCHUH 1968: 100).

Ebenso wie in anderen Bereichen der medizinischen Wissensproduktion lässt sich auch innerhalb der Physiologie im ausgehenden 17. und 18. Jahrhundert ein Nebeneinander verschiedener Ansätze beobachten. Unbeschadet der allmählich einsetzenden Annäherung an die Erklärungsmuster der Naturwissenschaften war die physiologische Forschung noch stark von vitalistischen Vorstellungen durchsetzt. Der Glaube an eine spezifische Qualität des Lebendigen, die sich letztendlich weder untersuchen noch nachweisen ließ, sollte erst im 19. Jahrhundert im Kontext der deutschen Physiologie vollständig überwunden werden. Erst dann wurde aus der belebten Anatomie, aus der *anatomia animata*, eine autonome wissenschaftliche Disziplin und die wichtigste theoretische Grundlage der modernen Medizin. Lassen sich noch bis ins 18. Jahrhundert hinein sowohl auf programmatischer als auch auf konzeptueller Ebene verschiedene Varianten physiologischer Forschung ausmachen (vgl. LESCH 1984: 16), entwickelte sich die naturwissenschaftlich basierte Physiologie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zum dominanten Paradigma.

Hiermit einher ging eine Universalisierung der Körpervorgänge, welche die bereits im Vergangenen angesprochene Entindividualisierung des Krankheitsgeschehens weiter vorantrieb. Mit ihren grundsätzlichen Aussagen zur Funktionsweise sowohl des gesunden als auch des kranken Körpers leistete die Physiologie damit einen wesentlichen Beitrag zur Etablierung *eines* schulmedizinischen Wissenskanon, der die zuvor beobachtbare Idiosynkrasie verschiedener medizinischer Schulen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts endgültig ablöste. Dieser Weg vollzog sich in zwei Schritten.

3.5.4 Der Einzug experimenteller Forschung in die französische Physiologie

In ihrem Status als Teilbereich der Anatomie war die Physiologie sowohl auf intellektueller als auch auf institutioneller Ebene bis Ende des 18. Jahrhunderts kaum von der Medizin zu unterscheiden. Wie bereits erwähnt, hatte sich die Differenz von medizinischer Grundlagenforschung und praktischer Anwendung deren Erkenntnisse auf Rollenebene noch nicht institutionalisiert. Es existierten noch keine spezialisierten Forschungs- und Ausbildungsstätten, kaum explizit physiologische Publikationen. Die Forschung wurde von Anatomen, interessierten Laien und praktizierenden Ärzten betrieben. Beginnend im letzten Dezennium des 18. Jahrhunderts wandelte sich die Physiologie in gerade einmal drei Jahrzehnten jedoch derart gravierend, dass bereits 1854 der erste Lehrstuhl für Physiologie an der Sorbonne eingerichtet wurde.

Während die Anatomie mit ihrem Interesse an den Strukturen des Körpers in der Leichenöffnung eine angemessene Methode gefunden hatte, lieferten die Autopsien für die Physiologie mit ihren funktionalistischen Fragestellungen kaum Informationen. Stattdessen etablierten sich Vivisektionen, Selbstversuche oder Humanexperimente⁵⁴ zum gängigen Erkenntnismittel physiologischer Forschung. Dass sich das experimentelle Arbeiten zu jenem Zeitpunkt durchsetzen konnte, ist aus verschiedenen Gründen erneut dem Kontext der Pariser Kliniken geschuldet.

Zum einen wurde im Kontext jener bereits erwähnten Reformbewegungen, die im Nachhall der Französischen Revolution das Ziel verfolgten, die medizinische Ausbildung zu verbessern auch über das Verhältnis von Theorie und Praxis innerhalb der Medizin reflektiert. So stellte sich in diesem Kontext die Frage nach einer verlässlichen theoretischen Fundie-

⁵⁴ Die moralischen Implikationen, die sich aus heutiger Perspektive daraus ergeben, dass die Experimente in erster Linie an Mittel- oder anderweitig Rechtlosen ausgeführt wurden, wurden ebenfalls reflektiert. Allerdings hielt es Claude Bernard, mit dessen Namen die experimentelle Methode innerhalb der Medizin eng verbunden ist, für ein Gebot, als nützlich erachtete Forschungen an den (unfreiwillig) rekrutierten Versuchspersonen durchzuführen (vgl. HEINRICHS 2006: 19).

rung der Medizin. Aufgrund des verunsichernden Nebeneinanders der verschiedenen und vielfältigen Erklärungskonzepte drängte sich dieses Problem im ausgehenden 18. Jahrhundert als gravierend auf. Es entstand zunehmend der Wunsch, „to replace an older medicine, perceived as excessively hypothetical in theory and ineffective in practice, with one drawing on the certainty and utility of the modern science“ (LESCH 1984: 31). Auch in der Auseinandersetzung mit dem Verhältnis von Theorie und Praxis innerhalb der Medizin waren die bereits kurz angesprochenen *idéologues* die Wortführer. Als Konsequenz der Betonung der sinnlichen Wahrnehmung als privilegiertem und einzig zulässigem Mittel der Erkenntnis hielt der Empirismus und eine experimentelle Arbeitsweise Einzug in die physiologische Forschung. Das spekulative Theoretisieren, das die medizinische Wissenschaft bis ins 18. Jahrhundert geprägt hatte, sollte von einer objektivierten, empirisch vorgehenden und experimentell arbeitenden Forschung abgelöst werden.

Auch die bereits erläuterte Integration der Chirurgie in die Medizin und die damit einhergehende Transformation der medizinischen Ausbildung mit ihrem starken Fokus auf praktischen Übungen, begünstigte die Entwicklung experimentellen Arbeitens im Kontext der französischen Physiologie, da die traditionelle Ablehnung der Ärzte gegenüber handwerklicher Tätigkeit zu verschwinden begann. Hiermit ging die Medizin einen der ersten Schritte in Richtung einer modernen Wissenschaft, indem fortan nur noch solches Wissen anerkannt wurde, welches in Form der experimentellen Überprüfung den neuartigen Maßstäben standhielt (vgl. HEINRICHS 2006: 13). Das spekulativ-scholastische Vorgehen gehörte damit endgültig der Vergangenheit an.

Durch den engen Kontakt mit der klinischen Medizin – wie bereits erwähnt waren die Forscher immer auch als praktische Ärzte tätig – wurde die Forschungsarbeit dabei stets von Fragestellungen geleitet, welche sich direkt aus der ärztlichen Praxis ergaben. Während die Physiologen in ihren Laboratorien daran arbeiteten, der Medizin ein neuartiges theoretisches

Fundament zu verleihen, fungierte die Praxis an den Krankenhäusern gleichzeitig als Korrektiv und verhinderte so, dass die Physiologie, wie zuvor durchaus gängig, Hypothesen und Spekulationen hervorbrachte, deren Überprüfbarkeit außerhalb des Möglichen stand. Darüber hinaus stellten die Kliniken mit ihren unzähligen Patienten und verschiedenartigen Erkrankungen auch für die Physiologie ein breites Reservoir an Beobachtungsfällen zur Verfügung, die am Krankenbett ebenso beobachtet werden konnten wie im Kontext der Leichenöffnung nach dem Tod des Patienten (vgl. LESCH 1984: 5ff.). Auch die Physiologie profitierte entsprechend von denjenigen Eigenschaften, die die Pariser Medizin zu jener Zeit kennzeichneten und sie weltweit eine Vorreiterrolle einnehmen ließen.

Auch auf institutioneller Ebene war die Ausgangslage in Frankreich günstiger als in anderen Ländern, die erst im Verlauf des 19. Jahrhunderts mit Paris gleichziehen sollten. So gab es zwar innerhalb der *Académie des sciences*, zu jener Zeit europaweit die führende Institution professionalisierter Forschung, keine eigenständige physiologische Abteilung; trotzdem fand physiologische Forschung im Rahmen anderer, vor allem anatomischer, Abteilungen statt. Die *Académie* hatte sich einer umfassenden Grundlagenforschung verpflichtet, die einen wichtigen Gegenpol zur stark praktisch ausgerichteten Arbeit an den Krankenhäusern darstellte und in ebendieser Grundlagenforschung für die praktische Medizin sollte die Physiologie ihre Bestimmung finden (vgl. LESCH 1984: 26).

Als einer der wichtigsten Initiatoren dieser Entwicklung ist der französische Physiologe Claude Bernard zu nennen, dessen erklärtes Ziel es war, die wissenschaftliche Methode innerhalb der Medizin zu etablieren. Seine Ergebnisse erlangte er einzig durch experimentelle Forschung im Labor, welches für ihn das Zentrum medizinischer Wissensproduktion darstellte. Im Verlauf seines Forscherlebens lässt sich dabei eine interessante Entwicklung beobachten. Setzte Bernard das Experiment

zunächst lediglich als Mittel ein, um seine eigenen Forschungen voranzutreiben, lässt sich in späteren Jahren beobachten, dass er dieses Vorgehen zum methodologischen Grundstein der modernen Medizin erhob. „Bernard emphasized experimental determinism (...) as the goal and the method of physiology: the goal, because science could expect no more - and settle for no less - than the experimental or mathematical determination of the relations among phenomena; the method, because the means to that end in the sciences of life could only be experiments (...)“ (LESCH 1984: 2). Als Ergebnis dieser Bemühungen entwickelte sich in Frankreich eine Physiologie, die in ihren Zielsetzungen bescheidener, hinsichtlich der Methodenauswahl reflektierter und in Bezug auf die gewonnenen Ergebnisse sicherer war als die verschiedenen Physiologien der Vergangenheit.

Der Nutzen von Hilfswissenschaften wie der Chemie oder Physik wurde im Kontext der französischen Physiologie zwar bereits diskutiert, allerdings wurden die naturwissenschaftlichen Vorgehensweisen noch nicht in die Disziplin integriert⁵⁵. Dies lässt sich auf die bereits erwähnte starke klinische Ausrichtung der französischen Physiologie zurückführen. Die Forschungsfragen ergaben sich direkt aus dem ärztlichen Alltag und zielten damit in erster Linie auf eine Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten ab. Der Nutzen naturwissenschaftlich-physiologischer Grundlagenforschung wurde in diesem Zusammenhang noch nicht erkannt. Erst im Kontext der deutschen Physiologie sollte es in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gelingen, naturwissenschaftliche Denk- und Arbeitsweisen fruchtbar auf physiologische Fragen anzuwenden.

⁵⁵ Eine Ausnahme bildet in diesem Zusammenhang die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pharmazie. Als Folge einer großen Unzufriedenheit mit der existierenden *Materia medica* wurde etwa ab 1800 der Versuch unternommen, durch chemische Analysen die aktiven Wirkstoffe der verabreichten Mittel zu isolieren und deren medizinische und physiologische Auswirkungen auf den Organismus zu untersuchen.

In Frankreich blieb die Physiologie zunächst funktionelle Morphologie. Die Forschung zielte darauf ab, unter Einsatz vivi-sektorischer Experimente aus dem morphologischen Zusammenhang der Teile Schlüsse auf ihre Funktion zu ziehen (vgl. ROTHSCHUH 1953: 218).

3.5.5 Die Integration naturwissenschaftlicher Denk- und Arbeitsweisen in die deutsche Physiologie

Während Frankreich, das mit den Pariser Kliniken im ausgehenden 18. Jahrhundert weltweit das Zentrum physiologischer Forschung darstellte, das Verdienst zukommt, die experimentelle Forschung in die Medizin integriert zu haben, ist die Umstellung auf naturwissenschaftliche Denk- und Arbeitsweisen dagegen den deutschen Physiologen zu verdanken, die hierdurch nicht zuletzt dem Phänomen der Krankheit ein völlig neues Gesicht verliehen. Bevor auf diese inhaltlichen Veränderungen eingegangen wird, soll zunächst in wenigen Worten erklärt werden, warum Frankreich seine führende Stellung im Verlauf des 19. Jahrhunderts an Deutschland verloren hat.

Wissenschaftsorganisation in Frankreich und in Deutschland

In der Literatur lassen sich unterschiedliche Gründe dafür finden, warum Frankreich seine Vorreiterrolle an Deutschland abtreten musste (vgl. BENDAVID 1960: 833).⁵⁶ Die gute Ausstattung von Laboratorien und Kranken-

⁵⁶ Während im ausgehenden 18. Jahrhundert zahlreiche ausländische Studierende nach Paris pilgerten, um die dort erlernten Denk- und Arbeitsweisen nach ihrer Rückkehr in ihren Heimatländern umzusetzen, waren es im 19. Jahrhundert vor allem die deutschen Laboratorien, die sich bei ausländischen Studierenden einer großen Beliebtheit erfreuten. So wurde die Schule von Carl Ludwig in Leipzig in der Zeit zwischen 1865 und 1895 ein wichtiger Ausbildungsort der jungen Physiologengeneration aus der ganzen Welt. Ludwigs Schüler kamen aus Skandinavien, England, Italien und den USA. Ein in diesem Zusammenhang wichtiger Schüler Ludwigs war Hugo Kronecker, der „einen wesentlichen Teil zu dem Entstehen jener internationalen Physiologenbrüderschaft beigetragen (hat, T.S.), die sich damals in Leipzig zusammenfand“ (ROTHSCHUH 1953: 154). Im Hause Kroneckers wurde 1888 auch der Entschluss gefasst, einen internationalen Physiologenkongress zu veranstalten, der im September 1898 mit 124 Teilnehmern in Basel stattfand. Andere Länder profitierten in starkem Maße von dem Austausch mit der deutschen Physiologie.

häusern wird dabei ebenso zur Erklärung herangezogen wie die zunehmende Selbstwahrnehmung der deutschen Universitäten als Forschungseinrichtungen oder die Konvergenz mit staatlichen Modernisierungsinteressen (vgl. TUCHMAN 1988: 66ff.). Als weiterer Grund wird das Vorhandensein akademischer Institutionen genannt, welche die Mobilität von Lehrern und Schülern förderten und somit zu einem regelmäßigen und befruchtenden Austausch beitrugen. Wenngleich diese Begründungen sicherlich ihre Berechtigung haben, sollten sie um einen weiteren Punkt ergänzt werden, der die unterschiedliche Wissenschaftsorganisation der beiden Länder betrifft.

Die führende Position, die Frankreich im ausgehenden 18. Jahrhundert im Bereich der Medizin einnahm, lässt sich durch den skizzierten Bedeutungsgewinn der empirischen Forschung erklären, der sich in Deutschland erst einige Jahrzehnte später realisierte. Wenngleich der Nutzen wissenschaftlicher Forschungen für die Gesellschaft seit der Aufklärung gemeinhin anerkannt wurde, wurden in Frankreich zunächst noch keine exklusiven Stellen für Berufswissenschaftler geschaffen. Die akademischen Karrieren veränderten sich in Frankreich im Verlauf des 19. Jahrhunderts kaum. Die Rolle des Vollzeitwissenschaftlers existierte noch nicht, die Forschung musste parallel zu einer Anstellung am Krankenhaus bzw. der eigenen Privatpraxis stattfinden. Die privaten Laboratorien waren meist schlecht ausgestattet und improvisiert, die Zeit für die arbeitsintensive Forschung knapp bemessen. Unter solchen Arbeitsbedingungen

So reichte die englische Physiologie bis Mitte des 19. Jahrhunderts nicht an die französische oder deutsche heran. Die Erneuerung lässt sich mit Will. Benj. Carpenter, William Bowman und William Sharpey solchen Forschern zuschreiben, die einen Teil ihrer Ausbildung in Deutschland oder Frankreich absolviert und von dort wichtige Impulse mitgenommen hatten. Die englische Physiologie konnte so bis zum Ende des Jahrhunderts den Vorsprung von Deutschland und Frankreich aufholen.

In den USA folgte auf eine vorexperimentelle Periode mit den Anfängen einer amerikanischen Physiologie vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis in die 70er Jahre eine Phase der Übernahme und Angleichung an die europäische Entwicklung bis etwa 1900. In den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts entwickelte sich die amerikanische Physiologie zu einer Disziplin mit Weltgeltung, so dass die amerikanischen Universitäten und Laboratorien nun europäische Studierende anzogen, um Anreize aus der dortigen Forschung zu sammeln (vgl. ROTHSCHEIDT 1953: 205ff.).

war es kaum möglich, sich auf bestimmte Fragestellungen zu spezialisieren. Ein knappes Zeitbudget, mangelnde Ressourcen und unangemessene Räumlichkeiten behinderten die Entwicklung der zur Spezialisierung notwendigen Methoden, Techniken und Apparaturen, so dass Frankreichs wissenschaftliche Produktivität in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts nachließ.

Im Gegensatz hierzu durchlief die akademische Karriere in Deutschland eine gravierende Transformation. Dies lässt sich auf die dezentrale Wissenschaftsstruktur des Landes zurückführen. Die Universitäten warben mit gut ausgestatteten Laboratorien, qualifizierten Mitarbeitern und einem angemessenen Zeitbudget um die erste Generation deutscher Physiologen. Der hohe Wettbewerb der deutschen Universitäten untereinander trug so dazu bei, die Berufsrolle des Wissenschaftlers zu realisieren und die Spezialisierung voranzutreiben (vgl. STICHWEH 1984). Diese Entwicklung legte es nahe, sich bereits am Ende der Ausbildung für ein Fachgebiet zu entscheiden. Während der Generalist in Frankreich aufgrund der mangelnden Spezialisierungsmöglichkeiten weiter bestand, verlor er in Deutschland zugunsten des Spezialisten zunehmend an Bedeutung (vgl. BEN-DAVID 1960: 836f.).

Diese Entwicklung hatte auch Auswirkungen auf die Organisation der medizinischen Ausbildung, wurde doch von den Absolventen erwartet, mit den Grundsätzen wissenschaftlicher Arbeit vertraut zu sein. Die entsprechenden Inhalte wurden zunehmend in das Studium integriert und einem immer größeren Kreis von Studenten zugänglich gemacht. Während die Mitarbeit in den Laboratorien zunächst ein Privileg weniger ausgesuchter Studenten war, welche die Aufmerksamkeit des Professors gewonnen hatten, wurde eine entsprechende Unterweisung allmählich zum systematischen Teil der Ausbildung eines jeden Studenten. Die Kenntnis der entsprechenden Arbeitsmethoden wurde sogar für die Mehrzahl jener Studenten als nützlich angenommen, die sich nach ihrem Studium als praktische Ärzte niederlassen wollten und nicht an einer

Karriere als Wissenschaftler interessiert waren. „The experience produced (...) a health respect for exactitude and for sound reasoning on well-established facts. This lesson resumably would then be carried over into medical practice. One important reward was to be a more reliable diagnosis of disease“ (COLEMAN/HOLMES 1988: 11).

In Deutschland kam es in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu Gründungen zahlreicher physiologischer Institute, in welchen die Wissenschaftler ihren Forschungen nachgehen konnten. Diese Entkopplung physiologischer Forschung und ärztlicher Praxis führte auch auf inhaltlicher Ebene zu Unterschieden zwischen den beiden Ländern. War die Forschung in Frankreich von den klinischen, pathologischen und chirurgischen Interessen ihrer Vertreter geprägt, konnte sie sich in Deutschland losgelöst von diesen entfalten und sich allgemeineren Fragen des Lebendigen zuwenden, deren praktischer Nutzen zunächst im Hintergrund stehen konnte. Stärker als in Frankreich wurde in Deutschland die Forderung formuliert, die Disziplin „as pure science absolutely independent of any so-called practical affiliation“ (GEISON 1979: 72) zu kultivieren. Auf der Ebene der Selbstbeschreibung begann sich die Physiologie hier von der praktischen Medizin zu lösen und als reine Wissenschaft zu beschreiben, die auch auf inhaltlicher Ebene eine deutliche Differenz zur französischen Physiologie erkennen lässt. „Die Franzosen studierten vorzugsweise die Leistungen organisierter „Glieder“, während die Deutschen mehr die physikalisch-chemischen Gesetze aufzuklären suchten, welche unterhalb des Niveaus strukturierter Glieder als wirksam und bedingend nachzuweisen sind“ (ROTHSCHUH 1968: 212). Der Nutzen einer derartigen Vorgehensweise hatte sich in Deutschland bereits durchzusetzen begonnen, während französische Forscher dieser Entwicklung noch skeptisch gegenüber standen.

Doch auch die deutsche Physiologie musste sich diese Vorreiterrolle zunächst erarbeiten. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurde die experimentelle Forschung, wie sie in Frankreich bereits seit einigen Jahr-

zehnten erfolgreich betrieben wurde, hier noch skeptisch betrachtet und setzte sich erst zwischen 1815 und 1830 allmählich durch. Behindert wurde diese Entwicklung durch die starken Einflüsse der Naturphilosophie im Anschluss an Schelling, welche die deutsche Physiologie zwischen 1800 und 1820 deutlich geprägt hat.

Der naturphilosophische Einfluss auf die deutsche Physiologie

Die Generation junger Physiologen, die in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts in Deutschland ihre Arbeit aufnahm, schloss an das naturphilosophische Wissenschaftsverständnis an und sah die Aufgaben der Wissenschaften darin, „in der Vielfalt der Erscheinungen von Kosmos, Natur und Mensch die Einheit, die Wesensverwandtschaft, aufzuzeigen, und zwar die Einheit von Natur und Geist, von Körper und Seele, von Materie und Geist“ (ROTHSCHUH 1968: 192). Der Physiologie fiel damit die Aufgabe zu, die vielfältigen Lebensphänomene einheitlich zu interpretieren und in ein integriertes Gesamtkonzept einzuordnen.⁵⁷ Das hinter diesen Bemühungen stehende holistische Verständnis der Natur führte zu Analogieschlüssen, die das Ziel verfolgten, die innere Verbundenheit der mannigfaltigen Lebensphänomene aufzuzeigen. So ging man beispielsweise davon aus, „zwischen Pflanzen, Knospen und Gichtknoten bestehe eine Analogie wie zwischen den Polaritäten Leber und Milz, Eisen und Quecksilber, weshalb man Eisen gegen Milzkrankheiten verwenden soll“ (NIPPERDEY 1990: 485f.). Im Kontext solcher und ähnlicher naturphilosophischer Spekulationen konnte sich die in Frankreich erprobte experimentelle Arbeitsweise noch nicht zum neuartigen Erkenntnismittel durchsetzen. Zwar wurde der Nutzen direkter Beobachtung nicht vollkommen geleugnet, die wahrgenommenen Fakten lieferten jedoch

⁵⁷ Im Kontext der Praxis war die romantische Medizin von Brownianismus und Magnetismus geprägt (vgl. LABISCH 2000: 11). Während der Brownianismus davon ausgeht, dass sich das Krankheitsgeschehen auf ein zu hohes resp. zu niedriges Maß an Erregung zurückführen lässt, sieht der Magnetismus den Organismus mit magnetischen Kräften ausgestattet, die im Krankheitsfall vom Arzt reguliert werden müssen.

lediglich das Material, auf das die Deutungsprinzipien der Naturphilosophie angewandt wurden. Anders als in Frankreich, wo die empirischen Beobachtungen als Korrektiv für gewonnene Hypothesen dienten, waren sie im Kontext der deutschen Forschung zunächst nichts weiter als Daten, welche durch Analogieschluss in das Gesamtkonzept eingepasst wurden. „Die Romantiker setzten - für lange Zeit zum letzten Male - ein ideelles Gesamtkonzept an den Anfang ihres Denkens; für die späteren Jahrhunderte rückte das Gesamtkonzept von Kosmos, Natur und Mensch immer weiter in eine unerforschliche Ferne. Man hielt sich an das Vordergründige, Erforschliche und verzichtete mehr und mehr auf philosophische Weltbildentwürfe“ (ROTHSCHUH 1968: 203). In diesem Zitat drückt sich bereits aus, dass die naturphilosophischen Ansätze mit dem Bedeutungszuwachs der Naturwissenschaften, die zunehmend in die Physiologie integriert wurden, an Einfluss verloren.

10.5.3 Chemie und Physik als wichtigste Hilfswissenschaften der modernen Physiologie

Chemische und physikalische Denk- und Arbeitsweisen waren der Medizin des 19. Jahrhunderts keineswegs völlig fremd. Zwar nahmen sie noch nicht jenen zentralen Raum ein, welchen sie innerhalb der modernen Medizin besetzen; doch wurden beispielsweise bereits im 18. Jahrhundert Blut und Urin chemischen Analysen unterzogen, um derart auf Krankheiten zu schließen. Allerdings war hiermit das naturwissenschaftliche Repertoire weitgehend ausgeschöpft. Wenngleich deren Bedeutung weitgehend anerkannt wurde, wurden die Naturwissenschaften noch nicht als allgemeine Grundlage der Lebensprozesse angesehen. Dies lässt sich auf zwei Gründe zurückführen. Zum einen beinhaltete der Glaube an die Eigen-gesetzlichkeit des Lebendigen, der sich in Form vitalistischer und animistischer Vorstellungen sowohl in der deutschen als auch in der

französischen Physiologie finden lässt, die Annahme, dass sich das spezifisch Lebendige durch eine Eigengesetzlichkeit auszeichnet, die es gerade *nicht* erlaubt, dieses auf naturwissenschaftliche Prozesse zurückzuführen. Zum anderen stand der Integration chemischer und physikalischer Verfahren die Tatsache im Weg, dass diese zunächst noch nicht erfolgreich zur Beantwortung physiologischer Fragen eingesetzt werden konnten (vgl. ROTHSCHUH 1953: 169). Erst nach der Überwindung des angesprochenen romantischen Zwischenspiels innerhalb der deutschen Physiologie setzte etwa ab den 1840er Jahren eine systematische Integration naturwissenschaftlicher Arbeitsweisen in die Medizin ein.

Aus der Entwicklung der Chemie, wie sie prominent von Liebig vertreten wurde, ergab sich die Erkenntnis, „dass quantitative chemische Analysen zur Erkennung physiologischer und pathophysiologischer Vorgänge im menschlichen Organismus entscheidend sind, um Gesundheit und Krankheit gegeneinander abzugrenzen“ (KRUSE-JARRES 2005: 200). An der Wichtigkeit chemischer Prozesse für die Durchführungen der Leistungen des lebendigen Organismus herrschten seitdem keine Zweifel mehr, die Chemie erhielt einen festen Platz im physiologischen Curriculum. Dabei ging die Integration von Erklärungsmustern chemischer Provenienz weit über die bereits seit langer Zeit bekannten Blut- und Urinalysen hinaus. Die Forscher beschäftigten sich auf einer grundlegenden Ebene mit der Frage, welche chemischen Prozesse in einem gesunden bzw. kranken Körper ablaufen (vgl. LENOIR 1988: 155). Auf der Grundlage zahlreicher Experimente, die sowohl an Versuchstieren als auch im Selbstversuch durchgeführt wurden, entwickelten sich chemische Prozesse zur grundlegenden Tatsache des lebendigen Organismus. Diese Beobachtungen, die einige Jahre später noch um solche physikalischer Natur ergänzt werden sollten, lieferten endgültige Argumente gegen eine spezifische Lebenskraft und entzogen damit allen noch bestehenden vitalistischen und animistischen Erklärungsansätzen den argumentativen

Boden. Die Kraft oder die Energie, die sich im lebenden Körper beobachten lässt, konnte nun nicht mehr als lenkendes Agens begriffen werden, sondern war ein Vorrat an Arbeitsvermögen, eine universelle Rechengröße, die ihre Wirkung in jedem gesunden Organismus auf gleicher Weise entfaltet und die zunehmend mess- und nachweisbar wurde (vgl. ROTHSCUH 1968: 287).

Es sollte jedoch erst der zweiten Generation deutscher Physiologen gelingen, die Erklärungsmuster der Physiologie grundsätzlich an solche chemischer und physikalischer Natur zurückzubinden. Während die erste Generation, prominent vertreten durch Johannes Müller, den Nutzen experimenteller Arbeit bereits weitgehend anerkannt hatte, war sie noch nicht in der Lage, das Potential naturwissenschaftlicher Erklärungsprinzipien voll auszuschöpfen. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass sie auf theoretischer Ebene noch den Erklärungsprinzipien der Naturphilosophie verhaftet waren. Die Forschungsfragen kreisten zunächst noch eher darum, was in den einzelnen Organen und Geweben geleistet wurde als danach, auf welche Kräfte physikalisch-chemischer Art sich dies zurückführen ließ. Erst die zweite Generation realisierte, angeführt von Carl Ludwig, Hermann Helmholtz und Emil DuBois-Reymond, jene Physiologie, die auf völlig neuartigen Prämissen aufruhte und kaum noch Ähnlichkeiten zur vitalistisch-animistisch bzw. naturphilosophischen Physiologie des beginnenden 19. Jahrhunderts aufwies. Lebensvorgänge wurden fortan als naturgesetzlich determinierte Prozesse verstanden, die einzig den Prinzipien der Physik und der Chemie folgten. Eine vitale Sonderkraft fand in einem derartigen Erklärungsansatz keinen Platz mehr. Die Physiologie war nun eine auf den lebenden Organismus angewandte Physik und Chemie (vgl. ROTHSCUH 1953: 118). Darüber hinaus setzte sich zunehmend die Auffassung durch, dass physikalische und chemische Messverfahren durchaus in der Lage sind, die biologischen Größen treffend zu erfassen (vgl. ROTHSCUH/BLEKER 1974: 131). In der Vergangenheit war diese Annahme noch häufig auf Skepsis gestoßen, da die

naturwissenschaftlich genutzten Messverfahren als unzureichend betrachtet wurden, das spezifisch Lebendige angemessen zu repräsentieren. Mit der Integration der Naturwissenschaften wurde entsprechend auch auf theoretischer Ebene die Quantifizierung des Krankheitsgeschehens vorbereitet, die im Vergangenen bereits angesprochen wurde. Mit dem Übergang von der ersten zur zweiten Generation deutscher Physiologen veränderte sich auch die Ausrichtung der von ihnen betriebenen Forschungen. Diese wurden von Müller und Kollegen zunächst in erster Linie um ihrer selbst willen betrieben. Die Institute, die in diesem Zeitraum gegründet wurden, waren geprägt von den wechselnden Vorlieben ihrer Leiter und hatten sich noch nicht einer systematischen Erforschung des Lebendigen verschrieben. Erst etwa ab der Jahrhundertmitte wurde der Fokus zunehmend auf den praktischen Nutzen physiologischer Forschung gelegt. Ruft man sich in Erinnerung, dass die klinische Medizin zu jener Zeit stark darum bemüht war, ihrem Handeln am Krankenbett eine theoretische Basis zu geben, so wird deutlich, warum die Physiologie bis etwa 1850 stark an Ansehen gewann, um neben der Anatomie und der Pathologie zu einem der wichtigsten theoretischen Grundlagenfächer der Medizin zu werden.

Zwischen 1870 und 1890 kam es zu einer Gründungswelle physiologischer Institute, welche sich im Vergleich zu den bereits bestehenden dadurch auszeichneten, dass hier auch die Forschungen der für das Fortkommen der Physiologie notwendigen Hilfswissenschaften betrieben wurden.

Denn aufgrund der zahlreichen Anleihen aus den Naturwissenschaften waren die Physiologen zunächst auf die Arbeit anderer Wissenschaftler angewiesen, die sich jedoch nicht in erster Linie der Erforschung des Lebendigen verschrieben hatten. Die Physiologen hatten keine Möglichkeit, die Arbeit der für sie wichtigen Hilfswissenschaften inhaltlich zu steuern. Die Lösung für dieses Problem war schließlich nicht kognitiver, sondern institutioneller Natur. Es kam zur zunehmenden Gründung neuer physiologischer Institute (vgl. KREMER 1992: 73), in deren Räumlichkeiten

all jene Forschungen betrieben werden konnten, die letztlich der Weiterentwicklung der Physiologie dienen sollten. Räumlichkeiten, Personalentscheidungen sowie die Zielsetzungen der einzelnen Abteilungen wurden ganz in den Dienst der Physiologie gestellt und trugen derart zu einer Weiterentwicklung der Disziplin bei, die Deutschland bald an die Spitze physiologischer Forschung bringen sollte. Während die erste Generation deutscher Physiologen wesentlich dazu beigetragen hat, die empirische Forschung wiederzubeleben, wurde die Disziplin unter dem Einfluss der zweiten Generation zu derjenigen Physiologie, die seitdem „das physiologische Forschen der ganzen Welt charakterisiert, die experimentelle, kausalanalytische und *physikalisch-chemisch quantitativ vorgehende Arbeitsweise* der heutigen Physiologie“ (ROTHSCHUH 1953: 122, Hervorhebung im Original).

Auf der Grundlage der Integration naturwissenschaftlicher Denk- und Arbeitsweisen in die Physiologie entwickelte sich ein neuartiges Krankheitskonzept, in dessen Kontext jene Beobachtungskriterien zur Verfügung gestellt werden, welches der weltweit geteilten Bezugnahme auf das medizinische Geschehen zugrunde liegen.

3.5.6 Die Iatrotechnik

Während sich zu Beginn des 19. Jahrhunderts auch innerhalb der Physiologie noch unterschiedliche Schulen beobachten lassen, wurden die verschiedenen Richtungen ab den 1860er Jahren zu einem Fach integriert (vgl. LENOIR 1988: 144). Es entwickelte sich mit der Iatrotechnik ein neuartiges Krankheitskonzept, welches mit seinen chemischen und physikalischen Verfahren stark von den Denk- und Arbeitsweisen der Technik inspiriert war und den Körper nach dem Ideal einer Maschine konzipierte. Der Körper wurde „ein gesetzlich arbeitendes, determiniertes, kausalgesetzlich funktionierendes physikalisch-chemisches System“ (ROTHSCHUH 1979: 428). Die Lebensvorgänge wurden auf universell

wirksame Naturgesetze zurückgeführt. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass diese naturgesetzliche Determiniertheit sowohl im gesunden als auch im kranken Körper angenommen wurde. Hiermit wurde entsprechend auf theoretischer Ebene derjenige Schritt vollzogen, der im Kontext der praktischen Medizin bereits in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts realisiert worden war. Als Folge physiologischer Prozessstörungen definierte man Krankheit als ein naturwissenschaftliches Phänomen, welches völlig unabhängig von seinem Träger betrachtet wurde. Weder dessen Persönlichkeit, noch die Lebensgewohnheiten oder regionale Besonderheiten spielten zur Erklärung der eingetretenen Krankheit eine Rolle. Diese präsentierte sich dem Arzt vielmehr auf der Grundlage definierter Messwerte, die nun auch im Kontext der Physiologie in großer Anzahl generiert wurden.

So waren die Iatrotechniker davon überzeugt, dass es nicht möglich war, den Organismus als Ganzes zu verstehen. Die Abkehr von der holistischen Krankheitskonzeption der Krankenbettmedizin wird hier deutlich. Um die Funktionsweise der Elemente im (Tier)Experiment⁵⁸ nachvollziehen zu können fand in den Laboratorien eine Zerlegung des Organismus in morphologische und physiologische Elemente statt. Hiermit einher ging die Entwicklung neuartiger Apparate und Instrumente, die, ebenso wie die bereits angesprochenen diagnostischen Hilfsmittel, dazu eingesetzt wurden, die Körpervorgänge in quantitativer Form zu repräsentieren. Erst nachdem sich der Glaube an die naturgesetzliche Determiniertheit der Lebensvorgänge zur physiologischen Tatsache manifestiert hatte, konnten auch die biologischen Vorgänge, die zuvor lange Zeit aufgrund ihrer Komplexität als hierfür ungeeignet angenommen wurden, in quantitativer Form dargestellt werden. Vor diesem Hintergrund wurden quantitative

⁵⁸ Bis ins 19. Jahrhundert war der Analogieschluss vom Tier auf den Menschen üblich. „Je mehr aber die Physiologie mit genauen quantitativen Methoden zu arbeiten begann, und je mehr physiologische Meßgrößen für die klinische Diagnostik und andere Zwecke praktische Bedeutung gewannen, desto deutlicher wurden die Unterschiede von Mensch und Tier, und desto notwendiger wurde es, die Beobachtung und Ermittlung physiologischer Größen am Menschen selbst vorzunehmen“ (ROTHSCHUH 1968: 303).

Überlegungen notwendig, interessant und fruchtbar. Es wurde zur gängigen Praxis, sich „den ursächlichen Zusammenhang der natürlichen Erscheinungen unter dem mathematischen Bild der Abhängigkeit vorzustellen“ (ROTHSCHUH 1968: 258).

Hierdurch wurde auch die diagnostische Ausrichtung der modernen Medizin weiter vorangetrieben. „Die Diagnostik hat also die (krankhaften) Abweichungen der Organfunktionen durch geeignete physikalisch-chemische, auch mikroskopische und apparative Verfahren (Röntgen, EKG) zu lokalisieren, zu objektivieren und zu quantifizieren“ (ROTHSCHUH 1979: 419). Die zunächst in den physiologischen Forschungsstätten entwickelnden, objektivierenden Untersuchungsmethoden hielten ab den 1870er Jahren zunehmend Einzug in den klinischen Alltag, wo sie die bereits skizzierte Festigung des ärztlichen Expertenstatus weiter vorantrieben. Der praktische Nutzen physiologischer Forschung war somit erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts offensichtlich, als die Übernahme der analytischen Verfahren nach dem Modell der Naturwissenschaften aus der Physiologie eine Lieferantin allgemeiner Einsichten und Urteile, „ein Gebiet anwendbarer Einsichten zur *Manipulation* der Lebensvorgänge (hat, TS) werden lassen“ (ROTHSCHUH 1968: 28, Hervorhebung im Original).

3.6 Die Globalisierungsmechanismen der Schulmedizin - Zusammenfassung

Der zweite Teil der vorliegenden Arbeit kreiste um die Frage nach jenen spezifischen Voraussetzungen, welche die Globalisierung der Schulmedizin, die im Kontext der modernen Gesellschaft die weltweit dominante Form der Krankenbehandlung darstellt, ermöglicht haben.

Das zugrunde liegende Globalisierungsverständnis, welches zunächst von TOBIAS WERRON entwickelt und in Zusammenarbeit mit BETTINA HEINTZ leicht modifiziert wurde, begreift Globalisierung aus heuristischen Zwecken als

unwahrscheinliches Phänomen. Diese Perspektive lenkt den Blick, stärker als dies bislang geschehen ist, auf die Voraussetzungen von Globalisierungsprozessen, die vor diesem Hintergrund weniger als immanente Erscheinungen der Moderne denn als hochvoraussetzungs-volle Entwicklungen sichtbar werden. Während die soziologische Forschung Globalisierung bislang in erster Linie über zunehmende Vernetzung beschrieben hat, steht hier der Vergleich und dessen globalisierende Dynamiken im Mittelpunkt des theoretischen Arguments. Dem Vergleich, verstanden als typisches Beobachtungsformat der Moderne, kommt die Funktion zu, zunächst lokal begrenzte Einheiten oder Ereignisse in einen übergeordneten, potentiell globalen Zusammenhang zu überführen. In schematisierter Form lässt sich das hier zugrunde liegenden Globalisierungsverständnis als Zusammenspiel dreier Mechanismen beschreiben: die kontinuierliche Produktion von Vergleichseinheiten bzw. Vergleichsereignissen, die Herstellung der Vergleichbarkeit sowie die Bereitstellung einheitlicher Kriterien, welche der fortlaufenden Beobachtung des Geschehens zugrunde liegen.

Im Gegensatz zum Sport, wo der Vergleich einzelner Wettkämpfe stets eine wertende Dimension enthält, wurde in Bezug auf die Medizin ein Vergleichsverständnis entwickelt, welches sich an *qualitativen* Kriterien orientiert. Der Beobachtung kommt hier entsprechend die Funktion zu, Ereignisse in ein symmetrisches Verhältnis zueinander zu bringen, indem sie vor der Folie eines gemeinsamen Bezugsrahmens evaluiert werden.

Als medizinische Einzelereignisse wurden die Behandlungen spezifischer Krankheitsbilder definiert, die Diagnose und Therapie gleichermaßen beinhalten. Ausgehend von der semiotischen Medizin, die mit dem Deuten diffuser Krankheitszeichen befasst war, wurde illustriert, wie sich sukzessive die Vorstellung distinkter Krankheitsbilder etablierte. Diese präsentierten sich dem Arzt fortan in Form typischer Symptome, die zunehmend mit den anatomischen Störungen, die im Inneren des Körpers beobachtet wurden, korreliert wurden. Erst hierdurch wurden die

Voraussetzungen für die diagnostische und therapeutische Ausrichtung der modernen Medizin geschaffen. Die zuvor dominierende Prognostik verlor demgegenüber an Bedeutung.

Dass die einzelnen Krankenbehandlungen überhaupt vergleichbar sind, verdankte sich verschiedenen Entwicklungen, die hier auf zwei unterschiedlichen Ebenen verortet wurden. Zum einen führte die Orientierungslosigkeit, mit welcher sich die Ärzte im Kontext der semiotischen Medizin konfrontiert sahen, zu einem zunehmenden Bedürfnis nach medizinischen Klassifikationssystemen. Waren diese Bemühungen zunächst nur eingeschränkt erfolgreich, steht der modernen Medizin heute in Form der ICD ein Klassifikationssystem zur Verfügung, welches weltweit die Basis ärztlichen Handelns darstellt.

Zum anderen wurde die Vergleichbarkeit der Einzelereignisse auf der Ebene der medizinischen Praxis, und hier vor allem im Bereich der Diagnostik, hergestellt. Stellte im Kontext der klientendominierten Medizin der Patientendiskurs sowie die oberflächlichen Beobachtungen des Kranken von Seiten des Arztes den einzigen Zugang zur Krankheit dar, erfolgte dieser zunehmend unter Zuhilfenahme diagnostischer Hilfsmittel. Diese Entwicklung hatte auf verschiedenen Ebenen nachhaltige Konsequenzen. So entwickelte sich Krankheit von einer diskursiven, individuellen und subjektiven Erscheinung hin zu einem quantifizierbaren Phänomen, welches in dieser Form einer beliebigen Anzahl medizinischer Experten offensteht, die in der Lage sind, die entsprechenden Graphen, Kurven und Messwerte zu interpretieren. Hiermit einher ging die Festigung des ärztlichen Expertenstatus, indem die Ärzte nun über einen Zugang zur Krankheit verfügten, der sich unabhängig von den Patienten realisieren ließ.

Der dritte Globalisierungsmechanismus, welcher in der Bereitstellung von Vergleichskriterien seine Bestimmung findet, wurde im vorliegenden Zusammenhang im Kontext der medizinischen Wissenschaft verortet. Lässt sich die Medizin zunächst als idiosynkratisches Nebeneinander

verschiedener medizinischer Schulen beschreiben, so hat sich im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts mit der Iatrotechnik ein Krankheitskonzept durchgesetzt, welches naturwissenschaftliche Zusammenhänge als einzig gültiges Erklärungskonzept medizinischer Fragen gelten ließ.⁵⁹ Besonderes Augenmerk lag hierbei auf der Physiologie, die mit ihren Fragen nach den allgemeinen Funktionsweisen des Organismus einen wichtigen Beitrag zur Etablierung des iatrotechnischen Krankheitskonzeptes geleistet hat. Durch die Integration des experimentellen Arbeitens sowie naturwissenschaftlicher Denk- und Arbeitsweisen wandelte sich die Medizinwissenschaft im Verlauf des 19. Jahrhunderts zu einer modernen Wissenschaft. Indem jede Form der Krankenbehandlung auf dieses Wissen zurückgreift und damit die systemverbindlichen Kriterien fortlaufend aktualisiert konnte hier gezeigt werden, inwiefern die häufig unterstellte kognitive Überlegenheit der Schulmedizin auf inhaltlicher Ebene einen Beitrag zur Autonomisierung und Globalisierung der Medizin geleistet hat.

⁵⁹ In den letzten Jahrzehnten lässt sich beobachten, dass neben den naturwissenschaftlichen zunehmend auch soziale Faktoren herangezogen werden, um eingetretene Krankheiten zu erklären. Wengleich sich Ansätze hierfür auch in früheren Zeiten finden lassen, so spielten sie im hier zugrunde liegenden Untersuchungszeitraum noch keine Rolle.

4 Zusammenfassung – Von der Krankenbett- öffentlichkeit zu einer Öffentlichkeit kooperierender Experten

Wenngleich die Ausdifferenzierung der modernen Medizin sowie die ihrer globalen Ausbreitung zugrunde liegenden Mechanismen aus analytischen Zwecken zunächst als zwei eigenständige Teile der vorliegenden Arbeit konzeptualisiert wurden, dürfte im Laufe der Argumentation deutlich geworden sein, dass sie auf inhaltlicher Ebene eng miteinander verwoben sind. Entsprechend steht es nun noch aus, die beiden Teile in einer abschließenden Synthese zusammenzuführen.

In historischer Hinsicht stellte die Schilderung der Krankenbettmedizin, die bis weit in das 19. Jahrhundert hinein prägend war, den Ausgangspunkt der Argumentation dar. Es wurde deutlich, dass die Krankenbehandlung weder auf inhaltlicher noch auf institutioneller Ebene Gemeinsamkeiten mit der uns heute vertrauten Form aufwies. Ohne auf die Unterschiede im Einzelnen erneut einzugehen, lassen sich diese in der forschungsleitenden These zusammenfassen, dass sich die Medizin bis weit in das 19. Jahrhundert hinein aus unterschiedlichen Gründen als lokale Praxis präsentierte, deren Beschränkungen erst im Zeitverlauf überwunden werden konnten.

Vor dem Hintergrund der historischen Ausgangslage, welche die Ärzte als randständige Erscheinung auf dem Markt der medizinischen Dienstleistungen sichtbar werden ließ, skizzierte der erste Teil der Argumentation den Ausdifferenzierungsprozess der modernen Medizin zu einem funktional spezifischen Teilbereich der modernen Gesellschaft. In Anlehnung an die Professionalisierungstheorie im Anschluss an ULRICH OEVERMANN wurde zunächst die Soziale Frage als dasjenige gesellschaftliche Bezugsproblem definiert, welches den bereits seit Jahrzehnten erhobenen Professionalisierungsansprüchen der akademisch ausgebildeten Ärzte schließlich zu ihrer Durchsetzung verhalf. Indem Krankheit in

diesem Zusammenhang erstmals als sozial bedingtes Phänomen wahrgenommen wurde, übernahmen die Ärzte für die Gesellschaft die Funktion der stellvertretenden Krisenbewältigung. Diese Delegation wurde notwendig, da der sich massiv verschlechternde Gesundheitszustand eines großen Teils der Gesellschaft im Zuge der Industrialisierung nicht mehr mit den gängigen Mitteln der Selbstmedikation sowie der Lientherapie kompensiert werden konnte.

Der Ausdifferenzierungsprozess der Medizin wurde in theoretischer Hinsicht als Etablierung einer komplementären Rollenbeziehung zwischen der ärztlichen Leistungsrolle sowie der Publikumsrolle des modernen Patienten beschrieben. Während letzterem in diesem Zusammenhang in der Literatur im Gegensatz zur Professionalisierung der Ärzteschaft nur eine untergeordnete Rolle zugesprochen wurde, konnte die historische Rekonstruktion der genannten Rollenbeziehung zeigen, dass der Genese der modernen Patientenrolle eine ebenso wichtige Bedeutung zukommt wie derjenigen des modernen Arztes. Als Ergebnis des skizzierten Ausdifferenzierungsprozesses standen sich Ärzte und Patienten fortan in der für die moderne Medizin typischen Form gegenüber. Die Kranken hatte im Zuge dieser Entwicklung ihre zuvor dominierende Position innerhalb der Beziehung zu den Ärzten eingebüßt, während letztere sich zu jenen Experten entwickelten, welche die für die Medizin instruktive Unterscheidung von krank und gesund in nahezu monopolistischer Weise vertreten.

Der zweite Teil der Arbeit verfolgte das Ziel, das von TOBIAS WERRON entwickelte Globalisierungsverständnis auf die moderne Medizin zu übertragen. In diesem Zusammenhang wurden die Behandlungen distinkter Krankheitsbilder als diejenigen Einzelereignisse der Medizin definiert, die zunehmend in einen übergeordneten Beobachtungszusammenhang überführt wurden. Durch die Entwicklung medizinischer Klassifikationssysteme, hier am prominenten Beispiel der ICD illustriert, sowie dem zunehmenden Einsatz diagnostischer Hilfsmittel, der eine Objektivierung

der ärztlichen Praxis nach sich zog, wurde die Vergleichbarkeit zwischen den Einzelereignissen hergestellt. Diejenigen Kriterien, die dem potentiell globalen Vergleichszusammenhang zugrunde liegen, wurden im Kontext der medizinischen Wissenschaft bereitgestellt, wie hier am Beispiel der Physiologie illustriert wurde.

Es steht nun noch aus, die beiden Teile der vorliegenden Arbeit in einer Synthese zusammenzuführen. Hierfür bietet sich jene Ebene an, die von WERRON als Publikum bezeichnet wurde (vgl. 2007; HEINTZ/WERRON 2011). In einer ersten Annäherung lassen sich diese systemspezifischen Öffentlichkeiten als Instanzen der Selbstbeobachtung fassen, die als emergente Ebene aus dem Zusammenspiel der drei genannten Globalisierungsmechanismen hervorgehen.

Charakterisiert werden die Publika durch die folgenden Merkmale: zunächst handelt es sich um Formen öffentlicher Kommunikation, die sich an im Einzelnen anonyme Adressaten richten; sie fungieren als Ebene der Selbstbeobachtung desjenigen systemischen Zusammenhangs, auf den sich ihre Beobachtungsleistung bezieht; die Funktion der Publika wird durch die Entwicklung von Verbreitungsmedien begünstigt; und schließlich lassen sich Publika als öffentliche Gedächtnisse jener Systeme fassen, die sie fortlaufend beobachten. Doch was sind nun die Publika der modernen Medizin?

Zur Beantwortung dieser Frage scheint es zunächst sinnvoll danach zu fragen, inwiefern sich im Kontext der Krankenbettmedizin, die bis weit in das 19. Jahrhundert hinein prägend war, äquivalente Formen einer solchen Öffentlichkeit finden lassen. Ruft man sich in Erinnerung, in welcher Form die klientendominierte Medizin im Verlauf der Argumentation an verschiedenen Stellen beschrieben wurde, so wird leicht ersichtlich, dass es bis weit in das 19. Jahrhundert hinein die Laien waren, welche das medizinische Tun beobachtend begleiteten. Die Behandlung Kranker war ein öffentliches Ereignis, an welchem neben dem Arzt und dem Patienten zahlreiche weitere Personen teilnahmen, die um das

Krankenbett herum versammelt waren. Diese brachten ihre Einschätzungen und Forderungen selbstbewusst in die Diskussion ein, dem Arzt, dessen Expertenstatus sich noch nicht durchgesetzt hatte, stand häufig lediglich die Rolle des affirmativen Beraters offen, der sich gegenüber den sogenannten *Umstehenden* durchsetzen musste. Im Kontext der Krankenbettmedizin handelte der Arzt „also (...) in der Öffentlichkeit, unter den Augen der Familien-angehörigen, dem Haus- und Pflegepersonal, den besuchenden Nachbarn und Freunden. Hier entscheidet sich seine Erfolgsfähigkeit. Nicht nur gegenüber der Krankheit, vor allem gegenüber dieser kontrollierenden und beobachtenden Öffentlichkeit hat der Arzt zu bestehen, zu erklären, was er tut und warum“ (GÖCKENJAN 1985: 162). Diese Form der *Krankenbettöffentlichkeit* lies noch keines jener Merkmale erkennen, welche von WERRON als definitorisch für systemspezifische Öffentlichkeiten festgelegt wurden. Besonders deutlich zeigt sich dies daran, dass es sich vor der Etablierung der modernen Arzt/Patienten-Beziehung gerade *nicht* um ein im Einzelnen anonymes Publikum handelte. Vielmehr begegneten sich Ärzte und Patienten aus den genannten Gründen notwendig auf individueller Ebene.

Erst im Zeitverlauf büßten die Kranken ihre zentrale Stellung innerhalb der medizinischen Interaktion ein. All jene Entwicklungen, die Gegenstand der vergangenen Ausführungen waren – die Bedeutungszunahme der Krankenhausmedizin, die Definition lokalistischer Krankheitsbilder, die Entwicklung diagnostischer Hilfsmittel und die Umstellung auf (natur-)wissenschaftliche Erklärungsmuster – haben dazu beigetragen, den Kranken als individuelle Persönlichkeit aus der medizinischen Interaktion auszugrenzen und ihn als „*Fall von ...*“ dem Expertenstatus der Ärzte unterzuordnen. Der Arzt dringt nun, repräsentiert in Form von Zahlen und Abbildungen zur Krankheit vor, ohne auf die weitschweifenden Erzählungen des Patienten angewiesen zu sein. Dieser ist vielmehr von den Diskursen, die um sein Bett herum geführt werden, weitgehend ausgeschlossen.

Mit all diesen Veränderungen ging der Expertenstatus exklusive auf die Mediziner über. Die von den Laien dominierte Krankbettöffentlichkeit wurde von einem Expertenpublikum ersetzt, welches – vertreten in Form von Ärzten, Medizinwissenschaftlern, Organisationen und Institutionen – die Operationen des Medizinsystems fortlaufend beobachtet und damit aus seiner lokalen Beschränkung herauslöst.

Wenngleich die Ver(natur-)wissenschaftlichung der Medizin in der Forschung bislang bereits als immanente Bedingung der beobachtbaren Globalisierung derselben unterstellt wurde, kann dieser Zusammenhang auf der Grundlage der vergangenen Argumentation folgendermaßen spezifiziert werden. Spricht man dem Vergleich als Beobachtungsinstrument im Anschluss an WERRON eine globalisierende Wirkung zu, so war diese im Kontext der Krankbettmedizin stark eingeschränkt. Krankenbehandlung war ein notwendig individuelles Unterfangen, welches sich noch nicht an disziplinverbindlichen Kriterien orientierte. Mit der Entwicklung distinkter Krankheitsbilder, der Objektivierung der ärztlichen Praxis, der Einführung der experimentellen Methode sowie der Umstellung auf (natur-)wissenschaftliche Erklärungsmuster im Bereich der Medizinwissenschaft entwickelte sich mit der Iatrotechnik jedoch schließlich ein Krankheitskonzept, welches universelle Naturgesetze zum Grundtatbestand der körperlichen Vorgänge macht. Losgelöst von der Person und den Lebensumständen des Erkrankten wurde so auch die Krankheit selbst zu einem naturwissenschaftlichen Phänomen. Während die Globalisierung der ärztlichen Praxis bislang gewissermaßen als sekundäre Erscheinung des sich weltweit verbreitenden medizinischen Wissens präsentiert wurde, konnten die vergangenen Ausführungen diesen Zusammenhang mit den Veränderungen auf der Publikumsebene näher bestimmen. Die Globalität der Schulmedizin erscheint nun nicht mehr als immanente Folge wissenschaftlicher Überlegenheit, sondern als hochvoraussetzungsvolle Entwicklung, die sich erst in dem Moment entwickeln konnte, in dem es auf der Ebene der systemspezifischen

Öffentlichkeit zu Ablösung der zuvor dominierenden Krankenbett-öffentlichkeit durch eine Öffentlichkeit kooperierender Experten kam. Dieser Übergang setzte aus den folgenden Gründen Globalisierungsdynamiken frei. Während die Vertreter der Krankenbettmedizin sich die Elemente ihres medizinischen Denkens und Handelns aus einem Sammelsurium verschiedener Ansätze nach individuellen Präferenzen konstruierten, schöpften die modernen medizinischen Experten in ihrer Berufspraxis aus einem globalen Wissensfundus. Krankheiten werden auf Grundlage der ICD klassifiziert und unter Rückgriff auf objektivierende Hilfsmittel und Labortests diagnostiziert. Die diesen Kategorisierungen und Verfahren zugrunde liegenden Kriterien werden im Kontext der Medizinwissenschaft zur Verfügung gestellt, die sich mit ihren Bemühungen um zunehmende Systematisierung und Theoretisierung ihres Gegenstandes im Verlauf des 19. Jahrhunderts zu einer Wissenschaft im modernen Sinne gewandelt hat. Die ärztliche Praxis präsentiert sich nun nicht mehr als Kunst, die sich dem individuellen Genie des behandelnden Arztes verdankt, sondern als Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse auf praktische Probleme. Erst hierdurch wurde es möglich, die lokalen Beschränkungen der Krankenbettmedizin zu überwinden und die Behandlung Kranker einem potentiell globalen Zusammenhang zuzuführen.

Bibliographie

- ABBOTT, ANDREW (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor.* The University of Chicago Press, Chicago u.a.
- ACKERKNECHT, ERWIN (1955): *Kurze Geschichte der Medizin.* Enke, Stuttgart.
- ACKERKNECHT, ERWIN (1967): *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848.* The Johns Hopkins Press, Baltimore.
- ALBRECHT, HARRO (2009): *Gesundheit global.* In: DIE ZEIT, 45 (29.10.2009).
- ASH, MITCHELL G. (2002): *Wissenschaft und Politik als Ressourcen für einander.* In: BRUCH, RÜDIGER VOM und BRIGITTE KADERAS (Hrsg.): *Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts.* Franz Steiner Verlag, Stuttgart: S. 32-51.
- BAAS, HERMANN JOHANN (1896/1967): *Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standes und der medicinischen Wissenschaften.* Saeding, Vaduz.
- BAUCH, JOST (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft.* Juventa, Weinheim u.a.
- BAUCH, JOST (2006a): *Selbst- und Fremdbeschreibung des Gesundheitssystems. Anmerkungen zu einem "absonderlichen" Sozialsystem.* In: DERS. (Hrsg.): *Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitssystems.* Hartung-Gorre, Konstanz: S. 1-19.
- BAUCH, JOST (2006b): *Pflege als soziales System.* In: DERS. (Hrsg.): *Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens.* Hartung-Gorre Verlag, Konstanz: S. 139-150.
- BECK, ULRICH (1997): *Was ist Globalisierung?* Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- BEHRENS, JOHANN (2009): *Das System pflegerischer gesundheits-förderlicher Unterstützung und seine Gesundheitsapostel und Professionen.* MS Halle.
- BEN-DAVID, JOSEPH (1960): *Scientific Productivity and Academic Organization in Nineteenth Century Medicine.* In: *American Sociological Review*, 25: S. 828-843.
- BHATTACHARYA, SANJOY und NIELS BRIMNES (2009): *Introduction. Simultaneously Global and Local. Reassessing Smallpox Vaccination and Its Spread, 1789-1900.* In: *Bulletin of the history of medicine*, 83: S. 1-16.
- BIERBACH, ELVIRA (Hrsg.)(2000): *Naturheilpraxis heute. Lehrbuch und Atlas.* Elsevier, München.
- BORELL, MERRILEY (1993): *Training the senses, training the mind.* In: BYNUM, WILLIAM F. und ROY PORTER (Hrsg.): *Medicine and the five senses.* Cambridge University Press, Cambridge: S. 244-261.

- BOWKER, GEOFFREY und SUSAN LEIGH STAR (1994): Knowledge and infrastructure in international information management. In: BUD-FRIERMANN, LISA (Hrsg.): Information acumen. Routledge, London: S. 187-213.
- BUKOWSKI, JENS (1980): Zur Differenz von Funktion und Leistungen im Gesundheitssystem. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Bielefeld.
- CARTER, K. CODELL (1991): The Development of Pasteur's Concept of Disease Causation and the Emergence of Specific Causes in Nineteenth-Century Medicine. In: Bulletin of the history of medicine, 65/4: S. 528-548.
- CASTELLS, MANUEL (1999): The rise of the network society. Blackwell, Massachusetts u.a.
- COLEMAN, WILLIAM (1974): Health and hygiene in the Encyclopédie. A medical doctrine for the bourgeoisie. In: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences, 29: S. 399-421.
- COLEMAN, WILLIAM und FREDERIC L. HOLMES (1988): Introduction. In: DIES. (Hrsg.): The Investigative Enterprise. Experimental Physiology in Nineteenth-Century Medicine. University of California Press, Berkeley u.a.: S. 1-14.
- CUNNINGHAM, ANDREW (1992): Transforming plague. The laboratory and the identity of infectious disease. In: CUNNINGHAM, ANDREW und PERRY WILLIAMS (Hrsg.): The laboratory revolution in medicine. Cambridge University Press, Cambridge: S. 209- 244.
- DUDEN, BARBARA (1987): Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730. Klett-Cotta, Stuttgart.
- ECKART, WOLFGANG (1990): Geschichte der Medizin. Springer, Berlin u.a.
- ECKART, WOLFGANG (1996): „Und setzet eure Worte nicht auf Schrauben. Medizinische Semiotik vom Ende des 18. bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts - Gegenstand und Forschung. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte, 19: S. 1-18.
- ECKART, WOLFGANG und ROBERT JÜTTE (2007): Medizingeschichte. Eine Einführung. Böhlau, Köln u.a.
- EDDY, DAVID M. (1984): Variations in Physician Practice. The Role of Uncertainty. In: Health Affairs, 3/2: S. 74-89.
- EICH, WOLFGANG (1986): Medizinische Semiotik (1750-1850). Hans Ferdinand Schulz Verlag, Freiburg.
- EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP (1992): Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine: In: JAMA, November 4, 268/17: S. 2420-2425.
- FAURE, OLIVIER (2007): Behandlungsverläufe. Die französischen Patienten von Samuel und Mélanie Hahnemann (1834-1868). In: DINGES, MARTIN und VINCENT BARRAS (Hrsg.): Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum. 17.-21. Jahrhundert. Franz Steiner Verlag, Stuttgart: S. 197-210.
- FERBER, CHRISTIAN V. (1989): Medikalisierung. Ein zivilisatorischer Prozeß oder eine sozialpolitische Fehlleistung. In: Sociology of Health & Illness, 18/4: S. 632-642.

- FOUCAULT, MICHEL (1973): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Carl Hanser Verlag, München.
- FRANK, ROBERT G. (1988): The Telltale Heart. Physiological Instruments, Graphic Methods, and Clinical Hopes 1854-1914. In: COLEMAN, WILLIAM und FREDERIC L. HOLMES (Hrsg.): The Investigative Enterprise. Experimental Physiology in Nineteenth-Century Medicine. University of California Press, Berkeley u.a.: S. 211-290.
- FRANK, ROBERT (2004): Globalisierung „alternativer“ Medizin. Homöopathie und Ayurveda in Deutschland und Indien. transcript, Bielefeld.
- FRANK, ROBERT und GUNNAR STOLLBERG (2004a): Conceptualising Hybridisation. On the Diffusion of Asian Medical Knowledge to Germany. In: International Sociology, 19: S. 71-88.
- FRANK, ROBERT und GUNNAR STOLLBERG (2004b): Medical Acupuncture in Germany. Patterns of Consumerism among Physicians and Patients. In: Sociology of Health and Illness, 26: S. 353-372.
- FRANK, SUSANNE (2007): Gesundheitsverhalten von Männern. Gesundheit und Krankheit in Briefen, 1800-1950. In: DINGES, MARTIN und VINCENT BARRAS (Hrsg.): Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum. 17.-21. Jahrhundert. Franz Steiner Verlag, Stuttgart: S. 223-234.
- FREIDSON, ELIOT (1979): Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Enke, Stuttgart.
- FREVERT, UTE (1984): Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- FREVERT, UTE (1985): Professional Medicine and the Working Classes in Imperial Germany. In: Journal of Contemporary History, 20: S. 637-658.
- FUCHS, PETER (2006): Das Gesundheitssystem ist niemals verschnupft. In: BAUCH, JOST (Hrsg.): Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitssystems. Hartung-Gorre, Konstanz: S. 65-82.
- FUCHS, PETER (2008): Prävention. Zur Mythologie und Realität einer paradoxen Zuvorkommenheit. In: SAAKE, IRMHILD und WERNER VOGD (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: S. 363-378.
- GEHRKE, CHRISTIAN (2001): Arzt-Patientenbeziehung und medizinische Vorstellungen von Patienten im 18. und 19. Jahrhundert. In: Zeitschrift für klassische Homöopathie, 45/6: S. 238-245.
- GEISON, GERALD L. (1979): Divided We Stand. Physiologists and Clinicians in the American Context. In: VOGEL, MORRIS J. und CHARLES E. ROSENBERG (Hrsg.): The Therapeutic Revolution. Essays in the Social History of American Medicine. University of Pennsylvania Press, Philadelphia: S. 67-90.
- GIDDENS, ANTHONY (1990): The consequences of modernity. Stanford University Press, Stanford.

- GELFAND, TOBY (1993): The History of the Medical Profession. In: BYNUM, WILLIAM F. und ROY PORTER (Hrsg.): Companion Encyclopedia of the History of Medicine. Bd.2. Routledge London, New York: S. 1119-1150.
- GLOGOW, ELI (1973): Noncompliance. A Dilemma. In: The Sight-Saving Review, 43: S. 29-34.
- GÖCKENJAN, GERD (1985): Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- GÖCKENJAN, GERD (1987): Nicht länger Lohnsklave und Pfennigkulis? Zur Entwicklung der Monopolstellung der niedergelassenen Ärzte. In: DEPPE, HANS-ULRICH/FRIEDRICH, HANNES und RAINER MÜLLER (Hrsg.): Medizin und Gesellschaft. Jahrbuch 1. Ärztliches Behandlungsmonopol und ambulanter Sicherstellungsauftrag. Campus Verlag, Frankfurt/Main, Göttingen: S. 9-36.
- GOFFMAN, ERVING (1982): Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung. Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- GROSS, PETER/HITZLER, RONALD und ANNE HONER (1985): Zwei Kulturen? Diagnostische und therapeutische Kompetenz im Wandel. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 10, 3/4: S. 146-162.
- GOUBERT, JEAN PIERRE (1982): Die Medikalisierung der französischen Gesellschaft am Ende des Ancien Régime. Die Bretagne als Beispiel. In: Medizinhistorisches Journal, 17: S. 89-114.
- GROENEWEGEN, PETER und GERT P. WESTERT (2004): Is there a time trend in medical practice variations? A review of the literature and a critical analysis of theoretical approaches. In: Public Health, 12: S. 229-236.
- GUTHRIE, DOUGLAS (1945): The patient. A neglected factor in the history of medicine. In: Proceedings of the Royal Society of Medicine, 37: S. 490-494.
- HAFEN, MARTIN (2005): Systemische Prävention. Grundlagen für eine Theorie präventiver Maßnahmen. Verlag für Systemische Forschung des Carl Auer-Verlags, Heidelberg.
- HAGGERTY, ROBERT und KLAUS ROGHMANN (1972): Noncompliance and selfmedication. Two neglected aspects of pediatric pharmacology. In: Pediatric Clinics of North America, 19: S. 101-115.
- HAHN, HELMUT/KAUFMANN, STEFAN/SCHULZ, THOMAS und SEBASTIAN SUERBAUM (2005)(Hrsg.): Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie. Springer, Berlin u.a.
- HARTMANN, FRITZ (1972): Der historische Diagnosebegriff und seine Entwicklung. In: MMW, 3: S. 90-96.
- HARTMANN, FRITZ (1977): Wandlungen im Stellenwert von Diagnose und Prognose im ärztlichen Denken. In: Metamed, 1: S. 139-160.
- HARVEY, DAVID (1990): The condition of postmodernity. An enquiry into the origins of cultural change. Blackwell, Cambridge.
- HEINRICHS, Bert (2006): Forschung Am Menschen. Elemente Einer Ethischen Theorie Biomedizinischer Humanexperimente. Walter de Gruyter, Berlin.

- HEINTZ, BETTINA (2008): Governance by Numbers. Zum Zusammenhang von Quantifizierung und Globalisierung am Beispiel der Hochschulpolitik. In: GUNNAR FOLKE SCHUPPERT und ANDREAS VOSSKUHL (Hrsg.): Governance von und durch Wissen. Nomos, Baden-Baden: S. 110-128.
- HEINTZ, BETTINA (2010): Numerische Differenz. Überlegungen zu einer Soziologie des (quantitativen) Vergleichs. In: Zeitschrift für Soziologie, 39/3. S. 162-181.
- HEINTZ, BETTINA und JENS GREVE (2005): Die „Entdeckung“ der Weltgesellschaft. Entstehung und Grenzen der Weltgesellschaftstheorie. In: Zeitschrift für Soziologie, Sonderheft "Weltgesellschaft": S. 89-119.
- HEINTZ, BETTINA und TOBIAS WERRON (2011): Wie ist Globalisierung möglich? Zur Entstehung globaler Vergleichshorizonte am Beispiel von Wissenschaft und Sport. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 63: S. 359-394.
- HELSPER, WERNER/KRÜGER, HEINZ-HERMANN und URSULA RABE-KLEBERG (2000): Professionstheorie, Professions- und Biographieforschung. Einführung in den Themenschwerpunkt. In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung, 1: S. 5-19.
- HEROLD-SCHMIDT, HEDWIG (1997): Ärztliche Interessenvertretung im Kaiserreich 1871-1914. In: JÜTTE, ROBERT (Hrsg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln: S. 43-95.
- HESS, VOLKER (1993): Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin. Die Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1850. Matthiesen Verlag, Husum.
- HESS, VOLKER (1997): Die Normierung der Eigenwärme. In: DERS. (Hrsg.), Normierung der Gesundheit. Messende Verfahren der Medizin als kulturelle Praxis um 1900. Matthiesen Verlag, Husum: 169-188.
- HILGERT, CHRISTIAN und TOBIAS WERRON (2010): Verwissenschaftlichung als Globalisierungsdiagnose? In: JÜRGEN KAUBE und JOHANNES F.K. SCHMIDT (Hrsg.): Die Wirklichkeit der Universität. Rudolf Stichweh zum 60. Geburtstag. Soziale Systeme 16/2: S. 243-258.
- HSÜ, ELISABETH (1992): The reception of western medicine in China. Examples from Yunnan. In: PETITJEAN, PATRICK/JAMI, CATHERINE und ANNE MARIE MOULIN (Hrsg.): Science and empires. Historical studies about scientific development and european expansion. Kluwer, Dordrecht: S. 89-101.
- HUERKAMP, CLAUDIA (1980): Ärzte und Professionalisierung in Deutschland. Überlegungen zum Wandel des Arztberufs im 19. Jahrhundert. In: WEHLER, HANS-ULRICH (Hrsg.): Professionalisierung in historischer Perspektive. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen: S. 349-382.
- HUERKAMP, CLAUDIA (1985): Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- HUERKAMP, CLAUDIA (1989): Ärzte und Patienten. Zum strukturellen

- Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung vom ausgehenden 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert. In: LABISCH, ALFONS und REINHARD SPREE (Hrsg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Psychatrie-Verlag, Bonn: S. 57-73.
- HUERKAMP, CLAUDIA und REINHARD SPREE (1982): Arbeitsmarktstrategien der deutschen Ärzteschaft im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert. Zur Entwicklung des Marktes für professionelle ärztliche Dienstleistungen. In: PIERENKEMPER, TONI und RICHARD TILLY (Hrsg.): Historische Arbeitsmarktforschung. Entstehung, Entwicklung und Probleme der Vermarktung von Arbeitskraft. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen: S. 77-120.
- IMBAULT-HUART, MARIE JOSÉ (1990): La formation chirurgicale en France au XVIIIème siècle, composante essentielle d'une nouvelle chirurgie. In: HARIG, GEORG (Hrsg.): Chirurgische Ausbildung im 18. Jahrhundert. Matthiesen Verlag, Husum: S. 75-90.
- INOUE, KEIKI und GILI DRORI (2006): The Global Institutionalization of Health as a Social Concern. In: International Sociology, 21: S. 199-219.
- JEWSON, NICHOLAS D. (1974): Medical Knowledge and the Patronage System in 18th Century England. In: Sociology, 8: S. 369-385.
- JÜTTE, ROBERT (1991): Ärzte, Heiler und Patienten. Medizinischer Alltag in der frühen Neuzeit. Artemis & Winkler, München.
- JÜTTE, ROBERT (1992): The Social Construction of Illness in the Early Modern Period. In: LACHMUND, JENS und GUNNAR STOLLBERG (Hrsg.): The Social Construction of Illness. Franz Steiner Verlag, Stuttgart: S. 23-38.
- JÜTTE, ROBERT (1996): Geschichte der alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute. Beck, München.
- KAISER, WOLFRAM (1987): Theorie und Praxis in der Boerhaave-Ära und in nachboerhaavianischen Ausbildungssystemen an deutschen Hochschulen des 18. Jahrhunderts. In: Clio medica, 21: S. 71-94.
- KATHAN, BERNHARD (2003): Das Elend der ärztlichen Kunst. Eine andere Geschichte der Medizin. Kulturverlag Kadmos, Berlin.
- KICKBUSCH, ILONA (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik, Ökonomie und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.
- KING, LESTER S. (1982): Medical thinking. A Historical Preface. Princeton University Press, Princeton.
- KREMER, RICHARD (1992): Building institutes for physiology in Prussia, 1836-1846. Contexts, interests and rhetoric. In: CUNNINGHAM, ANDREW und PERRY WILLIAMS (Hrsg.): The laboratory revolution in medicine. Cambridge University Press, Cambridge: S. 72-109.
- KRUSE-JARRES, JÜRGEN (2005): Entwicklung der Klinischen Chemie und Laboratoriumsmedizin in Deutschland. In: Laboratoriumsmedizin, 29/3: S. 198-212.
- KÜHL, STEFAN und URSULA BOHN (2004): Beratung, Organisation und Profession. Die gescheiterte Professionalisierung in der Organisationsentwicklung, systemischen Beratung und Managementberatung. In:

- SCHÜTZEICHEL, RAINER und THOMAS BRÜSEMEISTER (Hrsg.): Die beratene Gesellschaft. Zur gesellschaftlichen Bedeutung von Beratung. VS Verlag, Opladen: S. 57-78.
- LABISCH, ALFONS (1989): Gesundheitskonzepte und Medizin im Prozess der Zivilisation. In: LABISCH, ALFONS und REINHARD SPREE (Hrsg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel. Psychiatrie Verlag, Bonn: S. 15-36.
- LABISCH, ALFONS (1992a): The Social Construction of Health. From Early Modern Times to the Beginnings of the Industrialization. In: LACHMUND, JENS und GUNNAR STOLLBERG (Hrsg.): The Social Construction of Illness. Franz Steiner Verlag, Stuttgart: S. 85-101.
- LABISCH, ALFONS (1992b): Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Campus Verlag, Frankfurt/Main u.a.
- LABISCH, ALFONS (2000): Medizin als Wissenschaft - Medizin als Kunst? In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte, 19: S. 9-32.
- LACHMUND, JENS (1987): Die Profession, der Patient und das medizinische Wissen. Von der kurativen Medizin zur Risikoprävention. In: Zeitschrift für Soziologie, 16/5: S.353-366.
- LACHMUND, JENS (1996): Die Erfindung des ärztlichen Gehörs. Zur historischen Soziologie der stethoskopischen Untersuchung. In: BORCK, CORNELIUS (Hrsg.), Anatomien medizinischen Wissens. Medizin - Macht - Moleküle. In: Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/Main: S. 55-85.
- LACHMUND, JENS (1997): Der abgehorchte Körper. Zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung. Westdeutscher Verlag, Opladen.
- LACHMUND, JENS und GUNNAR STOLLBERG (1995): Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien. Opladen, Leske und Budrich.
- LAWRENCE, CHRISTOPHER (1985): Incommunicable Knowledge. Science, Technology and the Clinical Art in Britain 1850-1914. In: Journal of Contemporary History, 20: S. 503-520.
- Lawrence, Susan C. (1993): Educating the senses. Students, teachers and medical rethoric in eighteenth-century London. In: Bynum, William F. und Roy Porter (Hrsg.): Medicine and the five senses. Cambridge University Press, Cambridge: S. 154-178.
- LEE, RICHARD V. (2007): Medical journals. Old, not senescent. A tribute to Revista Médica de Chile on its 135th Anniversary. In: Revista Médica de Chile, 135: S. 823-828.
- LEEUWEN, PETER VAN (2008): Medizin und Wissenschaft. Sind Ärzte Wissenschaftler? In: GRÖNEMEYER, DIETRICH/KOBUSCH, THEO und HEINZ SCHOTT (Hrsg.): Gesundheit im Spiegel der Disziplinen, Epochen, Kulturen. Niemeyer, Tübingen: S. 65-75.
- LENOIR, TIMOTHY (1988): Science for the Clinic. Science Policy and the Formation of Carl Ludwig's Institute in Leipzig. In: COLEMAN, WILLIAM und FREDERIC HOLMES (Hrsg.): The Investigative Enterprise.

- Experimental Physiology in Nineteenth-Century Medicine. University of California Press, Berkeley u.a.: S. 139-178.
- LENOIR, TIMOTHY (1992): Laboratories, medicine and public life in Germany 1830-1849. Ideological roots of the institutional revolution. In: CUNNINGHAM, ANDREW und PERRY WILLIAMS (Hrsg.): The laboratory revolution in medicine. Cambridge University Press, Cambridge: S. 14-71.
- LESCH, JOHN E. (1984): Science and Medicine in France. The Emergence of Experimental Physiology, 1790-1855. Harvard University Press, Cambridge u.a.
- LESKY, ERNA (1970): The Development of Bedside Teaching at the Vienna Medical School from Scholastic Times to Special Clinics. In: O'MALLEY, C.D. (Hrsg.): The History of Medical Education. University of California Press, Berkeley u.a.: S. 217-234.
- LESLIE, CHARLES (1976)(Hrsg.): Asian Medical Systems. A Comparative Study. University of California Press, Berkeley.
- LEVEN, KARL-HEINZ (1997): Die Geschichte der Infektionskrankheiten. Von der Antike bis ins 20. Jahrhundert. ecomed, Landsberg/Lech.
- LOETZ, FRANCISCA (1993): Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750-1850. Franz Steiner Verlag, Stuttgart.
- LOETZ, FRANCISCA (1994): „Medikalisierung“ in Frankreich, Großbritannien und Deutschland, 1750-1850. Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven der Forschung. In: ECKART, WOLFGANG U. und ROBERT JÜTTE (Hrsg.): Das europäische Gesundheitssystem. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in historischer Perspektive. Franz Steiner Verlag, Stuttgart: S. 123-161.
- LOETZ, FRANCISCA (1998): Andere Grenzen. Faktoren ärztlicher Inanspruchnahme in Deutschland, 1780-1830. Empirische Ergebnisse und methodologische Überlegungen. In: SCHNALKE, THOMAS und CLAUDIA WIESEMANN (Hrsg.): Die Grenzen des Anderen. Medizingeschichte aus postmoderner Perspektive. Böhlau, Köln u.a.: S. 25-48.
- LUHMANN, NIKLAS (1977): Funktion der Religion. Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- LUHMANN, NIKLAS (1983a): Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: HERDER-DORNEICH, PHILIPP und ALEXANDER SCHULLER (Hrsg.): Die Anspruchspirale. Schicksal oder Systemdefekt? Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart u.a.: S. 28-49.
- LUHMANN, NIKLAS (1983b): Medizin und Gesellschaftstheorie. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft, 8: S. 168-175.
- LUHMANN, NIKLAS (1984): Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- LUHMANN, NIKLAS (1986): Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen? Westdeutscher Verlag, Opladen.

- LUHMANN, NIKLAS (1990a): Der medizinische Code. In: DERS.: Sozio-logische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven. Westdeutscher Verlag, Opladen: S. 183-195.
- LUHMANN, NIKLAS (1990b): Die Wissenschaft der Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- LUHMANN, NIKLAS (1993): Das Recht der Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- LUHMANN, NIKLAS (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- MARSHALL, THOMAS (1939): The Recent History of Professionalism in Relation to Social Structure and Social Policy. In: The Canadian Journal of Economics and Political Science 5/3: S. 325-340.
- MAULITZ, RUSSELL C. (1987): Morbid Appearances. The Anatomy of Pathology in the Early Nineteenth Century. Cambridge University Press, Cambridge u.a.
- MAYNTZ, RENATE und BERND ROSEWITZ (1988): Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems. In: MAYNTZ, RENATE/ROSEWITZ, BERND/SCHIMANK, UWE und RUDOLF STICHWEH (Hrsg.): Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Campus Verlag, Frankfurt/Main: S. 117-179.
- MAYR, ERNST (1990): When is historiography whiggish? In: Journal of the History of Ideas, 51: S. 301-309.
- McKEOWN, THOMAS (1976): The Modern Rise of Population. Edward Arnold, London.
- MEYER, JOHN W./BOLI, JOHN/THOMAS, GEORGE M. und FRANCISCO O. RAMIREZ (1997): World Society and the Nation State. In: JS, 103/1: S. 144-181.
- MINSKY, LAUREN (2009): Pursuing Protection from Disease. The Making of Smallpox Prophylactic Practice in Colonial Punjab. In: Bulletin of the history of medicine, 83/1: S. 164-190.
- MÖLLER, CAREN (2005): Medizinalpolizei. Die Theorie des staatlichen Gesundheitswesens im 18. und 19. Jahrhundert. Vittorio Klostermann, Frankfurt/Main.
- MOULIN, ANNE MARIE (1992): Patriarchal Science. The Network of the Overseas Pasteur Institutes. In: PETITJEAN, PATRICK/JAMI, CATHERINE und ANNE MARIE MOULIN (Hrsg.): Science and Empires. Historical Studies about Scientific Development and European Expansion. Kluwer, Dordrecht: S. 307-322.
- MOULIN, ANNE MARIE (1994): Bacteriological Research and Medical Practice in and out of the Pastorian School. In: Clio medica, Special Issue: French Medical Culture in the 19th century: S. 327-350.
- MOULIN, ANNE MARIE (2004): The Pasteur Institute's International Network. Scientific Innovations and French Tropisms. In: CHARLE, CHRISTOPHE/SCHRIEWER, JÜRGEN und PETER WAGNER (Hrsg.): Transnational Intellectual Networks. Forms of Academic Knowledge and the Search for Clutural Identities. Campus Verlag, Frankfurt/Main,

- New York: S. 135-164.
- MURRHARDTER KREIS (Hrsg.)(1995): Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt, Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Bleicher Verlag, Gerlingen.
- NIKOLOV, SYBILLA (1997): Die Mathematizität von Blut und Urin. Statistische Methodik in der Medizin. In: HESS, VOLKER (Hrsg.): Normierung der Gesundheit. Messende Verfahren als kulturelle Praxis um 1900. Matthiesen Verlag, Husum: S. 33-37.
- NIPPERDEY, THOMAS (1990): Deutsche Geschichte 1866-1918. Beck, München.
- NUMBERS, RONALD L. (1997): The fall and rise of the american medical profession. In: LEAVITT, JUDITH W. und RONALD L. NUMBERS (Hrsg.): Sick-ness and health in America. Readings in the History of Medicine and Public Health. The University of Wisconsin Press, Madison: S. 225-236.
- OEVERMANN, ULRICH (1997): Die Architektonik einer revidierten Professionalisierungstheorie und die Professionalisierung rechts-pflegerischen Handelns. Vorwort zu Andreas Wernet: Professioneller Habitus im Recht. In: WERNET, ANDREAS (Hrsg.): Professioneller Habitus im Recht. Untersuchungen zur Professionalisierungsbedürftigkeit der Strafrechtspflege und um Professionshabitus von Strafverteidigern. Edition Sigma, Berlin: S. 9-19.
- OEVERMANN, ULRICH (2002): Professionalisierungsbedürftigkeit und Professionalisiertheit pädagogischen Handelns. In: KRAUL, MARGRET/MAROTZKI, WINFRIED und CORNELIA SCHWEPPE (Hrsg.): Biographie und Profession. Klinkhardt, Bad Heilbrunn: S. 19-63.
- O'MALLEY, C.D. (1970): Medical Education during the Renaissance. In: DERS. (Hrsg.): The History of Medical Education. University of California Press, Berkeley: 89-102.
- PARSONS, TALCOTT (1939/1966): Essays in sociological theory. Free Press, New York.
- PARSONS, TALCOTT (1965): Struktur und Funktion der modernen Medizin. In: KÖNIG, RENÉ und MARGARET TÖNNESMANN (Hrsg.): Probleme der Medizinsoziologie. KZfSS, Sonderheft 3: S. 10-57.
- PARSONS, TALCOTT (1975): The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. In: Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society: S. 257-278.
- PELIKAN, JÜRGEN M. (2007): Understanding Differentiation of Health in Late Modernity by Use of Sociological Systems Theory. In: McQUEEN, DAVID V. und ILONA KICKBUSCH (Hrsg.): Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion. Springer, New York: S. 74-102.
- PELIKAN, JÜRGEN M. (2009): Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: leben wir in der „Gesundheitsgesellschaft“? In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 34/2: S. 28- 47.
- PORTER, ROY (1985): The Patient's View. Doing Medical History form below. In: Theory and Society, 14/2: S. 175-198.

- PORTER, ROY (1993): The rise of physical examination. In: BYNUM, WILLIAM F. und ROY PORTER (Hrsg.): *Medicine and the five senses*. Cambridge University Press, Cambridge: S. 179-197.
- PORTER, THEODOR M. (1995): *Trust in Numbers. The Pursuit of Objectivity in Science and Life*. Princeton University Press, Princeton.
- RAMSEY, MATTHEW (1984): The Politics of Professional Monopoly in Nineteenth-Century Medicine. The French Model and its Rivals. In: GEISON, GERALD L. (Hrsg.): *Professions and the French State 1700-1900*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia: S. 225-305.
- RAPHAEL, LUTZ (1996): Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts. In: *Geschichte und Gesellschaft*, 22: S. 165-193.
- REISER, STANLEY J. (1978): *Medicine and the reign of technology*. Cambridge University Press, Cambridge u.a.
- REISER, STANLEY J. (1993): Technology and the use of the senses in twentieth-century medicine. In: BYNUM, WILLIAM F. und ROY PORTER (Hrsg.): *Medicine and the five senses*. Cambridge University Press, Cambridge: 262-273.
- ROBERTSON, ROLAND (1992): *Globalization. Social theory and global culture*. Sage, London.
- ROBERTZ-GROSSMANN, BEATE und JOST BAUCH (2006): Gesundheit als sekundäre Zweckmäßigkeit. Soziologische Prolegomena über die Konjunktur der Gesundheitsdiskurse und die blinden Flecken der Gesundheitssoziologie. In: BAUCH, JOST (Hrsg.): *Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens*. Hartung-Gorre Verlag, Konstanz: S. 163-184.
- ROSENBERG, CHARLES E. (1979): The Therapeutic Revolution. Medicine, Meaning, and Social Change in Nineteenth-Century America. In: VOGEL, MORRIS J. und CHARLES E. ROSENBERG (Hrsg.): *The Therapeutic Revolution. Essays in the Social History of American Medicine*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia: S. 3-25.
- ROTHSCHUH, KARL EDUARD (1953): *Geschichte der Physiologie*. Springer Verlag, Berlin u.a.
- ROTHSCHUH, KARL EDUARD (1968): *Physiologie. Der Wandel ihrer Konzepte, Probleme und Methoden vom 16. bis 19. Jahrhundert*. Verlag Karl Aber, Freiburg, München.
- ROTHSCHUH, KARL EDUARD (1979): *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*. Hippokrates Verlag, Stuttgart.
- ROTHSCHUH, KARL EDUARD und JOHANNA BLEKER (1974): Die Einführung naturwissenschaftlich messender Methoden in die klinische Diagnostik. In: *Proceedings of the XXIII Congress of the History of Medicine (London, 2.-9. September 1972)*. London: S. 131-135.
- SACKETT, DAVID L./ROSENBERG, WILLIAM ET. AL. (1996): Evidence based medicine. What it is and what it isn't. In: *British Medical Journal*, 312/7023: S. 71-72.

- SAMELSON, FRANZ (2000): Whig and anti-whig histories and other curiosities of social psychology. In: *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 36: S. 499-506.
- SARFATTI-LARSON, MAGALI (1977): *The rise of professionalism. A sociological analysis.* University of California Press, Berkeley.
- SCHERF, MICHAEL (2010): *Strukturen der Organisationsberatungsinteraktion.* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- SCHMÄDEL, DIETER (1975): Soziale Normen im Bereich des Krankheitsverhaltens. In: RITTER-RÖHR, DOROTHEA (Hrsg.): *Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft.* Suhrkamp, Frankfurt/Main: S. 29-51.
- SEIDEL, HANS-CHRISTOPH (1998): Eine neue „Kultur des Gebärens“. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland. F. Steiner, Stuttgart.
- SPREE, REINHARD (1989): Kurpfuscherei – Bekämpfung und ihre soziale Funktionen während des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts. In: LABISCH, ALFONS und REINHARD SPREE (Hrsg.): *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts.* Psychatrie-Verlag, Bonn: S. 103-121.
- STENZEL, OLIVER (2005): *Medikale Differenzierung. Der Konflikt zwischen akademischer Medizin und Laienheilkunde im 18. Jahrhundert.* Carl-Auer Verlag, Heidelberg.
- STETTLER, ANTOINETTE (1987): Zeichen lesen und Zeichen deuten. Zur Geschichte der Medizinischen Semiotik. In: *Gesnerus*, 44: S. 33-54.
- STICHWEH, RUDOLF (1984): *Zur Entstehung des modernen Systems wissenschaftlicher Disziplinen.* Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- STICHWEH, RUDOLF (1987): Die Autopoiesis der Wissenschaft. In: BAECKER, DIRK U.A. (Hrsg.): *Theorie als Passion. Niklas Luhmann zum 60. Geburtstag.* Suhrkamp, Frankfurt/Main: S. 447-481.
- STICHWEH, RUDOLF (1988): Inklusion in Funktionssysteme der modernen Gesellschaft. In: MAYNTZ, RENATE/ROSEWITZ, BERND/SCHIMANK, UWE und RUDOLF STICHWEH (Hrsg.): *Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme.* Campus Verlag, Frankfurt/Main u.a.: S. 261-293.
- STICHWEH, RUDOLF (1992): Professionalisierung, Ausdifferenzierung von Funktionssystemen, Inklusion. In: DEWE, BERND/FERCHHOFF, WILFRIED und FRANK OLAF RADTKE (Hrsg.): *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern.* Leske & Budrich, Opladen: S. 36-48.
- STICHWEH, RUDOLF (2000): *Die Weltgesellschaft. Soziologische Analysen.* Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- STICHWEH, RUDOLF (2005): *Inklusion und Exklusion. Studien zur Gesellschaftstheorie.* Transcript, Bielefeld.
- STICHWEH, RUDOLF (2008): Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. In: SAAKE, IRMHILD und WERNER VOGD (Hrsg.): *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung.* VS Verlag, Wiesbaden: S. 329-344.

- STOLBERG, MICHAEL (1996): „Mein äskulapisches Orakel!“ Patientenbriefe als Quelle einer Kulturgeschichte der Krankheitserfahrung im 18. Jahrhundert. In: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaft, 7/3: S. 385-404.
- STOLBERG, MICHAEL (2003): Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit. Böhlau, Köln u.a.
- STOLBERG, MICHAEL (2008): Therapeutic Pluralism and Conflicting Medical Opinions in the Eighteenth Century. The Patient's View. In: HELM, JÜRGEN und RENATE WILSON (Hrsg.): Medical Theory and Therapeutic Practice in the Eighteenth Century. Franz Steiner Verlag, Stuttgart: S. 95-111.
- STOLLBERG, GUNNAR (1997): Haben messende Verfahren die Lebenswelt der Patienten kolonisiert? Überlegungen auf der Basis von Auto-biographien. In: HESS, VOLKER (Hrsg.): Normierung der Gesundheit. Messende Verfahren der Medizin als kulturelle Praxis um 1900. Matthiesen Verlag, Husum: S. 125-135.
- STOLLBERG, GUNNAR (2001): Medizinsoziologie. transcript, Bielefeld.
- STOLLBERG, GUNNAR (2002): Heterodoxe Medizin, Weltgesellschaft und Globalisierung. Asiatische Medizinformen in Westeuropa. In: BRÜNNER, GISELA und ELISABETH GÜLICH (Hrsg.): Krankheit verstehen. Aisthesis, Bielefeld.
- STOLLBERG, GUNNAR (2007): Die Herausbildung des modernen Krankenhauses. In: AUMÜLLER, GERHARD/GRUNDMANN, KORNELIA und CHRISTINA VANJA (Hrsg.): Der Dienst am Kranken. Krankenversorgung zwischen Caritas, Medizin und Ökonomie vom Mittelalter bis zur Neuzeit. Geschichte und Entwicklung der Krankenversorgung im sozio-ökonomischen Wandel. N. G. Elwert Verlag, Marburg: S. 227-242.
- STOLLBERG, GUNNAR (2008): Kunden der Medizin? Der Mythos vom mündigen Patienten. In: SAAKE, IRMHILD und WERNER VOGD (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. VS Verlag, Wiesbaden: S. 345-362.
- STOLLBERG, GUNNAR (2009): Das medizinische System. Überlegungen zu einem von der Soziologie vernachlässigten Funktionssystem. In: Soziale Systeme, 15/1: S. 189-217.
- STOLLBERG, GUNNAR (2010): Polarisierung - Hybridisierung – Homogenisierung. Die chinesische Medizin im Globalisierungsprozess. (working paper). Internet: [http://www.uni-bielefeld.de/\(de\)/soz/iw/pdf/stollberg.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/(de)/soz/iw/pdf/stollberg.pdf) (06.08.2010).
- STRANG, DAVID und JOHN W. MEYER (1993): Institutional Conditions for Diffusion. In: Theory and Society, 22/4: S. 487-511.
- TEMKIN, OWSEI (1977): The Role of Surgery in the Rise of Modern Medical Thought. In: DERS. (Hrsg.): The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine. The Johns Hopkins University Press, Baltimore: S. 487-496.
- TOELLNER, RICHARD (1999): Der Funktionswandel der Wissenschaftshistoriographie am Beispiel der Medizingeschichte des 19. und 20. Jahrhunderts. In: Bröer, Ralf (Hrsg.): Eine Wissenschaft emanzipiert

- sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne. Centaurus, Pfaffenweiler.
- TROCCHI, FEDERICO DI (1997): The Vital Principle in Therapy: Barthez and the Theory of Fluxions. In: CIMINO, GUIDO und FRANÇOIS DUCHESNEAU (Hrsg.): *Vitalisms from Haller to the Cell Theory*. Leo S. Olschki, Florenz: S. 83-110.
- TOWNLEY, BARBARA (1995): Managing By Numbers. Accounting Personnel Management and the Creation of a Mathesis. In: *Critical Perspectives on Accounting*, 16: S. 193-211.
- TSOUYOPOULOS, NELLY (2008): Asklepios und die Philosophen. Paradigmenwechsel in der Medizin im 19. Jahrhundert. Frommann-Holzboog, Stuttgart u.a.
- TUCHMAN, ARLEEN M. (1988): From the Lecture to the Laboratory. The Institutionalization of Scientific Medicine at the University of Heidelberg. In: COLEMAN, WILLIAM und FREDERIC L. HOLMES (Hrsg.): *The Investigative Enterprise. Experimental Physiology in Nineteenth-Century Medicine*. University of California Press. Berkeley u.a.: S. 65-99.
- TURNER, BRYAN S. (1987): *Medical Power and Social Knowledge*. SAGE Publications, London u.a.
- VOGD, WERNER (2005): Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften. Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. In: *Soziale Systeme*, 11/2: S. 236-270.
- WATZKA, CARLOS und PETR JELÍNEK (2009): Krankenhäuser in Mitteleuropa vor der Aufklärung. Das Beispiel des Ordenshospitals der Barmherzigen Brüder in Feldsberg/Valtice und seiner Patienten 1630-1660. In: *Medizinhistorisches Journal* 44/3,4: S. 235-273.
- WEISS, CHRISTEL (2005): Entwicklung der Medizinischen Statistik in Deutschland – der lange Weg dahin. In: *GMS Med Inform Biom Epidemiol* 2005;1(2):Doc12. Internet: <http://www.egms.de/static/en/journals/mibe/2005-1/mibe000012.shtml>. (06.08.2012).
- WERRON, TOBIAS (2007): Publika. Zur Globalisierungsdynamik von Funktionssystemen. In: *Soziale Systeme* 13: S. 381-394.
- WERRON, TOBIAS (2008): World Series. Zur historischen Genese eines Weltereignisses. In: NACKE, STEFAN/UNKELBACH, RENÉ und TOBIAS WERRON (Hrsg.): *Weltereignisse. Theoretische und empirische Perspektiven*. VS Verlag, Wiesbaden: S. 101-140.
- WERRON, TOBIAS (2010): Der Weltsport und sein Publikum. Zur Autonomie und Entstehung des modernen Sports. Velbrück Wissenschaft, Weilerswist.
- WESTERT, GERT P. und PETER P. GROENEWEGEN (1999): Medical practice variations. Changing the theoretical approach. In: *Scandinavian Journal of Public Health*, 27: S. 173-180.
- WOLF, ANGELIKA und VIOLA HÖRST (Hrsg.)(2003): *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche- lokale Antworten*. LIT Verlag, Münster.

- WOLFF, EBERHARD (1998): Einschneidende Maßnahmen.
Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des
frühen 19. Jahrhunderts. Steiner Verlag, Stuttgart.
- ZAHEDI, NASSER (2007): Von der Vier-Säfte-Lehre zur Labormedizin. In:
Ärztliche Praxis/Gynäkologie, 4: S. 52-53.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- mir die geltende Promotionsordnung der Fakultät für Soziologie/Fakultät für Geschichtswissenschaft, Philosophie und Theologie bekannt ist,
- ich die Dissertation selbst angefertigt habe, keine Textabschnitte von Dritten oder eigener Prüfungsarbeiten ohne Kennzeichnung übernommen habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel und Quellen in meiner Arbeit angegeben habe,
- Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Vermittlungstätigkeiten oder für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,
- ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfungen eingereicht habe,
- ich nicht die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Ort, Datum Unterschrift