

Der Wandel des Krankheitspanoramas

In seinen Erinnerungen an die Kindheit hielt der Kölner Jurist und Ratsherr Hermann Weinsberg (1518–1597) fest, dass er 1532 »Fieber« (*feber*) bekam und sich dieses mit »Kälte« (*kalde*) ein auf den anderen Tag abwechselte, so dass er nachts kaum schlafen konnte und auch nicht in der Lage war, die Schule zu besuchen. Nicht nur dieses autobiographische Zeugnis, auch ein Blick in die seit dem 16. Jahrhundert überlieferten Sterbebücher zeigt, dass eine im Wesentlichen auf Symptombeschreibungen basierende medizinische Terminologie heute durch eine neue, nach pathologischen Ursachen differenzierende Fachsprache ersetzt worden ist. Statt der vagen, allgemeinen Kategorie »Fieber«, die in der Frühen Neuzeit häufig als Todesursache eingetragen wurde, finden wir nunmehr die spezifische Krankheitsursache, beispielsweise Lungenentzündung, die zudem nach einem international gültigen Schlüssel (ICD-10) kodiert wird. Auch die moderne Bedeutung des Begriffs »Hypochondrie« führt bis Mitte des 18. Jahrhunderts bei der Quelleninterpretation in die Irre. Denn unter dieser Bezeichnung verstand man seit der Antike eine reale körperliche Krankheit ohne Krankheitsfurcht als Leitsymptom. Die Umdeutung zu einer psychischen Störung, bei der die Betroffenen unter ausgeprägten Ängsten leiden, eine ernsthafte Erkrankung zu haben, ohne dass sich dafür ein objektiver Befund finden lässt, ist also erst jüngerer Datums, das heißt nicht älter als 250 Jahre, wie unter anderem das diesem Buch vorausgeschickte Motto belegt.

Doch sieht man von diesen terminologischen Verschiebungen einmal ab, die durch den in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts vollzogenen medizinthoretischen Paradigmenwechsel zu erklären sind, so fällt weiterhin ins Auge, dass sich das Krankheitspanorama in den letzten 300 Jahren grundlegend gewandelt hat. Bis zu Beginn dieses Jahrhunderts waren es eindeutig Infektionskrankheiten (z. B. Lungenentzündung) oder die sogenannten Volksseuchen (Pocken, Tuberkulose, Diphtherie), an denen die meisten Menschen starben.

Das bestätigt unter anderem ein Blick in die Chronik der Kölner Familie Rapp/Mappius vom Anfang des 18. Jahrhunderts.¹ Darin sind Krankheiten notiert, hinter deren oft für uns seltsamen Namen sich häufig Infektionskrankheiten verborgen haben dürften. Als Todesursachen werden im Einzelnen erwähnt: Die Schwägerin Anna Odilia Christina Brosius starb am 9. Oktober 1727 im Alter von 22 Jahren an einem »Fleckfieber« (fol. 26), desgleichen am 29. April 1729 die Schwiegermutter Clara Sophia Curtius, 59 Jahre alt (fol. 27f). Der »Zehrer« erlagen am 14. November 1729 die Tochter Klara Carolina (»und hatt viell gelitten«) und am 14. Februar 1733 der Schwager Peter Friedrich Brosius, 34 Jahre alt (fol. 28). Georg Mapp starb am 20. Dezember 1745 im Alter von 51 Jahren nach 4-tägiger »Brust- und hitziger Krankheit« (fol. 45). Eine tödliche »Brustkrankheit« hatte auch der Schwiegervater Johann Tilman Brosius, der am 28. April 1729 72jährig verstarb (fol. 27). Ein »Schlaganfall« ereilte am 9. Oktober 1760 Johanna Marie Catharina Mappiu (geb. 1690): Um 2 Uhr nachmittags wurde sie vom linken Arm her auf beide Beine und auch an der Zunge, so dass sie die Sprache verlor, vom Schlag getroffen (fol. 37^c). Dieses eher impressionistische Bild wird durch die Untersuchung der Sterberegister einzelner zeitgenössischer rheinischer Pfarreien weitgehend bestätigt. Danach starb in Arloff bei Bad Münstereifel in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts ein Drittel der dort begrabenen Erwachsenen allein an Erkrankungen der Atemwege. Eine weitere, häufig genannte Todesursache war übrigens die »Wassersucht« (*ex hydropsi*) in Verbindung mit »Auszehrung« (*tabes*), besonders bei älteren Menschen.²

Mittlerweile dominieren in den Industrieländern eindeutig die chronischen Krankheiten. Neben den Herz- und Kreislauf-Erkrankungen sind in den letzten Jahrzehnten die Krebserkrankungen und die Krankheiten des Nervensystems auf dem Vormarsch. 2010 starben in der Bundesrepublik knapp 860 000 Menschen.³ Den größten Anteil (41 %) haben daran Erkrankungen des Kreislaufsystems. An zweiter Stelle stehen die Krebserkrankungen oder bösartigen Neubildungen mit etwas mehr als 25 Prozent aller Sterbefälle. Es folgen die Krankheiten der Atmungsorgane (7 %) und der Verdauungsorgane (5 %). Auf diese vier Krankheitsgruppen entfallen also fast 80 Prozent aller Sterbefälle. Die nicht-natürlichen Sterbefälle (Unfalltod, Selbstmord) haben einen Anteil von knapp 4 Prozent an den Todesursachen.

Schwieriger wird es noch, wenn wir nicht die langfristige Entwicklung der Sterberate und die sich darin widerspiegelnde soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod betrachten, sondern auch etwas über Veränderungen der Erkrankungshäufigkeit (Morbidität) in Erfahrung bringen wollen.

MORBIDITÄT, MORTALITÄT, LETALITÄT

Unter Morbidität (von lat. *morbidus* = krank) versteht man die Krankheitshäufigkeit, und zwar bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe. Als Mortalität bezeichnet man die Anzahl der Todesfälle in einem bestimmten Zeitraum bezogen auf 1000 Individuen einer Gesamt- oder Teilpopulation. Mit Letalität ist die Sterberate unter den Erkrankten gemeint.

Für den Zeitraum vor Einführung der Krankenversicherung in den 1880er Jahren gibt es nur vereinzelt Quellen, die Rückschlüsse auf die Erkrankungshäufigkeit und durchschnittliche Erkrankungsdauer zulassen. Danach entfielen beispielsweise im 17. Jahrhundert auf die Angestellten einer Amsterdamer Druckerei jährlich umgerechnet 650 Krankheitstage pro 100 Arbeiter.⁴ Die durchschnittliche Zeit der Arbeitsunfähigkeit lag bei 20 Tagen. Im Vergleich dazu sehen die entsprechenden Zahlen bei den Pflichtversicherten aller Fabrikkrankenkassen des Deutschen Reiches zwischen 1886 und 1905 im Jahresmittel wie folgt aus: 705,8 Krankheitstage pro 100 männliche Versicherte und eine durchschnittliche Erkrankungsdauer von 16 Tagen pro Fall (bei den Männern).⁵ Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit liegt heute bei 11,3 Tagen je Fall und hat sich damit gegenüber früher verringert (im Zeitraum 1886–1905 im Durchschnitt 16 Tage für Männer, 17,6 Tage für Frauen⁶). Anfang der 1990er Jahre entfielen von den 25,2 Millionen gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsfällen 14,8 Millionen auf männliche Pflichtmitglieder.⁷ Um die Jahrhundertwende war das Geschlechterverhältnis ähnlich, lediglich die in der Textilindustrie beschäftigten versicherungspflichtigen Frauen wiesen eine höhere Erkrankungsrate als die Männer auf.

Krankheit ist nicht nur ein mehr oder weniger häufig auftretendes Alltagsphänomen, das sich statistisch in Morbiditäts- und Mortalitätsziffern ausdrücken lässt. Sie greift in unser alltägliches Leben ein. Der Kranke muss die Krankheit beziehungsweise ihre Symptome zunächst registrieren, dann verstehen lernen und sich schließlich mit ihnen auseinandersetzen.

Medikales Laienwissen setzte sich damals kaum anders als heute zunächst aus Selbsterfahrung mit Krankheit und Tod, dann aber auch aus vermittelter Fremderfahrung (Krankengeschichten aus zweiter Hand) und popularisiertem Buchwissen zusammen. Angesichts der selbst im städtischen Bereich noch relativ geringen Lesefähigkeit eines erheblichen Teils der Bevölkerung in der Frühen Neuzeit spielten vermutlich insbesondere die beiden zuerst genannten Informationskanäle eine sehr viel größere Rolle als in unserer, von den Massenmedien geprägten Gesellschaft, in der kaum eine Familienzeitschrift oder ein Wochenblatt ohne einen ausführlichen, offensichtlich äußerst populären Gesundheitsteil erscheint,⁸ von den Veränderungen durch das Internet ganz zu schweigen.

ÄTIOLOGIE

Der Begriff stammt aus dem Griechischen (*aitia* ‚Ursache‘ und *lógos* ‚Lehre‘) und bezeichnet ganz allgemein die Lehre von den Ursachen der Entstehung von Krankheiten. Im klinischen Sinn kann damit auch die Gesamtheit der Faktoren gemeint sein, die zu einer bestimmten Krankheit geführt haben, man spricht in diesem Zusammenhang auch von einer Ätiopathogenese.

Von einigen Medizinhistorikern wird die These vertreten, dass jedes Zeitalter nicht nur seine spezifischen Krankheitsvorstellungen hat, sondern dass die jeweilige Ätiologie durch die Allgegenwart einer bestimmten Krankheit, die das Denken und Fühlen beherrscht, entscheidend geprägt wird.⁹ Die Rolle des Wahrnehmungsfilters, die heute der Krebs (obwohl objektiv betrachtet Herz-Kreislauf-Erkrankungen an der Spitze der Mortalitätsstatistik stehen) auf breiter Front übernommen hat, fiel in der Frühen Neuzeit zweifellos der Pest zu. Jedes verdächtige allgemeine Symptom (z. B. anhaltendes Fieber, Hautveränderungen) nährte zunächst einmal den Verdacht, dass es sich vielleicht doch um erste Anzeichen einer Pesterkrankung handeln könnte. Die Cholera-Epidemien des 19. Jahrhunderts haben dagegen trotz der Panik und des Schreckens, die sie in allen Schichten der Bevölkerung hervorriefen, die Mentalität der Menschen nicht so entscheidend geprägt, als dass dadurch die alltägliche Krankheitswahrnehmung geschärft oder dauerhaft beeinflusst worden wäre. Dafür traten sie zu sporadisch und häufig auch regional oder lokal begrenzt auf.

Krankheitserklärungen

Bis heute ist die entscheidende Frage, die der Kranke sich stellt, die nach der Prognose. Nicht weniger wichtig ist aber die Ursachenforschung, die der Kranke mit oder ohne Mithilfe des Arztes betreibt. Für die Frühe Neuzeit ist typisch, dass zwei Krankheitserklärungssysteme, die sich weder überschneiden noch unterschiedlichen therapeutischen Bereichen zuordnen lassen, nebeneinander existierten. Auf übernatürliche Erklärungen griff man in der Regel nur zurück, wenn die natürlichen Erklärungen versagten und wenn die Krankheit lebensbedrohende Ausmaße angenommen hatte. Es ist also längst nicht so, wie es eine an der Modernisierungstheorie orientierte Medizingeschichtsschreibung gemeinhin darstellt, dass nämlich ein Mangel an Ärzten vor allem auf dem Land in erhöhtem Maße althergebrachte, »subkulturelle« medizinische Erklärungsmuster und Verhaltensweisen hervorrief. Auch wenn die Arztdichte in der Frühen Neuzeit zweifellos geringer war als heute, so hielten die Zeitgenossen eines Luthers oder Paracelsus an einem ätiologischen Verursacherprinzip fest, das hinsichtlich der vermuteten Krankheitsursache nach sozialem und funktionalem Kontext deutlich zu unterscheiden wusste¹⁰, was wiederum für die Wahl des entsprechenden Heilers von Bedeutung war.

Wie zahlreiche medizinhistorische Arbeiten der letzten beiden Jahrzehnte gezeigt haben, war der leidende Mensch in der Frühen Neuzeit keineswegs stumm.¹¹ Zwar beherrschte der Kranke nicht die medizinische Fachsprache seiner Zeit, konnte sich aber in seiner Alltagssprache in einer Differenziertheit dem Arzt oder Heiler gegenüber verständlich machen. Das erstaunt heutzutage vielleicht einen Medizinsoziologen, der aufgrund neuerer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Kommunikation einen eher »restringierten Code« (wie man den Sprachgebrauch bildungsferner Schichten bezeichnet) bei einem Durchschnittspatienten vermutet. Es scheint somit, dass in einer inzwischen weitgehend medikalisierten Gesellschaft die Kranken nahezu die Fähigkeit verloren haben, ihr Leiden in Worte zu fassen, wobei aber fraglich ist, ob das als weiterer Beweis für die »Entmündigung« des Patienten infolge des ärztlichen Professionalisierungsprozesses gewertet werden kann.

MEDIKALISIERUNG

Der Terminus ‚Medikalisierung‘ geht auf die französische Medizingeschichtsschreibung zurück, die von der *Annales*-Schule beeinflusst wurde. Erstmals

definiert wurde dieser Begriff von dem französischen Historiker Jean-Pierre Goubert im Jahr 1982. Er meinte damit einen Vorgang, der in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts einsetzte sowie von langer Dauer war und in dessen Verlauf es den Ärzten gelang, ihr medizinisches Angebot mit Hilfe des Staates breiten Bevölkerungsschichten zu oktroyieren. Es handelt sich also um einen Prozess der Erweiterung des medizinischen Marktes, bei dem eine Berufsgruppe besonders privilegiert wird, andere Heiler (beispielsweise Empiriker, Hebammen, Wundärzte) dagegen ausgegrenzt werden. Für die deutsche Forschung erwies sich vor allem der Medikalisierungsbegriff, wie ihn die Sozialhistorikerin Ute Frevert Anfang der 1980er Jahre prägte, als weiterführend.

Unterschiedlich wahrgenommen wurden nicht nur die angeblichen Krankheitsursachen, sondern auch die Behandlungsmethoden. Es existiert zweifellos ein Unterschied zwischen dem, was die Ärzte – damals wie heute – von ihren Methoden und Therapien halten und dem, was die Patienten darüber denken. Ein Blick in den medizinischen Alltag der Frühen Neuzeit zeigt ganz eindeutig, dass zumindest im deutschen Sprachraum ein heute und auch in der älteren medizinischen Literatur eher als harmlos angesehenes Mittel wie der Einlauf mittels Klistier im 16. und 17. Jahrhundert bei den Patienten gefürchtet war, weil man damit den nahen Tod assoziierte,¹² wurde es doch nur bei aussichtslosen Fällen verabreicht. Denn dieses verschrieb der Arzt meist dann, wenn er nicht mehr weiter wusste. Große Angst hatte man auch – angesichts mangelnder Antisepsis und unzureichender Anästhesie wohl nicht zu Unrecht – vor operativen Eingriffen, wenn man die zahlreichen verstreuten Quellenbelege für ein solches Krankheitsverhalten richtig deutet.

Was Sozial- und Medizinhistoriker auf der Basis der medizinischen Literatur des 17. und vor allem 18. Jahrhunderts herausgefunden haben, dass sich nämlich das Problem der ökonomischen Bewertung ärztlicher Leistungen durch den Patienten vor allem in den Therapieformen niederschlägt,¹³ wird durch ältere Quellenbelege ebenfalls bestätigt. Gefragt waren vor allem rasche Wirkung zeigende Mittel, wie Aderlass und diverse Abführ- oder Brechmittel. Für vernünftige Ratschläge zu einer gesünderen Lebensweise oder für sanfte, aber langsam wirkende Therapien hatte die Mehrzahl der damaligen Patienten, zumindest wenn sie von einem Arzt kamen, meist wenig übrig, obwohl der Preis, den sie für diese »heroischen« Kuren mit dem eigenen Körper, wenn nicht gar mit

dem Leben bezahlten, recht hoch war. Die Bewertungsprobleme ärztlicher Hilfe durch den Patienten entsprechen der »moralischen Ökonomie«¹⁴, die vor dem 19. Jahrhundert nach den Forschungen des britischen Sozial- und Wirtschaftshistorikers E. P. Thompson (1924–1993) für das Verhalten der unteren Schichten charakteristisch war. Das heißt, wenn der Erfolg ausblieb, sank der Gebrauchswert der ärztlichen Leistung gegen null. Entsprechend gering war dann die Zahlungsmoral, worüber sich die Ärzte bis weit ins 19. Jahrhundert immer wieder beklagten. Dass dieses Problem heute von geringerer Bedeutung ist, hat mit der quantitativen Bedeutung der Kassenarztpraxis in unserem Gesundheitssystem zu tun. Doch klagten inzwischen viele Ärzte und insbesondere Zahnärzte darüber, dass ihre Privatpatienten häufig erst verspätet und dann nur nach mehrmaliger Mahnung ihre Rechnung bezahlen.¹⁵

Änderungen im Krankheits- und Gesundheitsverhalten

Üblicherweise werden die Begriffe Gesundheits- und Krankheitsverhalten benutzt, um Einstellungen, Wahrnehmungen, Informationen und Entscheidungen zusammenfassend zu benennen, welche dazu dienen, die Gesundheit zu erhalten oder Krankheit in angemessener Weise zu behandeln. Aus neueren medizinsoziologischen Untersuchungen wissen wir, dass die Zahl derjenigen, die im Krankheitsfall nicht zum Arzt gehen, sondern es mit Selbsthilfe versuchen, je nach Schwere der Krankheit zwischen 10 und 50 Prozent anzusiedeln ist. Sozial- und Medizinhistoriker sind bisher davon ausgegangen, dass vor dem 19. Jahrhundert die Selbstmedikation aufgrund der »Unterversorgung« mit professionellen Heilern (vor allem mit Ärzten und Chirurgen) insbesondere auf dem Land, aber auch in der frühneuzeitlichen Stadt noch sehr viel häufiger vorkam, ohne dass aber diese Vermutungen empirisch belegt wurden.¹⁶ Eine englische Fallstudie kommt für das 17. Jahrhundert (allerdings bezogen auf den Haushalt und Freundeskreis eines Landpfarrers) auf über 90 Prozent, während es im frühneuzeitlichen Köln – gleichfalls in einem Mittelschichthaushalt – »nur« 60 Prozent waren, die zunächst oder ausschließlich zur medizinischen Selbsthilfe griffen. Nach den amtsärztlichen Gesundheitsberichten des 19. Jahrhunderts zu urteilen, hatte meist mehr als die Hälfte (die Prozentzahlen schwanken zwischen 63 Prozent

für den Stadt- und Landkreis Bonn und 38 Prozent für Kurhessen) der in der Sterbestatistik aufgeführten Personen in ihrer letzten Krankheit keinen Arzt oder Wundarzt in Anspruch genommen.¹⁷ Solche Zahlen könnten vielleicht auf signifikante Unterschiede in der Erreichbarkeit professioneller Heiler sowie im ausreichenden Angebot auf dem städtischen bzw. ländlichen Gesundheitsmarkt hindeuten. Doch gilt es hier eine schwarze Legende zu zerstören, die sich bis heute in der medizinhistorischen Literatur findet, dass nämlich der »gemeine Mann«, also mehr als zwei Drittel der städtischen Bevölkerung, vor der Expansion des Gesundheitsmarktes im 19. Jahrhundert durch wohlfahrtsstaatliche Maßnahmen keinen Zugang zum offiziellen Gesundheitswesen hatten, weil man sich die Visite eines gelehrten Arztes oder handwerklich ausgebildeten Chirurgen finanziell nicht leisten konnte. Dass man mit solchen Pauschalurteilen vorsichtig sein sollte, zeigen beispielsweise die Kölner Quellen. Danach waren unter den Patienten der dortigen Wundärzte alle Schichten der Bevölkerung vertreten. Nimmt man als Ausgangsbasis alle Berufe, die mindestens zwei Mal in den 2314 überlieferten Krankenvisitenprotokollen vom Anfang des 17. Jahrhunderts erwähnt werden, so ergibt sich eine nahezu gleichmäßige Verteilung (110:127:111) auf das untere, mittlere und obere Drittel, wenn als Maßstab für das Einkommen bzw. Vermögen die Mietrangliste der genannten Berufe angelegt wird.¹⁸

Wie neuere Arbeiten zur Sozialgeschichte der Medizin betonen, gilt für das Hospital alten Typs, dass es eher den Charakter eines Hospizes als den eines Krankenhauses oder Lazaretts hatte.¹⁹ Das heißt also, dass wir es bei den Insassen oder Patienten nicht mit einem repräsentativen Ausschnitt aus der kranken Bevölkerung zu tun haben. Bei diesen Personen war vielmehr deren soziale Bedürftigkeit eine Voraussetzung für die Einlieferung. Das änderte sich grundlegend erst im späten 19. Jahrhundert und frühen 20. Jahrhundert. Damals entstanden nicht nur zahlreiche Privat- und Spezialkrankenhäuser für die begüterten Schichten. Auch in den Allgemeinen Krankenhäusern, die damals mit großem finanziellen Aufwand von den Kommunen aus öffentlichen Mitteln gebaut wurden, wuchs der Anteil derjenigen Patienten, die nicht von den Armenkassen unterstützt wurden, sondern die sich aus eigenem Willen an diesen Ort begaben, weil sie dort von den Fortschritten der Therapie profitieren konnten.²⁰ 2010 kamen fast 100 Prozent (98,7%) aller Neugeborenen im Krankenhaus zur Welt. Inzwischen geht für weit mehr als die Hälfte aller Menschen auch das Leben im Krankenhaus zu Ende.²¹ Welche zahlenmäßig geringe Bedeutung die

Behandlung im Krankenhaus noch gegen Ende des 19. Jahrhunderts hatte, zeigt eine Ulmer Statistik. Danach wurden 1893 etwas über 2100 Patienten in den beiden städtischen Krankenhäusern versorgt. Fast die gleiche Zahl erhielt die sogenannten »Ersatzleistungen« im Krankheitsfall, die entweder von den Orts- und Fabrikkrankenkassen oder den örtlichen Armenverbänden gezahlt wurden.²² Die Stadt Ulm zählte damals knapp 39000 Einwohner (heute über 122000).

In diesem Zusammenhang kann nicht häufig genug betont werden, welchen radikalen Einschnitt für das medikale Verhalten großer Teile der Bevölkerung die Bismarck'sche Sozialversicherungsgesetzgebung bedeutete. Vor 1886 galt, dass selbst für Arme und Minderbemittelte, soweit sie nicht in Genuss städtischer Armenpflege kamen, ärztliche Behandlung und Arznei trotz der immer wiederholten Appelle an die ärztliche Standesethik in der Regel keinesfalls gratis waren.²³ Dennoch sollte man über den Klagen hinsichtlich der schwierigen Lage der Minderbemittelten im Krankheitsfall nicht vergessen, dass selbst Angehörige der Unterschicht auch vor der Einführung der Allgemeinen Krankenversicherung über Mittel und Wege verfügten, im Notfall die kostspielige Hilfe eines Medikus oder Wundarztes in Anspruch zu nehmen. Das geschah meist in Form des sogenannten »Sozialkapitals«. Dazu zählten und zählen neben der Familie vor allem Freunde, Nachbarn und Arbeitgeber beziehungsweise Dienstherrn.

Bevor das Krankenhaus eine so zentrale Stellung in unserem Gesundheitswesen einnahm und bevor es eine gesetzliche Krankenversicherung gab, befanden sich studierte Ärzte wie auch handwerklich ausgebildete Wundärzte und Chirurgen gleichermaßen in einem Dilemma. In einer Situation, die von einem starken Konkurrenzdruck und einer marktbestimmenden Macht des Patienten gekennzeichnet war, musste der Arzt auf seine Klientel Rücksicht nehmen.²⁴ Das erforderte Kompromisse, erzwang das Eingehen auf schichten- und gruppenspezifische Bedürfnisse sowie auf die Wünsche und Ansichten der Patienten. Wie das um die Mitte des 17. Jahrhunderts entstandene *Vademecum* eines rheinischen Arztes eindrucksvoll belegt, sammelten und benutzten damals auch akademische Ärzte volkssprachliche Krankheitsnamen, um die soziale Distanz in der alltäglichen Praxis leichter abzubauen und auf den situativen Kontext des jeweiligen Patienten eher eingehen zu können. Auch war es bis weit ins 19. Jahrhundert eher unüblich, dass die Patienten zum Arzt in die Sprechstunde kamen, der Arzt begab sich vielmehr zum Kranken in die

Wohnung, was nicht nur Zeit, sondern auch Mühen kostete und nicht ohne Folgen für die Arzt-Patient-Beziehung blieb. Denn am Krankenbett war der Arzt nicht allein und seine Autorität nicht unumstritten wie in seiner eigenen Praxis.²⁵

Medikalisierung

Unter dem bereits erwähnten Begriff »Medikalisierung« versteht man die Zunahme von Angebot und Nachfrage auf dem »privaten« Sektor medizinischer Dienstleistungen. Außerdem ist damit die sich auf immer mehr Bereiche ausdehnende staatliche Gesundheitspolitik gemeint, die ein so wichtiges Gut des Menschen nicht länger der Privatinitiative überlässt, sondern stark regelnd in den Gesundheitsmarkt eingreift. Die Anfänge unserer modernen Gesundheitsbürokratie liegen – wie am Beispiel einiger bedeutsamer Infektionskrankheiten zu zeigen sein wird – in den seuchenpolizeilichen Maßnahmen, die städtische Obrigkeiten seit dem 14. Jahrhundert zunächst in Italien, dann auch in Deutschland ergriffen, um mit den Folgen und Begleiterscheinungen der gefürchteten Pest fertig zu werden. Im 18. Jahrhundert, im Zeitalter der medizinischen Aufklärung, bestimmte das Konzept der *Medicinischen Policy* (Johann Peter Frank) Inhalte und Ziele der Gesundheitspolitik. Eine so verstandene Gesundheitspolitik war, wie für Preußen nachgewiesen wurde, geeignet, »Sozialfürsorge und Wohlfahrtspflege als Instrumente der sozialen Disziplinierung zu integrieren.«²⁶ Typisch für diese Phase in der Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens ist die für Preußen 1825 erlassene Regelung, wonach sich das Ministerium für Geistliche, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten eher um die wissenschaftlichen Belange einer Gesundheitsfürsorge kümmern sollte, während dem Innenministerium dagegen die Sanitätspolizei übertragen wurde. Neue gesundheitspolitische Perspektiven enthielt erst die in den 1840er Jahren in ganz Deutschland geführte Debatte um eine grundlegende Medizinalreform. Die meisten der damaligen Hoffnungen auf Reform erfüllten sich zunächst jedoch nicht. Von entscheidender Bedeutung für die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens und die Stellung der Ärzte in Staat und Gesellschaft war die Gewerbeordnung von 1869, die schließlich die von Ärzten zunächst herbeigesehnte und lange geforderte »Kurierfreiheit« brachte. Nach der Reichsgründung wurde die Dezentralisierung der Gesundheitspflege