

I. Teil

Gesundheitskonzepte und Medizin im Prozeß der Zivilisation

Alfons Labisch

Problemstellung und Aufbau der Untersuchung

Die Rolle der Medizin im Prozeß der Zivilisation ist ein zeitlich spät anzusetzender Teilaspekt des übergeordneten Problems »Medizin in der Gesellschaft«. Der damit eröffnete Gegenstandsbereich ist so vielschichtig, daß ein nicht mehr überschaubares Material erschlossen werden müßte. Annäherungen an die wechselseitige Verflechtung von Medizin und Gesellschaft bedürfen daher inhaltlicher Orientierungen, theoretischer Konzeptionen und methodischer Zwischenschritte, die zwar den Zugriff auf gültige Teile des empirischen Materials erlauben, gleichzeitig das Material aber möglichst wenig vorstrukturieren.

Als inhaltliche Prämisse gilt, daß die wechselseitige Verflechtung von Medizin und Gesellschaft sich besonders in den Bereichen offenbart, in denen die Medizin auf gesellschaftliche Verhältnisse reagiert und auf diese einzuwirken trachtet. Noch durchsichtiger wird die wechselseitige Abhängigkeit von Medizin und Gesellschaft in den Bereichen, in denen Menschen, Gruppen und Institutionen in einer Gesellschaft oder ganze Gesellschaften beginnen, ihr Leben nach in die Zukunft gerichteten, *gesundheitlichen* Prinzipien zu gestalten.

Das Rahmenthema des vorliegenden Bandes ist der Einfluß der Medizin auf den sozialen Wandel im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Der vorliegende Beitrag - der ausführlichere, teils noch nicht abgeschlossene Arbeiten zusammenfaßt (1) - kann daher folgendermaßen aufgebaut werden: zunächst wird in einzelnen Schritten eine Übersicht über die idealtypischen Ausprägungen individueller und kollektiver Gesundheit von der frühen Moderne bis zur Wende des 18./19. Jahrhunderts gegeben; anschließend werden die naturwissenschaftliche Formulierung und soziale Ausbreitung des für die Industrialisierung bestimmenden sozialen Konstrukts »Gesundheit als soziales Gut« erarbeitet; auf dieser Grundlage kann schließlich die Funktion der Medizin in hochdifferenzierten und rationalisierten Gesellschaften angesprochen werden.

Der Wunsch nach einem langen Leben - eine neue Sicht von Leib und Leben in der Renaissance

Im Mittelalter werden Mensch und Welt, Leib und Natur zwar als verschiedene, nicht aber als erforschbare Objekte wahrgenommen. Der Mensch ist in gleichem

Maße der Natur und den irdischen Mächten ausgeliefert. Das Leben ist ungewiß und wird vom Tode her gedacht: Der Tod »ist die Macht mitten im Leben«. (2) Die Allgegenwart des Todes wird durch die Gewißheit des ewigen Lebens erleichtert: Leib und irdisches Leben sind nur Durchgangsstadien zum wirklichen Heil. Der Glaube ist Grundlage auch des irdischen Lebens: Glaube und Erkenntnis sind eins.

Krankheit ist eine Folge von Sünde oder eine besondere Prüfung durch Gott, Gesundheit bedeutet Gottgefälligkeit. Jenseits des Alltags kann mit dem Leib sehr verschieden umgegangen werden: vom Körperhaß, der sich in selbstzerstörerischer Askese niederschlägt, bis zu dem Gedanken, daß der Leib als Tabernakel der Seele angemessen gepflegt werden muß: »Ora et labora« begründet die systematische Askese der Benediktiner. Im Alltagsleben werden Leib und Affekte unmittelbar ausgelebt. Der akademisch ausgebildete Arzt hat in diesem unvermittelten Leben keine Bedeutung. Geburt, Krankheit, Leiden und Tod werden in der Familie, in der Hausgemeinschaft bewältigt. Notfalls wird ein Heilkundiger, oft eine Frau, herbeigerufen. Nur der Priester ist allgegenwärtig.

Schon in der Städtkultur des Spätmittelalters, offensichtlich dann in der Renaissance, tritt ein an sich altes Element in den Vordergrund: der Wunsch nach einem langen Leben. Der Tod wird entzaubert, der Mensch bezieht sich auf sich selbst und wendet sich dem Leben in der Welt zu. In demselben Moment wird der Leib als Größe eigener Art wahrgenommen. Sowohl der individuelle Körper der Menschen als auch der soziale Körper der übergeordneten gesellschaftlichen Struktur - zunächst also der Stadt - werden als biologische Voraussetzungen weltbezogenen Handelns erkannt: sei dies nun der Kaufmann, der in weitreichenden Verbindungen steht, sei dies die Stadt, deren Gewerbe und Handel im Fall einer Seuche zum Erliegen kommen. Als Gegenstücke zur Religion und zum verlorenen Paradies kommen innerweltliche Idealentwürfe der Gesellschaft auf: Diese »säkularen Sinnangebotsstrukturen« (3) enthalten - angefangen von »Utopia« eines Thomas *Morus* (1478-1535) - sofort systematische Pläne individueller und öffentlicher Gesundheit.

Gesundheit und langes Leben werden gleichgesetzt. In dem Maße, in dem sich das Bezugsfeld von Gesundheit verweltlicht, wandelt sich die Rolle der wissenschaftlichen Heilkunde. Individuelle gesunde Lebensführung, gesunde Gestaltung der (städtischen) Lebensverhältnisse, vor allem aber - wie Theophrastus Bombastus von *Hohenheim*, genannt *Paracelsus* (1494-1541) betont - Arznei und Arzt dienen dazu, dem Mängelwesen des bürgerlichen Jedermann das Leben zu erhalten und zu verlängern. Medizin und Arzt werden zumindest dem Anspruch nach vom zufälligen Helfer in kranken Tagen zum stetigen Sachwalter des individuellen und kollektiven Körpers. Gleichzeitig beginnen sich die klassischen Begriffe zu verwirren: eingetretene Krankheit zu beseitigen und vorhandene Gesundheit zu bewahren, werden gleichgesetzt.

Die sinnhafte Einordnung der neu wahrgenommenen Gesundheit ist vorerst noch zweckrational: Die Städte organisieren ein öffentliches Gesundheitswesen, weil der kollektive Körper der Stadt aus naheliegenden Gründen gegen Seuchen geschützt werden muß - gleichzeitig erlaubt die neue städtische Gesundheitspolitik, alte, bislang verstreute Ordnungspolitiken zu bündeln und neue Politiken und Herr-

schaftstechniken zu legitimieren. Luigi *Cornaro* (1484-1566) schafft mit seinem Traktat über das nüchterne Leben zwar eine über Jahrhunderte gelesene Anweisung individuellen gesundheitsgerechten Lebens - tatsächlich ist seine Schrift kultureller Bestandteil jener Wandlungsperiode Venedigs, in der sich Adel und Bürgertum nach dem Niedergang des mediterranen Seehandels dem Hinterland zuwenden und in der - durch Kunst und »gesunde Lebensführung« sinnhaft überhöhten - Agrikultur eine neue Lebensform schaffen. (4)

In Deutschland zeigt sich eine Verbindung von Religion und Medizin, von Gesundheit und Glaube in neuer Form - damit, so der erste protestantische Frankfurter Stadtarzt Joachim *Struppius* (1530-1606), jeder seinem Berufe leben könne. (5) Diese Sinnggebung von Gesundheit ist gegenüber der selbstverständlichen außerweltlichen Orientierung der mittelalterlichen Einheit von Seele und Leib oder der zweckrationalen Orientierung der oberitalienischen Renaissance jedoch bewußt wertrational begründet: Der Körper wird zur leiblichen Voraussetzung und zum weltlichen Zeichen der Heilsgewißheit - er ist daher individuell und öffentlich im Sinne einer wertrationalen religiösen Orientierung zu gestalten. Damit deutet sich das puritanische Gesundheitsverständnis an.

Medizin als Mittel, den Menschen »weiser und geschickter« zu machen - eine notwendige Konsequenz frühmoderner Wissenschaft

Die Entdeckung des Menschen durch den Menschen in der Renaissance und frühen Neuzeit bezieht sich »in auffälliger Weise auf den Körper«. (6) Der Leib, in der mittelalterlichen Welt unbewußter, selbstverständlicher Teil privaten und öffentlichen Lebens, wird nun dem erkennenden und leitenden Subjekt unterworfen: er wird zum objektivierten Körper. Der Körper wird als Arbeitskraft, als Arbeitsinstrument, als Leichnam, als Maschine, als - so in der aufblühenden Anatomie - paradigmatischer Gegenstand wissenschaftlicher Forschung gesetzt. Gleichzeitig schiebt sich jedoch das neue Objekt »Körper« zwischen Bewußtsein und Natur - ohne einem dieser Pole allerdings anzugehören.

Gleichwohl sitzt die neue Form der Erkenntnis einem Zirkelschluß auf: der Natur - und mit ihr dem Körper - wird eine Gesetzlichkeit und Sinnhaftigkeit in demselben Moment unterstellt, in dem sie als Objektbereich begründet wird. Damit können sich weder die Empiriker noch die Rationalisten von letztlich außerweltlichen Vorgaben trennen, die ihrerseits sinnsetzend wirken. Francis *Bacon*s (1561-1626) induktive Empirie und seine Naturphilosophie verbinden sich mit der protestantisch-puritanischen Revolution: Gesundheit und langes Leben werden zu vorweggenommenen Zeichen der Gnadenwahl; der Körper und die Gesellschaft können nach den Gesetzen der Wissenschaft durchleuchtet und gestaltet werden. (7)

Obwohl die entgegengesetzte Methode begründend, kommt René *Descartes* (1596-1650) mit seinem systematischen Rationalismus zu ähnlichen Ergebnissen. (8) Die mechanische Physik erforscht Körper und Bewegungen, die Medizin zusammengesetzte Körper in Bewegung. Das Studium des Organismus ist Studium des Lebens. Die Aufgabe der Medizin ist, die Menschen zu lehren, Leben und Ge-

sundheit zu erhalten. Medizin ist damit als Form der Welterkenntnis zugleich in der Lage, den Sinn des gesellschaftlichen Lebens zu bestimmen. Medizin ist für *Descartes* die geeinigte Wissenschaft, die Menschen »weiser und geschickter« zu machen. Aufgefangen wird diese Vermischung von Welterkenntnis und Weltsinn lediglich dadurch, daß hinter der gesetzten Natur immer noch ein absolutes, welt- und wertbestimmendes Wesen angenommen wird.

Gottfried Wilhelm *Leibniz* (1646-1716) hat die neue Wertsetzung von individueller und öffentlicher Gesundheit und die daraus folgende Bedeutung der Medizin systematisiert: Gesundheit, Gerechtigkeit und Frömmigkeit sind gleichzusetzen. Diesen Grundwerten der Gesellschaft entsprechen die Wissenschaften und Institutionen der Medizin, Religion und Justiz, die analog und miteinander verschränkt arbeiten. (9)

Die letztlich immer noch religiöse Einbindung von Gesundheit muß in der Aufklärung überholt erscheinen. Immanuel *Kant* (1724-1804) erklärt die Natur zu einem Produkt des erkennenden Geistes. Damit wird auch der Körper des ihm angeblich innewohnenden erkenntnisleitenden und wertsetzenden Sinns entledigt. Zur gleichen Zeit hat jedoch Jean Jacques *Rousseau* (1712-1778) den Wert der Natur neu bestimmt: Es gilt, das im Menschen natürlich veranlagte Gute zu entwickeln. Dadurch wird sowohl eine neue Wahrnehmung wie eine neue Sinnggebung von Körper und Gesundheit möglich. Eine vernunftgemäß abgeleitete Moral und eine naturgemäß abgeleitete Erziehung vereinigen sich auf den Körper: »Die Disziplinierung, die im Programm der bürgerlichen Erziehung den Menschen zum Menschen machen soll, betrifft in erster Linie den Leib«. (10) Die Bibel dieses neuen, moralischen Gesundheitsverständnisses wird Johann Christoph *Hufelands* (1762-1836) »Makrobiotik«; neu entdeckte und bevorzugte Objekte werden Kinder und Jugendliche: gemäß dem *Hufelandschen* »Gesetz der Consumption« müssen sie lernen, mit der ihnen nur einmal gegebenen Lebenskraft hauszuhalten.

Die Politisierung des Körpers im aufgeklärten Absolutismus

Die wissenschaftlich-philosophische Auseinandersetzung mit der Natur hat also jeweils neue und eigene Formen der Sinnggebung des Körpers erbracht. Dabei offenbart sich das von Beginn dieses Vergegenständlichungsprozesses angelegte, unlösbare Problem: Der Leib des Menschen wird als objektivierter Körper zwar einer scheinbar voraussetzungslosen Erkenntnis zugeführt; aber mit demselben Schritt stellt sich die Sinnggebung des Körpers - und zwar in den jeweiligen, als »Gesundheit« aufwartenden Normalitätsvorstellungen - als eigenes Problem dar. Am Ende der bislang betrachteten Entwicklung ist der Körper zwar aus außerweltlichen Wertorientierungen entbunden, dafür aber für innerweltliche Wertbindungen, Sinnggebungen und Funktionalisierungen freigegeben.

In den bürgerlichen Gesundheitsvorstellungen wird nun der physische und der moralische Sinn des Menschen gleichgesetzt. Damit gibt sich das an der Schwelle der Macht angelangte Bürgertum einen spezifischen Körper mit einer eigenen Gesundheit, Hygiene, Nachkommenschaft und Rasse. Die Aristokratie erklärte ihren

Körper in der Form des Blutes, der Abstammung, der Aszendenz, der Vergangenheit also. Das Bürgertum richtet sich in die Zukunft: daraus ziehen Gesundheit und Deszendenz ihre neue Bedeutung. Die Elemente adeliger Standeswahrung werden in biologischen, medizinischen und eugenischen Vorschriften nach vorn gerichtet: Die ständisch-feudale Gesellschaft bedeutet Verschwendung, Müßiggang und Krankheit, die bürgerliche Gesellschaft dagegen Haushaltung, Arbeit und Gesundheit. (11) *Hufeland*, Protagonist des bürgerlichen Gesundheitsideals, lehnt den erblichen Adelsstand ab; denn: »soll ich meinen Kindern, soll ich meiner ganzen Nachkommenschaft bis in die fernsten Zeiten eine Eigenschaft mittheilen, (...) wodurch ihnen der Keim von Selbstdünkel, Hochmuth, (...) Arbeitsscheu, egoistische Absonderung vom gemeinen Wohl (...) bei Geburt eingepflicht wird« ? (12)

Während sich dieses neue Gesundheitsverständnis im Bürgertum herausbildete, wurde die Bevölkerung im Laufe der inneren Durchgestaltung der absolutistischen Territorialstaaten allmählich als Produktions- und Machtfaktor entdeckt. (13) Die Impulse, ein staatliches Medizinalwesen aufzubauen, gingen daher auch nicht von der Medizin oder von Ärzten, sondern von Staatswissenschaftlern wie beispielsweise Joseph von *Sonnenfels* (1733-1817) aus. (14) Erste, über die rein reaktive Abwehr von Seuchen hinausgehende Formen eines staatlichen Gesundheitswesens wurden in der Form der »Medizinischen Polizey« entwickelt. Johann Peter *Frank* (1745-1821), der bedeutendste Theoretiker dieser neuen Form einer zielgerichteten »sozialen Medizin«, lieferte jedoch nicht nur das medizinische Fachwissen der Zeit für die Organisation des Medizinalwesens. Vielmehr stellt sein »System einer vollständigen Medicinischen Polizey« - in sechs Bänden und drei Supplementen von 1779 bis 1827 erschienen - einen umfassenden Versuch dar, von der Eheberatung über Geburt und Kindesaufzucht bis hin zur Leichenschau das gesamte öffentliche und private Leben nach medizinisch-gesundheitlichen Erfordernissen zu regeln.

Über die noch bruchstückhafte Medizinal- und Sanitätsaufsicht hinaus versuchte der Staat, ein neues, »gesundheitsgerechtes« Verhalten durchzusetzen: hierzu bediente er sich vorhandener Institutionen und verbreiteter Begriffsverbindungen, um die angezielte Bevölkerungsgruppe zu erreichen und in deren Sinnhorizont anzusprechen. Erwachsene, vor allem die Mütter, in erster Linie aber Kinder wurden in Schulen und Kirchen gesundheitlich belehrt, indem »Frömmigkeit und Gesundheit« gepredigt wurde. Musterbeispiel ist der 1792 erstmals erschienene »Gesundheits-Katechismus« Bernhard Christoph *Fausts* (1755-1842), der innerhalb von zehn Jahren mit landesherrlicher Hilfe in 150.000 Exemplaren verbreitet wird. Um dem »Geist der Bauern beizukommen«, wird eine eigene Pastoralmedizin entwickelt - denn es gibt zwar keinen akademisch ausgebildeten Arzt, wohl aber Kirche und Pfarrer in jedem Dorf.

Ob diese Maßnahmen wirkten, muß dahingestellt bleiben. Der größte Teil der Menschen lebte weiterhin auf dem Lande und blieb damit seinen »natürlichen« Lebensvorgaben und deren religiösen Überhöhungen verhaftet. Gleichwohl wurden die Versuche, über Gesundheit und Medizin in bisherige Bereiche der Eigenverantwortung der Familie und Hausgemeinschaft, in den Einflußbereich des Hausvaters einzudringen, erkannt und als neue Form des Despotismus kritisiert.

Gesundheit als Menschenrecht - eine Idee der bürgerlichen Revolution

»Gesundheit« dürfte als tatsächliche Richtschnur alltäglicher Leibesucht noch weitgehend auf bürgerliche Eliten beschränkt gewesen sein. Die wissenschaftliche und damit zugleich auch sinnhafte Freisetzung des Körpers erweist sich aber als eine neue Möglichkeit, eine nicht mehr eindeutig zu fixierende Macht auszuüben, gesellschaftliche Prozesse zu lenken, auf individuelles und kollektives Verhalten Einfluß zu nehmen und Politiken der verschiedensten Art zu legitimieren. Auf diese Weise gewinnen sowohl im wissenschaftlichen wie im gesellschaftlichen Bereich scheinbar zusammenhanglose Ereignisse an Bedeutung, die auf eine neue Normologie individueller und kollektiver Körperlichkeit hinwirken.

Julien Offray de la *Mettrie* (1709-1751) übertrug mit seinem zunächst anonym erschienenen Buch »L'homme machine« die *Descart'sche* Maschinentheorie des Tieres auf den Menschen. Der Mensch war damit von der »res cogitans«, der »Seele«, und damit seiner letztlich religiös-außerweltlichen Rückversicherung befreit. Pierre Jean Georges *Cabanis* (1757-1808) zieht die Konsequenz aus der religiösen, philosophischen und wissenschaftlichen »Entbindung« des Menschen und legt mit seinen 1796 erstmals erschienenen »Rapports du Physique et du Morale de l'Homme« die Grundlagen für die Zukunft. (15) Aus der Synthese von Physiologie, psychologischen und logischen Ideen sowie der Moralphilosophie sollen die rationalen Grundlagen zur Organisation der Gesellschaft geschaffen werden. Zwischen Mensch und Umwelt besteht eine Wechselwirkung: Die Umgebung des Menschen und eine angemessene Lebensführung können das »primitive Temperament« des Menschen mäßigen, das im Menschen angelegte Gute entwickeln und so zum idealen Bürger führen. Unmittelbar wirkte *Cabanis* vor allem auf die beobachtenden Methoden der Pariser Klinischen Schule: Die medizinische Wissenschaft bemächtigte sich in den riesigen Hospitälern vollends des Körpers, um von dort her über die Gewebepathologie schließlich auf rein naturwissenschaftliche Konzepte überzugehen. (16) Wie in der physikalischen Therapie des Geisteskranken, die Philippe *Pinel* (1755-1826) als Mitstreiter *Cabanis'* inzwischen entwickelt hatte, legte *Cabanis* jedoch implicit auch die Grundlagen für die gesellschaftswirksamen sozialisatorischen Ideen der Assanierung: die moralische Besserung des Menschen durch eine Säuberung seiner Umgebung. Den Menschen aus außerweltlich-religiösen Werten freizusetzen heißt also nicht, die durch die Körperlichkeit des Menschen wirkende Normativität aufzugeben: sie wird vielmehr in die neuen Sinn- und Wertgebungen eingeordnet. In der Anfangsphase der bürgerlichen Revolution in Frankreich wird daher diskutiert, ein Menschenrecht auf Gesundheit in die Verfassung aufzunehmen. (17)

Die Wende vom Ancien Régime zur Industriegesellschaft erweist sich auch für die soziale Konstruktion von Gesundheit als eine Kulturschwelle: Wissenschaftliche sowie sinn- und wertsetzende Begriffe und Konzepte liegen vor; zugleich sind in der Gesellschaft Entwicklungen angelegt, die zu einem neuerlichen Zivilisationschub führen. Der Machtanspruch des Absolutismus war nicht totalitär, sondern beschränkte sich auf die monarchische Spitze. Erst im aufgeklärten Absolutismus geriet die Gesellschaft zu einem Gegenstand der Politik. Die Eingriffsmittel der

»Polizey« blieben grob und tastend. Durch die französische Revolution erhob sich das Bürgertum selbst zum Gegenstand der Politik. Sie wurde zur Angelegenheit jedes Menschen, der Gesellschaft überhaupt. Noch hatte sich der vierte Stand, die Arbeiter, nicht zu Wort gemeldet. Die bislang ständisch verfaßte Gesellschaft begann, sich durch neue, auf permanenter Mobilität beruhende Produktions- und Handelsformen aufzulösen. Die immer zahlreicheren Machtzentren der Gesellschaft mußten organisiert, die die Revolution legitimierenden Werte Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit, ja Glück mußten sogleich verwirklicht werden. Gesellschaftliche Macht mußte daher außerhalb der organisatorischen Instrumente von Herrschaft wirken - die ebenso rigide wie vergebliche »Sozialreglementierung« der Städteordnungen, die »Stabsdisziplin« im Heer und in der Verwaltung der Territorialstaaten breiten sich als »Rationalisierung und Disziplin« (*Max Weber*), als »Sozial-« oder »Fundamentaldisziplinierung« (*Gerhard Oestreich*) in die Gesellschaft aus. Äußerer Zwang wird durch »Affekthaushalt« und Selbstzwang ersetzt (*Norbert Elias*) - sie sind der Preis für eine steigende Vorhersehbarkeit und damit Sicherheit des Lebens. In den aufkommenden Diskursen des Strafens, der Geisteskrankheiten, der Sexualität, des Körpers schlechthin wird die »Disziplinargesellschaft« (*Michel Foucault*) geschaffen. (18) Denn eine als »Gesundheit« in die Gesellschaft diffundierende Normologie individueller und kollektiver Körper ermöglicht, von repressiven, notwendigerweise organisierten und damit partikularen Kontroll- und Disziplinierungsformen zu stimulierenden, Handlungschancen eröffnenden Alternativen überzugehen; diese können in nicht organisierter Form eine in immer kleinere soziale Einheiten zerfallende Gesellschaft sinnhaft orientieren, soweit der Körper in irgendeiner Form als Bezugspunkt angenommen werden kann.

Die naturwissenschaftliche Konstruktion der »Gesundheit« und des »homo hygienicus« in der Frühphase der Industrialisierung

Die heraufziehende Industriegesellschaft schafft ganze auf den Körper und dessen Normologie beziehbare Problemkreise: Die Körper der agrarischen und städtischen Unterschichten werden zur verwertbaren Arbeitskraft; die Körper der Frauen werden zu Instrumenten der langfristigen Reproduktion der Arbeitskraft; die Körper der Menschen werden zu bewußt gestalteten Instrumenten der Darstellung, Abgrenzung und Distanzierung; die Idee der Gleichheit aller Menschen fördert einerseits den Blick für vielfältige Notlagen und schafft damit zugleich andererseits das Problem, offensichtlich vorhandene Ungleichheiten neu, und zwar rationalitätsadäquat und einsichtig zu begründen. Es öffnet sich damit ein breites, auf individuelle und kollektive Körper beziehbares Feld möglicher Definitionen und Interventionen, das einer neuen Expertise der Körperlichkeit Raum gibt. Die Medizin beginnt nun, zuvor aufgefordert noch durch aufgeklärte Herrscher, von sich aus, systematisch den Begriff »Gesundheit« im Spannungsfeld gesellschaftlicher Steuerungs- und Produktionsprozesse zu besetzen. (19)

Allerdings sind weder der gesellschaftliche Differenzierungsprozeß noch die Definitionsfähigkeit der Medizin zu Anfang des 19. Jahrhunderts weit genug entwickelt, »Gesundheit« wertfrei zu setzen. Staat, Bürgertum und Städte versuchen,

die Pauperisierung als Armut und Krankheit zu definieren, als »sozialen Krankheitsstoff« präventiv zu kontrollieren. (20) Erst die experimentelle Hygiene eines Max von *Pettenkofer* (1818-1901) schafft um die Jahrhundertmitte den naturwissenschaftlich-experimentellen Beweis, welche Umstände gesundheitsschädlich sind. Die Grenzzone angeblich gottgegebener, »natürlicher« Krankheiten und Seuchen verschiebt sich, ihre Ursachen sind zu erkennen und damit zu beeinflussen. Gesundheit erscheint auf einmal als rein naturwissenschaftlich nachweisbare Lebensform - Gesundheit muß in dieser Form nicht mehr aus anderen Denksystemen erklärt, aus anderen Wertsystemen begründet werden. Die gesundheitserzieherische Literatur der Zeit verzichtet daher darauf, den Wert von Gesundheit überhaupt noch zu begründen: Die wissenschaftlich-ingenieurartige Assanierung der Städte wird auf die individuelle Gesundheit übertragen - jede Familie hat in ihrem Oberhaupt ein eigenes Gesundheitsamt. (21)

Gleichwohl erweist sich diese neue Ära sozialer Medizin, die als »öffentliche Gesundheitspflege« zur ersten, auf die Umgebung bezogenen Phase eines neuzeitlichen städtischen Gesundheitswesens hinführt, als ein Gemisch philosophischer, philanthropischer, politischer, religiöser und wissenschaftlicher Anschauungen. Der in den Tag hineinlebende Pauper erfüllt auch den wohlwollenden bürgerlichen Beobachter mit Abscheu - sei dies *Friedrich Engels* (1820-1895) in seinem berühmten Buch zur Lage der arbeitenden Klassen in England über die irischen Arbeiter, sei dies *Rudolf Virchow* (1821-1902) in seinem ebenso berühmten Bericht über den Hungertyphus in Oberschlesien über die dortigen Bauern. Sauberkeit bedeutet Sittlichkeit, Sittlichkeit bedeutet Moral und Verantwortungsbewußtsein. Reinlichkeit fördert folglich auch »Sittenreinheit, Schaam- und Ehrgefühl«, kurzum: »die Fähigkeit, all seinen Pflichten als Haupt der Familie wie als Bürger nachzukommen«. (22) Die allgemeine Säuberungsmaßregel wird so zum Allheilmittel der Sanitätswissenschaften, Wasser zum säkularen Heilsspende.

Erst die sensationellen Erkenntnisse und eindeutig reproduzierbaren Verfahren der Mikrobiologie und Bakteriologie - allen voran die Entdeckung des Erregers der Tuberkulose durch *Robert Koch* (1843-1910) im Jahre 1882 - dringen in die geschlossene wissenschaftliche und weltanschauliche Welt der experimentellen Hygiene ein: 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. Die vorherrschenden Krankheiten und Seuchen entstehen vielmehr allein durch Keime, die auf dem Objektträger, im Reagenzglas nachgewiesen werden können. Die Erkenntnis des spezifischen Krankheitskeimes ermöglicht, das Problem Krankheit zu individualisieren und rein medizinisch zu lösen. Über spezifische Isolation und Desinfektion, später über aktive und passive Immunisierung, Heilseren und aseptische Operationsverfahren können erstmals wirksame Therapien entwickelt werden. Hämisch weist *Emil (von) Behring* (1854-1917) *Virchows* Bericht über die oberschlesische Typhusepidemie als sozialpolitisches Pamphlet zurück: Konditionalhygiene und Kontagionismus erweisen sich auf einmal als Argumente im weltanschaulichen Streit des liberalen Bürgertums von 1848 und der neuen konservativen Eliten des Kaiserreichs. (23) Gesund-

heit ist nun allerdings endgültig jeder religiösen, moralischen, philosophischen oder philanthropischen Beimengung entkleidet: im rein technischen Kampf gegen Krankheit ist sie allein Angelegenheit von Arzt und Patient bzw. gezielter und spezifischer Maßnahmen von Städten und Staat. Als persönliche Richtschnur folgt Gesundheit ausschließlich naturwissenschaftlichen Kategorien: »Persönliche Hygiene war lange Zeit eine Philosophie, verbunden nicht allein mit Medizin, sondern auch mit Religion, Moral, Erziehung und der Regierungskunst. Erst später wurde sie eine Wissenschaft auf der Basis der Physiologie und den Entdeckungen der Parasitologie, Bakteriologie und Immunologie als Ergänzung.« (24)

Die bisher aufgewiesenen Entwicklungslinien zeigen, daß seit Beginn der Neuzeit mit jedem neuen Schub gesellschaftlicher Differenzierung und Integration ein neuer Begriff von Gesundheit geprägt wird. Zugleich bietet die Medizin als theoretisch-rationale Expertise des Körpers ein allmählich anschwellendes Inventar von Argumenten, um einen gesellschaftlich entwickelten Anspruch an ein bestimmtes Gestalten und Verhalten des Körpers zu begründen - die Medizin nähert sich also immer mehr der offiziellen Rolle einer »legitimatorischen Stützkonzeption« (*Peter L. Berger/Thomas Luckmann*) individueller und kollektiver Körperlichkeit. Der Begründungszusammenhang erreicht durch die Bakteriologie seinen scheinbar nicht mehr weiterzuführenden Endpunkt - wenigstens soweit es das lebende Individuum angeht: Die Rassenhygiene sollte den Blick dann über die Gesundheit des Erbgutes auf den noch nicht geborenen Menschen und die zukünftige Gesundheit eines »Volkskörpers« lenken.

Gesundheit erscheint über die Stufen unreflektierten Glaubens, der religiös-überweltlich begründeten innerweltlichen Askese, der innerweltlich-wertrational ableitbaren Moral, der Analogie äußerer und innerer Sauberkeit und Sittlichkeit schließlich nicht nur als ein Lebensziel »an sich«, sondern auch als ein jedweder anderen Begründung barer, wissenschaftlicher Wert »an sich«: Das Individuum, das vor allen anderen Werten Gesundheit als oberstes Lebensziel ansieht und sein Leben daher auch den Prinzipien einer aus medizinisch-wissenschaftlichen Lehren deduzierten Lebensführung unterordnet - der *homo hygienicus* also - lag mit der Bakteriologie als wissenschaftliches Konstrukt endgültig vor.

Soziale Voraussetzungen zur Verbreitung des Konstrukts »Gesundheit« in der Hochindustrialisierung

Der Übergang Deutschlands von der Agrar- zur Industriegesellschaft ging mit dem Wandel von der extensiven zur intensiven Ausnutzung der Arbeitskraft einher: statt des kurzfristigen Verbrauchs des Proletariats durch Arbeit (»Manchestertum«) stellte sich die Aufgabe, ein zahlenmäßig ausreichendes und qualitativ genügendes Arbeitskräftepotential auf Dauer zu sichern - dieses Ziel ist gleichermaßen ein Ursprung der staatlichen Sozialpolitik wie der Fürsorge in den Industriestädten. (25)

Für die »entfesselte« und »entfremdete« Arbeiterbevölkerung bedeutete dieser Prozeß einen kaum noch vorstellbaren Wandel tradierter Lebensgewohnheiten. Das neue Leben in den Industriestädten barg neue Chancen und neue Freiheiten, aber auch neue Gefahren. (26) So gingen die Arbeiter und ihre Familien sowohl der quasi »natürlichen« Verhaltensregulierungen ihrer ländlichen Herkunft als

auch der »natürlichen« Kenntnisse des Umgangs mit Krankheit, Invalidität, Alter und Tod und schließlich auch herrschaftlicher, genossenschaftlicher, ortschaftlicher oder verwandschaftlicher Einbindungen und Hilfssysteme verlustig. Die alte Lebensform der familialen Hausgemeinschaft wurde auf die - auch ideologisch besetzte - Kleinfamilie eingeschränkt. (27) Gleichzeitig wurden die Arbeiter auf ihre Arbeitskraft als einzigem Subsistenzmittel zurückgewiesen: Gesundheit und Leistungskraft erhielten damit für immer mehr Menschen eine immer größere Bedeutung. Demgegenüber waren die Gesundheitsgefahren in den Industrieregionen groß (28) bzw. wurden durch die neu geweckte Aufmerksamkeit besonders hoch eingeschätzt: (29) So galt schließlich die in den Städten grassierende Tuberkulose als »Proletarierkrankheit« schlechthin. Das angesichts der neuen Lebensformen unangepasste Verhalten der Arbeiter stellte sich den bürgerlichen Beobachtern als »Trunksucht, Liederlichkeit und Ausschweifung« dar. Tradierte Hilfssysteme, tradierte Gemeinschaftsformen und tradiertes Verhalten mußten daher durch künstliche und institutionelle Äquivalente ergänzt und ersetzt werden; es galt, neue »Normalitätsprofile« und »Normalitätsstandards« durchzusetzen. (30)

Erst in diesem neuerlichen Schub der Zivilisierung, Rationalisierung und sozialen Disziplinierung gelangt Gesundheit zu kollektiver Wahrnehmung: Der gesellschaftliche Differenzierungsprozeß erhöht die wechselseitige Abhängigkeit von Menschen, Gruppen, Organisationen und Institutionen in einem Maße, daß das komplexe Gefüge der Gesellschaft sowohl kurz- als auch langfristig nur noch dann aufrecht erhalten werden kann, wenn alle Beteiligten stetig, gleichmäßig und voraussehbar leistungsfähig sind - diese Leistungsfähigkeit bezieht sich selbstverständlich auch auf individuelle und kollektive Körper, ihre Gestaltung und ihre Präsentation. Gesundheit bzw. die Gefährdung der Gesundheit erscheinen daher auf einmal als sozial bedeutsame Massenphänomene, stetige Gesundheit und Leistungsfähigkeit werden zu vielfach besetzten Werten höchster immanenter politischer Potenz: angefangen von ihrer kurz- und langfristigen Bedeutung im industriellen Produktionsprozeß über ihre Bedeutung als Grundlage der Existenz der auf industrielle Arbeit verwiesenen Bevölkerungsschichten sowie ihrer Bedeutung als rationalitätsadäquater individueller und kollektiver Lebens- und Verhaltensrichtlinie bis hin schließlich zu ihrer Fähigkeit, vielfältige soziale Ungleichheiten angemessen zu erklären und zu handhaben.

Hier wirkte die Bakteriologie insofern befreiend, als daß sie einerseits zwar den ökologischen - oder in der Sprache der Zeit: konditionalhygienischen - Begründungszusammenhang der experimentellen Hygiene und ihres bürgerlich-liberalen Umfeldes zerstörte; andererseits konnten dafür aber die moralischen und politischen Nebentöne und Anspielungen dieser Konzeption von Gesundheit in der rein naturwissenschaftlichen Begründung scheinbar aufgegeben werden. Für die zu-nächst missionarische Kolonisation bzw. die spätere aktive Assimilation (Norbert Elias) peripherer Schichten stand mit »Gesundheit« - personalisiert und damit vorstellbar im inbegriffenen Leitbild des »homo hygienicus« - eine wissenschaftlich wertfreie »Stützkonzeption« zur Verfügung.

»Gesundheit« und der »homo hygienicus« als Sinnwelt des Körpers in der Industriegesellschaft

Das wert- und klassenneutrale wissenschaftliche Konstrukt »Gesundheit«, personalisiert in der impliciten Figur des »homo hygienicus«, erlaubte also, das Risiko Krankheit einschließlich ihrer sozialen Voraussetzungen und Folgen sozialpolitisch zu kanalisieren; es erlaubte ferner die langfristige Verhaltensregulierung der im aktiven Assimilationsprozeß begriffenen Arbeiterschaft: diese fand ihrerseits für die wissenschaftlich-technische Konstruktion des produktiven Bereichs im »homo hygienicus« eine vergleichbare wissenschaftlich-medizinische Konstruktion für den reproduktiven Bereich vor. Das wissenschaftliche Konstrukt »Gesundheit« wurde zu einem sozialen Konstrukt, weil sich in ihm völlig verschiedene Interessen und Bezugssysteme in einer neuen Sinnwelt neutralisierten - umstritten war nicht das Ziel, umstritten war nicht die Sinnwelt, umstritten waren lediglich Wege und Organisationsformen. »Gesundheit« wurde zu einem allgemein akzeptierten sozialen Gut und Wert: (31) als solche wurde sie den zwar alternierenden, aber rationalen und zielgerichteten Steuerungen des Sozialstaats zugänglich. (32)

Die neue Wirklichkeit der Sinnwelt des »homo hygienicus« wurde über verschiedene Teilprozesse verbreitet. (33) Die Sozialhygiene erneuerte den durch die Bakteriologie lediglich verdrängten sozialen Begründungszusammenhang der Medizin. Gleichzeitig schuf die Sozialhygiene damit die wissenschaftliche Begründung, auf soziale Umstände und besonders definierte Gruppen hin zuzugreifen: Die »Hygiene als Kulturfaktor«, (34) der »hygienische Mensch, die hygienische Familie, die hygienische Siedlung, das hygienische Volk« (35) konnten nun gesundheits- und gesellschaftspolitische Leitfiguren werden. Die gruppenbezogene Gesundheitsfürsorge als Praxis der Sozialhygiene wurde von Kommunalärzten und Gesundheitsfürsorgerinnen in den Industriestädten umgesetzt. Die »kommunale Gesundheitsfürsorge« war als die neue Ära »sozialer Medizin« insbesondere auf die Familien als Reproduktionsgrundlage der Arbeiterschaft ausgerichtet. In der gesetzlichen Krankenversicherung wurde hingegen das individuelle Risiko »Krankheit« der politisierten Industriearbeiterschaft abgesichert - der externe, auf die Gesellschaft gerichtete Nutzen der Krankenversicherung und ihr gesellschaftspolitisches Ziel war also nicht primär ärztliche Hilfe, sondern soziale Befriedung und Integration. (36) Der Kassenarzt war auf den industriell produktiven - und zugleich sozialdemokratisch und gewerkschaftlich aktiven - Teil der Bevölkerung ausgerichtet. Gleichwohl wurde über die parastaatlichen Institutionen der Krankenkassen und deren Krankenbesucher die Evidenz der Sinnwelt »Gesundheit« bis zum Übergang von der externen Kontrolle zum internalisierten Selbstzwang in die Arbeiterwohnungen getragen. Nicht die beinharten Ideologen und Interessenvertreter, sondern die wohlwollenden Menschen, die Arbeiterärzte und Fürsorgerinnen, die Kassenbeamten und die Krankenkontrollure, die aus demselben sozialen Milieu wie die Kontrollierten stammten, erweisen sich damit als die Speerspitzen der Kolonisierung.

Hinter diesen Teilprozessen wirkte der allgemeine Zivilisations- und Rationalisierungsprozeß: Die Kolonisierung vormaliger peripherer Unterschichten in die neue

Lebenswelt des »homo hygienicus« war erforderlich, weil nur so die immer komplexeren Interdependenzgefüge der Industriegesellschaft aufrecht zu erhalten waren, die notwendige Integration ständiger Differenzierung geleistet werden konnte. Wiederum erwies sich die Stadt als ein Kulminationsort sozialen Wandels: Die mittelalterliche Stadt verbrauchte ihre Einwohner unmerklich und lebte vom ständigen Zuzug aus dem Umland; die frühindustrielle Stadt fraß ihre Einwohner unbedenklich auf, soweit sie zum »verrotteten Bodensatz« einer scheinbar beliebig verfügbaren Menschenmasse gehörte; die hochindustrialisierte Stadt bedurfte jedoch einer stetig verwendbaren und immer qualifizierteren Arbeitskraft, die es jenseits jeder Humanitätsduselei im volkswirtschaftlichen Kalkül einer »Menschenökonomie« systematisch zu bewirtschaften galt. (37)

Die unterschiedlichen Teilprozesse konnten aber nur deshalb so rasch, umfassend und erfolgreich vonstatten gehen, weil die Unterschichten sich schließlich in einem aktiven Assimilationsprozeß befanden: Es bestand also nicht nur eine gesellschaftlich induzierte Nachfrage nach Hilfe, sondern auch nach einer Sinnwelt, die den Bedarf nach neuen, angepaßten Verhaltensweisen befriedigte. Die sich herausbildende Industriearbeiterschaft konnte das Konstrukt »Gesundheit« als Bestandteil ihrer ureigenen sozialen Bewegung aufgreifen und als lebensweltangemessene Erweiterung ihrer Handlungsmöglichkeiten erleben. Über »Gesundheit« wurden die Proleten folglich in die wissenschaftlich organisierte, industrielle Lebenswelt eingeführt und zu Industriearbeitern veredelt. (38)

Medizin und Ärzte als offizielle Weltexpertise und Sozialtechnologien des Körpers - Versuch einer idealtypischen Zusammenschau

»Gesundheit« erweist sich damit in der Konstruktion des »homo hygienicus« als die angemessene Sinnwelt und Normologie individueller und kollektiver Körper der Industriegesellschaft: hier liefert sie die Legitimation, Verhalten und Verhältnisse rationalitätsadäquat wissenschaftlich zu erklären und sozialtechnologisch zu gestalten, soweit sie sich auf den Körper beziehen lassen. Dies gilt gleichermaßen für Industriegesellschaften kapitalistischer wie kommunistischer Prägung: Die sog. medizinkritischen Konzepte einer »Medizin als Institution sozialer Kontrolle« (39) allgemein und der Unterdrückung von Klassenkonflikten durch die Medizin in kapitalistischen Gesellschaften (40) greifen zu kurz; sie erklären lediglich Randphänomene.

Damit wären wir bei der Rolle der Medizin als »offizieller Weltexpertise« (Peter L. Berger/Thomas Luckmann), als »Stützkonzeption« der Körperlichkeit und bei den Ärzten als entsprechenden Sozialtechnologien: Offenbar gibt es keine anonyme Verschwörung, in der dubiose Machthaber mit ebenso dubiosen Chefideologien gesellschaftlicher Manipulation und deren Geheimagenten und Bütteln konspirieren - und übrigens notwendigerweise eine ebenso starke soziale Abwehr bzw. alltagsweltliche Unterwanderung hervorrufen müßten. Vielmehr formiert sich eine in permanenter Differenzierung begriffene Gesellschaft in angemessenen Institutionen und Sinnwelten ständig neu, um interaktions- und damit funktionsfähig

zu bleiben. Aus dieser allgemeinsten Perspektive gesellschaftlichen Wandels erklärt sich auch die Bedeutung der Medizin im Zivilisationsprozeß.

Seit Beginn der Moderne waren zunächst äußere und innere Gewalt von kleineren, personal organisierten sozialen Einheiten auf den sich heranbildenden Staat übergegangen. Relativer Schutz nach außen und Rechtssicherheit nach innen wurden durch das Gewalt- und Steuermonopol des Staates und die ständig wachsende Affektkontrolle jedes einzelnen erkaufte. Im Zuge der wissenschaftlichen und technischen Beherrschung der Natur wurden nach und nach Wahrheitsfindung, Erziehung und Arbeit etc. in Universitäten, Schulen und Fabriken monopolisiert. Die Gesellschaft zerfällt in immer kleinere, selbständigere Teilbereiche, deren notwendige neue Zuordnung aufeinander durch neue, spezialisierte Institutionen, durch fest umgrenzte und gleichsam öffentlich bestellte Definitions- und Handlungsmonopole gewährleistet wird.

In diesen langfristigen Prozessen gelangte auch - wie im empirischen Teil geschildert - der Körper der Menschen zu kollektiver Aufmerksamkeit. Gegenüber anderen monopolisierten Lebensbereichen ist der Körper jedoch ein Tatbestand besonderer Art: Leib/Körper vermitteln als biologische Träger des Ich/Selbst zwischen Natur und Gesellschaft, zwischen Leiblichkeit und Gesellschaftlichkeit des Menschen - eine sowohl in der Philosophie, Soziologie, Geschichte und Medizin vernachlässigte bzw. jeweils einseitig gefaßte Tatsache. (41) Anders als etwa die gleichsam veräußerbaren Bereiche Sicherheit, Wahrheit und Bildung sind Wahrnehmung, Auffassung und Gestaltung der Natur, der Gesellschaft und des Ich untereinander verbunden. Der Körper ist also immer und in jedem Fall als Abbild der jeweiligen Gesellschaft aufzufassen, so »daß es überhaupt keine »natürliche«, von der Dimension des Sozialen freie Wahrnehmung und Betrachtung des Körpers geben kann«. (42) Folglich gibt es »keine »unzivilisierten« Körper, die nicht für die je spezifischen Lebensbedingungen tauglich gemacht wären oder tauglich gemacht werden müßten«. (43) In die Wahrnehmung und Gestaltung individueller und kollektiver Körper fließen also notwendigerweise immer und unausweichlich allgemeine Sinngebungen, Orientierungen und Wertsetzungen ein.

Verfolgen wir hierzu die der jeweiligen sozialen Konstruktion von Gesundheit zugrundeliegenden sinnhaften Orientierungen - und zwar in idealtypischer Form - zurück. Im Mittelalter waren Seele und Leib außerweltlich wertrational orientiert, der Leib der Seele zu-, wenn nicht untergeordnet. In der Renaissance wurde der Leib als Körper bewußt wahrgenommen: als solcher konnte er - wie bei *Cornaro* - rein zweckrational gestaltet oder aber wertrational der Seele zugeordnet werden - wie bei *Struppius*. In den Wissenschaften der Moderne wurde der Körper innerweltlich wertrational in Anlehnung an ontologische Prinzipien oder Äquivalente interpretiert: nach wie vor korrespondierten daher Gesundheit und Gläubigkeit, Medizin und Religion. Der kritische Rationalismus der Neuzeit schied Glaube, Religion, Gott und Seele aus der wissenschaftlichen Erkenntnis aus; der Körper wurde innerweltlich wertrational an eine der Welterkenntnis angemessenen Sinngebung angebunden: damit waren der Körper und seine Sinngebung erstmals nicht mehr gleichsam evident gegeben, sondern in vom Menschen selbst geschaffenen Dimensionen - nämlich in der Verbindung von Gesundheit und Moral - erklärungs-

bedürftig. In den rein naturwissenschaftlichen Erklärungen des späten 19. Jahrhunderts schließlich wurde nicht nur die Frage nach dem Sinn des Lebens vollends aus der Wissenschaft ausgeschieden; vielmehr wurde auch der Körper scheinbar jeder Sinnhaftigkeit und Normativität entkleidet; Wahrnehmung, Gestaltung und damit auch implicite Sinnggebung des Körpers ergaben sich rein theoretisch rational aus der Naturerkenntnis: die wissenschaftliche Erkenntnis individueller und kollektiver Körper wurde in den Rang von Sinnggebung und Normativität erhoben.

Wie wir gesehen haben, entsprach diese Freisetzung des Körpers aus religiösen oder säkular-wertrationalen Bindungen den gesellschaftlichen Entwicklungen im Verhältnis der Menschen zur Natur. Zwar war der Körper als gewissermaßen zirkuläre, alle gesellschaftlichen Bereiche durchdringende Dimension bereits in verschiedenen Institutionen und Monopolen wirksam und dort - und zunächst eben nur dort - der Medizin als entsprechender Expertise überantwortet werden: Im Rahmen des inneren Gewaltmonopols entstand sehr früh die Gerichtsmedizin, die die körperlichen Dimensionen des Zivil- und Strafrechts (z.B. Hinrichtungsfähigkeit des Delinquenten) zu beurteilen hatte; (44) im Rahmen des äußeren Gewaltmonopols entstand ebenfalls recht früh die pragmatisch ausgerichtete Militärmedizin; im Rahmen der inneren staatlichen Ausgestaltung entstand die Medizinal- und Sanitätsaufsicht als Bestandteil der Staatsverwaltung und -wirtschaft. Erst im 19. Jahrhundert wurde jedoch - wie der Staatsrechtler Lorenz von Stein (1815 - 1890) hervorhebt (45) - ein selbständiges, eigentliches Gesundheitswesen vermöge des »öffentlichen Werthes« der Gesundheit entwickelt. In der Hochindustrialisierung stieg dann die Abhängigkeit der Individuen und primären Lebensgemeinschaften sowie komplexer Vergemeinschaftungs- und Vergesellschaftungsformen von ihren jeweiligen Körpern, so daß die individuelle und kollektive Aufmerksamkeitsschwelle gegenüber »Gesundheit« sank und gleichzeitig der individuelle und kollektive Bedarf nach einer zielgerichteten, voraussehbaren und abschätzbaren Gestaltung des Körpers stieg. Hier und jetzt erst entstand in der Gesellschaft eben jenes Definitions- und Handlungsfeld, in der eine Weltexpertise und Sozialtechnologie individueller und kollektiver Körper Raum greifen und den Charakter eines sozialen Monopols erlangen konnte.

Das neue Handlungs- und Definitionsmonopol Medizin stellte folglich für die neue Form der Gesellschaft einen entlastenden, produktiven Faktor dar: Primäre Lebensgemeinschaften sowie komplexe Vergemeinschaftungs- und Vergesellschaftungsformen konnten sozial relevante Teile ihrer Körperlichkeit delegieren. Dieser produktive Aspekt von Handlungsmonopolen allgemein und der Medizin im besonderen ist am Ende einer Entwicklungsperiode bisweilen schwer nachzuvollziehen - wie etwa der Schwall sog. Medizinkritik seit Mitte der 1970er Jahre zeigt. Gewinne und Verluste müssen bilanziert werden. So wurden Kranke durch die naturwissenschaftliche Erklärung von Krankheiten aus der Verstrickung in Sünde und Schuld befreit, der Irre von einem bestaunten Monster oder verlächten Dorfdeppen zu einem hilfsbedürftigen Kranken. In den nichtmedikalisierten dörflichen Gemeinschaften bleiben Gesundheit und Krankheit bis weit in das 20. Jahrhundert hinein mit Mechanismen sozialer Kontrolle verbunden, die in überkommenen Sinn- und Wertbezügen erklärt werden. (46) Der kranke Industriearbeiter und

seine Familie hatten zumindest von der Zielsetzung her die Chance, im Falle von Krankheit und Invalidität entlastet zu werden. Ebenso entlastete sich die Gesellschaft durch die öffentlichen medizinischen Leistungen der Städte oder durch staatliche Maßnahmen der Sozial- und Gesundheitspolitik.

Gleichzeitig übernahm das neue Definitions- und Handlungsmonopol Medizin auch die kontrollierenden und erzieherischen Aufgaben vormals personal organisierter Hilfe: dies bedeutete zugleich einen qualitativen Sprung in der Form »sozialer Sicherung als sozialer Disziplinierung«. (47) An die Stelle moralisch werthafter Einordnung von Krankheit, an die Stelle persönlicher Auseinandersetzung mit helfenden Angehörigen oder - wie in den berufsständischen Hilfskassen (48) - mit Arbeitskollegen trat der scheinbar neutrale Fall und die scheinbar neutrale und objektive Hilfe und Kontrolle durch die medizinische Profession. Fragwürdigkeit und vermutete Unzulässigkeit des Hilfsbegehrens wurden allerdings zum öffentlichen Verdacht, zum »Anspruchsdenken«, zur »Rentenneurose« und heute gar zur »Anspruchsspirale« (49) - hieraus bezieht die nun erst entstehende Begutachtungsmedizin ihre Quellen als »Meta-Kontrolle« sowohl des Hilfsbegehrens wie der Dienstleistung.

Gleichzeitig wurde die Verhaltensregulierung durch die Zwangsnachfrage im Akt professioneller Hilfe öffentlich institutionalisiert: Lebens- und Handlungschancen eröffnen sich, soweit sie mit dem Körper verbunden sind, in zunehmendem Maße nur noch über die Medizin und entsprechende verdeckt oder offen vermittelte Verhaltenserwartungen. Medizinische Behandlung, Arbeitsunfähigkeit, Wahl des Berufes und des Arbeitsplatzes, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität werden von der Definition der Medizin abhängig. Die zumindest normativ frei zugängliche Chance professioneller Hilfe, die relative Sicherheit im Falle von Krankheit und Gebrechen wird durch den Verlust an Verfügungsmacht über den eigenen Leib erkaufte.

Die Definitionsmacht der Medizin geht jedoch weit über die unmittelbare Begegnung von Arzt und Patient und die damit verbundene »Zwangssozialisation« (50) hinaus. Vielmehr kann die Medizin in einer Gesellschaft, die auf der Annahme normativer Gleichheit aller ihrer Mitglieder beruht, dazu herangezogen werden, nach wie vor bestehende Ungleichheiten rationalitätsadäquat zu erklären: De ungleiche Stellung der Frau kann in einer patriarchalischen Gesellschaft etwa als »physiologischer Schwachsinn des Weibes« erklärt und damit die Rolle der Frau geprägt, (51) die sozialen Deutungsmuster der Weiblichkeit als Pathologie gedeutet, (52) das Geburtsgeschehen im weitesten Sinne als öffentlich-relevanter Aspekt der besonderen biologischen Funktion der Frau medikalisiert und so kontrolliert werden. Gleichsam im Nebeneffekt der bürgerlich-patriarchalischen Geschlechtsideologie werden Frauen neue, den Männern helfend zugeordnete Berufe zugewiesen - wie etwa in der Krankenpflege (53) oder in der Fürsorge. (54)

Verhaltensweisen, die in der allgemeinen Homogenisierung der Verhaltenserwartungen im Zuge der Psychogenese der Zivilisation nicht mehr verdrängt oder hingenommen werden können, werden medizinisch erklärt, therapeutisiert und öffentlich verwaltet: Kindheit, (55) Alter, (56) Sexualität allgemein, Prostitution (57) und Homosexualität (58) im besonderen, werden zu medizinischen Defi-

nitions- und Interventionsfeldern bzw. zu medizinisch umgrenzten und handhabbaren Randgruppen.

Gleichzeitig wirken die Hygieneleistungen der Städte durch die normative Kraft des Faktischen: Sauberkeit bedeutet auch im naturwissenschaftlich orientierten Denken gesellschaftliche Distanz, Ordentlichkeit und Pflichtbewußtsein, Schmutz hingegen Unordnung, ja Aufmüpfigkeit gegen herrschende Normen; anrühige körperliche Verrichtungen werden »verhäuslicht«, (59) durch »Sauberkeit und Ordnung« (60) wird der »Stadtmensch dressiert«, (61) die Frauen und durch diese die Unterschichtfamilien als Einfallspforten der Hygienisierung des Alltagslebens »fürsorglich belagert«. (62) Gleichzeitig entdeckt diese Schicht die befreiende und entlastende Dimension einer medikalisierten Gesundheit und übernimmt diese Lebenshaltung in einem bewußten Assimilationsprozeß: Von hierher rührt die Emphase, mit der die Arbeiterbewegung nach anfänglichem Widerstand die Lebenswelt des »homo hygienicus« entdeckt, die entsprechenden sozialpolitischen Institutionen übernimmt (63) und deren einstmals gegen sie gerichtete Konzeption in der aktuellen gesundheitspolitischen Umbruchssituation umso heftiger verteidigt. (64) Das Bürgertum der Kaiserzeit entdeckte, daß sich unter dem sozialen Wert »Gesundheit« die unterschiedlichsten Politiken bündeln und legitimieren ließen: Professionelle Interessen konnten gelenkt, liberale und sozialistische Bestrebungen umgeleitet und kanalisiert sowie subtile Disziplinierungspolitiken durchgesetzt werden. (65) Schließlich wurde »Gesundheit« ein glänzendes Geschäft, das nebenbei - wie etwa die Geschichte des Odol-Fabrikanten, Geheimen Kommerzienrates und Dr.med.h.c. Karl August *Lingner* (1861 - 1916) zeigt (66) - auch noch hohes gesellschaftliches Ansehen einbrachte.

Es lassen sich folglich verschiedene Wirkungskreise der Medizin mit unterschiedlicher Reichweite ausmachen. Ärztliche Hilfe wird nach wie vor in der unmittelbaren Begegnung von Patient und Arzt in Praxis und Klinik vermittelt. Dieses zentrale Feld medizinisch-ärztlicher Hilfe wurde in Deutschland durch die zwangsmäßige gesetzliche Krankenversicherung gesundheits- und gesellschaftspolitisch verortet: es stellt gleichermaßen den Kernbereich individueller und sozialer Entlastung wie der Zwangssozialisation des Körpers dar. Dieser Kernbereich wirkt über den unmittelbaren Akt der Hilfe hinaus in die Gesellschaft hinein. Über Zwangsbeachtung, Zwangsberatung und Zwangsbelehrung werden Lebens- und Handlungschancen, ja Lebensläufe eröffnet und verwehrt.

Über diesen stets mit dem Aspekt von Hilfe, Fürsorge und Vorsorge versehenen Handlungsbereich hinaus wird die Medizin überall dort tätig, wo der Körper des Menschen im weitesten Sinne zu einer relevanten Größe wird. In klassischer Weise geschieht dies beispielsweise im inneren Gewaltmonopol. Diese auf den Körper beziehbare Definitionsmacht der Medizin wirkt jenseits des unmittelbaren Einflßbereiches von Organisationen und Institutionen in die Gesellschaft hinein: die Aussonderung von Gruppen, die Formulierung sozialer Rollen, die Definition und Legitimation sozialen und politischen Handelns in Termini der Medizin stellt gleichsam die bewegliche Grenze einer professionell definierten Körperlichkeit und - mit der Differenzierung der Beziehungsgefüge - psychischer, mentaler und verhaltensrelevanter Sachverhalte dar. Mit diesen Aufgaben des Monopols ist zwin-

gend verbunden, andere Sichtweisen von und Umgangsformen mit Geburt, Krankheit, Alter und Tod zu bekämpfen und zu vernichten. Diese »Nihilierung alternierender Sinnwelten« (Peter L. *Berger*/Thomas *Luckmann*) dient dazu, gesellschaftlich nicht mehr angemessene körperliche Verhaltensweisen und -erwartungen abzuwerten und durch neue zu ersetzen. Gleichzeitig ist diese Auseinandersetzung Bestandteil des Kampfes, den die sich herausbildende Profession der Ärzte mit Rückhalt in der neuen Bezugsdisziplin der naturwissenschaftlichen Medizin gegen Naturheilkundige und die traditionsreiche Volksmedizin führt (67) - erst jetzt entstehen die zielgerichtet marginalisierten, lediglich geduldeten Randbezirke der Laienmedizin und der Laienheiler. (68) Das engere Feld des Heilens von Krankheiten - das durchaus systemadäquat im Sinne von »Wiederherstellen von Gesundheit« als »Gesundheitswesen« firmiert - weitet sich in diesem Prozeß unter dem Gedanken der Prävention als zukünftiger Sicherung von Gesundheit in die Gesellschaft aus. Diese heute oftmals als Belastung, als »Naturbeherrschung am Menschen« (69) und in ihren Auswüchsen sogar als »Nemesis der Medizin« (70) imponierende Seite der Medizin kann ohne ihre entlastenden Momente weder in ihrer Entstehung noch in ihrer zukünftigen Entwicklung hinreichend eingeschätzt werden.

Daß Medizin und Ärzte mit einem gesellschaftlichen Monopol bestallt wurden, verschaffte ihnen eine besondere Stellung in der Gesellschaft - innerhalb weiter Grenzen können sie Gegenstand, Vorgehen und Standards ihrer Berufstätigkeit einschließlich des Verhaltens und der Rekrutierung der Berufsangehörigen selbst bestimmen: die Medizin konnte sich in einem über Jahrzehnte dauernden Prozeß professionalisieren. (71) Zugleich bekommt die Profession allerdings auch die konstitutive Ambivalenz des gesellschaftlichen Auftrages zu spüren, indem sie sich der ihm innewohnenden Rationalität beugen muß: Strikte Homogenisierung und Disziplinierung nach innen, einheitliches Erscheinungsbild nach außen, exklusiver Anschluß an die wertneutrale Bezugsdisziplin Naturwissenschaft, Standardisierung eines Angebots medizinischer Dienstleistungen sind hier einzuordnen - beispielhaft ist dies aufzuzeigen am Selbst- und Fremdbild des Arztes, (72) an einer am angeblichen Sachzwang naturwissenschaftlicher Medizin orientierten, gleichermaßen nach außen wie innen gerichteten medizinischen Ethik, (73) an der unausweichlichen Unterordnung des Patienten unter den Arzt. (74) Anderes könnte nachgetragen werden: so etwa die Diskussion um den »Arzt« versus den »Mediziner«, die Leitfigur des »Hausarztes« versus die kontrollierte Kontrollfunktion des Kassenarztes etc. Gewinne und Verluste sind also auch hier zu bilanzieren.

Zusammenfassung

Wirkungsweise und Reichweite des Definitions- und Handlungsmonopols der Körperlichkeit lassen sich systematisch so zusammenfassen: Im Prozeß der gesellschaftlichen Differenzierung werden physische - und späterhin mentale, psychische und soziale - Leistungsfähigkeit sowie passive Wahrnehmung wie aktive Gestaltung des Leibes aus den immer kleiner und mobiler werdenden primären Lebensgemeinschaften ausdifferenziert. Dadurch entsteht ein Feld, in dem individuelle und

soziale Körper für eine immer größere Zahl unterschiedlich organisierter sozialer Einheiten bedeutsam werden: Individuelle und soziale Körper werden als Definitions- und Handlungsfeld freigesetzt. Verschieden differenzierte und komplexe soziale Vergemeinschaftungs- und Vergesellschaftungsformen, darunter vor allem Städte und Staat, entwickeln im Zuge der Differenzierung jeweils spezifische, ausschneidende Sehweisen ihrer Körperlichkeit und entwickeln daher auch einen spezifischen Bedarf. Innerhalb dieser zeitlich, gesellschaftlich und definitorisch beweglichen Grenzen wird die unterschiedliche Wahrnehmung der Körperlichkeit einem Definitions- und Handlungsmonopol zugeschlagen: dieses wird in der Form einer politisch und weltanschaulich neutralen, naturwissenschaftlichen Bezugsdisziplin Medizin und daraus ableitbarer neutraler Hilfs- und Definitionstätigkeiten, mithin sozialtechnologischer Interventionen des Arztes institutionalisiert. Medizin und Arzt werden offiziell bestellte Experten und Sachwalter der Körperlichkeit - dieses Feld kann von den Ärzten professionalisiert werden. Individuum und Gesellschaft werden von ihrer Körperlichkeit entlastet, verlieren in dem selben Maße aber auch die Kontrolle über ihre Leiblichkeit. Der Prozeß der Monopolisierung muß vielfältigste gesellschaftliche Interessen und Bezugssysteme umschließen, um allgemein akzeptiert zu werden. Dies geschieht unter der Ausdifferenzierung sozialer Güter und Werte, die den allgemein akzeptierten Sinn des Monopols setzen und das zugeordnete Handeln an Werten und Normen orientieren. Das soziale Gut Gesundheit versinnbildlicht die jetzt und zukünftig funktionierende Körperlichkeit als einen scheinbar aus sich selbst gegebenen Wert, der im gesellschaftlichen Auftrag definiert und gestaltet wird:

Die auf »abstract-speculativen Grunde ruhenden Mächte« dürfen hinfort nicht mehr »die Gesetzgebung für das Sein und Handeln des Menschen, sowie für die Ordnung der ganzen menschlichen Gesellschaft (...) monopolisieren (...). Der fanatische Mysticismus der Theologie und der apathische Formalismus der Jurisprudenz werden nach und nach einer dritten Autorität, der human-naturwissenschaftlichen Anthropologie, welche, gestützt auf die Natur und die Vernunft, in Menschenliebe ihren Rath und ihre Meinung zur Geltung bringen wird, Platz machen. Die Zeit wird kommen, da die Vertreter der praktischen Medicin ebenso unentbehrliche Functionäre für Staat und Gesellschaft sein werden, wie jetzt Prediger und Richter, und wo die Grundprincipien der Medicin dermaßen in das allgemeine Bewusstsein werden übergegangen sein, dass diese Wissenschaft wirklich das Sein wird, was sie sein sollte, d.h. die populärste von allen«,

sagte 1877 der dänische Arzt Jakob Julius Petersen (1840 - 1912) voraus. (75)

Anmerkungen und Literatur

- (1) Hierzu wird eine größere Untersuchung mit dem Arbeitstitel »Homo hygienicus - civitas hygienica« vorbereitet, deren theoretische Konzeption auf Weber, M., Elias, N., Berger, P.L., Luckmann, Th. und Foucault, M. zurückgeht. Das vorliegende Manuskript wurde im Dezember 1986 abgeschlossen. Vgl. vorerst Labisch A.: »Hygiene ist Moral - Moral ist Hygiene« - Soziale Disziplinierung durch Ärzte und Medizin, in: Sachse C./Tennstedt, F. (Hrsg.): Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik, Frankfurt 1986, S. 265-285; ders.: Die soziale Konstruktion der »Gesundheit« und des »homo hygienicus«: Zur Soziogenese eines sozialen Gutes, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 10, Heft 3+4, 1985, S. 60-81.

- (2) Borst, O.: Alltagsleben im Mittelalter, Frankfurt 1983, S. 598; vgl. ferner demnächst Bulst, N. / Delort, R. (Hrsg.): Krankheit und Gesellschaft (13. - 18. Jahrhundert). Bericht über eine internationale Tagung im Zentrum für interdisziplinäre Forschung der Universität Bielefeld. 21.11.23.11.1986, Paris 1988 (im Druck).
- (3) Vosskamp, W.: Einleitung, in: ders. (Hrsg.): Utopieforschung. Interdisziplinäre Studien zur neuzeitlichen Utopie, 3 Bde., Stuttgart 1982, Bd. 1, S. 1-10, 5. Über Gesundheitskonzepte allgemein sowie über medizinische Utopien vgl. die Übersichten von Engelhardt, D. v.: Changing Health Concepts in Historical Perspective, in: B.Z. Nizetic u.a. (Hrsg.): Scientific Approach to Health and Health Care. Proceedings of a WHO Meeting. Ulm, 1. - 4. Nov. 1983, Kopenhagen 1986, S. 131-140, und ders.: Geburt und Tod - medizinethische Betrachtungen in historischer Perspektive, in: Marquard, O./Staudinger, H. (Hrsg.), Anfang und Ende des menschlichen Lebens. Medizinethische Probleme (= Ethik der Wiss., Bd. 4), Paderborn u.a. 1981, S. 62-77.
- (4) Diese Verbindung der Gesundheitspropaganda Cornaros mit der Bewegung der Villeggiatura ist bislang weder gesehen noch untersucht worden; vgl. z.B. traditionell Walker W.B., Cornaro, L.: A Renaissance Writer on Personal Hygiene, in: Bulletin of the History of Medicine 28, 1954, S. 525-534, und dagegen Bentmann, R./Müller, M.: Die Villa als Herrschaftsarchitektur. Versuch einer kunst- und sozialgeschichtlichen Analyse, Frankfurt 1970 (jetzt: 2. Aufl. 1981). Für einschlägige Hinweise bin ich Pokorny, R. z. Zt. Centro Tedesco di Studi Veneziani, Venedig, zu Dank verpflichtet. Eine kritische Gesamtausgabe der Schriften Cornaros erfolgte erst kürzlich: Cornaro, A.: Scritti sulla vita sobria, (...) prima ed. critica a cura di M. Milani, Venezia o.J. (1983); nicht einmal das kolportierte Lebensalter Cornaros (angeblich 98 Jahre) ist richtig - vgl. Menegazzo, E.; Alvise Cornaro: un veneziano del Cinquecento nella Terraferma padovana, in: Storia della Cultura Veneta. Dal primo Quattrocento al Concilio di Trento, II, Vicenza 1980, S. 513-538.
- (5) Struppius, J.: Nützliche Reformation zu guter Gesundheit und christlicher Ordnung, Frankfurt 1573, S. 30.
- (6) Kutschmann, W.: Der Naturwissenschaftler und sein Körper. Die Rolle der »inneren Natur« in der experimentellen Naturwissenschaft der frühen Neuzeit, Frankfurt 1986, S. 33.
- (7) Webster, C.: The Great Instauration. Science, Medicine and Reform. 1626-1660, London 1975.
- (8) Carter, R. B.: Descartes' Medical Philosophy. The Organic Solution to the Mind-Body Problem, Baltimore/London 1983.
- (9) Hartmann, F./Krüger, M.: Directiones ad rem Medicam pertinentes. Ein Manuskript G. W. Leibnizens aus den Jahren 1671/82 über die Medizin, in: Studia Leibnitiana, 8/1, 1976, S. 40-68.
- (10) Böhme, H./Böhme, G.: Das Andere der Vernunft. Zur Entwicklung von Rationalitätsstrukturen am Beispiel Kants, Frankfurt 1983, S. 63.
- (11) Rüegg, W.: Der Kranke in der Sicht der bürgerlichen Gesellschaft an der Schwelle des 19. Jahrhunderts, in: Artelt, W./Rüegg, W. (Hrsg.): Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts (= Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts Bd. 1), Stuttgart 1967, S. 35-49.
- (12) Hufeland, C. W.: Das Adelthum im Lichte des Christenthums, in: Holtz, I. (Hrsg.), Dem Gedächtnis Christoph Wilhelm Hufelands, Langensalza 1933, S. 77-79 (zit. nach Genschorek, W.: Christoph Wilhelm Hufeland: Der Arzt, der das Leben verlängern half (= Humanisten der Tat), Leipzig 6. Aufl. 1986, S. 182).
- (13) Rosen, G.: Cameralism and the Concept of Medical Police, in: ders.: From Medical Police to Social Medicine: Essays on the History of Health Care, New York 1974, S. 120-141.
- (14) Lesky, E.: Österreichisches Gesundheitswesen im Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus (= Archiv für Österreichische Geschichte, Bd 122., 1), Wien 1959, S. 104f.
- (15) Staum, M. S.: Medical Components in Canabis's Science of Man, in: Studies in History of Biology 2, 1978, S. 1-31; ders.: Cabanis. Enlightenment and Medical Philosophy in the French Revolution, Princeton 1980.
- (16) Vgl. hierzu Ackerknecht, E. H.: Medicine in the Paris Hospital. 1794-1848, Baltimore 1966; Foucault, M.: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, München 1973; ders.: La politique de la santé au XVIIIème siècle, in: ders. u.a. (Hrsg.): Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne, Paris 1976, S. 11-21.

- (17) Weiner, D. B.: Le droit de l'homme à la santé - une belle idée devant l'Assemblée Constituante: 1790-1791, in: *Clio Medica* 5, 1970, S. 209-223; vgl. auch Rosen, G.: Hospitals, Medical Care and Social Policy in the French Revolution, in: ders.: From Medical Police to Social Medicine, 1974, S.220-245.
- (18) Vgl. hierzu Breuer, S.: Sozialdisziplinierung. Probleme und Problemverlagerungen eines Konzepts bei Max Weber, Gerhard Oestreich und Michel Foucault, in: Sachsse, C./Tennstedt, F.: Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung, 1986, S. 45-69.
- (19) Göckenjan, G.: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt 1985.
- (20) Frevert, U.: Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei u. staatlicher Sozialversicherung (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 62), Göttingen 1984.
- (21) Reclam, C.: Lebensregeln. Ernstes und Heiteres aus der Gesundheitspflege, Berlin 1877, S. 3f. Vgl. für diese wissenschaftlich-technische Gesundheitserziehung auch Kaiserliches Gesundheitsamt: Gesundheitsbüchlein. Gemeinfaßliche Anleitung zur Gesundheitspflege, Berlin 1894 und öfter.
- (22) Oesterlen, F.: Handbuch der Hygiene für den Einzelnen wie für die Bevölkerung, Tübingen 1851, S. 521, 772.
- (23) Allgemein vgl. E. H. Ackerknecht: Anticontagionism between 1821 and 1867, in: *Bulletin of the History of the Medicine* 22, 1948, S. 562-593; zur Auseinandersetzung Behrings mit Virchow, vgl. die Einleitung zu Behring, E. v.: Gesammelte Abhandlungen zur ätiologischen Therapie von ansteckenden Krankheiten, Leipzig 1893.
- (24) Sand, R.: The Advance to Social Medicine, London 1952, S. 107 (Übersetzung A.L.).
- (25) Vgl. Sachsse, C./Tennstedt, F.: Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Vom Spätmittelalter bis zum Ersten Weltkrieg, Stuttgart u.a. 1980; dies.: Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland Bd. 2: Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871-1929, Stuttgart u. a. 1988.
- (26) Ditt, K.: Industrialisierung, Arbeiterschaft und Arbeiterbewegung in Bielefeld. 1850-1914 (= Untersuchungen zur Wirtschafts-, Sozial- und Technikgeschichte 4), Dortmund 1982; Kaschuba, W./Lipp, C.: Dörfliches Überleben. Zur Geschichte materieller und sozialer Reproduktion ländlicher Gesellschaft im 19. und frühen 20. Jahrhundert (= Untersuchungen des Ludwig-Uhland-Instituts der Universität Tübingen, Bd. 56), Tübingen 1982; Ruppert, W. (Hrsg.): Die Arbeiter, Lebensformen, Alltag und Kultur von der Frühindustrialisierung bis zum »Wirtschaftswunder«, München 1986.
- (27) Mitterauer, M.: Der Mythos von der vorindustriellen Großfamilie, in: Rosenbaum, H. (Hrsg.): Seminar: Familie und Gesellschaftsstruktur. Materialien zu den sozioökonomischen Bedingungen von Familienformen, Frankfurt 1978, S. 128-151.
- (28) Spree, R.: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich, Göttingen 1981, und ders.: Zu den Veränderungen der Volksgesundheit zwischen 1870 und 1913 in ihren Determinanten in Deutschland (vor allem in Preußen), in: Conze, W./Engelhardt, U. (Hrsg.): Arbeiterexistenz im 19. Jahrhundert. Lebensstandard und Lebensgestaltung deutscher Arbeiter und Handwerker, Stuttgart 1981, S. 235-292.
- (29) Bleker, J.: Die Stadt als Krankheitsfaktor. Eine Analyse ärztlicher Auffassungen im 19. Jahrhundert, in: *Medizinhistorisches Journal* 18, 1983, S. 118-136.
- (30) Pankoke, E.: Gesellschaftlicher Wandel sozialer Dienste. Voraussetzungen und Entwicklungsperspektiven, in: Kerkhoff, E. (Hrsg.): Handbuch Praxis der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Bd. 1, Düsseldorf 1981, S. 3-30.
- (31) Vgl. hierzu am Beispiel der sozialen Sicherheit: Kaufmann, F.-X.: Sicherheit als soziologisches und sozialpolitisches Problem. Untersuchungen zu einer Wertidee hochdifferenzierter Gesellschaften, Stuttgart 2. Aufl. 1973.
- (32) Ferber, C. v.: Gibt es ein sozialstaatliches Recht auf Gesundheit?, in: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 2, 1971, S. 104-119; in Übersicht s. Jung, E.: Das Recht auf Gesundheit. Versuch einer Grundlegung des Gesundheitsrechts der Bundesrepublik Deutschland, München 1982.
- (33) Vgl. hierzu ausführlich Labisch, A.: Soziale Konstruktion, 1985.
- (34) Vogel, M.: Hygienische Volksbildung, in: Gottstein, A. u.a.(Hrsg.): Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. 1: Grundlagen und Methoden, Berlin 1925, S. 303-390, 311f.;

- der Gedanke der Kulturhygiene wurde vor allem von dem Sozialhygieniker Alfons Fischer vertreten, vgl. Thomann, K.-D.: Alfons Fischer (1873-1936) und die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene, Köln 1980.
- (35) Es sind dies die Kapitelüberschriften des Buches von Grotjahn, A.: Die hygienische Forderung, Königstein i.T./Leipzig o.J. (1920/21).
- (36) Tennstedt, F.: Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Vom 18. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg, Göttingen 1981.
- (37) Vgl. Redeker, F.: Ideologie und Formen der industriellen Wohlfahrtspflege, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und Sozialhygiene* 36, 1923, S. 300-307; der Begriff »Menschenökonomie« stammt von dem österreichischen Soziologen Rudolf Goldscheid (1870-1931), der gegen den Sozialdarwinismus arbeitete.
- (38) Tennstedt, F.: Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914, Köln 1983, S. 448-470.
- (39) Vgl. mit einschlägigen Aufsätzen, Literaturhinweisen und einer zusammenfassenden Einleitung Ehrenreich, J. (Hrsg.): *The Cultural Crisis of a Modern Medicine*, New York/London 1978. Für den besonders relevanten Bereich der Devianz und der psychosozialen Versorgung vgl. Conrad, P./Schneider, J.W.: *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, St. Louis 1980.
- (40) Vgl. z.B. Waitzkin, H.B./Waterman, D.: *The Exploitation of Illness in Capitalist Society*, Indianapolis 1974; Navarro, V.: *Medicine under Capitalism*, New York 1976; ders.: *Class Struggle, the State and Medicine*, New York 1978; Doyal, L.: *The Political Economy of Health*, London 1979.
- (41) Für die Medizin im engeren Sinne vgl. hierzu Baier, H.: Die »Idee des Menschen« in der Medizin. Überlegungen zu einer Medizinsoziologie zwischen Gesellschaftlichkeit und Leiblichkeit des Menschen, in: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 10, 1985,3,4, S. 5-16.
- (42) Douglas, M.: Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur, Frankfurt 1974, S. 106.
- (43) Göckenjan, G.: Kurieren und Staat machen, 1985, S. 413.
- (44) Vgl. mit vielen Beispielen Fischer-Homberger, E.: *Medizin vor Gericht. Gerichtsmedizin von der Renaissance bis zur Aufklärung*, Bern u.a. 1983.
- (45) Stein, L. v.: *Das Gesundheitswesen. Erstes Hauptgebiet, zweiter Theil der Inneren Verwaltungslehre*. 2. Aufl. Gänzlich neu bearbeitet und bis auf die neueste Zeit verfolgt. Anhang. Das Kaiserliche Deutsche Gesundheitsamt (= ders.: Die Verwaltungslehre, 3. Teil), Stuttgart 1882, S. 89f.
- (46) Vgl. hierzu Wilke, G.: Die Sünden der Väter: Bedeutung und Wandel von Gesundheit und Krankheit im Dorfalltag, im vorliegenden Band. Allgemein s. auch Dornheim, J.: *Kranksein im dörflichen Alltag. Soziokulturelle Aspekte des Umgangs mit Krebs* (= Untersuchungen des Ludwig-Uhland-Instituts der Univ. Tübingen, Bd. 57), Tübingen 1983.
- (47) Vgl. hierzu Sachsse, C./Tennstedt, F.: Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung, 1986.
- (48) Eindrucksvolle Beispiele zur Selbstkontrolle innerhalb der Gesellenkassen bringt Frevert: *Krankheit als politisches Problem*, 1984.
- (49) Herder-Dorneich, P./Schuller, A. (Hrsg.): *Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemeffekt?* (= Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, 3), Stuttgart 1983.
- (50) Ferber, C. v.: *Soziologie für Mediziner*, Berlin 1975, S. 9-48, 55-63; vgl. weitere Hinweise bei Spree, R.: *Soziale Ungleichheit*, 1981, S. 156-162.
- (51) Shorter, E.: *Medizinische Theorien spezifisch weiblicher Nervenkrankheiten im Wandel*, im vorliegenden Band.
- (52) Honegger, C.: *Frauen und medizinische Deutungsmacht im 19. Jahrhundert*, im vorliegenden Band.
- (53) Hummel, E.: *Zur Prägung der sozialen Rolle der weiblichen Krankenpflege bis zum Ersten Weltkrieg in Deutschland*, und Fritschi, A.: *Zur Prägung der sozialen Rolle der weiblichen Krankenpflege bis zum Ersten Weltkrieg in der Schweiz*, im vorliegenden Band.
- (54) Sachsse, C.: *Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung. 1871-1929*, Frankfurt 1986.
- (55) Morel, M.-F.: *Die Konzeption des Kindes in der Medizin des 18. Jahrhunderts*, im vorliegenden Band.
- (56) Kondratowicz, H.-J. v.: *Die Medikalisierung des höheren Lebensalters. Kontinuität und Wandlungen von ausgehenden 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert*, im vorliegenden Band.

- (57) Ulrich, A.: Entwicklung der sozialen Wahrnehmung und Reaktion auf Sexualität am Beispiel der Prostitution, im vorliegenden Band.
- (58) Vgl. hierzu Conrad/Schneider: *Deviance and Medicalization*, 1980, S. 172-214: »Homosexuality: from sin to sickness to life-style«.
- (59) Gleichmann, P. R.: Die Verhäuslichung körperlicher Verrichtungen, in: ders. u.a. (Hrsg.). *Materialien zu Norbert Elias' Zivilisationstheorie*, Frankfurt 1979, S. 254-278.
- (60) Heller, G.: »Propre en ordre«. *Habitation et vie domestique 1850 - 1930: L'exemple Vaudois*, Lausanne 1979.
- (61) Schoenwald, R. L.: *Training Urban Man*, in: H.J. Dyos/M. Wolff (Hrsg.): *The Victorian City*, 2Bde., London/Boston 1972, S. 669-692.
- (62) Frevert, U.: »Fürsorgliche Belagerung«: Hygienebewegung und Arbeiterfrauen im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: *Geschichte und Gesellschaft* 11, 1985, S. 420-446.
- (63) Vgl. Tennstedt, F.: *Vom Proleten zum Industriearbeiter*, 1983 und Labisch, A.: *Soziale Konstruktion*, 1985.
- (64) Vgl. hierzu mit weiterer Literatur Eisenbach-Stangl, I./Stangl, W.: Ist die Zwangsjacke repressiv? Über die Widersprüche psychiatrisch-medizinischer Kontrollen, in: dies. (Hrsg.): *Grenzen der Behandlung. Soziale Kontrolle und Psychiatrie*, Opladen 1984, S. 7-26, 20.
- (65) Weindling, P.: Hygienepolitik als sozialintegrative Strategie im späten Deutschen Kaiserreich, im vorliegenden Band.
- (66) Seiring, H.O.G., Lingner, K. A. in: *Sächsische Lebensbilder 2*, Dresden 1938, S. 258-263; zu den weltweiten Aktivitäten Lingners aus der Sicht des Marketings vgl. mit hervorragenden Abbildungen Väth-Hinz, H.: *Odol: Reklame-Kunst um 1900 (= Werkbund-Archiv, 14)*, Gießen 1985.
- (67) Spree, R.: Kurpfuscherei-Bekämpfung und ihre sozialen Funktionen während des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts, im vorliegenden Band.
- (68) Ferber, C. v.: Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. Zur Soziologie des Laien vor den Ansprüchen der Medizin, in: ders./Badura, B. (Hrsg.): *Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe (= Soziologie und Sozialpolitik, Bd. 3)*, München/Wien 1983, S. 265-293.
- (69) Lippe, R. zur: *Naturbeherrschung am Menschen, Bd. 1: Körpererfahrung als Entfaltung von Sinnen und Beziehungen in der Ära des italienischen Kaufmannskapitals; Bd. 2: Geometrisierung des Menschen und Repräsentation des Privaten im französischen Absolutismus*, Frankfurt 1974 (jetzt: 2. Aufl. 1981).
- (70) Illich, I.: *Die Enteignung der Gesundheit. »Medical Nemesis«*, Reinbek 1975.
- (71) Huerkamp, C.: *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 68)*, Göttingen 1985.
- (72) Göckenjan, G.: *Wandlungen im Selbstbild des Arztes seit dem 19. Jahrhundert*, im vorliegenden Band.
- (73) Engelhardt, D. v.: *Entwicklung der ärztlichen Ethik im 19. Jahrhundert - medizinische Motivation und gesellschaftliche Legitimation*, im vorliegenden Band.
- (74) Huerkamp, C.: *Ärzte und Patienten. Zum strukturellen Wandel der Arzt-Patient-Beziehung vom ausgehenden 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert*, im vorliegenden Band.
- (75) Petersen, J.: *Hauptmomente in der geschichtlichen Entwicklung der medicinischen Therapie*, Kopenhagen 1877, S. 395.

Für hilfreiche Kritik an diesem Beitrag bin ich vielen Kolleginnen und Kollegen verpflichtet. Besonders fruchtbar waren die Diskussionen der einschlägigen interdisziplinären Arbeitsgemeinschaften am Zentrum für interdisziplinäre Forschung der Universität Bielefeld. Darüber hinaus gilt mein ausdrücklicher Dank Gerd Göckenjan, Bremen, Werner F. Kimmel, Stuttgart, Reinhard Spree, Konstanz, Florian Tennstedt, Kassel und Paul Weindling, Oxford.