

# Reseñas-ensayo

## Medizin und soziale Kontrolle

Zum Verhältnis von Sozialgeschichte und Soziologie der Medizin am Beispiel neuerer Literatur aus der Bundesrepublik Deutschland mit einem Exkurs: Neuere Forschungen zur Medizin im Nationalsozialismus (\*)

ALFONS LABICH (\*\*) 

### 1. EINFÜHRUNG: SOZIALE SICHERHEIT ALS HERRSCHAFT

Durch die elektronischen Datenverarbeitungs- und Steuerungstechniken wandeln sich in den fortgeschrittenen Industriestaaten die Produktionsformen. Dieser Wandel erscheint krisenhaft: Arbeitslosigkeit, Kürzung sozialer Leistungen, «neue» Armut etc. Innerhalb einer Krise der Sozialpolitik (1) erscheinen die klassischen Institutionen der sozialen Sicherung auf einmal als Herrschaftsinstrumente (2), Sozio- und Psychotherapie als Humantechniken («Psy-Agenturen»), Gesundheit als beherrschbares öffentliches Gut: Technik, Staat und Wirtschaft bedienen sich der Medizin, um sich ihr wesentliches Funktionselement zu sichern — den produzierenden und konsumierenden Menschen (3). Wandel und Krise der Produktion und

(\*) Original aceptado en octubre de 1986. Das Manuskript dieses Beitrag wurde im Oktober 1986 abgeschlossen.

(\*\*) Gesamthochschule Kassel, FB 4; Postfach 101380, 3500 Kassel (R.F. Alemana).

(1) Für die Bundesrepublik Deutschland *cfr.*, in Übersicht S. LEIBFRIED; F. TENNSTEDT (Hg.) (1985) *Politik der Armut und die Spaltung des Sozialstaats*, Frankfurt.

(2) *Cfr.* u.v.a. P. GROSS (1983) *Die Verheissungen der Dienstleistungsgesellschaft. Soziale Befreiung oder Sozialherrschaft?*, Opladen; *vid. infra* Anm. 8 u. 9.

(3) Dieser in der sog. Medizinkritik seit Mitte der 70er Jahre verbreitete Gedanke wird inzwischen auch in der universitären Soziologie und Medizinsoziologie diskutiert; *cfr.*, u.v.a. H. BAIER (1983) Gesundheit als öffentliches Gut, in: *Wie krank ist unsere Medizin? Salzburger Humanismusgespräche* (O. Schatz, Hg.) Graz u.a., 111-132. Eine Übersicht über den Stand der Diskussion bietet das Heft 3 + 4, Jg. 10, 1985, der *Österr. Zs. f. Soziologie*, das dem Schwerpunkt Medizinsoziologie gewidmet ist.

DYNAMIS

*Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*. Vol. 7-8, 1987-88, pp. 427-459.

ISSN: 0211-9536

Reproduktion fortgeschrittener Industriestaaten gehen also auch mit einer Krise klassischer sozialer Güter und Werte — wie z.B. «Gesundheit» — und der diese verwaltenden sozialen Agenturen — wie der Medizin — einher.

Welchen Beitrag kann die Sozialgeschichte der Medizin zu diesem Problem leisten? Greifen wir ein Schlagwort wie «Medizin und soziale Kontrolle» heraus, muß diese Frage in zwei Richtungen gehen. Zunächst einmal verlangt die Komplexität des Gegenstandes der vorhergehenden theoretischen Abklärung und Konzeptualisierung. Erst anschließend können historische Fragestellungen — dann durchaus im Sinne einer theoretisch fundierten historischen Soziologie der Medizin — angemessen untersucht, bzw. hier: neuere Literatur zur Sozialgeschichte der Medizin in nachvollziehbaren Kriterien vorgestellt werden (4). Nicht nur angesichts der Aktualität und Relevanz des Problems sollen auch neuere Arbeiten aus der Medizinsoziologie erwähnt werden. Die notwendige Nähe von soziologischer Theorie und historischer Empirie bietet die Möglichkeit, die wechselseitige Abhängigkeit und Befruchtung der Geschichte und der Soziologie der Medizin an Beispielen zu diskutieren (vgl. zusammenfassend u. 5.).

(4) Ein vollständiger Überblick über die Sozialgeschichte der Medizin in der Bundesrepublik Deutschland wird hier also nicht angestrebt; *cfr.* hierzu für die ältere Literatur D. BLASIUS (1976) *Geschichte und Krankheit. Sozialgeschichtliche Perspektiven der Medizingeschichte. Geschichte und Gesellschaft*, 2, 386-415 und A. LABISCH (1980) *Zur Sozialgeschichte der Medizin. Methodologische Überlegungen und Forschungsbericht. Archiv f. Sozialgeschichte*, 20, 431-469. Neben den umfangreichen Bibliographien bei A. E. IMHOF (Hg.) (1980) *Mensch und Gesundheit in der Geschichte. Vorträge eines internartionalen Colloquiums in Berlin vom 20. bis 23. September 1978*, Husum (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, H. 39) und (1983) *Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit*, Berlin (Berliner Historische Studien, 9 II), *vid.*, jetzt den Übersichtsaufsatz von P. WEINDLING (1986) *Medicine and Modernization: The Social History of German Health and Medicine. History of Science*, 24, 277-301.

Über neuere Ergebnisse und Tendenzen in der Sozialgeschichte der Medizin in der Bundesrepublik Deutschland berichten A. LABISCH u. R. SPREE (1982) *Neuere Ergebnisse und Entwicklungen einer Sozialgeschichte der Medizin und des Gesundheitswesens in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert. Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, 5, 209-223 und (1986) *Medizin und sozialer Wandel. Der Beitrag medizinische Konzepte zur Prägung sozialer Rollen und zur Abdrängung gesellschaftlicher Randgruppen in Deutschland während des 19. und 20. Jahrhunderts. Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, 9, 247-254. Eine wesentlich kürzere Fassung des vorliegenden Rezensionessays erschien unter den Titel: *Medizin und soziale Kontrolle. Zur (historischen) Soziologie der Medizin. Soziologische Revue*, 9, 1986, 256-266.

## 2. ZUR KONZEPTUALISIERUNG VON «MEDIZIN ALS INSTITUTION SOZIALE KONTROLLE»

Lassen wir den besonders sensiblen und daher auch besonders früh problematisierten Bereich der Psychiatrie/Sozialpsychiatrie außer Betracht (5), wurde der Begriff «Medizin als Institution sozialer Kontrolle» 1972 von dem US-amerikanischen Medizinsoziologen Irving K. Zola in die Debatte geworfen (6). Dieser und andere Autoren (7) waren weniger durch analytisches Interesse als durch eine medizinkritische Attitüde getrieben. Diese speiste sich sowohl aus wissenschafts- (z.B. anti-medizinischem, anti-strukturell-funktionalistischem) wie gesellschaftspolitischem (z.B. gegen Rassismus, Feminismus, Sexismus, Imperialismus) Impetus. Theoretischer Anspruch und Ertrag dieser wissenschaftlich gewandeten Gesellschaftskritik blieben gering: endeten sie doch stets zirkulär-tautologisch bei Medizin und Arzt als Garanten gesellschaftlicher, durchweg kapitalistischer Macht und Herrschaft.

Gerhard Mutz schließt in seiner Arbeit «Sozialpolitik als soziale Kontrolle» nicht an die in der Medizinkritik und Medizinsoziologie verbreiteten Autoren an (8). Vielmehr erweitert er das von Ulrich Rödel und Tim Guldemann 1978 in den Starnberger Studien (9) vorgelegte Konzept zur Funktionsbestimmung staatlicher Politik als präventiver sozialer Kontrolle um zwei Elemente: er vertieft erstens politisch-ökonomisch die Verbindung zu den Erfordernissen privat-marktwirtschaftlicher Verhältnisse im Rahmen der allgemeinen Problematik der (Selbst-) Produktion des Menschen aus der Natur und bezieht es zweitens soziologisch auf die (unkontrollierte) Entwicklungsökonomik interdependent Kontrollinstanzen — hier insbesondere in Anlehnung an Norbert Elias (10).

- (5) *Cfr.*, als frühes Dokument T. SZASZ (1961) *The Myth of Mental Illness*, New York; eine Übersicht *cfr.*, bei P. CONRAD; J. W. SCHNEIDER (1980) *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, St. Louis.
- (6) I. K. ZOLA (1972) Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review*, 20, 487-504.
- (7) Eine Sammlung einschlägiger Artikel *vid.*, bei J. EHRENREICH (ed.) (1978) *The Cultural Crisis of Modern Medicine*, New York-London.
- (8) G. MUTZ (1983) *Sozialpolitik als soziale Kontrolle am Beispiel der psychosozialen Versorgung*, München.
- (9) U. RÖDEL; T. GULDIMANN (1978) Sozialpolitik als soziale Kontrolle, in: *Sozialpolitik als soziale Kontrolle* (T. Guldemann *et. alii*) Frankfurt (Starnberger Studien 2), 11-55.
- (10) N. ELIAS (1969) *Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*, 2. Aufl., 2 Bde. Bern und (1970) *Was ist Soziologie?*, München.

Die zentralen Aussagen Mutz' sind (11): durch gemeinsame Bearbeitung der Natur sind die Individuen in Produktionsverhältnissen vergesellschaftet; die Institutionen der ökonomischen Grundkontrollen sind die zentralen Kontrollinstanzen jeder konkret-historischen Gesellschaftlichkeit. Aus den konstitutiven Bedingungen der materiellen Produktion bilden menschliche Figuren weitere Integrations- und kontrollinstanzen die — etwa in Form von Sozialpolitik — auf die Integration in eine herrschende Gesellschaftlichkeit abzielen. Beide voneinander abhängigen Kontrolltypen erfährt der einzelne Mensch, obwohl selbst Subjekt der gesellschaftlichen Verhältnisse, als ihm «äußerlich»: in unterschiedlichem Maße eignen sich die Individuen die herrschende Gesellschaftlichkeit in einer «inneren Vergesellschaftung» an.

Die Kontrolltypen «Mensch/Natur», «Mensch/Mensch» und «Ich/Selbst» sind dabei aufs engste interdependent und wandelbar verknüpft: Eine bestimmte Kontrollsituation ist nicht auf ein Kontrollmittel oder eine konkrete Kontrollinstanz zurückzuführen; sie ist vielmehr Resultat vieler gesellschaftlicher Kontrollmechanismen. Soziale Kontrolle ist damit kein einseitiges Zwangs- und Herrschaftsverhältnis — das etwa in vordergründiger Medizinkritik «entlarvt» werden kann — sondern ein Kräftefeld sozialer Beziehungsgeflechte, die die herrschende Form der Gesellschaftlichkeit durchsetzen und deren Reproduktion sichern. Verflechtungen, Zuordnungen, Kräfte und Ziele von Institutionen offenbaren sich insbesondere in ihren umstrittenen und umkämpften Anfängen: Mutz fügt also den drei interdependenten Kontrollbereichen die Dimension Zeit hinzu.

Damit lassen sich für die folgende Diskussion drei Ebenen unterschiedlichen Abstraktionsgrades ausmachen: erstens allgemein die Grundstrukturen der Kontrollen Mensch/Natur, Mensch/Mensch, Ich/Selbst; diese jeweils in der historischen und institutionslogischen Entwicklung der Kontrollen und der von ihnen abgeleiteten Institutionen;

zweitens bezogen auf den Gegenstand der Medizinsoziologie allgemein Gesundheit (als die gewissermaßen unauffällige körperliche Verfügbarkeit), Krankheit (als das auffällige, weil eingeschränkte Merkmal körperlicher Verfügbarkeit) und die institutionellen Formen des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit (vgl. u. 3.);

(11) MUTZ (1983) *op. cit.* Anm. 8, S. 90-94.

schließlich drittens bezogen auf den Gegenstand der Medizinsoziologie im engeren Sinne medizinisch-wissenschaftliche Interpretationen der Sinnwelt Gesundheit-Krankheit; Medizin als Institution und Profession und schließlich medizinische Versorgungssysteme und Gesundheitspolitik (vgl. u. 4).

Der harte Kern sozialer Kontrolle ist auch in den Erörterungen Mutz' die totale Institution. Paradigmatisch exemplifiziert Mutz die Dimension Zeit am Beispiel der psychosozialen Versorgung: Der Soziogenese der totalen Institution im Absolutismus folgt die Institutionalisierung spezieller desintegrativer Versorgungssysteme in Form der Landeskrankenhäuser um die Jahrhundertwende zum 19./20. Jahrhundert. Anfang der 70er Jahre beginnt die Transformation der offenkundigen Autoritäts- und Zwangstechniken zu Überzeugungs- und Manipulationsverfahren z.B. durch Psycho- und/oder Soziotherapie.

Die endlose Diskussion zur Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland erscheint aus dieser systematisierten historischen Sicht auf einmal als ein Kampfplatz unterschiedlicher Therapieformen, die ihrerseits mit unterschiedlichen Gesellschafts- und Kontrollformen korrespondieren. Den Befürwortern der Reform stellt sich damit nicht die Frage, ob (das ist sicher), sondern nur inwieweit sie Propagatoren transformierter neuer sozialer Kontrollformen sind. Aus dem Meer der Literatur zur Psychiatrie und Psychiatriereform ist hier der von Eisenbach-Stangl/Stangl herausgegebene Band «Grenzen der Behandlung» (12) zu nennen.

In ihrer Einleitung «Ist die Zwangsjacke repressiv? Über die Widersprüche psychiatrisch-medizinischer Kontrollen» (13) gelingt es den beiden Herausgebern trefflich, die Problematik der Transformation psycho-sozialer Hilfen deutlich zu machen: Von der desintegrativen Anstaltspsychiatrie über den medizinisch-pharmakologischen Käfig im Kopf hin zur sozialpolitischen und psycho-soziotherapeutischen Vernetzung — zum integrativen «Helfen statt Strafen» also. Aus dem Satz: «So zu tun, als gäbe es eine Gemeinschaft (...), die nach innen wie nach außen ohne Zwang auskäme, ist entweder ideologisches oder gedankenloses Gerede» (14), werden sowohl die Positionen normadäquater wie kritischer Beiträge in ihrer jeweiligen Begrenztheit (Beschränktheit?) diskutiert: Die Verherrlichung des Wahnsinns

(12) I. EISENACH-STANGL; W. STANGL (Hg.) (1984) *Grenzen der Behandlung. Soziale Kontrolle und Psychiatrie*, Opladen.

(13) *Op. cit.* Anm. 12, S. 7-26.

(14) *Op. cit.* Anm. 12, S. 13.

als «bürgerliche Gegenwelt»? Der Kranke/Wahnsinnige als «revolutionäres Subjekt»? In der versammelten Breite und der aus verschiedenen Diskursen herrührenden Literatur gibt der Band einen Überblick über den Stand der Diskussion (15).

### 3. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT ALS DEFINITIONS— UND INTERVENTIONSFELDER GESELLSCHAFTLICHEN REGELUNGSBEDARFS

Die psychosoziale Versorgung als Kernbereich der Kontrolle des Ich/Selbst ist allerdings relativ gut erforscht. Obwohl es nicht in der gesellschaftskritischen Intention der Antipsychiatrie, bzw. Psychiatriereform gelegen haben dürfte, hatten Art und Eingrenzung des Diskussionsgegenstandes einen Nebeneffekt, der den Blick auf ähnliche Probleme verstellte: Dadurch, daß lediglich die Etikettierung seelischer Abweichungen als «uneigentliche» Krankheit angegriffen wurde, wurde dieselbe Fragestellung für körperliche und damit «eigentliche» Krankheiten zunächst nicht aufgegriffen. Es müssen folglich neue Gegenstandsbereiche erschlossen werden: hier ist auch die umstrittene Definitionsschwelle von Krankheit als sozialer Devianz, bzw. Gesundheit als gegebener oder wiedererreichter Anpassungsleistung zu nennen. Denn in einer Diskussion um die kontrollierende und disziplinierende Wirkung jedweder — insbesondere der über die staatlichen Hilfsinstanzen vermittelten — Hilfe steckt der Gegenstandsbereich «Krankheit/Gesundheit» das Interventionsfeld sozial erforderlicher Verfügbarkeit körperlicher Leistungsfähigkeit ab, die Definition «gesund/krank» die jeweilige Interventionsart. Obwohl es eine umfangreiche historische, soziologische, sozial- und gesundheitspolitische, philosophische und medizinisch-naturwissenschaftliche Literatur zu den Begriffen «Gesundheit» und «Krankheit» gibt, stellen sich diese Begriffe daher neu dar.

Wie wenig wir wirklich über Gesundheits- und Krankheitsverhalten wissen, zeigen die aufschlußreichen Ergebnisse der Forschergruppe um den kürzlich verstorbenen Klaus Horn (16). Horn und Mitarbeiter befassen sich

(15) Zur neueren Sozialgeschichte der Psychiatrie in der Bundesrepublik *cfr.*, ferner u.v.a. D. BLASIUS (1980) *Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses*, Frankfurt und (1986) *Umgang mit Unheilbaren. Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie*, Bonn.

(16) K. HORN; C. BEIER; M. WOLF (1983) *Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Eine empirische Untersuchung subjektiver Sinnstrukturen*, Opladen; K. HORN, C. BEIER; D. KRAFT-

aus der aktuellen Problemstellung der oftmals vergeblichen Gesundheitserziehung mit dem Krankheitsverhalten und -erleben von Arbeitern und Arbeiterinnen und dem Widerstand gegen gesundheitliche Aufklärung.

Horn u.a. legen implizit folgende Ebenen von Rationalisierung zugrunde: die Naturbeherrschung, die politisch-interaktive Verständigung/Selbstverständigung und die intrapsychische Dimension. Horn u.a. kommen damit zu einem ähnlichen, in drei Bereiche aufgeteilten Konzept sozialer Kontrolle über Rationalisierungs- und Disziplinierungsprozesse wie Mutz. Der Bezug auf die Theorietradition der Frankfurter Schule und eine sozialwissenschaftlich begriffene Psychoanalyse begründen den Gegenstand: Gesundheit als Konfliktfähigkeit, Krankheit als Konflikt. Gegen diese Konzeption, die Gesundheit und Krankheit als unabdingbaren Bestandteil menschlichen Handlungsvermögens versteht, steht die einem langen Rationalisierungsprozeß via Medikalisierung vorherrschende Funktionalisierung des Körpers als Pseudokonfliktlösungsmöglichkeit: Individueller Krankheitsgewinn und der objektivierte Fall der Organmedizin gehen nach Horn u.a. eine unheilvolle Koalition ein: Konfliktverdeckung für den Kranken und die rational-methodisch betriebene «Verkörperung» von Krankheiten laufen also in dieselbe Richtung.

Die Arbeiten Horns u.a. bereichern unsere Kenntnisse über das Krankheitsverständnis und —verhalten von Unterschichtpatienten, bzw. die Abwehr gegen gesundheitliche Aufklärung erheblich: Für jede präventiv orientierte Medizin und Intervention — so etwa für die «theoretische Leerstelle» des Laien (17), sind die Arbeiten daher unerlässlich, zumal sie zugleich die rationalisierenden und disziplinierenden Elemente der gesundheitserzieherischen Interventionen ansprechen.

Die offene Interpretation von Gesundheit führt auf zwei weitere Problembereiche: nämlich die jeweils zeitbedingt gültige Interpretation von Körper, Leiblichkeit, leiblicher Verfügbarkeit und Leben schlechthin und den Prozeß der Medikalisierung eben dieser leiblichen Verfügbarkeit in den Industriestaaten. Körper und Leiblichkeit lassen sich jenseits des in dem

KRUMM (1984) *Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn. Zur Logic von Widerständen gegen gesundheitliche Aufklärung*. Opladen.

(17) Nach C. V. FERBER (1983) *Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. Zur Soziologie des Laien vor den Ansprüchen der Medizin*, in: *Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe* (C. V. Ferber; B. Badura, Hg.) München-Wien, 265-293.

sozialstaatlichen Versorgungssystem durchschlagenden funktionalisierten Verständnisses entweder in anderen Wissenssystemen — wie etwa in der Psychoanalyse — oder aber in historischen oder ethnographisch-vergleichenden Studien aufdecken. Aus der unendlichen Literatur, die bereits vor Jahren zur «Wiederkehr des Körpers» (18) aufsummiert wurde, seien zwei konträre Beispiele herausgegriffen.

Arthur E. Imhof hat die Vorträge eines internationalen Kolloquiums unter dem Titel «Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit» herausgegeben (19). Der Körper des Menschen als Grundlage leiblicher, seelischer und sozialer Existenz wird aus den verschiedenen Blickwinkeln in seiner historischen Transformation analysiert: Das Leben in agrarischen Gesellschaften, dessen Einschätzung aus heutiger sozialmedizinischer Sicht, verglichen mit aktuellen ethnomedizinischen Beiträgen, stellt gewissermaßen die Ausgangslage der weiteren Überlegungen dar. Die soziale Interpretation des Körpers, seiner Grundbedürfnisse und deren kultureller Überformung in verschiedenen Gesellschaften führen das Thema fort: Jedwede Sozialisation jedweder Gesellschaft drückt sich letztendlich auch in der Disziplinierung der Körperlichkeit aus — beim Essen, beim Sport, in der Volkskultur vs. der diese unterdrückenden bzw. durchdringenden Kultur der Eliten, in den Lebensaltern, ja über den Tod hinaus. In den Industriegesellschaften wird der Körper über einen längeren Prozeß hin schließlich medizinisch-technisch interpretiert und beeinflußt: Getrennt allerdings nach Schicht («Volk» vs. «Obrigkeit») und Geschlecht («Medikalisierung» der körperkundigen Frau durch eine professionelle männliche Elitekultur).

So sehr die Ergebnisse im einzelnen Zustimmung oder Widerspruch hervorrufen, wird das Material immer stringent und nachvollziehbar ausgebretet. Nimmt man den ergänzenden Band einer gleichgerichteten Ringvorlesung hinzu (20), der als Vorlesungsreihe allerdings nur Übersichten liefert, ergeben sich Anregungen für weitere Arbeiten und Diskussionen. Insgesamt summieren sich nun die Monographien und Sammelbände Imhofs (21) zu einem umfassenden Beitrag historisch-demographisch orientierter Sozialgeschichte der Medizin (22).

(18) D. KAMPER; C. WULF (Hg.) (1982) *Die Wiederkehr des Körpers*, Frankfurt.

(19) IMHOF (1983) *op. cit.* Anm. 4.

(20) A. E. IMHOF (1983) *Der Mensch und sein Körper. Von der Antike bis heute*, München.

(21) Cfr., u.v.a. IMHOF (1980) (*op. cit.* Anm. 4); ders. (1981) *Die gewonnenen Jahre. Von der Zunahme unserer Lebensspanne seit dreihundert Jahren oder von der Notwendigkeit einer neuen Einstellung zu Leben und Sterben. Ein historischer Essay*, München; ders. et allii (Hg.) (1982) *Le vei-*

Die «Wiederentdeckung» des Körpers ist allerdings zugleich Bestandteil jener Bewegung, die sich gegen die rationalen Grundlagen und Folgen der herrschenden Interpretation von Körperlichkeit, kurzum nicht nur gegen die Auswüchse des Rationalismus, sondern die damit begründeten Formen von Wissenschaft schlechthin wendet. Die neue Literatur zum Körper steht damit gleichzeitig in der Bewegung zum «Alltag», zur Subjektivität und neuen Formen des Erkennens und Wissens. Dies lässt sich — auch als Gegenbeispiel zu Imhof — gut aus dem von Dietmer Kamper und Christoph Wulf herausgegebenen Band «Der andere Körper» verfolgen (23). «Der Alltag *traditionaler* und *rationaler* Lebensformen» soll in dem Band, zugleich der erste in einer «Edition Corpus», «in seiner ganzen Exotik und Banalität erkennbar werden» (24): Von der Intersubjektivität zur Subjektivität also — und damit von der Kritik zum Ge-/oder Mißfallen...

Zum Prozeß einer steigenden Aufmerksamkeit körperlicher Verfügbarkeit und deren nachfolgender Medikalisierung liegen eine Reihe neuer sozialhistorischer Monographien vor. Ute Frevert untersucht in «Krankheit als politisches Problem» die Politisierung von Krankheit zwischen 1770 und 1880 (25). Frevert weist die post-factum-Erklärung, das öffentlich-rechtliche Krankenversicherungssystem sei ein zwangsläufiges Derivat des Industrialisierungsprozesses und damit funktional und notwendig, als «pauschalisierende ‘Ableitungen’» zurück (26). Daher ist die Politisierung von Krankheit (und Gesundheit) vor dem Hintergrund säkularer gesellschaftlicher Wand-

*llissement. Implications et conséquences de l'allongement de la vie humaine depuis le XVIIIe siècle.*  
*Actes de la table ronde, Paris EHESS 24-26 Oct. 1979, Lyon; ders. (1984) Die verlorenen Welten. Alltagsbewältigung durch unsere Vorfahren — und weshalb wir uns heute so schwer damit tun.* München.

(22) *Cfr.* A. E. IMHOFF; O. LARSEN (1976) *Sozialgeschichte und Medizin. Probleme der quantifizierenden Quellenbearbeitung in der Sozial — und Medizingeschichte*, Stuttgart (Medizin in Geschichte und Kultur, Bd. 12); A. E. IMHOFF (Hg.) (1978) *Biologie des Menschen in der Geschichte. Beiträge zur Sozialgeschichte der Neuzeit aus Frankreich und Skandinavien*, Stuttgart; vgl. *ebd.* 13-78 eine systematische «Einleitung» Imhofs.

Über das Werk Imhofs *cfr.*, auch W. G. RÖDEL (1984) Mensch und Gesundheit in der Geschichte der Neuzeit. Notizen zu einem Forschungsprojekt. *Med.-hist. J.*, 19, 138-147.

(23) D. KAMPER; C. WULF (Hg.) (1984) *Der andere Körper*, Berlin (Edition Corpus Alltagswissen, Körpersprache, Ethnomedizin, Bd. 1).

(24) *Op. cit.* Anm. 23, Rückseite der Titelblattes.

(25) U. FREVERT (1984) *Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterchichten in Preussen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*, Göttingen (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, 62).

(26) *Op. cit.* Anm. 25, S. 12.

lungsprozesse und divergierender sozialpolitischer Interessen Thema der Arbeit.

Frevert untersucht zunächst die öffentliche Diskussion über Gesundheit und Krankheit im Kontext der spätabolutistischen Staats- und Sozialverfassung, um dann herauszuarbeiten, wie sich das allgemeine Problem Gesundheit auf die spezielle «Krankheitsbetroffenheit» sozialer Unterschieden verengte: die Medikalisierung der Armen als Präventions- und Kontrollmechanismus. Der weitere Teil der Arbeit ist der Transformation des Armenproblems zur «Arbeiterfrage» gewidmet: aus der Sicht staatlicher, kommunaler und unternehmerischer Kassenpolitik — von oben also — und der Veränderung von Krankheits- und Gesundheitsverhalten der Arbeiter — von unten also — wird gezeigt, wie die Arbeiterschaft durch eine leistungsorientierte Sozialpolitik integriert werden sollte.

Ute Frevert hat einen bedeutenden Beitrag zur Diskussion geleistet: Die Einzelaspekte und -erträge in allen Dimensionen aufzuzeichnen, verbietet der Raum; genannt seien die Uminterpretation von Krankheit als moralisch verwerflich — eine Folge bürgerlich-rationaler Interpretation des 18. und frühen 19. Jahrhunderts — zur körperlichen Krankheit — eine Folge bürgerlich-medikalizierter Interpretation seit Mitte des 19. Jahrhunderts. Damit wird zugleich auf einen wesentlichen Ertrag des 4. Kapitels verwiesen: Krankheit und Gesundheit sind in allen Gesellschaften, deren Sinnwelten und deren unterschiedlichen Lebenswelten jeweils angepaßte Mittel von Positionszuweisung bzw. Kontrolle. Innerhalb der Gesellenkassen herrschte ein erheblicher Anpassungsdruck über Leistungsfähigkeit und Krankheit; dieser Anpassungsdruck wurde durch die gesetzliche Krankenversicherung offenbar nur in eine neue Dimension gehoben: an die Stelle gemeinschaftlicher Sinndeutung und Kontrolle in den Krankenkassen der Gesellen trat nun die den neuen industriellen Verkehrsformen adäquate, rational begründete (Medizin) und von gesellschaftlich bestallten Experten (Ärzten) verwaltete Form medikalizierter Sinnwelten von Krankheit und Gesundheit über die gesetzliche Krankenversicherung als Bestandteil integrierender Sozialpolitik.

Noch umfassender geht Gerd Göckenjan an das Thema: Im Mittelpunkt von «Kurieren und Staat machen» stehen die zeitbedingten Interpretationen von Gesundheit und die allmähliche Usurpation der Sinnwelt Gesundheit durch die Medizin (27). Die Geschichte der Gesundheitsvorstellungen wird

(27) G. GÖCKENJAN (1985) *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*, Frankfurt.

zur Folie ärztlicher Professionalisierungspolitik. In alter, vorrationaler Sichtweise gehören Gesundheit und Medizin keineswegs zusammen. Die akademische Heilkunde ist nicht wirksamer als die alltägliche Heilkunde, die Sinnwelt Mensch-Natur-Welt wird von Theologen verwaltet. Doch bietet die Medizin seit dem 16. Jahrhundert Konzepte an, den Körper ähnlich den entdeckten physikalischen oder chemischen Verfahren und Maschinen kontrollierbar und steuerbar zu machen. Die Beherrschung der Natur am Menschen und die Beherrschung der Natur in der Gesellschaft konvergieren in den staatlichen Durchdringungsprozessen des Absolutismus; die Staatswissenschaft fordert die Medizin auf, über eine Wohlfahrt der Bevölkerung die Macht des Staates zu vermehren — allerdings vergeblich noch: die «Medizinische Policey» bleibt Anhängsel der Verwaltung, bleibt im wesentlichen papierner Anspruch. Erst indem die Naturwissenschaft Bezugswissenschaft auch der Medizin wird, werden Subjekt und Moral verdrängt, die Gesundheitslehre der Vorepoche ins Reich der Spekulation verwiesen: Die objektive Methode der Naturwissenschaft wird zur Wahrheit schlechthin, Gesundheit/Krankheit als Erscheinungsform des Lebens zu statistischen und physisch-chemischen Normen und Gesetzen in «Maß, Zahl und Gewicht». Wiederum laufen die staatlichen Formierungs- und Funktionssinteressen (Bürokratie) und professionelle Interessen der Ärzte aufeinander zu: In den gewerblichen Krankenkassen der Industrialisierung werden die Ärzte zu den Verwaltern des gesellschaftlichen Steuerungsbedarfs und der natürlichen Abnutzungsprozesse von körperlicher Verfügbarkeit. Der gesellschaftliche Diskurs über Gesundheit erweist sich damit in seiner Transformation hin zu den objektiven Kriterien der Naturwissenschaften als die Einfallsporte der Profession Medizin schlechthin.

Göckenjan breitet ein reiches Material an Quellen und Literatur aus. Hier ist allerdings auch Kritik anzumelden; die Anknüpfungspunkte seiner Analyse sieht Göckenjan in dem Dreieck des gesellschaftlichen Bedarfs an Experten, des Professionalisierungsinteresses der Ärzte und des staatlichen Interesses an der Steuerung sozialer Prozesse (28). In diesem Dreieck wertet Göckenjan zwar die implizit immer auch professionspolitische medizinische Fachliteratur aus. Die Quellen des staatlichen Formierungsinteresses und damit des gesellschaftlichen Bedarfs an einer angemessenen und berechenbaren körperlichen Verfügbarkeit des sozialen Körpers bleiben demgegenüber zurück: das Interesse unterschiedlich komplexer Vergemeinschaftungs-

(28) *Op. cit.* Anm. 27, S. 25.

und Vergesellschaftungsformen an Gesundheit und Krankheit ist daher am originären Material in seiner jeweils spezifischen Wahrnehmung noch herauszuarbeiten — und zwar an denjenigen Orten, *b e v o r* die Interaktion zwischen Macht-/Herrschaftsträgern und medizinischen Experten beginnt.

Eine inhaltlich und methodisch interessante, ja notwendige Ergänzung zu Frevert und Göckenjan stellt die Arbeit Claudia Huerkamps «Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert» dar (29): Huerkamp erarbeitet den vielschichtigen Wandel des Arztberufs im Verlaufe des 19. Jahrhunderts. Die Herausbildung einer einheitlich vorgebildeten Ärzteschaft, die Ausbildung neuer innerberuflicher Verkehrsformen, der Wandel des Arzt-Patienten-Verhältnisses, die Ausdifferenzierung neuer ärztlicher Berufsrollen, die Kassarztfrage und die ärztlichen Berufsorganisationen bilden die Schwerpunkte der Gedankenführung; eine Fülle empirischen, teils in Tabellen aufbereiteten Materials verleiht der Arbeit besonderen Wert.

Theoretisch schließt Huerkamp an die soziologische Professionalisierungsdiskussion an: Hier bezieht sie sich insbesondere auf die bekannten Arbeiten von Freidson und Larson (30): ein nicht weiter problematisierter «Gesundheitsmarkt» (seit wann?) und die bekannten Theoreme medizinischer Professionalisierungsdiskussion strukturieren das Forschungsfeld. Huerkamp schließt damit gegenüber den beiden vorgenannten Arbeiten an zwar erprobte, aber begrenzte theoretische Fragestellungen an. Daher können die Ergebnisse nicht sonderlich überraschen: Der Professionalisierungsprozeß endet hier notwendigerweise beim approbierten Arzt als dem «alleinzuständigen Fachmann für Krankheit und Gesundheit». Die enge soziologische Konzeptualisierung führt hier also zu jener «funktionalen», post-festum «notwendigen» Entwicklung; der historische Gegenstand wird

(29) C. HUERKAMP (1985) *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrt Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preussens, Göttingen* (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, 68); *vid.* auch dies. (1985) Die preussisch-deutsche Ärzteschaft als Teil des Bildungsbürgertums: Wandel in Lage und Selbstverständnis vom ausgehenden 18. Jahrhundert bis zum Kaiserreich, in: *Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert. Teil I. Bildungssystem und Professionalisierung in internationalen Vergleichen* (W. Conze und J. Kocka, Hg.), Stuttgart, 358-387.

(30) E. FREIDSON (1970) *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York; M. S. LARSON (1977) *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*, Berkeley u.a.

isoliert und ihm eine gewissermaßen automatische Rationalität unterlegt (31).

Dies wirft das Problem der theoretischen Vorgaben sozialhistorischer Forschungen auf — eine Frage, die zum Abschluß dieses Beitrages wieder aufzugreifen ist (vgl. u. 5.). Festzuhalten ist jedenfalls: Jenseits der Kritik im einzelnen stellen die sich teils überschneidenden, teils ergänzenden Bücher von Ute Frevert, Gerd Göckenjan und Claudia Huerkamp einen geradezu befreienden Beitrag zur Sozialgeschichte von Gesundheit/Krankheit, medizinischer Versorgung, Medizin und Arzt vom Absolutismus bis zur Industrialisierung dar: ein wissenschaftlicher «Sprung nach vorn» also, getragen von politikwissenschaftlichen, bzw. sozialhistorisch orientierten ‘Newcomern’, und damit eine Herausforderung für die traditionelle Medizingeschichte und die engere Medizinsoziologie — sofern diese über Lippenbekenntnisse hinaus die Dimension ‘Zeit’ ernst zu nehmen gewillt ist.

Der umfassendere Rahmen für die vorgenannten Arbeiten im Sinne des gesamten Kontrollbereichs «Mensch/Mensch» ergibt sich dann, wenn man die inzwischen klassischen Pionierarbeiten von Christoph Sachsse und Florian Tennstedt zur Sozialgeschichte der Armenfürsorge und Sozialpolitik hinzunimmt (32) — Arbeiten, die beispielsweise auch Mutz extensiv konsultiert. Tennstedt hat in seinen Monographien zur historischen Soziologie der Sozialpolitik (33) die Bedeutung von «Gesundheit» bei der Kolonialisierung, bzw. Assimilation der Armenbevölkerung und des Proletariats zur Industriearbeiterschaft immer betont und damit wiederum Pionierarbeit geleistet:

(31) Vor dieser Gefahr warnen explizit FREVERT (1984) *op. cit.* Anm. 25, S. 12 und GÖCKENJAN (1985) *op. cit.* Anm. 27, S. 17.

(32) C. SACHSSE; F. TENNSTEDT (1980) *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Vom Spätmittelalter bis zum 1. Weltkrieg*, Stuttgart; dies. (Hg.) (1981) *Jahrbuch der Sozialarbeit, 4, Geschichte und Geschichten*, Reinbek; dies. (1983) *Bettler, Gauner und Proleten. Armut und Armenfürsorge in der deutschen Geschichte. Ein Bild-Lesebuch*, Reinbek. Eine Fortsetzung der *Geschichte der Armenfürsorge* von 1914 bis 1945 erscheint in 2 Bänden 1988 und 1989 in Stuttgart.

Zur Sozialgeschichte des Sozialarbeit *cfr.* soeben C. SACHSSE (1986) *Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871-1929*, Frankfurt.

(33) F. TENNSTEDT (1981) *Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Vom 18. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg*, Göttingen und (1983) *Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914*, Köln.

der Prolet wurde durch gesundheitsgerechtes Verhalten zum Industriearbeiter «veredelt» (34).

Folgerichtig haben Sachsse und Tennstedt den Aspekt von sozialer Sicherung als sozialer Disziplinierung jetzt systematisch herausgearbeitet (35): Sozial- und Gesundheitspolitik reagieren auf spezifische Risiken einer arbeitsteiligen, marktgesteuerten Verkehrsgesellschaft. Öffentliche Sozialpolitik hat daher grundsätzlich die private Organisation der Reproduktion zur Voraussetzung. Sozialpolitik muß daher nach zwei Seiten wirken: sie muß erstens kompensatorische Transferleistungen für diejenigen Fälle leisten, in denen die private Reproduktion in einem gewissermaßen als schutzwürdig akzeptierten Rahmen scheitert, also etwa durch Lohnersatz bei Krankheit, Unfall und Alter; zum zweiten muß sie aber gewährleisten, daß die Mitglieder der Gesellschaft unter sich bereit sind, sich durch private Tauschakte zu reproduzieren. Öffentliche Sozialpolitik «muß also die Grenzlinie zwischen privater und legitimer öffentlicher Reproduktion hoheitlich stabilisieren ('Sozialisationsfunktion')» (36). Die öffentliche Sozialpolitik hat daher notwendigerweise zwei unabdingbar verknüpfte Komponenten: Subsistenzsicherung und Sozialdisziplinierung. Die Entwicklung der sozialen Sicherheit in Industriestaaten kann daher auch als soziale Disziplinierung beschrieben werden — und schlüssigerweise spielt die Sicherung vor den Folgen von Krankheit und mehr noch die Wahrung von Gesundheit als auf die Zukunft gerichtete Maßnahme in der Sozialdisziplinierung eine eigene Rolle: «Der demütige, fleißige, ordentliche, reinliche und 'gesunde' Proletarier war der bürgerlichen Gesellschaft nicht mehr gefährlich» (37).

(34) TENNSTEDT (1983) *op. cit.* Anm. 33, S. 448-470.

(35) C. SACHSSE; F. TENNSTEDT (Hg.) (1986) *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik*, Frankfurt; *cfr.*, ebd. 11-44: Sicherheit und Disziplin. Ein Skizze zur Einführung.

(36) *Op. cit.* Anm. 35, S. 12.

(37) *Op. cit.*, Anm. 35, S. 36; *cfr.*, ebd. auch Kap. IV «Gesundheit und Disziplin: Aspekte der Gesundheitspolitik im 19. Jahrhunder» mit den Beiträgen von A. LABISCH, «Hygiene ist Moral — Moral ist Hygiene» Soziale Disziplinierung durch Ärzte und Medizin, 265-285, und G. GÖCKENJAN, Medizin und Ärzte als Faktor der Disziplinierung der Unterschichten: der Kassenarzt, 268-303.

*Cfr.*, hierzu systematisch jetzt A. LABISCH (1985) Die soziale Konstruktion der «Gesundheit» und des «homo hygienicus»: Zur Soziogenese eines sozialen Gutes. *Österr. Zsf. Soziologie*, 10 (3 + 4), 60-81.

Hingewiesen sei ferner auf Eckart PANKOKE, der mit seinen Begriffen der «Norma-

Die bislang aufgeführte historische Literatur endet ungefähr mit dem Ersten Weltkrieg. Für die Folgezeit bleibt also noch viel zu tun. Gleichwohl können Einzelaspekte schon benannt werden. Daniel Nadav hat die Politik der Sozialhygiene mit dem Schweregewicht auf die Weimarer Republik herausgearbeitet (38). Den Einfluß der Technik auf die Medizin, fokussiert um die Entwicklung der medizinisch-technischen Assistenz, untersucht erstmals Stefan Kirchberger (39). Insbesondere die gesundheitspolitische Bedeutung der Kassenambulanzien während der Weimarer Zeit bearbeiten Eckhard Hansen u.a. (40).

Allgemein nachzutragen ist ferner für die sozialen Voraussetzungen, die medizinische und politische Verarbeitung und die sozialen wie politischen Folgen der letzten großen Cholera-Epidemie in Deutschland — 1892/93 in Hamburg — eine umfassende Studie des englischen Sozialhistorikers Richard J. Evans (41). Zuvor hatte bereits Mary Lindemann in einer US-amerikanischen Dissertation die politischen Wirkungen des Armenwesens, der Bevölkerungspolitik und der medizinischen Versorgung im Hamburg des ausgehenden 18. Jahrhunderts untersucht (42).

Hervorzuheben ist die — auch schon ältere — Arbeit von Reinhard Spree über soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod im deutschen Kaiser-

lisierung» und der «Normalitätsstandards» ebenfalls ein tragfähiges Konzept sozialer Disziplinierung entwickelt hat; neben dem Beitrag PANKOKEs in SACHSSE; TENNSTEDT (1986) *op. cit.* Anm. 35, 148-177 (Von «guter Policey» zu «socialer Politik», «Wohlfahrt», «Glückseligkeit» und «Freiheit» als Wertbindung aktiver Sozialstaatslichkeit) *vid.*, z.B. ders. (1981) Gesellschaftlicher Wandel sozialer Dienste. Voraussetzungen und Entwicklungsperspektiven, in: *Handbuch Praxis der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Bd. 1. Grundlagen und berufsfeldorientierte Schwerpunkte* (E. Kerkhoff, Hg.) Düsseldorf, 3-30.

(38) D. S. NADAV (1985) *Julius Moses (1868-1942) und die Politik der Sozialhygiene in Deutschland*, Gerlingen (Schriftenreihe des Instituts für Deutsche Geschichte, Universität Tel Aviv, 8).

(39) S. KIRCHBERGER (1986) *Medizinisch-technische Assistenz in der Gesundheitsversorgung. Zur Berufsgeschichte der MTA*, Frankfurt.

(40) E. HANSEN *et. alii* (1981) «Seit über einem Jahrhundert...». *Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik*, Köln; zu dem von S. LEIBRIED und F. TENNSTEDT initiierten und getragenen Forschungsprojekt der «Verchüttete Alternativen der Sozial— und Gesundheitspolitik» *cfr.*, die Übersicht von P. WEINDLING (1983) *Shattered Alternatives in Medicine. History Workshop Journal*, 16, 152-157.

(41) R. J. EVANS (1987) *Death in Hamburg. Society and Politics in the Cholera Years 1830-1910*, Oxford.

(42) M. LINDEMANN (1981) *Producing Policed Man: Poor Relief, Population Policies and Medical Care in Hamburg, 1750-1806*. Ann Arbor, Mich.

rreich (43). Diese Arbeit untersucht die berühmte McKeown-These für das ausgehende 19. und frühe 20. Jahrhundert in Deutschland und kann die These anhand des statistischen Materials weitgehend bestätigen (44). Darüber hinaus zeigt Spree in geradezu paradigmatischer Weise, wie allgemeine soziologische Theorien — soziale Ungleichheit, Marktkapazität, soziale Infrastruktur — so eng mit (quantitativer) historischer Empirie verknüpft werden können, daß begründete Aussagen über gesundheitsbestimmende soziale Ungleichheit auch in einer Sozialgeschichte der Medizin möglich sind. Sprees Arbeit muß daher nach wie vor als Durchbruch einer theoretisch konzeptualisierten Sozialgeschichte der Medizin in der Bundesrepublik Deutschland gelten.

Ferner sind in den letzten Jahren erstmals Monographien und Sammelbände publiziert worden, die sich mit der Sozialgeschichte und historischen Soziologie der Arbeitsmedizin befassen: Dieser Bereich verdient deshalb besonderes Interesse, weil — entgegen früheren Entwicklungen und Ansätzen, beispielsweise ein umfassendes betriebliches Gesundheitswesen aufzubauen (45) — die Politisierung von Gesundheit/Krankheit während der Industrialisierung dazu geführt hat, daß die Sicherstellung eines gesellschaftlich verfügbaren Arbeitskräftepotentials im Laufe der Auseinandersetzung völlig in den Bereich der Reproduktion verwiesen wurde; die Politisierung von Gesundheit/Krankheit im reproduktiven Bereich entspricht daher einer Depolitisierung/Dethematierung im produktiven Bereich — u.a. mit der Konsequenz, daß noch heute oder: heute wieder

(43) R. SPREE (1981) *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich* Göttingen — eine engl. Übersetzung ist in Vorbereitung; *cfr.*, auch ders. (1980) Zur Bedeutung des Gesundheitswesens für die Entwicklung der Lebenschancen der deutschen Bevölkerung zwischen 1870 und 1913, in: *Staatliche Umverteilungspolitik in Historischer Perspektive* (F. Blaich, Hg.) Berlin, 165-223.

(44) *Cfr.*, zusammenfassend T. MCKEOWN (1979) *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?*, London. Medizinhistorische Forschungen für die Zeit des ausgehenden 18. und frühen 19. Jahrhundert führten für Deutschland übrigens zu keinen eindeutigen Ergebnissen zur McKeown-Theorie; *cfr.*, hierzu W. R. LEE (1977) Primary Sector Output and Mortality Changes in Early XIXth Century Bavaria. *Journal of European Economic History*, 6, 133-162 und (1980) The Mechanism of Mortality Change in Germany, 1750-1850. *Med. -hist. J.*, 15, 244-268.

Zur sozialhistorischen und gesundheitspolitischen Bedeutung der McKeown-Theorie für die Diskussion in der Bundesrepublik Deutschland *cfr.* A. LABICH (1984) «Von der medizinischen Versorgung zur Gesundheitssicherung». Bemerkungen zu Thomas McKeowns Buch «Die Bedeutung der Medizin». *Soziale Sicherheit*, 33, 341-348.

(45) *Cfr.*, z. B. FREVERT (1984) *op. cit.* Anm. 25, 207-219.

— die Prävention von Gesundheitsgefahren im Arbeitsbereich heftig umstritten ist: noch mehr als in der allgemeinen Sozialgeschichte der Medizin liegt daher der sozialhistorischen, bzw. historisch-soziologischen Betrachtung der Arbeitsmedizin eine pragmatisch-handlungsorientierende Dimension zugrunde (46).

#### 4. SOZIALE KONTROLLE, GESUNDHEITSRECHT UND GESUNDHEITSPFLICHT AM BEISPIEL DES RECHTS— UND SOZIALSTAATS UND DER RASSISCHEN VOLKSGEMEINSCHAFT

Gesundheit bzw. Krankheit erweisen sich nunmehr als die maßgeblichen Problemfelder sowohl des aktuellen Geschehens als auch der wissenschaftlichen Forschung: Die jeweilige gesellschaftsadäquate soziale Konstruktion und Funktion von Gesundheit bestimmt über die Konzeption von Körper/Leib die jeweilige Hilfsinstitution und deren Herrschaft und Macht. Die Stellung der Medizin in der Industriegesellschaft ist damit an die der naturwissenschaftlich-technologischen Organisation der Produktion angepaßte naturwissenschaftliche Interpretation des Körpers auch in der Reproduktion gebunden — und wird sich mit dem Wandel von Produktionsweise und Produktionsverhältnissen ebenfalls ändern. Aus dieser dynamischen Sicht heraus erscheinen aktuelle Beiträge zu Sozial-/Gesundheitsrecht und Sozial-/Gesundheitspolitik ebenfalls in einem neuen Licht.

(46) Rainer MÜLLER, der als Sozialepidemiologe in der Arbeitsmedizin und praktizierender Betriebsarzt eine entsprechende Übersicht hat, arbeitet diesen pragmatischen Aspekt mit seinen Mitarbeitern besonders heraus; cfr. R. MÜLLER; D. MILLES (Hg.) (1984) *Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland*, Dortmund (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Sonderausgabe 15); R. MÜLLER et alii (Hg.) (1985) *Industrielle Pathologie in historischer Sicht. Arbeitstagung am 18./19. Dezember 1984 in Bremen*, Bremen; D. MILLES; R. MÜLLER (Hg.) (1985) *Berufarbeit und Krankheit. Gewerbehygienische, historische, juristische und sozialepidemiologische Studien zu einem verdrängten sozialen Problem zwischen Arbeitsnehmerschutz und Sozialversicherung*, Frankfurt.

Cfr., ferner mit mehreren Beiträgen aus der Bundesrepublik Deutschland P. WEINDLING (ed.) (1985) *The Social History of Occupational Health*, London, sowie ferner den theoretisch ausgereiften Beitrag von G. GÖCKENJAN (1985) Gesundheit und Arbeit. Untersuchungen zur Frage, wie Konflikte verschwinden, in: F. NASCHALD (Hg.) *Arbeit und Politik. Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der Sozialen Sicherung*, Frankfurt-New York, 305-337.

Eberhard Jung versucht in seinem Buch «Das Recht auf Gesundheit» (47) eine «Grundlegung des Gesundheitsrechts der Bundesrepublik Deutschland»: Das unzusammenhängend gewachsene und zersplitterte Gesundheitsrecht soll rechtssystematisch erfaßt werden, und zwar nicht im Sinne von Deliktschutz oder Strafrecht, sondern als «Recht auf» im Sinne positiven Tuns bis hin zur verfassungsrechtlichen Verankerung.

Jung unterscheidet in seiner verfassungsrechtlichen Diskussion die Verpflichtung des Staates und die Verpflichtung des Individuums (48): Das Fehlen von Grundpflichten erweist sich nunmehr als «gewichtiger Nachteil für die Ableitung von gerade im Gesundheitsbereich immer wieder als notwendig bezeichneten Gesundheitspflichten» (49). Jungs Beitrag ist ein bislang einzigartiger Versuch, das Gesundheitsrecht der Bundesrepublik Deutschland historisch und systematisch zu erfassen; Jung arbeitet mit einer geradezu erstaunlichen Breite von nationalem und internationalem Gesundheitsrecht bis hin zu medizinhistorischem, sozialhistorischem und sozial-/gesundheitspolitischen Schrifttum. Ein Buch also, das man immer mit Gewinn konsultiert.

Gleichwohl weist es sowohl erhebliche immanente als auch aus der hier ausgebreiteten Diskussion folgende Schwachstellen auf. Die medizinhistorische Literatur, die Jung zu Rate zieht, ist begrenzt: René Sand, Richard Shryock und insbesondere Henry E. Sigerist und viele andere fehlen (50) - dies ist deswegen bedeutsam, weil Sigerist u.a. die Zeitbedingtheit der jeweiligen Deutungen von Gesundheit und Krankheit, von Medizin/Arzt/Patient immer wieder herausgearbeitet haben. Jung übersieht folglich die Interessenbezogenheit der medizinischen Literatur: dies sowohl in den unterliegenden allgemeinen politischen Dimensionen wie bezüglich der etwa von Göckenjan herausgearbeiteten Eroberung der Sinnwelt Gesundheit durch die Medizin. Böse ausgedrückt: durch den ahistorisch-unkritischen

(47) E. JUNG (1982) *Das Recht auf Gesundheit. Versuch einer Grundlegung des Gesundheitsrechts der Bundesrepublik Deutschland*, München (Schriften des Instituts für Arbeits- und Wirtschaftsrecht der Universität Köln, 44).

(48) *Op. cit.* S. 249-253.

(49) *Op. cit.* S. 252.

(50) R. SAND (1952) *The Advance to Social Medicine*, London-New York; R. H. SHRYOCK (1947) *The Development of Modern Medicine. An Interpretation of the Social and Scientific Factors Involved*, Philadelphia (reprint Madison, 1979). Für SIGERIST *cfr.*, als Übersicht; F. MARTI-IBÁÑEZ (ed.) (1960) *Henry E. Sigerist On the History Of Medicine*, New York; M. E. ROEMER (ed.) (1960) *Henry E. Sigerist On the Sociology of Medicine*, New York.

Rückgriff auf die ärztliche Literatur geht Jung der ärztlichen Professionalisierungspropaganda im Sinne einer Medikalisierung der Sinnwelt Gesundheit auf den Leim. Die medizinhistorischen und medizinsoziologischen Defizite, die Jung allerdings kaum anzulasten sind, schlagen damit auf die Relevanz seines Buches durch: Wenn Jung abschließend vollen Ernstes von der verfassungsgerechten Kodifizierung eines Gesundheitsrechts samt einer dem Gesundheitsrecht entsprechenden Gesundheitspflicht spricht, ist dies gewissermaßen die rechtspositive Ausformulierung der untrennbarer Kontroll- und Disziplinierungsmechanismen des formierten Sozialstaats, also vor dem aktuellen Transformationsprozeß zu weicherer, internalisierungsfähigen Kontrollformen.

Die Kehrseite des Rechts auf Gesundheit und der Pflicht zur Gesundheit wäre Jung aufgegangen, wenn er seine Hinweise auf die nationalsozialistische Medizin (51) systematisch weiter verfolgt hätte: Das biologistisch begründete NS-Gesellschaftsmodell beruhte auf der Selektion als gesellschaftsgestaltendem Prinzip: während im inklusiven Rechts und Sozialstaat «Gesundheit» über die Zuteilung von Lebens- und Handlungschancen entscheidet, pervertierte Gesundheit nun in der sozialen Konstruktion «rassisch rein und erbgesund» zu einer exkludierenden sozialen Kategorie, die über fundamentale Menschenrechte, schließlich über das Recht auf Leben schlechthin entschied. Auch hier wurde die integrierende Sinnwelt von den gesellschaftlich bestallten Sinnstiftern des sozialen Körpers den Rassekundlern und Rassenhygienikern — und damit im weitesten Sinne der Medizin also —, legitimiert, die Pforten der Selektion von den gesellschaftlich bestallten Sozialtechnologen des kollektiven Körpers, den Ärzten also, bedient; angefangen von den Sterilisierungen über die Euthanasie bis hin zur fabrikartigen Ermordung von Juden durch ausgebildete Desinfektoren — einschließlich dem in dieser Sicht durchaus rationalen Streit in den Vernichtungslagern der SS, ob die Selektion an den Rampen durch die Lagerführer oder durch die Ärzte durchzuführen sei (die Ärzte obsiegten). Die Funktion der Medizin während des NS-Regimes ist daher nicht nur historisch, sondern auch soziologisch außerordentlich bedeutsam: ist sie doch die weitreichendste Ausformulierung medizinischer Definitions- und Interventionsmacht schlechthin.

Die in jüngster Zeit vermehrt durchgeführten Forschungen zur nationalsozialistischen Medizin verdienen daher große Aufmerksamkeit. Die dispa-

(51) JUNG (1980) *op. cit.* Anm. 47, 35-53, *passim*.

raten Arbeiten lassen sich im Rahmen der Funktion der Rassenideologie erlaubte eine Biologisierung der äußereren und inneren Probleme Deutschlands und damit deren quasi selbstverständlich apolitisch-technologische Lösung. Die «arische» Rasse allgemein, zentriert um den am höchsten bewerteten Kern einer «nordischen» Rasse, trat nach außen den Kampf um die Weltherrschaft an: «Kampf um Lebensraum» statt Revanchismus oder Imperialismus also; nach innen hin konnte das ungeliebte demokratische «System» beseitigt, Klassenkampf durch «Rassenkampf» ersetzt werden. Die Prinzipien einer rassistischen Biologisierung der Innenpolitik waren:

- Entmischung von “rassisches Fremden” (wie Juden, Zigeunern, etc.), «Gemeinschaftsunfähigen» («Asoziale», Kriminelle, Pazifisten, etc.) durch Reichsbürgergesetze, Zwangsaussiedlung, Konzentrationslager, «Verschrottung durch Arbeit», schließlich technisierten Völkermord;
- Ausschaltung des «minderwertigen» arischen Erbgutes (Geisteskranke, Behinderte) von der Fortpflanzung durch Zwangssterilisierung, später Tötung «lebensunwerten Lebens» durch «Euthanasie»;
- Höherzüchtung der «erbguten» arischen Bevölkerung durch positive Rassenpflege bei ständiger Selektion durch Arbeit und Krieg.

#### *EXKURS: NEUERE FORSCHUNGEN ZUR MEDIZIN IM NATIONALSOZIALISMUS*

Im Bereich der rassistischen Entmischung stellt die Vernichtung des europäischen Judentums durch die Nazis einen eigenen, hier nicht zu referierenden Forschungskreis dar. Forschungen zur Vernichtung der Zigeuner — die als indogermanisches Volk zunächst «besser» als Juden behandelt wurden — und «Gemeinschaftsunfähiger» (z.B. Nichtseßhafter) werden erst seit jüngster Zeit betrieben. Zum Bereich der Ausschaltung «minderwertigen Erbgutes» sind in jüngerer Zeit eine Reihe von Arbeiten publiziert worden. Norbert Schmacke und Hans-Georg Güse untersuchen die Durchführung der Sterilisationsverfahren durch ein örtliches Gesundheitsamt (52); Gisela

(52) N. SCHMACKE; H. E. GÜSE (1984) *Zwangsterilisiert-verleugnet-vergessen. Zur Geschichte der nationalsozialistischen Rassenhygiene am Beispiel Bremen*, Bremen.

Bock hebt im Rahmen einer umfangreichen Darstellung der Zwangssterilisierung den Aspekt der gegen Frauen gerichteten Politik im Nationalsozialismus hervor (53); Reiner Pommerin beschrieb schon vor Jahren die Sterilisierung der sog. «Rheinlandbastarde», der Kinder farbiger Besatzungssoldaten und deutscher Frauen (54); die Erfassungsmethoden und Verfahren der Vernichtungsmaschinerie arbeiten Karl-Heinz Roth u.a. heraus (55); Ernst Klee legte ein dreibändiges Werk über die Euthanasie vor (56) — es ist im Anschluß an die Arbeiten von Klee, Roth, Aly, Güse, Schmacke u.a. herzuheben, daß Autoren und Publikationen sehr stark von der bislang weder aufgearbeiteten noch verarbeiteten Funktion der Medizin im NS-Deutschland und der bislang nicht erfolgten Entschädigung, ja Anerkennung der Betroffenen als Opfer des Nationalsozialismus getragen werden (57).

So gut wie gar nicht erforscht wurde bislang der Bereich der sog. positiven «Rassenpflege» im Nationalsozialismus, also der allein der «arisch-erbguten» Bevölkerung vorbehaltenen Fördermaßnahmen: in diesem Bereich legt nun Georg Lilienthal über den berüchtigten «Lebensborn» eine profunde Arbeit vor (58) — in fast kriminalistischer Quellenarbeit kann Lilienthal zeigen, daß der Lebensborn weder karitative Einrichtung noch Zuchtanstalt, sondern ein Instrument der Rassenpflege innerhalb der SS war, gedacht in erster Linie für ledige Mütter und deren Kinder.

Zweifellos war die Medizin sowohl im Selbstverständnis der Zeit — wie

---

(53) G. BOCK (1986) *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*, Opladen.

(54) R. POMMERIN (1979) «Sterilisierung der Rheinlandbastarde. Das Schicksal einer farbigen deutschen Minderheit 1918-1937», Düsseldorf; qfr., dazu G. LILIENTHAL (1980) «Rheinlandbastarde», Rassenhygiene und das Problem der rassenideologischen Kontinuität. Zur Untersuchung von Reiner Pommerin: «Sterilisierung der Rheinlandbastarde». Kritischer Essay. *Med. -hist. J.*, 15, 426-436.

(55) K. H. ROTH (Hg.) (1984) *Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum «Gesetz über Sterbehilfe»*, Berlin.

(56) E. KLEE (1983) «Euthanasie» im NS-Staat. Die «Vernichtung lebensunwerten Lebens», Frankfurt (Tb.-Ausgabe Frankfurt, 1986); ders. (1985) *Dokumente zur «Euthanasie»*, Frankfurt; ders. (1986) *Was sie taten — Was sie wurden. Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken — oder Judenmord*, Frankfurt.

(57) Cfr., z.B. KLEE (1986) *op. cit.* Anm. 56; sowie *infra*, u. Anm. 69.

(58) G. LILIENTHAL (1985) *Der «Lebensborn e. V.». Ein Instrument nationalsozialistischer Rassenpolitik*, Stuttgart — New York (Forschungen zur neueren Medizin- und Biologiegeschichte, 1).

zahlreiche Belege zeigen (59) — als auch aus systematischen Gründen in den Mittelpunkt dieser menschenvernichtenden Politik gestellt: die Medizin war im NS-Regime «an instrument of political power — a formidable, essential tool in the complete and effective manipulation of totalitarian control» (60) und damit zugleich Legitimations- wie Exekutionsinstanz einer grausigen biologistischen Utopie, «zweifellos die naivste und eben deshalb die heimtückischste Verquickung der Phantasmen des Blutes mit den Paroxysmen der Disziplinarmacht» (61). Historische und soziologische Untersuchungen, die diesen Aspekt systematisch herausarbeiten, fehlen bislang und wären angesichts des Forschungsstandes wohl auch verfrüht. Der seinerzeit von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke als «Medizin ohne Menschlichkeit» (62) erfaßte Bereich der während der Kriegsverbrecherprozesse in Nürnberg angeklagten Ärzte reicht aber keinesfalls aus, um die Funktion der Medizin im und für den Nationalsozialismus zu klären.

Nach Pionierarbeiten Ende der 70er Jahre — so von Kurt Nowak über Euthanasie und Sterilisation in der Diskussion der evangelischen und katholischen Kirche (63), so — wieder — von Florian Tennstedt in Zusammenarbeit mit Stephan Leibfried in einem biographisch orientierten Materialband über die Politik der nationalsozialistischen Kassenarztfunktionäre gegen ihre

(59) *Cfr.* Z. B. u.v.a. W. SCHEIDT (1934) *Rassenbiologie und Kulturpolitik*, 2. Aufl., Leipzig.

(60) So der Arzt und Sachverständige der Anklage im Nürnberger Ärzteprozess L. ALEXANDER; *cfr.*, ders. (1949) *Medical Science under Dictatorship. The New England Journal of Medicine*, 241, 39-47, ebd. 42; als einer der wenigen Vertreter der allgemeinen Geschichte hat diesen Punkt bislang angesprochen: H. TREVOR-ROPER (1981) *Medicine in Politics. American Scholar*, 82 (1), 23-41. *cfr.*, ferner auch E. JÄCKEL (1969) *Hitlers Weltanschauung. Entwurf einer Herrschaft*, Tübingen (2. Aufl. Stuttgart, 1981) und J. ZISCHKA (1986) *Die NS-Rassenideologie. Machttaktisches Instrument oder handlungsbestimmendes Ideal?*, Frankfurt, u. a. (Europäische Hochschulschriften. Reihe III: Geschichte und Hilfswissenschaften, Bd. 274).

(61) M. FOUCAULT (1977) *Sexualität und Wahrheit. Bd. 1: Der Wille zum Wissen*, Frankfurt, 178.

(62) A. MITSCHERLICH; F. MIELKE (Hg.) (1960) *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*, Frankfurt; diese Materialsammlung, 1948/49 im Auftrag des Deutschen Ärztetages erstellt, ging in 10.000 Exemplaren an die westdeutsche Ärztekammer und verschwand — offenbar im Zuge der Restauration — in der Versenkung; *cfr.*, die Einleitung Alexander MITSCHERLICH zur Neuaufl. 1960, ebd. 7-17.

(63) K. NOWAK (1977) «*Euthanasie* und *Sterilisierung im „Dritten Reich“*. *Die Konfrontation der evangelischen und katholischen Kirche mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und der „Euthanasie“ — Aktion*, Halle, Lizenzausgabe Göttingen 1978 (theol. Diss. der Karl-Marx-Universität Leipzig 1971).

jüdischen Kollegen (64) — wurden Anfang der 80er Jahre eine Reihe von Materialsammlungen sowie Sammlungen von Aufsätzen und Vorträgen herausgegeben: besonders verdienstvoll ist das Arbeitsbuch Walter Wuttke-Gronebergs über «Medizin im Nationalsozialismus» (65) sowie die von Gerhard Baader und Ulrich Schultz herausgegebene Sammlung von Beiträgen einer öffentlichen Veranstaltung, die das Thema «Medizin und Nationalsozialismus» unter die Frage «Tabuisierte Vergangenheit — ungebrochene Tradition?» stellte (66). Wissenschaftliche Tagungen — ob in der Bundesrepublik (67) oder in der Deutschen Demokratischen Republik (68) — hinkten Initiativen von Ärzten und Studenten, die sich durch die bislang verdeckte Tradition der NS-Medizin vor ethisch-moralische Probleme des eigenen Handelns gestellt sahen (69), eher hinterher. In diesem Sinne sind die 1985 erschienenen Sammelbeiträge von Fridolf Kudlien über «Ärzte im Nationalsozialismus» (70) und von Barbara Bromberger u.a. über «Medizin, Faschismus und Widerstand» (71) eher Nachzügler einer allgemeineren Entwicklung zur eingehenden Erforschung der Medizin im Nationalsozialismus — wengleich etwa die ebenfalls erforderliche Breitenwirkung eines Buches, wie es Kudlien herausgab, keinesfalls unterschätzt werden darf (72).

- (64) S. LEIBFRIED; F. TENNSTEDT (1979) *Berufsverbote und Sozialpolitik 1933. Die Auswirkungen der nationalsozialistischen Machtergreifung auf die Krankenkassenverwaltung und die Kassennärzte*, Bremen (3. Aufl. 1981; eine englische Übersetzung ist in Vorbereitung).
- (65) W. WUTTKE-GRONEBERG (1980) *Medizin im Nationalsozialismus. Ein Arbeitsbuch*, Tübingen (2. Aufl. 1982); vgl. ebd. 401-413 ein umfangreiches Literaturverzeichnis.
- (66) G. BAADER; U. SCHULTZ (Hg.) (1980) *Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit — ungebrochene Tradition?*, Berlin (2. Aufl. 1983) (Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980, Bd. 1).
- (67) I. v. SCHAEWEN (Prot.) (1982) *Medizin im Nationalsozialismus. Tagung vom 30. April bis 2. Mai 1982 in Bad Boll*, Bad Boll (Protokolldienst 23/82).
- (68) A. THOM; H. SPAAR (Red.) (1983) *Medizin im Faschismus. Symposium über das Schicksal der Medizin in der Zeit des Faschismus in Deutschland 1933-1945*, Berlin.
- (69) Cfr., hierzu besonders M. BEUTELSPACHER et alii (Projektgruppe «Volk und Gesundheit») (1982) *Volk und Gesundheit. Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus*, Tübingen; zur Auseinandersetzung zwischen der Aufarbeitung der Rolle der Medizin im Nationalsozialismus als «moralischer» und als «wissenschaftlicher» Aufgabe cfr., auch BAADER; SCHULTZ (1980) *op. cit.* Anm. 66 und SCHAEWEN (1982) *op. cit.* Anm. 67, 279-286.
- (70) F. KUDLIEN et alii (1985) *Ärzte im Nationalsozialismus*, Köln. Die Beiträge dieses Buches sind zu einem Teil überarbeitete Beiträge der Tagung in Bad Boll 1982, *vid.* Anm. 67.
- (71) B. BROMBERGER et alii (1985) *Medizin, Faschismus und Widerstand. Drei Beiträge*, Köln.
- (72) Cfr., hierzu etwa die gequälte Rezension von H. SCHADEWALDT (1986) Anhänger und Kritiker der NS-Zeit. *Deutsches Arzteblatt*, 83, 1187 ff.: immerhin sind auch in diesem eher zurückhaltend formulierenden Band nur drei der neun Autoren Ärzte.

An die initiierenden Übersichten schließen sich daher zunehmend Einzelstudien an. Hier verdienen beispielsweise Untersuchungen der Humanbiologen Horst Seidler und Andreas Rett (73) und vollends die in aufklärerischer Hinsicht geradezu rücksichtslose Studie des Humangenetikers Benno Müller-Hill (74) über die Funktion ihrer Fächer während der NS-Zeit besondere Beachtung. Alfons Labisch und Florian Tennstedt arbeiteten anhand der Entwicklungslinien des kommunalen und staatlichen Gesundheitswesens in Deutschland von ca. 1840 an die Funktion des öffentlichen Gesundheitsdienstes als organisatorischem Transmissionsriemen der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege heraus (75). Über Hamburg liegt eine facettenreiche Lokalstudie zur Funktion der Medizin während der NS-Zeit vor (76). Ferner wächst in jüngster Zeit die Reihe historischer/medizin-historischer Dissertationen zur Medizin in der NS-Zeit (77). Besonders erwähnt seien abschließend die vom «Verein zur Erforschung der nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik» herausgegebenen Beiträge und Materialien sowie zwei kleinere Beiträge zur oftmals unterschätzten Entwicklung vor 1933: Fridolf Kudlien klärt den Anteil der Ärzte an der frühen NS-Bewegung und Paul Weindling die bereits früh einsetzende Kooperation zwischen Rassenhygienikern und Medizinalbeam-

(73) H. SEIDLER; A. RETT (1982) *Das Reichs-Sippenamt entscheidet. Rassenbiologie im Nationalsozialismus*, Wien/München; *cfr.*, hierzu den «kritischen Essay» von G. LILIENTHAL (1984) Zum Anteil der Anthropologie an der NS-Rassenpolitik. *Med. -hist. J.*, 19, 148-160.

(74) B. MÜLLER-HILL (1984) *Tödliche Wissenschaft. Die Aussonderung von Juden, Zigeunern und Geistekranken 1933-1945*, Reinbek.

(75) A. LABISCH; F. TENNSTEDT (1985) *Der Weg zum «Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens» vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und —momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland*, Düsseldorf (Schriftenreihe der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, 13, 1.2.).

(76) A. EBBINGHAUS et alii (Hg.) (1984) *Heilen und Vernichten im Musterbau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich*, Hamburg.

(77) *Cfr.*, z. B. R. RISSOM (1983) *Fritz Lenz und die Rassenhygiene*, Husum (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 47); A. HAUG (1985) *Die Reichsarbeitsgemeinschaft für eine Neue Deutsche Heilkunde (1935-36). Ein Beitrag zum Verhältnis von Schulmedizin, Naturheilkunde und Nationalsozialismus*, Husum (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 50).

Für die vor 1980 erscheinenden Dissertationen *cfr.* WUTTK- GRONEBERG (1980) *op. cit.* Anm. 65, 401-418, sowie G. FICHTNER (1981) *Index wissenschafts- und geschichts- und sozialwissenschaftlicher Dissertationen. Verzeichnis abgeschlossener Dissertationen auf dem Gebiet der Geschichte der Medizin, Pharmazie, der Naturwissenschaften und der Technik. Nr. 1: 1970-1980*, Tübingen; *cfr.*, ferner auch die regelmäßigen Arbeitsberichte im Nachrichtenblatt der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik.

ten (78). Die Funktion der Medizin und Rassenhygiene bei der Normalisierung und Faschisierung des bürgerlichen Subjekts bearbeitet schließlich Wolfgang Fritz Haug (79).

### Ende des EXKURSES

Auch wenn es für ein endgültiges Urteil noch zu früh ist, zeigt bereits diese Übersicht, die im wesentlichen Bücher aufführt und nicht im entferntesten vollständig ist, daß die zu einem Recht auf Gesundheit korrespondierende Pflicht zur Gesundheit in letzter Konsequenz menschenvernichtende Züge annehmen kann. Die Wahrnehmung und Pflege eines kollektiven Körpers zeitigt ein «Recht auf Gesundheit», damit zugleich aber im Sinne der hier aus unterschiedlichen theoretischen Positionen begründeten Verbindung von sozialer Sicherheit und sozialer Disziplinierung auch eine korrespondierende «Pflicht zur Gesundheit». Wird der soziale Körper von einer bloßen Voraussetzung kollektiven Handelns zu seinem Ziel — wie im nationalsozialistischen Modell —, schlägt die Funktion von Gesundheit von einem inkludierenden sozialen Gut zu einer exkludierenden sozialen Kategorie um: Aufgabenzuweisung und Funktion der legitimierenden Sinnstifter und legitimierten Sozialtechnologen — der Medizin und der Ärzte also — ändern sich prinzipiell nicht. Zu Anfang der NS-Zeit wurde daher folgerichtig über ein Strafgesetz gegen Angriffe auf die Volksgesundheit diskutiert. Gesundheit erweist sich damit als ein auf den kollektiven sozialen Körper gerichtetes Strukturmerkmal hochdifferenzierter, rationalisierter Industriesstaaten: die gesellschaftlichen Werte — rechts- und sozialstaatliche Inklusion vs. volksgemeinschaftliche Exklusion/Selektion — bestimmen im Rahmen einer generellen Expertise und Sachwalterschaft die jeweiligen Aufgaben der Medizin. Wie sich der einzelne professionelle Helfer gegenüber diesem abgrundtiefen Problem verhält, wird zu einem individuellen Problem gemacht.

(78) *Cfr. «Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik», ff., Berlin 1985 ff. (z. B. Bd. I: G. ALY *et alii*, 1985, *Aussonderung und Tod. Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren*); *cfr.*, ferner F. KUDLIEN (1984) Der Arzte-Anteil in der frühen NS-Bewegung; ein soziologisch-soziographisches Problem. *Med. -hist. J.*, 19, 363-384; P. WEINDLING (1984) Die Preussische Medizinalverwaltung und die «Rassenhygiene». Anmerkungen zur Gesundheitspolitik der Jahre 1905-1933. *Zs. f. Soz. -reform*, 30, 675-687.*

(79) W. F. HAUG (1986) *Die Faschisierung des bürgerlichen Subjekts. Die Ideologie der gesunden Normalität und die Ausrottungspolitiken im deutschen Faschismus. Materialanalysen*, Berlin (Ideologische Mächte im Deutschen Faschismus, Bd. 1; Argument-Sonderband 80).

Die Probleme von «Recht auf Gesundheit» und «Pflicht zur Gesundheit» im inklusiven Rechts- und Sozialstaat stellen sich in der aktuellen Gesundheitspolitik neu dar, die von der Kostenexplosion und Kostenreduktion nahezu beherrscht wird. Einerseits wird — angesichts der riesigen Ausgaben (BRD 1985: ca. 220 Milliarden DM) die Pflicht zur Gesundheit immer heftiger eingefordert (z.B. Leistungskürzungen für Raucher oder Übergewichtige), andererseits werden je nach politischer Sicht und Zweckmäßigkeit Selbst- und Laienhilfe ebenso als Manövriermasse eines reduzierten Sozialstaats wie als quasi herrschaftsfreie Felder eines alltagsweltlichen Umgangs mit Krankheit neu entdeckt und bewertet.

Die Gegenwelt zur «Pflicht auf Gesundheit» und damit zugleich ein Beispiel der aktuellen Problematik der Involution des Sozialstaates wird in dem von Christian von Ferber und Bernhard Badura herausgegebenen Buch «Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe» offenbar. Die versammelten Beiträge ziehen eine Zwischenbilanz des BMFT-Forschungsverbundes «Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe» (80). Berichtet wird über Gesundheitsselbsthilfe, Selbsthilfe im Familienhaushalt, Gesundheitsvorsorge in der Gemeinde, patientenorientierte Intensivmedizin, Herzinfarktkranke und soziale Unterstützung und Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz (81).

Göckenjan und Frevert haben gezeigt, wie einerseits die Ärzte eine medikalierte Sinnwelt von Gesundheit schaffen, in der sie wirken können, und

(80) FERBER; BADURA (Hg.) (1983) *op. cit.* Anm. 17. *Cfr.*, ferner auch B. BADURA; C.v. FERBER (Hg.) (1981) *Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. Die Bedeutung nicht-professioneller Sozialsysteme für Krankheitsbewältigung, Gesundheitsvorsorge und die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen*, München/Wien (Soziologie und Sozialpolitik, Bd. 1); ferner erscheint als Bd. 7 dieser Reihe 1987 ein Sammelband mit Ergebnissen eines ähnlichen gelagerten Schwerpunktprogramms der Deutschen Forschungsgemeinschaft: F. -X. KAUFMANN (Hg.) *Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe. Bedingungsanalysen sozialpolitischer Intervention*.

(81) Ausdrücklich zu bemängeln ist die angesichts des stolzen Preises geradezu miserable Ausstattung des Bandes. Preiswerter, schneller und mit höherer Druckqualität arbeitet beispielsweise der anglo-amerikanische Verlag TAVISTOCK, der in der Reihe «Social Science Paperback» (SSP) eine ähnliche Reihe «Contemporary Issues in Health, Medicine and Social Policy» herausgibt: *vid.*, z.B. E. LEWIN; V. OLESON (eds.) (1985) *Women, Health and Healing. Towards a New Perspective*, New York/London (SSP 274); J. W. SALMON (ed.) (1985) *Alternative Medicines. Popular and Policy Perspectives*, New York/London (SSP 275); J. B. MCKINLEY (ed.) (1985) *Issues in the Political Economy of Health Care*, New York/London (SSP 276).

wie andererseits die der jeweiligen Gesellschaftsformation adäquate Politisierung dieser Sinnwelt schließlich zu den heutigen Formen (und Defiziten) der medizinischen Versorgung führt. Heute nun tauchen die vormaligen Hauptfelder professioneller und gesundheitspolitischer Marginalisierungsprozesse auf einmal als — staatlich geförderte — Forschungsgegenstände auf: Laienpotentiale und Gesundheitsselbsthilfe in traditionellen (z.B. Familie) und neuen (z.B. Selbsthilfegruppen) Vergemeinschaftungsformen oder soziale Unterstützung bei Krankheiten zeigen nicht allein sozialpolitische Defizite der Vergangenheit auf; vielmehr weisen immanente und explizite politische Schlußfolgerungen darauf hin, daß die medikalierte Sinnwelt Gesundheit mit nicht-medizinischen Aspekten gefüllt wird, bzw. diese bislang verdeckten Aspekte nunmehr neu-/wiederentdeckt werden. Dies kann nicht ohne Folgen auf die bislang noch offiziellen Sachwalter der medikalierten Sinnwelt Gesundheit bleiben.

Zum Abschluß des Buches versucht Christian von Ferber, eine «Soziologie des Laien vor den Ansprüchen der Medizin» theoretisch zu begründen (82). Von Ferber bezieht sich hier auf die Eliassche Zivilisationstheorie. Präsentation und Kritik des Ferberschen Ansatzes führen uns damit auf den Ausgang dieses Beitrages, die entsprechende Konzeption Mutz', zurück.

Elias' Kernaussagen sind nach von Ferber (83):

- Sozialer Wandel vollzieht sich als Akkumulation und Konzentration von Verfügungsgewalt (Prozeß der Monopolisierung von Chancen);
- die Verfügungsgewalt bezieht sich auf gesellschaftliche Güter, die für spezifische Personengruppen bedeutungsvoll sind;
- die «Monopolisierung der Chancen» wird als Kontrollverlust wahrgenommen und verarbeitet.

Von Ferber weist dem Arzt nunmehr in kurzer historischer Darlegung ein sozialstaatlich garantiertes Monopol «Ausübung der Heilkunde» zu, das über das gesellschaftlich legitimierte Monopol Herrschaft ausübt. Dieses Monopol, das sich auch auf bestimmte Erwartungen seitens der Klientel

(82) C. v. FERBER (1983) Laienpotential, Patientaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. Zur Soziologie der Laien vor den Ansprüchen der Medizin, in: FERBER; BADURA *op. cit.* Anm. 17., 265-293.

(83) *Ibidem*, 282.

gründet, weicht dort auf, wo die Medizin die via Krankheitskonzept und technischer Intervention erreichte gesellschaftliche Neutralität berührt. An diesen Zonen des Kontrollverlustes des Monopols setzen Problematisierung und Politisierung von Laien/Laienhilfe ein: Denn hier wird die Übertragung von Kontrolle an das Monopol brüchig — und Verhaltenskontrolle und soziale Herrschaft in der Arzt-Patienten-Interaktion deutlich.

Die notwendige Kritik der Eliasschen Beiträge zur soziologischen Theorie steht noch in den Anfängen (84); die Selbstinszenierungen Elias' und seiner Hagiographen, hier vor allem des Herausgebertriumvirats Peter Gleichmann, Johan Goudsblom und Hermann Korte (85) haben inzwischen die Peinlichkeitsschwelle nahezu erreicht.

Die von Mutz erarbeitete Konzeption sozialer Kontrolle und die hier diskutierte Literatur zeigen aber, daß der zivilisationstheoretische Ansatz Elias' auch im Sinne der von Ferber aufgewiesenen Problemstellung wesentlich weiter trägt als dies von Ferber gelingt. Die drei Grundkontrollen (Mensch/Natur, Mensch/Mensch, Ich/Selbst) sind interdependent organisiert. Änderungen der Machtpositionen innerhalb der die Gesellschaft bildenden Figurationen begründen durch ihr labiles Machtgleichgewicht einen permanenten sozialen Wandel, der keinesfalls ein dimensional und gleichgerichtet verläuft. Zentralisierung und Monopolisierung von Handlungschancen und Definitionsmacht dienen im Zivilisationsprozeß dazu, die komplexen Beziehungs- und Handlungsgeflechte differenzierter Gesellschaften aufrecht zu erhalten. Die notwendigerweise verbundenen Entlastungen und Belastungen durch Definitions- und Handlungsmonopole müssen daher in einem ausgewogenen Verhältnis stehen. Ansonsten stoßen die Monopole an ihre Grenzen: sie werden kontraproduktiv und geraten damit auf kurz oder lang in Legitimationskrisen, die schließlich zum Auf-

(84) Cfr., z.B. S. G. SATHAYE (1973) On Norbert Elias's Developmental Paradigm. *Sociology*, 7, 117-123; H. FLAP; Y. KUIPER (1981) Figurationssoziologie als Forschungsprogramm. *Kölner Zs. f. Soziol. u. Soz. -psych.*, 33, 273-301; H. ESSER (1984) Figurationssoziologie und methodologischer Individualismus. Zur Methodologie des Ansatzes von Norbert Elias. *Kölner Zs. f. Soziol. u. Soz. -psych.*, 36, 667-702; ders (1985) Logik oder Metaphysik der Forschung? Bemerkungen zur Popper-Interpretation von Elias. *Zs. f. Soziologie*, 14, 257-264.

(85) Cfr. P. GLEICHMANN et alii (Hg.) (1977) *Materialien zu Norbert Elias' Zivilisationstheorie*, Frankfurt; dies. (Hg.) (1984) *Macht und Zivilisation. Materialien zu Norbert Elias' Zivilisationstheorie 2*, Frankfurt. Dieser Urteil betrifft nicht alle versammelten Beiträge; cfr., auch den informativen Beitrag C. V. FERBER (1984) Zur Zivilisationstheorie von Norbert Elias—heute, in: *Macht und Zivilisation*, op. cit., 105-128.

weichen des Monopols führen können (z.B. Kirche als — ehemaliges — Monopol der Sinnstiftung).

In der von Ferberschen Interpretation kann der oben aufgewiesene Prozeß der Usurpation der Sinnwelt Gesundheit durch die Medizin ebenso wenig erfaßt werden wie die Definitionsfunktion der Medizin in den Kontrollbereichen Mensch/Mensch und Ich/Selbst sowie ihre begrenzte Rolle im Kontrollbereich Mensch/Natur: hier führen Frevert und Göckenjan historisch, Horn problem- und handlungsorientierend weiter. In dieser Breite ist auch nur zu erfassen, inwiefern die Medikalisierung leiblicher Verfügbarkeit inzwischen von einer Ent- in eine Belastung umschlägt und wie die Position des «Laien» neu zu konstituieren ist: der aktuelle Wandel im produktiven Bereich — also im Kontrollbereich «Mensch/Natur» — erfordert offenbar neue und andere Sinnwelten als diejenigen, die die zweite Phase der Industrialisierung begleitet haben. Die Definition des «Laien» stellt offenbar eine dynamische Grenzlinie unterschiedlicher Kontrollbereiche dar, die auf bestimmte sozialpolitische Situationen hin neu bestimmt wird und daher — von der wissenschaftlichen Betrachtung her — jeweils neu gefaßt werden muß. Insgesamt erscheint die Ferbersche Konzeption sozialer Kontrolle damit unilinear gerichtet und unflexibel: soziale Kontrolle erscheint in einem einfachen undynamischen und undialektischen Macht- und Herrschaftsverhältnis; der produktive Faktor sozialer Kontrolle samt anhängender Probleme — wie z.B. Arbeiterschaft und Medizin — kann so nicht erfaßt werden.

##### *5. SCHLUßBEMERKUNG: SOZIOLOGISCHE THEORIE IN DER SOZIALGESCHICHTE DER MEDIZIN — HISTORISCHE EMPIRIE IN DER SOZIOLOGIE DER MEDIZIN*

Abschließend dürfte daher außer Zweifel stehen, daß Mutz mit seiner Konzeption sozialer Kontrolle ein erheblicher Fortschritt gegenüber der sogenannten Medizinkritik und den theoretisch wenig begründeten Kontrollkonzeptionen der Medizinsoziologie der 70er Jahre gelungen ist. Es ist nun möglich, Gesundheit/Krankheit, Medizin und Arzt sowie die jeweiligen sozial-/gesundheitspolitischen Institutionen der Medizin als eigene Gegensstandsbereiche im Entwicklungsprozeß von Gesellschaften zu begreifen und herauszuarbeiten.

Zwei Elemente der Mutzschen Konzeption begrenzen diese Möglichkeit

allerdings: Zunächst einmal bindet Mutz seine Konzeption ausdrücklich an die Bedingungen kapitalistischer Warenproduktion, kapitalistischen Warenaustauschs und die entsprechende Warenförmigkeit sozialer Beziehungen. Damit verkürzt Mutz seinen eigenen Ansatz zum Kontrollbereich Mensch/Natur auf bestimmte historische Gesellschaftsformationen und gibt fernerhin die sublimen Entelechie, daß eine nicht auf Warentausch beruhende Gesellschaft keiner Kontrolle bedürfe: die Bedeutung von Krankheit in sogenannten primitiven Kulturen (86) oder der Psychiatrie oder Gesundheitserziehung im real existierenden Sozialismus (87) beweisen schon auf der Erscheinungsebene das Gegenteil.

Ferner bleiben die Ausführungen Mutz' im Verlaufe seines Buches merkwürdig blaß: Zwar erlauben die vorausgehenden theoretischen Erörterungen, viele Phänomene neu zu ordnen und in ihre Entwicklungsdynamik zu stellen. Mutz geht aber kaum über Ergebnisse hinaus, die nicht bereits andernorts schon genannt worden wären. Hier erlaubt das von Mutz vorgelegte Modell eigentlich mehr: Es stellt sich hier die Frage nach der Reichweite und Funktion der theoretischen Vorüberlegungen. Offenbar sind die interdependenten Kontrolltypen nach Norbert Elias im eigentlichen Sinn meta-theoretische Vorgaben: Diese an einem Gegenstand durchzuführen, reduziert sie auf die Funktion überprüf- und bearbeitbarer Hypothesen. Damit wird gleichsam eine selbsttätige Reifikationsfalle aufgebaut, die den Ertrag notgedrungenermaßen begrenzt.

In diesem für die Sozialgeschichte der Medizin grundlegenden Problem von soziologischer Theorie und (sozial-) historischer Empirie können Positionen, die nicht weiterführen, von vornherein übergangen werden. Die aus dem besonderen Gegenstand folgenden Probleme für Theorie und Empirie und damit die Grenzlinie zwischen einer Soziologie und einer Sozialgeschichte der Medizin gilt es vielmehr, in konstruktiver Auseinandersetzung fruchbar zu machen. «Unzivilisierte Körper», die nicht für die je spezifischen Lebensbedingungen tauglich gemacht wären oder tauglich gemacht

(86) *Cfr.*, z.B. E. H. ACKERKNECHT (1971) *Medicine and Ethnology. Selected Essays* (ed. by H. H. WALSER and H. M. KOELBING) Bern; B. PFLEIDERER; W. BICHMANN (1985) *Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin*, Berlin.

(87) *Cfr.*, z.B. W. LUDWIG (Hg.) (1973) *Grundriss der Gesundheitserziehung*, Berlin-Ost, 14 über Gesundheitserziehung und —propaganda bei der Heranbildung sozialistischen Bewusstseins; E. LUTHER (1986) *Gesundheit als Lebens— und Freiheitsgewinn. Humanitas*, 26, (14), 9 (Literatur).

werden müßten», gibt es nicht (88): jede Gesellschaftsformation schafft also die ihrem Differenzierungs- und Rationalisierungsgrad angemessenen Konzepte individueller und sozialer Körper samt den Sachwaltern entsprechender Sinnwelten von Gesundheit und Krankheit.

Dieser komplexe Gegenstand wird in der Medizinsoziologie nur ausschließlich erfaßt, indem allgemeine soziologische Theorien übernommen werden und hier — wie Christian von Ferber zeigte — zu jeweils voraussehbaren Ergebnissen und typischen Erklärungsdefiziten führen: von Ferber folgert daraus, daß die vielfältigen Beziehungen von Medizin und Sozialstruktur zwar immer wieder behauptet, bisher aber nicht systematisch zugänglich gemacht seien (89). Erst kürzlich hat Horst Baier die Grundprobleme einer Medizinsoziologie zwischen Leiblichkeit und Gesellschaftlichkeit des Menschen in prägnanter Kürze aufgerissen (90) — ein Defizit theoretischer Grundlegung, daß in der Medizinsoziologie jedoch offensichtlich nicht als ein so gravierendes Problem angesehen wird, daß hierzu eine angemessene Diskussion geführt würde.

Die Feststellung von Ferbers, daß die Medizinsoziologie bislang keine theoretische Grundlegung hat, bedeutet jedoch gleichzeitig für die Sozialgeschichte der Medizin, daß die Grundlegung für die erforderliche und angemessene Konzeptualisierung von Problemen und die angemessenen Methoden ebenfalls fehlt: historische Sozialwissenschaft, historische Soziologie, theoretisch fundierte Sozialgeschichte der Medizin wären also nicht möglich — es sei denn, sie spielten sich im Rahmen der erkanntermaßen defizitären Theorien und Konzepte sowie erwartbarer Ergebnisse und Erklärungsdefizite ab.

Hier eröffnen sich zunächst zwei pragmatische Wege: entweder man läßt sich auf die begrenzten Konzepte mit entsprechenden Konsequenzen ein — wie oben am durchaus verdienstvollen Beispiel Claudia Huerkamps gezeigt wurde — oder man lehnt die defizitären theoretischen Orientierungen von vornherein ab; Florian Tennstedt sagt hierzu: «Die Darstellung (sc. der Sozialgeschichte der Sozialpolitik; A.L.) folgt keinem theoretischen Konzept.

(88) GÖCKENJAN (1985) *op. cit.* Anm. 27, 413.

(89) C.v. FERBER (1975) Medizin und Sozialstruktur, in: *Handbuch der Sozialmedizin* (M. Blohmke *et alii*, Hg.), Bd. I, Stuttgart, 261-300, *ebd.* 275.

(90) H. BAIER (1985) Die «Idee des Menschen» in der Medizin. Überlegungen zu einer Medizinsoziologie zwischen Gesellschaftlichkeit und Leiblichkeit des Menschen. *Österr. Zs. f. Soziologie*, 10 (3 + 4), 5-16.

Alle mir bekannten Konzepte scheinen mir für dieses Gebiet mehr erkenntnisbeschränkend als erkenntnisweiternd zu sein; vielfach laufen sie auch mehr oder weniger auf Banalitäten hinaus. Gleichwohl haben mich bestimmte Fragestellungen geleitet» (91). Noch «a-theoretischer» geht Arthur E. Imhof in seinen Büchern über «Die gewonnenen Jahre» und «Die verlorenen Welten» vor: allein aufgrund statistischer Häufungen aus der Methode der Familienrekonstitution werden weitreichende Konsequenzen gezogen, die sich bis auf aktuelle Sinnfragen erstrecken (92).

Abgesehen von diesem letztgenannten Beispiel liegt die Grenzlinie offenbar zwischen den Arbeiten Freverts und Göckenjans einerseits und Huerkamp andererseits. Frevert und Göckenjan haben es jeweils bei einem Netz von Orientierungspunkten gelassen und haben in diesem Geflecht diskursiv eine Problemstellung — die Politisierung von Krankheit/Gesundheit bzw. die (fragliche) Verbindung von Gesundheit und Medizin/Arzt — verfolgt: Die Ergebnisse führen zu zahlreichen neuen Einsichten, Quelleninterpretationen, Durchblicken und Fragen — das gesamte Arbeitsgebiet erscheint in neuem Licht. Bei der theoretisch eingeengten Problemstellung Claudia Huerkamps erhält der Gegenstand hingegen eine Eigendynamik, die soziale und sozialhistorisch bedeutsame Verästelungen verkürzt, ja offenbar vorstellt. In diesem Sinne ist Huerkamps Buch ein verdienstvoller, ja überfälliger sozialhistorischer Beitrag zur Entwicklung des Arztberufs vor 1914 — weiterführende Impulse und Anregungen gehen jedoch von den relativ lockeren Konzeptualisierungen Freverts und Göckenjans aus.

Die Sozialgeschichte der Medizin zeigt also gemäß ihrer Zwischenstellung zwischen eher auf den Gegenstand bezogenen historischen und eher auf die Theorie bezogenen soziologischen Untersuchungen ebenfalls typische Defizite und Vorteile auf. Enge soziologische Konzeptualisierungen historischer Untersuchungen sind in Vor- und Nachteilen den entsprechenden medizinsoziologischen Theorien zuzuordnen. An weitgefaßten Problemstellungen und allgemeinen Orientierungspunkten ausgerichtete Arbeiten fördern hingegen neue Ergebnisse, neue Probleme und Fragestellungen, neue Materialien zutage. Die Beobachtung von gesellschaftlichen, institutionellen oder organisatorischen Transformationen aus aktuellen Problemen heraus erweist sich — wie die Arbeiten Tennstedts zeigen — als besonders frucht-

(91) TENNSTEDT (1981) *op. cit.* Anm. 33, 9.

(92) IMHOF (1981) und (1984) *op. cit.* Anm. 21; *cf.* z.B. ebd. 200-230: «Weshalb wir uns heute so schwer tun».

bar: Damit weist die Dimension Zeit einen hohen Erklärungswert aus. Hier liegt allerdings auch das typische Defizit: abgesehen von der Gefahr, die Ergebnisse in einer jeweiligen Zeit gleichsam aufzulösen und damit zu abstrakt-tautologischen Aussagen der Art zu kommen, daß Medizin von der jeweiligen Gesellschaft beeinflußt werde — und umgekehrt —, sind auch aussagekräftige sozialhistorische Ergebnisse nicht systematisierbar. Folglich lassen sich auch neue Probleme und Fragestellungen insbesondere aktueller Art nicht theoretisch-systematisch herleiten — wenngleich die aktuelle Relevanz der Ergebnisse medizinisch-sozialhistorischer Forschungen meist evident ist. Diese Sozialgeschichte der Medizin liefert folglich abstraktions- und systematisierungsbedürftiges Ausgangsmaterial zur Begriffs- und Theoriebildung: dies gilt für spezifizierbare Einzelergebnisse wie für abstraktere Tatbestände und Blickrichtungen. Die Sozialgeschichte der Medizin kann daher sowohl als Mittel zur Überprüfung (medizin-) soziologischer Theorien dienen als auch als heuristisches Hilfsmittel, um neue Elemente zur Ergänzung vorhandener Theorien oder zur Bildung neuer Theorien zu erarbeiten.

Das grundsätzliche Dilemma von Theorie und Empirie läßt sich offenbar dann besser handhaben, wenn metatheoretische Vorgaben — wie die oben von Mutz abgeleiteten interdependenten Kontrollbereiche — als Orientierungsrahmen für theoretische und pragmatische Konzepte genutzt werden: auf diese Weise werden distant-abstrakte metatheoretische Konstruktionen aus der Gefahr genommen, am Einzelfall reifiziert zu werden, erlauben dafür aber, in der Reichweite begrenzte theoretische Konzepte und empirische Problemstellungen einzuordnen und damit gewissermaßen in einem vierdimensionalen Raum zu fixieren. In diesem methodologisch-methodischen Bereich liegt daher wohl der Schlüssel zur weiteren Arbeit an einer historischen Sozialwissenschaft, historischen Soziologie und Sozialgeschichte der Medizin — sofern die entsprechende Empirie folgt.