

DISKUSSIONSPAPIERE

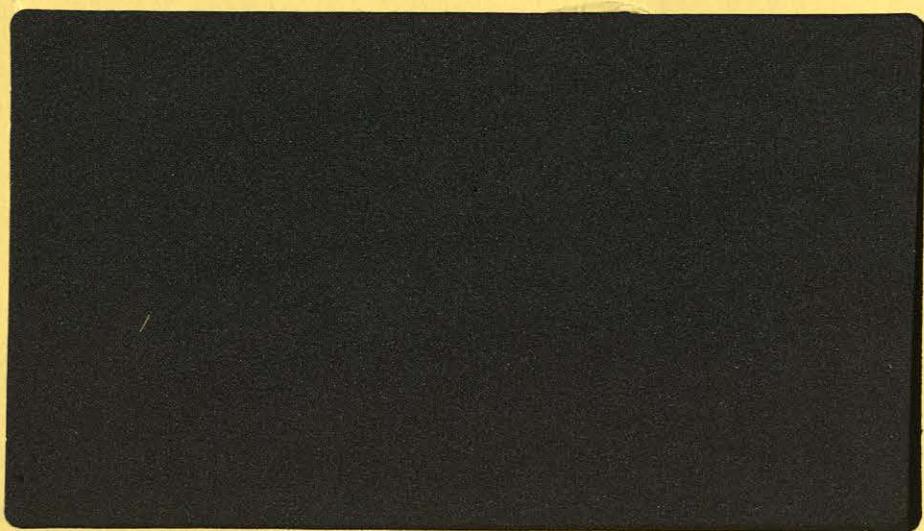
Nr. 3

**„Greisenkrankheiten“ und „Chronische
Krankheiten“**

Analyse der historischen Diskurse

Hans-Joachim von Kondratowitz





Nr. 3

**„Greisenkrankheiten“ und „Chronische
Krankheiten“**

Analyse der historischen Diskurse

Hans-Joachim von Kondratowitz

3 m 136
(33 i)

2. EX.

**DEUTSCHES ZENTRUM
FÜR ALTERSFRAGEN E.V.**
Manfred-von-Richthofen-Straße 2
12101 Berlin
Tel. 030/786 60 71 · Fax 030/785 43 50

97.27

Inhalt

Verzeichnis der Schaubilder	4
A. Zum Projekt „Chronische Krankheiten“ im DZA	5
B. Die Aktualität des Themas	7
1. Die gegenwärtigen Thematisierungslinien des Konzepts der „Chronischen Krankheiten“	7
2. Konsequenzen für die Projektanalyse	23
C. Die Historisierung der „Chronischen Krankheiten“	31
1. Konjunkturen der „Chronischen Krankheiten“	31
2. Epochenschwelle und Medizingeschichte	37
2.1. Kosmologische Deutung und die „Kette der Wesen“	38
2.2. Verzeitlichung und das Ende der Naturgeschichte	41
2.3. Die prekäre Rolle der „Medizinischen Anthropologien“	43
3. Der Diskurs der „Greisenkrankheiten“	49

3.1. Lebenswelt und Alter: Körperbilder als symbolische Repräsentationen	52
3.2. Alter als Baustein der „Lebenskurve“	55
3.3. Alter und „Lebenskraft“	57
3.4. Alter und „wissenschaftlicher Fortschritt“	59
3.5. Der Diskurs der „Altersschwäche“	61
4. Der Diskurs der „Chronischen Krankheiten“	70
4.1. Das Erbe der Antike	71
4.2. Die Dissoziation des Diskurses über die „Chronischen Krankheiten“	77
4.3. „Weder Gesundheit noch Tod in der Nähe“ - Gliederungsversuche der Chronischen Krankheiten	82
4.3. Die Theorie der chronischen Krankheiten in der Homöopathie	94
5. Aussichten und Strategien der Forschung	104
Literaturverzeichnis	108

A. Zum „Projekt Chronische Krankheiten“ im DZA

Der vorliegende Bericht resümiert die Überlegungen und die Ergebnisse des ersten medizinhistorischen Teils eines umfassenden Projekts Chronische Krankheiten, das schon seit längerer Zeit im DZA geplant war, dessen letztendlicher Durchführung sich aber lange verschiedene sachliche und organisatorische Gründe entgegengestellt hatten. Die anfänglichen Bedenken, eine medizinsoziologisch ausgerichtete Analyse, wie wünschenswert auch immer, nicht ohne zusätzliche medizinische Expertise innerhalb des Instituts erarbeiten zu können, wichen dann gegen Ende der achtziger Jahre zunehmend der Bereitschaft, sich auf die Frage nach dem Wesen und den verschiedenen Konzepten chronischer Krankheiten gerade auch unter sozialen Aspekten intensiver einzulassen.

Eine solche Bereitschaft war dabei sicherlich auch einem starken sachlichen Druck aus der konkreten sozialpolitischen Konzeptentwicklung zur Pflegeproblematik zu verdanken. Denn je stärker die öffentliche Diskussion über eine zu etablierende Absicherung im Pflegefall bis hin zum Entwurf einer allgemeinen Pflegeversicherung die sozialpolitische Landschaft dynamisierte, desto deutlicher wurde auch, daß sich zwangsläufig im Zusammenhang mit diesem sozialstaatlichen Großprojekt eine differenzierte Verwendungsforschung herausbilden würde, die es nun erlauben könnte, die Dimension der zukünftigen Stellung der chronischen Krankheiten durch das Institut umfassender aufzuarbeiten. Ein zweiter Push-Faktor war sicherlich auch die Intensivierung bereits bestehender oder die Etablierung neuer Public-Health-Studiengänge an verschiedenen Universitäten in der Bundesrepublik Deutschland und die damit verbundene Selbstthematisierungen und Selbstbefragungen der medizinischen Dis-

ziplinen hinsichtlich ihrer Durchsetzungsbedingungen, auch unter dem Druck sich differenzierender Professionalisierungsvorgänge in der sozialmedizinischen Versorgung.

Damit war es nun einfacher, die Perspektive einer langfristigen Befassung mit diesem Themenbereich auch in diesem sozialgerontologischen Institut weiterentwickeln zu können. Die nachstehenden Ausführungen stellen ein erstes Ergebnis aus diesem Bereich dar. Es ist noch ein, wenn man so will, aussagebegrenztes Produkt insofern, als es aus medizinhistorischer Sicht versucht, die hochambivalente Entfaltung des Konzepts der „chronischen Krankheiten“ als geschichtlichen Prozeß überhaupt einmal zu rekonstruieren und dies in Kontrast zu setzen und zu vergleichen mit der gleichzeitigen Medikalisierung des Alters im 19. und dem beginnenden 20. Jahrhundert. Übereinkunft bestand im übrigen, daß in der ersten Phase des Projekts gerontopsychiatrische Krankheitsbilder noch aus der Betrachtung ausgeschlossen bleiben sollten. Gerade ihre historische Rekonstruktion ist so bedeutend und der Betrachtungsbereich inzwischen so hochdifferenziert, daß dafür eine eigene Studie erarbeitet werden sollte, die sich konzentriert diesen Fragen widmen müßte. Die vorliegende Arbeit versucht daher erst einmal die historische Basis einer disziplinären Selbstvergewisserung in den und für die medizinischen Diskurse herauszuarbeiten, auf der dann die konkreten Konzeptentwicklungen der Gegenwart umso fruchtbarer gegeneinander gesetzt werden können.

B. Die Aktualität des Themas

1. Die gegenwärtigen Thematisierungslinien des Konzepts der „chronischen Krankheiten“

Den Themenkreis der chronischen Krankheiten anzusprechen und ihre verschiedenen konzeptionellen Entwicklungen zum Gegenstand einer Analyse zu machen, heißt heute sich in ein von verschiedenen professionellen Trägergruppen und sozial - und gesundheitspolitischen Regulierungsversuchen geprägtes Aushandlungsfeld zu begeben. Ohne deren entsprechende wohlfahrtsstaatliche Zurichtung und Bearbeitung ist der Rang und die Bedeutung chronischer Krankheiten also heutzutage gar nicht mehr sinnvoll zu diskutieren. Allerdings kann dies andererseits nicht davon entbinden, den Augenmerk auf die epochalen Entwicklungsmuster der Veränderungen in den Krankheitsspektren zu lenken und dieses zu tun, ohne dabei als Erklärung für diesen Wandel eine zwangsläufige und schlüssige Verbindung zu konkreten medizinischen und gesellschaftlichen Interventionen von vorneherein zu unterstellen. Spätestens seit den bahnbrechenden Forschungsergebnissen von Thomas McKeown hat man gelernt, die „großen Wandlungen“ in den Krankheitsspektren nicht mehr naiv-fortschrittsgläubig den spezifischen medizinischen Maßnahmen wie Impfungen, dem Einsatz besonderer Behandlungsformen u.ä. zuzuschreiben, sondern diese vielmehr auf die langsamen Wirkungen epochaler kultureller Veränderungen der menschlichen Lebensführung zurückzuführen und den Einfluß von konkreten Maßnahmen als eher begrenzt, bestenfalls als unterstützend einzuschätzen. Es ist daher sinnvoll,

sich die bestimmenden Determinanten dieses Feldes der „Chronischen Krankheiten“ für die Gegenwart noch einmal in aller gebotenen Kürze vor Augen zu führen. Denn nur eine solche Vergegenwärtigung erlaubt es auch, die - gerade im vorliegenden Fall der chronischen Krankheiten - langfristigen, sich über mehrere Jahrhunderte erstreckenden Entwicklungsschübe und gesellschaftlichen Umdefinitionen für deren Position im Spektrum der Medizingeschichte klarer zu erkennen.

Um eine solche Rekonstruktion leisten zu können, ist es aus Gründen der Klarheit ratsam, sich exemplarisch entsprechender Grundlagentexte und Diskursdokumentationen zu bedienen, die gewissermaßen „rein“ den fortgeschrittenen Stand der sozialmedizinischen Diskussion über den gegenwärtigen epochalen Stellenwert des Gesamtkomplexes der chronischen Krankheiten abbilden. Selbstverständlich kann und soll mit solch einer Wahl von Referenztexten nicht die Behauptung aufgestellt werden, daß in den dort dargestellten Auffassungen sozusagen unbestrittenes gemeinsames Gedankengut der Sozialmedizin zusammengefaßt sei, das sich jeder Kritik entzöge. Ganz im Gegenteil wird noch genügend Gelegenheit gegeben werden, alternative kritische Positionen zu resümieren und deren spezifischen Geltungsbereich zu würdigen. Aber trotzdem vermittelt sich zumindest in einigen dieser Texte auch etwas von einer optimistischen Emphase, nicht nur großräumige Trends der Krankheitsentwicklung in den hochindustrialisierten Staaten zu beschreiben, sondern auch daran anschließend Zukunftshorizonte eines Entwurfs von Gegenstrategien zu präsentieren, in denen auch etwas von der enormen kulturellen Bedeutung vermittelt wird, die mit dem Thema der chronischen Krankheiten angesprochen ist.

Meistdiskutiertes und daher sicherlich einflußreichstes Werk der jüngsten sozialmedizinischen Diskussion zum Thema Chronische Krankheiten ist

das 1981 erschienene Buch „Vitality and Aging. Implications of the Rectangular Curve“ der beiden Medizinprofessoren James F. Fries und Lawrence M. Crapo von der Stanford University School of Medicine gewesen. In einer breiteren Öffentlichkeit ist diese Publikation vor allem durch die erkenntnisleitende Überzeugung bekannt geworden, man werde in der Zukunft eine spektakuläre „komprimierten Morbidität“ in den höheren Altersgruppen erwarten können. Viele Veröffentlichungen der Gerontologie und Sozialmedizin haben dann die eine solche These vergegenständlichende rektangularisierte Überlebenskurve weithin popularisiert und in die internationale Diskussion gebracht.

In der Essenz sagt diese These aus, daß die heutige kumulative Überlebenskurve des Menschen sich im Laufe dieses Jahrhunderts immer stärker derjenigen „rechteckigen“ idealen Überlebenskurve annähert, die man erhielte, wenn überhaupt kein „vorzeitiger Tod“ auftreten würde. Mit einer solchen „Rektangularisierung“ würde also zunehmend ein „Zusammendrängen“ der Morbidität und in der Konsequenz damit auch der sie begleitenden gesundheitlichen Dienstleistungen in den höchsten Altersklassen stattfinden. Notwendige Grundlage, um eine solche „komprimierte Morbidität“ überhaupt als Projektion formulieren zu können, sind dabei zwei Prämissen: Zum einen setzt diese These voraus, daß die Lebensspanne der Spezies Mensch aus biologisch-genetischen Gründen als endlich betrachtet werden muß und auch nicht jeweils immer weiter verlängert werden kann, denn nur dann läßt sich die Charakterisierung eines „vorzeitigen Todes“ (premature death) überhaupt vertreten. Damit wäre es dann auch möglich, daß die Zeitspanne zwischen dem Auftreten chronischer Erkrankungen und dem jeweiligen Tod kürzer wird. Oder anders ausgedrückt: die Verzögerung des durch chronische Erkrankungen bedingten Todes ermöglicht ein hohes Alter.

Bei der Bestimmung der Endlichkeit menschlichen Lebens kommen die Autoren - krankheitsspezifische, geschlechtsspezifische und ethnische Differenzierungen einberechnend - auf der Basis statistischer Normalverteilung (Gompertz'sches Gesetz) zu einer Altersspanne von 77 bis 93 Jahren und damit zu einem arithmetischen Mittel von 85 Jahren (maximum average life expectancy), in dem das menschliche Leben auch auf „natürliche“ Weise, d.h. ohne den Einfluß von Krankheitsfaktoren abgeschlossen wird. Zweitens wird eine bestimmte Umgangsform mit chronischen Erkrankungen unterstellt: Durch die Reduktion von Risikofaktoren des alltäglichen und beruflich geprägten Lebenswandels bzw. durch die Umsetzung präventiver Strategien ist bereits heute und zukünftig in noch stärkerem Umfange ein Aufschieben des Eintretens von chronischen Krankheiten mit der Tendenz möglich, die dadurch entstehende Morbidität und damit natürlich auch den jeweilig notwendigen medizinischen Aufwand in einem kürzeren individuellen Lebensabschnitt zu konzentrieren.

Die Position der chronischen Krankheiten als einer Schlüsselkategorie innerhalb der These von der „komprimierten Morbidität“ ist in den vorausgehenden Erörterungen wohl schon deutlich geworden. Trotzdem sollte sie aber hier noch einmal in allen ihren verschiedenen Erscheinungsformen ausformuliert werden. Zuallererst ist die epochale Erscheinung des gesteigerten Auftretens solcher chronischen Erkrankungen als Ausdruck eines grundlegenden gesellschaftlichen Wandels zu werten, eines Wandels der Lebensumstände als auch der Eliminierung bestimmter Krankheitserscheinungsbilder durch die Hygienisierung des Alltags im Zusammenspiel mit besonderen medizinpolitischen Maßnahmen. Fries/Crapo beleuchten die Implikationen dieses Wandels mit der Publikation der folgenden Abbildung (**Schaubild 1**), in dem der Wandel der Mortalität von 1900 bis 1967 anhand US-amerikanischer Daten dargestellt wird. Die

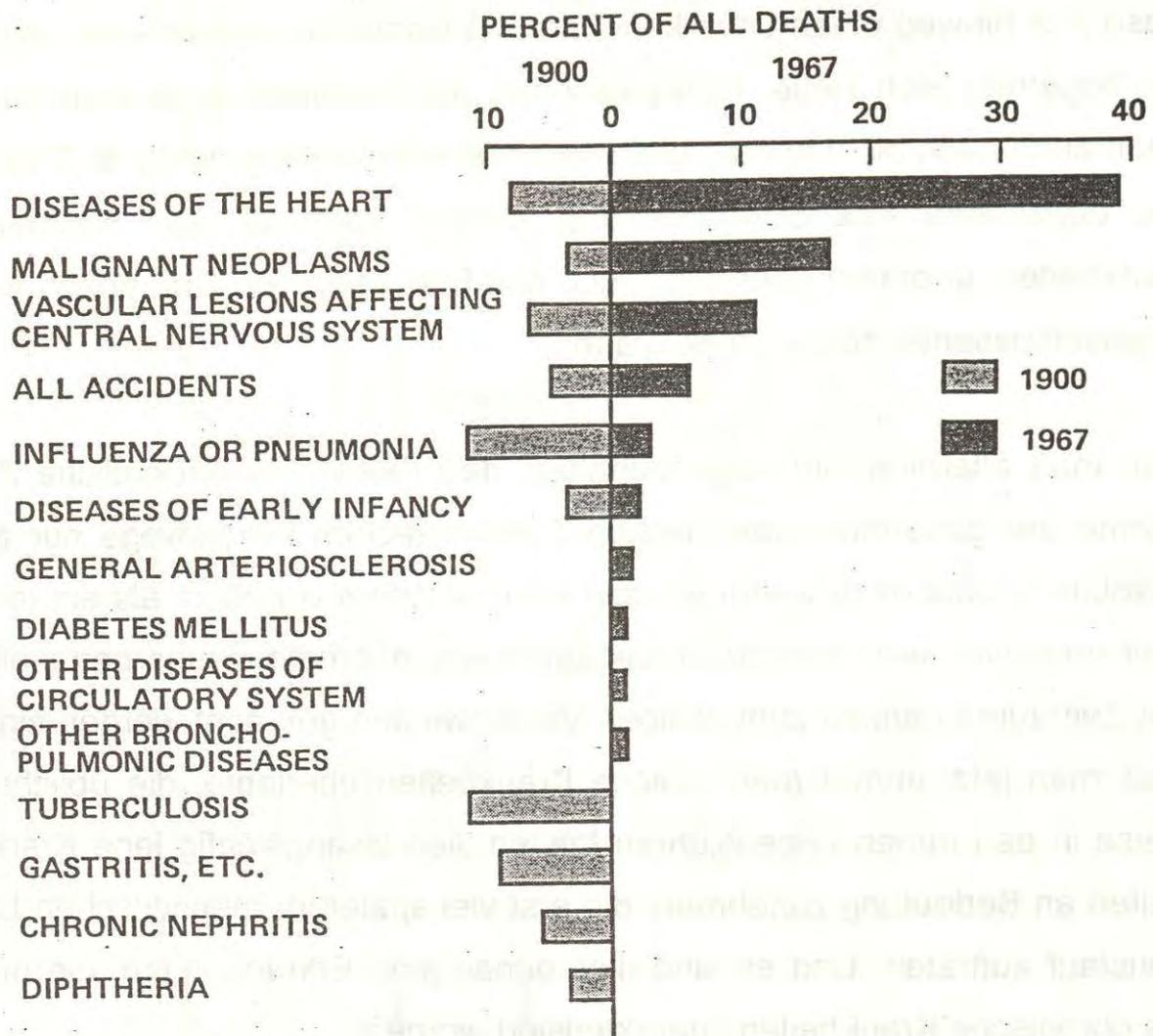


Schaubild 1

Wandel der Mortalitätsmuster in den USA im Kontrast der
Jahre 1900 und 1967

(Quelle: Fries/Crapo 1981, 64)

Aussage dieses Abbilds ist für sich genommen offensichtlich genug: Die Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems und die verschiedenen Formen der bößartigen Mißbildungen (wie Krebs) haben als Todesursachen über diese Zeit hinweg einen unverkennbaren Zuwachs zu verzeichnen; ebenso 'beginnen sich neue Todesursachen als dominant herauszubilden, wenn auch noch nicht in dem gleichen massiven Umfang, wie z.B. Diabetes, allgemeine Arteriosklerose und weitere Varianten von Kreislaufkrankheiten, in denen dann z.B. auch das Entstehen von Demenzen mit eingeschlossen sein würden u.ä.m.

Man muß allerdings im Auge behalten, daß diese außerordentliche Zunahme der genannten spezifischen Todesursachen keineswegs nur als absoluter Zuwachs gewertet werden kann, sondern vor allem als ein relativer erscheint, weil die Infektionskrankheiten innerhalb dieses betrachteten Zeitraums nahezu zum völligen Verschwinden gebracht worden sind. Daß man jetzt immer mehr solche Krankheiten überlebte, die üblicherweise in den frühen Lebensjahren töteten, ließ zwangsläufig jene Krankheiten an Bedeutung zunehmen, die erst viel später im menschlichen Lebenslauf auftraten. Und es sind dies genau jene Erkrankungen, die nun als chronische Krankheiten charakterisiert werden.

Fries/Crapo haben die spezifischen Merkmale derjenigen chronischen Krankheiten, die heutzutage relevant sind, noch einmal in einer Tabelle zusammengestellt, in der die jeweiligen Phasen ihrer Entwicklung in 10-Jahres-Abständen unterschieden und miteinander entsprechend ihres Entwicklungsstadiums kontrastiert werden (**Schaubild 2**). An anderer Stelle hat Fries diese Definition der chronischen Krankheiten ausformuliert, in dem er die sachliche Quintessenz dieser Tabelle noch einmal in Worte gefaßt hat. Er sagte hier: „Die wichtigsten chronischen Krankheiten sind *universell, progressiv, haben eine lange vorsymptomatische Phase*

Age	Stage	Atherosclerosis	Cancer	Osteoarthritis	Diabetes	Emphysema	Cirrhosis
20	start	elevated cholesterol	carcinogen exposure	abnormal cartilage staining	obesity	smoker	drinker
30	discernible	small plaques on arteriogram	cellular metaplasia	slight joint space narrowing	abnormal glucose tolerance	mild airway obstruction	fatty liver on biopsy
40	subclinical	larger plaques on arteriogram	increasing metaplasia	bone spurs	elevated fasting blood glucose	X-ray hyperinflation	enlarged liver
50	threshold	leg pain on exercise	carcinoma in situ	mild articular pain	sugar in urine	shortness of breath	upper GI hemorrhage
60	severe	angina pectoris	clinical cancer	moderate articular pain	hypoglycemic drug requirement	recurrente hospitalization	ascites
70	end	stroke, heart attack	metastatic cancer	disabled	blindness; neuropathy; nephropathy	intractable oxygen debt	jaundice; hepatic coma

Schaubild 2

Die Zuwachsphasen der wichtigsten chronischen Krankheitsbilder

(Quelle: Fries/Crapo 1981, 83)

und sind relativ *behandlungsresistent*. Arteriosklerose, Emphyseme, Osteoarthritis, bösartige Tumore sind heute die wichtigsten Morbiditäts- und Mortalitätsursachen. Diese Pathologien haben vorsymptomatische Anzeichen, die früh im Leben identifiziert werden können, und haben mit zunehmendem Alter eine universelle Prävalenzrate, die durch interindividuell unterschiedliche Kumulationsraten gekennzeichnet sind. Bei manchen Personen findet eine schnelle Progression zu schwerster Behinderung oder Tod statt, während andere ihr Leben lang lediglich vorsymptomatische Anzeichen aufweisen. Daraus folgt, daß unsere Aufmerksamkeit auf die Faktoren, die zu unterschiedlichen Kumulationsraten der Krankheit führen sowie auf Interventionen, die lange vor dem Auftreten der ersten Symptome eingesetzt werden müssen, gerichtet werden muß.“¹

Es erscheint aufgrund einer solchen Charakterisierung der gegenwärtigen Krankheitsspektren dann auch durchaus plausibel, daß nach Ansicht der hier zitierten Autoren die Bezeichnung „chronische Krankheit“ zukünftig besser ersetzt werden sollte durch den Begriff der „universellen Krankheiten“. Natürlich könnte auch dieser Begriff wieder neue Mißverständnisse produzieren, wie z. B. den einer gesellschaftlichen Ubiquität dieser Krankheitsformen, während sie doch in Wirklichkeit vornehmlich in hochindustrialisierten, also tendenziell „reichen“ oder wenigstens wohlha-

¹ 1. James. F. **Fries**, „Erfolgreiches Altern: Medizinische und Demographische Perspektiven“, in: M. Baltes/M. Kohli/K. Sames (Hrsg.), Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen. Bern/Stuttgart/Toronto (Hans Huber) 1989, 19-26, hier: 20/21. (Hervorhebung im Original); vgl. auch zur Diskussion der These von der „komprimierten Morbidität“ jetzt: Frank **Schulz-Nieswandt**, Versorgung mit sozialen Diensten in einer demographisch alternden Gesellschaft - unter Beachtung sozialepidemiologischer Aspekte, Diskussionspapier 5 des DZA, Berlin 1997 (im Ersch.); auch: Frank **Schulz-Nieswandt**, Zur Theorie der personalen Existenz des alten Menschen, Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Bd. 97, Berlin (DZA) 1996, Kap. II , 97-109.

benden Ländern jene gesellschaftspolitische Prominenz besitzen, die es lohnend macht, sich mit ihnen systematisch auseinanderzusetzen.

Aber wichtiger ist hier etwas anderes: Durch die Ersetzung des Begriffs der „chronischen Krankheiten“ durch den der „universellen Krankheiten“ hätte man sinnvollerweise die ausschließliche Konzentration auf die Dimension des Zeitablaufs bei der Einschätzung der Krankheiten aufgegeben. Dagegen machen nämlich Fries/Crapo schlüssige Einwände geltend, und man sollte diese Bemerkung für die zukünftigen medizinhistorischen Diskussionen durchaus im Gedächtnis behalten. „A chronic disease has characteristics far more important than duration, and definition of *chronic* in terms of time has little value. While 'duration greater than six weeks' or similar expressions often have been used to define *chronic*, we suggest that more important insights come from the fact that these diseases tend to (1) be incremental, (2) be universal, (3) have a clinical threshold, and (4) be characterized by a progressive loss of organ reserve. In many ways, these diseases are similar to normal processes of gradual loss of function with age, but the disease processes cause such loss to occur at an accelerated rate“.²

Chronische Krankheit ist hier erst einmal als mehrdeutiger Prozeß gefaßt, dessen zwangsläufig als negativ bewertetes Ergebnis einer nicht mehr heilbaren dauernden Pflegebedürftigkeit sich durch frühzeitige Prävention gar nicht erst materialisieren soll oder doch so weit als irgend möglich hinausgezögert werden kann durch Maßnahmen der Rehabilitation und des akutgeriatrischen Eingriffs. Insoweit steckt in dem Modell der „komprimierten Morbidität“ auch eine deutlich normative Intention, aus der

² J.F. Fries/L.M. Crapo, *Vitality and Aging. Implications of the Rectangular Curve*. New York (W.Freeman) 1981, 80 (Hervorhebung im Original).

die Autoren im übrigen auch nie einen Hehl gemacht haben. Vielmehr haben sie ihren Beitrag ganz offensiv „eine positive Modellvorstellung“ genannt und diesen optimistischen Grundduktus in deutlichen Kontrast zu möglichen apokalyptischen Visionen einer „Pflegelawine“ und der grenzenlosen Steigerung medizinischer Kosten für das Alter setzen wollen. Es ist damit auch der Versuch, den normativen Geltungsbereich des „intakten Alters“, also des nichtkranken Alters, so weit wie möglich auszudehnen und damit den Bereich des „hinfälligen Alters“ durch ein, wenn man so will, „Brückenmodell“, nämlich dem des „erfolgreichen Alterns“ unter dem Diktat körperlicher Einschränkungen, weitgehendst zu verringern.³

Daß dieser dezidiert optimistischen Projektion viele Beobachter aus Medizinialstatistik und Demographie nicht folgen wollten, ist schon sehr bald nach der in der Öffentlichkeit der USA weitgehend emphatisch aufgenommenen Publikation des Buches deutlich geworden. Wohlbekannte Autoren wie George M. Myers, Kenneth G. Manton, Louis M. Verbrugge und Peter Zweifel, um nur einige zu nennen, haben sich kritisch vor allem den quantitativen Dimensionen des Werks von Fries/Crapo angenommen, deren Argumentation hier aber jetzt nicht im Detail referiert werden soll, da eine Sichtung u.a. dieser Kontroverse zum Gegenstandsbereich zukünftiger Studien im Forschungsschwerpunkt Chronische Krankheiten gehören könnte. Es reicht im hiesigen Zusammenhang völlig aus, daß an der Validität der Fries/Craposchen Thesen gut begründete Zweifel geäußert werden können.

³ Vgl. dazu Hans-Joachim **von Kondratowitz**, „Sozialpolitik in Verlegenheit. Normative Unbestimmtheiten im gegenwärtigen Diskurs über das Alter“ in: C. Sachße/H.T. Engelhardt, Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates. Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1990, 228-254.

Ein solcher Eindruck verstärkt sich noch, wenn man auch die äußerst aufschlußreichen kritischen Kommentare solcher Mediziner und Medizintheoretiker berücksichtigt, die ohnehin schon immer der Ansicht waren, daß sich die heutige Medizin längst nicht mehr damit bescheidet, Krankheiten zu kontrollieren und deren Heilung anzustreben, sondern daß sie durch eine Art der Usurpation der Lebenswelt den Anspruch erhebt, komplexe Lebensprobleme qua Medizin lösen zu wollen und daß eine solche unbegründete Allmachtsphantasie einen Irrweg der Medizin begründet hat, der zunehmend kritisch begleitet werden muß. Zentrales Beispiel einer solchen Präpotenz ist für diese Beobachter immer wieder die rastlose Arbeit an einer weiteren Verlängerung der Lebenserwartung bei Geburt, ohne zu berücksichtigen, welche sozialmedizinischen und gesamtgesellschaftlichen Folgewirkungen damit verbunden sein könnten.

In einer milde-ironischen Stellungnahme zur Friesschen Arbeit hat etwa der bekannte Medizinethiker Daniel Callahan seine Einwände formuliert: „Since in Fries’s view the length of human life is fixed, an average life span would be about 85 years; we would live healthy, alert lives until that age, and then experience a quick death. Whether this is a feasible goal medically is far less clear, and the trend to date is not encouraging. There is little evidence of a decline in morbidity and disability among the very old, and an increasing number of people are living well beyond 85. Even so - a far longer period of time will be needed to evaluate its feasibility - the „compression of morbidity“ rather than the extension of life is a goal consistent with what I have been arguing for here. An improvement of *active* life expectancy, not life expectancy in itself, would be medicine’s purpose. In short, even if Fries is wrong in his belief that morbidity can be compressed, and that there is a set life expectancy, he may be right in his ideals. We are not required to continue chasing an indefinite life extension. We can settle for the achievement of a limited, natural life span. That

would be sufficient, and would allow the possibility of concentrating on improving the quality of life prior to the end of that life span"⁴.

So sehr sich also der Autor auch in sympathischem Einverständnis mit manchen Intentionen von Fries befindet, so steht die eigentliche These von der „komprimierten Morbidität“ doch bei ihm umso mehr unter Rechtfertigungsdruck, wenn die prognostizierte Rektangularisierung der Überlebenskurve sich nicht einstellen will. Vielmehr wird sich nach Callahan durch diese bisher und wohl auch in zukünftig ausbleibenden Prozesse einer möglichst weitgehenden Gesundheitsbewahrung im Alter auch das Problem der chronischen Krankheiten empirisch und damit ebenfalls forschungsstrategisch neu stellen. Callahan gibt hier den folgenden Ratschlag und tut dies in außergewöhnlicher Weise, wenn er sagt: „Major research priorities should be those chronic illnesses which so burden the later years and which have accompanied the increase in longevity. They encompass, in addition to a number of physical problems (particularly multiple organic diseases), a variety of major mental disorders, including schizophrenia, affective disorders, various senile brain diseases, arteriosclerosis, and epilepsy. The Office of Technology Assessment (OTA) study of aging and technology centered on five chronic conditions endemic among the elderly, of which only the first receives any great public attention (or, for that matter, sympathy): dementia, which characterizes Alzheimer's disease - a source first of humiliation, then of a loss of basic human potentials, then death; urinary incontinence - also a humiliating condition and a malodorous symbol of the loss of physical control; hearing impairment - embarrassing, isolating, and frustrating; osteoporosis (thinning of the bones) - because of the greatly enhanced

⁴ Daniel **Callahan**, *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*. New York (Simon & Schuster) 1987, 80-81.

incidence of fractures, a source of constant fear and danger for the old-old in particular; osteoarthritis - painful, sometimes disabling, and pervasive (affecting 16-20 million elderly)"⁵.

Auffällig an dieser Stellungnahme ist es, daß Callahan gerade nicht die bekannten, gleichsam objektivierten Krankheitsbilder der Chronifizierungen benennt, sondern vielmehr den mit ihnen verbundenen und sich mit zunehmendem Alter steigenden lebensweltlichen Einschränkungen bzw. den damit zwangsläufig mitproduzierten sozialen Ängsten und Erniedrigungen drängenden Raum gibt. Es ist dies eine für seine Argumentation durchaus konsequente Haltung, weil sie es auf dem Hintergrund des Dogmas von der unbedingten (biomedizinischen bzw. genetischen) Lebensverlängerung erlaubt, erneut den Sinn dieser Strategie zu bezweifeln und die Frage zu stellen, ob es nicht vielleicht doch so etwas wie eine subjektiv ausgeschöpfte und damit erfüllte menschliche Lebensspanne gibt, der gegenüber es angesichts einer solchen massiven Minderung von Lebenschancen gerechtfertigt werden kann, zumindest weiter lebensverlängernde Gesundheitsleistungen zu rationieren. Darüberhinaus ist diese Erinnerung an die subjektive Erlebensqualität von Krankheit hier noch von umso größerem Wert, weil Callahan mit diesen Erfahrungsdimensionen chronischer Krankheit den von Fries völlig vernachlässigten Problembereichen der Demenz und der Behinderung ihren Stellenwert wiedergegeben hat, sie neben die bereits weiter oben in der tabellarischen Liste angesprochenen objektivierten Krankheitsformen gesetzt werden und damit auch die Zonen der Überblendung und Wechselwirkung untereinander in das analytische Gesichtsfeld treten lassen.

⁵ Daniel Callahan, *Setting Limits*, 149.

Thematisierung von chronischen Krankheiten meint allerdings heute nicht nur die epidemiologische Konfrontation mit der epochalen Ausformung von Krankheitsformen, die sich objektiviert als unterschiedliche Diagnosen oder Mortalitätsursachen erfassen lassen. Sträflich vernachlässigt würde mit einer solchen Begrenzung, daß das Konstatieren ihrer Existenz bereits heute unausweichlich eingebettet ist in das umfassende Netzwerk eines Bewertungs- und Definitionsgeschehens von seiten der verschiedenen Institutionen des Wohlfahrtsstaates, die alle mit der, wenn man so will, gesellschaftlichen Zurichtung des chronischen Krankheiten befaßt sind: von der medizinischen bis zu den verschiedenen pflegerischen Professionen, der Sozial- und Gesundheitsverwaltung auf kommunaler Ebene, aber auch in den verschiedenen interorganisatorischen Koordinations- und Kooperationszusammenhängen im Interaktionsfeld von Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden und regionalen und überregionalen Trägerorganisationen.

Heute also die Bedeutung der chronischen Krankheiten systematisch anzusprechen, muß daher immer auch heißen, Fragen einer Versorgungsforschung über den Grad und die Qualität der sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen, insbesondere für Ältere, zu stellen und die Probleme deren Herstellung und Umsetzung im Interessengeflecht der sozial- und gesundheitspolitischen Akteure zum Zentrum sozialwissenschaftlicher Analyse zu machen.

Wendet man sich nun noch der Dimension des Bewältigungsgeschehens von chronischen Krankheiten heute zu, kommen soziale Prozesse in die Blickrichtung, die die soziale Textur unserer Gesellschaft im Kern tangieren und über die Ausrichtung unserer Versorgungsstrukturen entscheiden. Denn charakteristisch für die Thematisierung der Bewältigung chronischer Krankheiten heute ist die Erkenntnis, welche Bedeutung der dau-

erhaften und sozial unterstützenden Einbettung der chronisch Erkrankten in subjektiv bedeutungsvolle und motivierende soziale Kreise zugemessen wird. Erfolge bei einer sinnvollen Rehabilitation sind jetzt überhaupt gar nicht mehr vorstellbar, ohne daß man sich Rechenschaft ablegt über das sozial verstärkende Zusammenwirken informeller und formeller Hilfsinstanzen, die die chronisch Kranken in ihrem Bemühen stabilisieren, verloren gegangene Kompetenzen weitgehendst wiederzugewinnen oder soziale Strategien wirken zu lassen, durch die alltagsorientiert gelernt werden kann, mit irreversiblen Einschränkungen zu leben⁶.

Gerade diese Seite der sozialen Unterstützung chronisch Kranker hat aus gutem Grunde in den letzten Jahren in der Bundesrepublik die längst überfällige Aufmerksamkeit in Forschung und Praxis gewonnen, wobei die ständige Drohung, durch aktuelle Einschränkungen des sozial- und gesundheitspolitischen Leistungsspektrums grundsätzliche Neuorientierungen in der Organisation dieses Feldes zu initiieren, eine solche Perspektive zunehmend unter starken Legitimationsdruck gesetzt wird.

Die mit der Beachtung der sozialen Unterstützungsdynamik neugewonnene Zentralität des einzelnen chronisch Kranken in seiner jeweiligen sozialen Umwelt hat allerdings die entscheidende Definitionsmacht der medizinischen Profession und die ihr zugrundeliegenden offenen oder heimlichen Wertsetzungen nicht außer Kraft gesetzt. Deswegen wird von Kritikern des Medizinsystems immer wieder die Verführbarkeit ärztlichen Handelns durch tiefliegende Ideologeme hervorgehoben, die durch konsequente Radikalisierung des Heilungsethos und durch die Mobilisierung des „Mitleids“ die Herstellung einer „leidensfreien Gesellschaft“ durch

⁶ Vgl. Peter Zeman, Häusliche Pflegearrangements. Zum Aushandlungsgeschehen zwischen lebensweltlichen und professionellen Helfersystemen. Diskussionspapier 4, DZA (Berlin) 1996.

medizinische Interventionen beschwören. Chronisch Kranke werden für solche Strategien, die ja (weit über den eigentlichen ärztlichen Stand hinaus) in das Zentrum von jetzt wieder möglichen Diskursen reichen, zu einer letztlich unberechenbaren, ja störenden Größe und ihre Existenz gerät zu einer permanenten Provokation für eine aktivitäts- und gesundheitsversessene Gesellschaft. Der Druck, sich von diesen gesellschaftlichen Existenzumutungen zu entlasten, ist in der Herrschaft solcher Ideologeme mitangelegt, und ebenso die Aufforderung, zu Mitteln der vorzeitigen Lebensaufgabe zu greifen, sei es durch die gesellschaftliche Ermöglichung eines selbstgewählten vorzeitigen Todes, sei es durch Rationierung oder Versagung lebensverlängernder Maßnahmen für solche Kranken, sei es durch die Organisation aktiver Sterbehilfe durch private Gemeinschaften.

Selbst wenn man einer solchen konsequenten Diagnose des Zeitgeists nicht zu folgen bereit ist, bleibt jedenfalls die Tatsache bestehen, daß man heute in jedem Fall von einer epochalen Wiederbelebung der „Euthanasie-Diskussion“ sprechen kann, die nicht allein der Dominanz eines gesundheitsökonomischen Kalküls geschuldet ist. Es ist dies aber auch der Hintergrund für die Mobilisierung von Patientenrechten und für das Bestehen auf einer weitestgehenden Realisierung und Sicherung der Lebensformen chronisch Kranker gewesen, wie er sich in verschiedenen Initiativen und sozialen Bewegungen Raum verschafft hat und heute das soziale Klima des Wohlfahrtsstaates bestimmt.

Alle diese sehr verschiedenen Dimensionen, Perspektiven und Zugangsweisen lassen sich heute dem Komplex einer Untersuchung der Konzepte Chronischer Krankheiten zuordnen. In eben diesem Sinne wurden daher im Projekt „Chronische Krankheiten“ im DZA auch die Überlegungen zur

forschungsstrategischen Annäherung an das Thema entsprechend alternativ ausformuliert.

2. Konsequenzen für die Projektanalyse

Konfrontiert mit der im vorigen Abschnitt angesprochenen Aktualität des Themas Chronische Krankheiten, wurde zuerst der im folgenden knapp zusammengefaßte Entwurf eines allgemeinen Projektzusammenhangs entwickelt, um die Arbeit an diesem Projekt auch formal beginnen zu können. Dabei war die Aufgabenstellung eines solchen Entwurfs bewußt weit angelegt und diese beabsichtigte Weite drückte sich vor allem in der Skizzierung von vier unterschiedlichen Forschungsoptionen aus. Diese Optionen sollten inhaltlich Schwerpunkte der Forschungsarbeit bezeichnen, denen aber im Falle ihrer Wahl eine jeweils weitaus präzisere und forschungsstrategisch dezidiertere Fassung hätte verliehen werden müssen. Hinzu kam, daß den vier Optionen, die selber gleich noch näher begründet und aufgeschlüsselt werden, eine Unterscheidung zugrundeliegt, die ohnehin erst einmal nur als eine analytische Trennung aufgefaßt war, weil realiter sich vielfältige innere Verbindungen zwischen den einzelnen Optionen aufweisen lassen, die es eigentlich schwer machen, klare Begrenzungslinien zu ziehen. Insofern stellen diese Optionen in der Tat so etwas wie umfängliche Forschungskomplexe dar, deren forschungspraktische Feindifferenzierung ohne Zweifel noch zu leisten sein wäre, die sich aber gleichwohl in ihrem jeweiligen Gehalt doch sinnvoll voneinander abgrenzen lassen.

Im Sinne dieser Bemerkungen lassen sich die angesprochenen vier Optionen wie folgt unterscheiden:

- 1. Aushandlungsanalyse**
- 2. Versorgungsanalyse**
- 3. Sozialpolitische Analyse**
- 4. Reine Diskursanalyse .**

Jede dieser vier Optionen soll jetzt noch etwas näher kommentiert werden. Genauer bedeuten diese im einzelnen:

Aushandlungsanalyse:

Im Komplex der Aushandlungsanalyse wird davon ausgegangen, daß die unterschiedlichen Akteure bzw. Akteursgruppen das Verständnis von dem, was „chronische Krankheit“ jeweils für sie bedeutet, unter sich „aushandeln“ bzw. „abklären“, wobei durchaus divergierende Interpretationen miteinander kompatibel gemacht werden oder einander angenähert werden können. Kann nun diese Abklärung und Aushandlung nicht oder nur unvollkommen geleistet werden, dürfte diese unaufgelöste Situation zu charakteristischen Konflikten und Wahrnehmungsdiskrepanzen führen, die sich auf das sozialpolitische Feld, in dem diese Prozesse sich niederschlagen, hochdynamisierend auswirken.

Entscheidend für den Erfolg der Forschungsstrategie dürfte die Wahl des richtigen Settings und der darin angesprochenen Akteure sein, um dem praktischen wechselseitigen Abklärungsprozeß des Verständnisses von „chronischer Krankheit“ materiell folgen zu können. Am besten dürfte dies an neuralgischen Punkten des Medizinsystems gelingen, wo sich diese

Aushandlungsprozesse immer wieder exemplarisch niederschlagen. Ein solcher Punkt dürfte der klassische *Hausarzt* sein, der inzwischen unter der Hand meist längst zum praktischen Geriater mutiert ist - als entscheidender „gate-keeper“ bei der Schaffung von Verbindungen zwischen den jeweiligen privaten Lebenswelten und dem Medizinsystem mit seinen Institutionen kommt ihm, wie ja bereits bekannt, gerade für das höhere Lebensalter eine große Bedeutung zu. Und diese Bedeutung ist angesichts der zukünftig alternden Gesellschaft sicher noch im Steigen begriffen, da zumindest gegenwärtig wenig institutionelle Alternativen gesellschaftspolitisch sichtbar und, wenn vorhanden (wie z.B. Health Monitoring Organizations), bisher noch schwer durchsetzbar erscheinen, die in gleicher Weise Verbrauchernähe und Vertrauensbewahrung als Steuerungsfunktion verbinden würden. Die einzige vergleichbare Schaltstelle bei der Klassifikation und Bewertung chronischer Krankheiten, die sich dem Hausarzt an die Seite stellen ließe und bei der im Rahmen der Begutachtungsverfahren sich solche Aushandlungsprozesse verschriftlicht niederschlagen, ist der *Medizinische Dienst der Krankenkassen* - dessen Tätigkeit wäre daher auch in die Analyse in vergleichender Sicht miteinzubeziehen.

Versorgungsanalyse

Für die Skizzierung einer Perspektive der Versorgungsanalyse in einem umfassenderem Sinne haben im Falle des DZA allerdings bestimmte Voraussetzungen bedacht zu werden. Das DZA kann im Augenblick außer durch externe Auftragsvergabe keine eigenen umfassenden quantitativ-empirischen Analysen unternehmen. Praktischerweise müßte man sich also nach alternativen Möglichkeiten eines Projektzuschnitts umsehen, der die Kapazitätsgrenzen des Instituts einberechnet und trotzdem

versucht, in den hier möglichen Quellenanalysen und Experteninterviews einen Problemzusammenhang deutlich werden zu lassen, der aktuelle Problemstellungen zum Themenbereich „Chronische Krankheiten“ aus der internationalen Versorgungsdiskussion produktiv annimmt und in ein adäquates Forschungsdesign transformiert.

Unter den hier vorstellbaren Alternativen erscheint jene Perspektive besonders lohnend, die versucht, unterschiedliche Bedeutungsgehalte der Pflegenden von chronisch Kranken aufzugreifen und diese Vielfalt nicht nur für eine aktuelle Analyse der mangelhaften Kooperationsbeziehungen formell und informell erbrachter Dienstleistungen zu benutzen, sondern darüber hinaus diese divergenten Interpretationen als Ausdruck einer sich herauskristallisierenden neuen Kultur sozialer Dienstleistungen der Zukunft zu verstehen. In diesem breiten, international bereits recht prominent besetzten, in der Bundesrepublik aber immer noch sehr zögerlich entwickelten Forschungsfeld käme dem Erkenntnisziel der Analyse von Konzepten chronischer Krankheit ein bestimmter Stellenwert zu: die Position eines „Brücken“- oder „Vermittlungselements“ zwischen den Interpretationen der einzelnen Pflegergruppen, ob formell oder informell, und den jeweiligen institutionellen Gegebenheiten und Zwängen in ihrem Einfluß.

Im einzelnen könnte ein solches Design die folgenden Fragestellungen ansprechen: die widersprüchliche und inhomogene Konstitution eines „Bildes“ von „chronischer Krankheit“ je nach dem Interpretationsstatus und Positionierung des Pflegenden; die Interpretation der jeweiligen therapeutischen und pflegerischen Handlungen auf dem Hintergrund des jeweiligen Bildes von „chronischer Krankheit“; Diskussion der praktischen Spielräume und der Flexibilisierungstendenzen bei der Begleitung chronischer Krankheiten und deren veränderter Einwirkungen auf das Bild von

„chronischer Krankheit“; Versuch einer Einordnung solcher Wandlungsprozesse in den Rahmen einer zukünftig notwendigen Neubestimmung sozialer Dienstleistungen und einer Analyse potentieller Brüche; u.a.m. In jedem Fall könnte eine solche Analyse wesentliche, aus einem mikropolitischen Gesichtsfeld gewonnene Ergebnisse liefern.

Sozialpolitische Analyse

Eine makropolitische bzw. makrosoziologische Perspektive wäre die Essenz der hier als sozialpolitische Analyse vorgeschlagenen Herangehensweise: Es sollen die gesellschaftlichen Strukturen, in denen chronische Krankheit und ihre Konzeptualisierungen heute angesprochen und reguliert werden, in den Mittelpunkt der Analyse gestellt und in ihrer wechselseitigen Abhängigkeit voneinander aufgezeigt werden.

Um der Erreichung dieses Ziels näherzukommen, sollten zweckmäßigerweise zwei verschiedene Strukturen analytisch unterschieden werden: die *Erfassungsstrukturen* (oder Thematisierungsstrukturen) und die *Interpretationsstrukturen* chronischer Krankheiten im Wohlfahrtsstaat der Bundesrepublik Deutschland. Diese können (und werden meist auch) in einer je spezifischen Institution zusammenfallen, wobei aber eine Vielfalt von Kombinationen dieser Strukturen in den Institutionen des Wohlfahrtstaates vorliegt. Denn die Institutionen der heutigen Sozialpolitik besitzen, auf das Thema der „Chronischen Krankheiten“ bezogen, in sehr unterschiedlichem Ausmaß überhaupt „Erfassungsstrukturen“ (oder, wenn man so will, bürokratisch legitimierte „Sensoren“) zum Erkennen der Problemlagen chronischer Krankheit im Alter, dann zur Transformation dieser Wahrnehmungen in institutioneneigene oder übergreifende Konzeptionie-

rungen von „chronischer Krankheit“ und zur Integration solcher Befunde in sozialstrategische Vorgaben für eben dieselbe Institutionen.

Aus dem Mangel oder dem nur graduellen Vorhandensein solcher „Sensoren“ plus den daran angelagerten Transformationsstrategien der Institutionen wie auch deren verschiedenen Wechselwirkungen läßt sich zu einem guten Teil die heutige Dynamik der gesellschaftlichen Verarbeitung des Problems chronischer Krankheiten (im Alter) erklären. Ebenso wird eine gesellschaftliche Zukunftsperspektive zur Thematisierung und Bearbeitung des Problems chronischer Krankheiten vor allem darin bestehen, einen gesellschaftlichen Aushandlungsprozeß der so verschieden entwickelten und institutionell gebundenen Konzepte wie auch der darin verwobenen Interessendefinitionen dauerhaft herzustellen und daraus umfassende sozial-und gesundheitspolitische Handlungsstrategien abzuleiten, die der zukünftigen überragenden Bedeutung dieser Krankheitspektren gemäß sind.

Reine Diskursanalyse

Eine solche Diskursanalyse will sich vor allem auf die intellektuellen Argumentationsformen und Rechtfertigungsstrategien im medizinisch-professionellen Feld konzentrieren. In ihr müssen dann auch zwangsläufig jene verschiedenen fixen und variablen ideologischen und professionpolitischen Dimensionen eine Rolle spielen, die als praktische Bezugslogik für das Verständnis von medizinischem Handeln und der daraus erwachsenden Einstellung, ja „Haltung“ gegenüber dem Erscheinungsbild der chronischen Krankheiten essentielle Bedeutung besitzen.

Zu denken ist hier vor allem: an die immer noch nahezu unbefragte Hegemonie des ärztlichen „Heilungsethos“ gegenüber der „reinen Pflege“ des unheilbar Kranken mit der Konsequenz, die soziale und medizinische Arbeit mit dem Pflegebedürftigen deutlich niedriger zu bewerten als die mit dem noch heilungsfähigen Kranken; an latente medizinische Vorstellungen über Rationalität, mit der „medizinischer Aufwand“ und „medizinisches Ergebnis“ miteinander in Relation gesetzt werden (Rationierungsdiskurs); an den bekannten Konflikt zwischen der Tendenz, innerhalb der Diagnostik verallgemeinerbare und damit vergleichbare Kriterien in der Spannung zu halten zu einer biographisch-sensiblen und bewußt individuenbezogenen Sachstandserfassung; an die Wirkung von Werthierarchien ärztlichen Handelns bis hin zu der wiederauflebenden Diskussion über „ärztliches Handeln“ als „künstlerisch-intuitivem“ Handeln, was u.a. Probleme seiner Weitergabefähigkeit wie auch den möglichen Einfluß bestimmter Sensibilitäten in der ärztlichen Tätigkeit berührt. Vor allem aber verlangt eine solche reine Diskursanalyse mit ihren Arbeitsfeldern der Quellen- und Dokumentenanalyse bzw. des Experteninterviews auch einen umfassenden *begriffsgeschichtlichen* Analyseteil, mit dem nicht nur die Genesis bestimmter verwendeter Konzeptelemente und ggf. ihre historische Neujustierung, sondern vor allem auch deren gesamte jeweilige Position nicht nur medizinhistorisch, sondern darüberhinaus wissenschaftsgeschichtlich deutlicher ins Bewußtsein tritt und dadurch den Blick auf die langfristigen Veränderungen im medizinischen Bewußtsein ermöglicht.

In Abwägung der Vor- und Nachteile, die bei einer forschungspraktischen Bewältigung des Projektes entstehen könnten, wurde zuerst die reine Diskursanalyse als Schritt in das Gesamtprojekt beschlossen. Und innerhalb dieser Option mußte zwangsläufig die begriffs- und medizingeschichtliche Analyse an erster Stelle stehen, zumal sie auf bereits gelei-

steter Arbeit im Felde der Erforschung einer historischen Medikalisierung des Alters aufbauen konnte⁷.

⁷ Vgl. u.a. Hans-Joachim von Kondratowitz, „Die Medikalisierung des höheren Lebensalters. Kontinuität und Wandlungen vom ausgehenden 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert“ in: A. Labisch/R. Spree (Hrsg.), Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel, Bonn (Psychiatrie-Vlg.) 1989, 207-222; ders., „Körperbilder und Alterswahrnehmung“ in: M. Balthes/M. Kohli/K. Sames (Hrsg.), Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen, Bern/Stuttgart/Toronto (Hans Huber) 1989, 81-86.

C. Die Historisierung der „Chronischen Krankheiten“

1. Konjunktoren der „Chronischen Krankheiten“

In der gegenwärtigen Diskussion über den zukünftig prägenden Einfluß der chronischen Krankheiten spielen eigentlich historische Reflexionen auf den Entstehungsprozeß und auf das daraus folgende Selbstverständnis des Gegenstands seitens der Profession und ihrer Beobachter keine Rolle. Der Tatbestand einer solchen offenen historischen Abstinenz hat allerdings nicht daran gehindert, daß sich sozusagen en passant immer wieder eine bestimmte Charakterisierung der langfristigen Entwicklung von chronischen Krankheiten im öffentlichen Diskurs ausgeprägt hat, in der durchaus eine historische Voraussetzung enthalten ist. Denn häufig kann man auf die Ansicht treffen, das Konzept der chronischen Krankheiten sei eine spezifische Erfindung der Moderne, womit dann auch zwangsläufig die implizite Annahme vertreten wird, die Modellierung und Konzeptionierung des Bildes der chronischen Krankheiten sei an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert entstanden.

Erst einmal einleuchtend erscheint eine solche Deutung schon allein deswegen, weil das Wissen um die enorme disziplinäre Bedeutung dieser Zeitschwelle ja inzwischen zur medizinhistorischen Allgemeinbildung gehört. Denn in der Tat prägten sich wesentliche Entwicklungen der Medizin in eben diesem historischen Raum aus. Erinnerung sei hier nur an den überragenden Einfluß der Praxis französischer und englischer Kliniker auf die Diagnostik und die Durchsetzung ätiologischer Wahrnehmung in der europäischen Medizin. Oder um ein anderes, im vorliegenden Fall noch

näherliegenderes Beispiel zu erwähnen, das später noch genauer betrachtet werden wird: Die Herausbildung des Konzepts der „Greisenkrankheiten“, die im Verlaufe des 19. Jahrhunderts sich zu dem Konzept der Alterskrankheiten wandelten, gewann in eben dieser Periode der Entfaltung und Konsolidierung der Moderne seine erste und entscheidende Dynamik. Insoweit erscheint es erst einmal durchaus plausibel, die Genesis des Konzepts der Chronischen Krankheiten ebenfalls in diese Zeit des Umbruchs zu legen.

Versucht man nun, dieser eher noch globalen und womöglich fragwürdigen Einschätzung eine präziser gefaßte Perspektive der empirischen Kontrolle an die Seite zu stellen, so empfiehlt sich eine zumindest partiell aussagekräftige Forschungsstrategie: Um zu überprüfen, ob es reale Konjunktoren zum Themenkomplex „Chronische Krankheiten“ in den medizinischen Veröffentlichungen Europas gegeben hat und ob sich diese Konjunktoren auf einer Zeitachse abtragen lassen, wäre es nützlich, eine möglichst umfassende und gleichzeitig genügend differenzierte medizinhistorische Bibliographie zu konsultieren. Dabei müßte allerdings gewährleistet sein, daß der dort betrachtete Zeitraum doch zumindest bis in das 17. Jahrhundert zurückreicht, um dann eine valide Aussage über die Umbruchssituation der Moderne zu erlauben.

Eine solche Bibliographie stellt der im Fachgebiet weithin bekannte und wegen seiner Qualität vielgerühmte **Index Catalogue of the Library of the Surgeon General's Office der U.S. Army** dar, der in mehreren Serien seit 1880 erschienen ist und sowohl mehrsprachige zeitgenössische Neuerscheinungen als auch bereits erschienene Texte aus dem Feld der Medizin und der sie begleitenden Diskurse nach Stichwörtern geordnet aufgelistet hat. Selbstverständlich findet sich unter dem Oberbegriff „Disease“ auch eine Unterabteilung „**Diseases (Chronic)**“, in der die je-

weils erschienenen historischen und aktuellen Publikationen zu diesem Bereich, unterteilt nach Büchern und Aufsätzen, aufgeführt sind.

In der ersten Serie (Vol. III, p.834-835) des Jahres 1880 ff. sind dies **43** Bücher und **29** Aufsätze, in der zweiten Serie (Vol. IV, p. 388-389) des Jahres 1899 ff.werden **28** Bücher und **12** Aufsätze angeführt, in der dritten Serie (Vol. IV, p.642) des Jahres 1923 ff. werden noch **6** Bücher und **25** Aufsätze angegeben und in der vierten Serie (Vol. XV, p. 213) des Jahres 1935 ff. ist der umfassende und eher theoretische Terminus technicus „Diseases (Chronic)“ durch die mehr alltagsweltliche Kategorie „Sickness, incurable“ ersetzt worden. Dadurch ist ebenfalls eine bezeichnende Umdefinition von einer rein temporalen zur heilungserfolgsorientierten Betrachtung erfolgt, deren Dimensionen später noch angesprochen werden. Für diese letzte Serie wurden dann **5** Bücher und **28** Aufsätze gemeldet.

Betrachtet man nun die Verteilung der verschiedenen Publikationsdaten der Bücher und Aufsätze zum Thema „Chronische Krankheiten“ über die Zeit, so ergibt sich das folgende Bild , das in **Schaubild 3** abgedruckt ist. Als Zeitabstände wurden als Erfahrungswert 40-Jahresmargen gewählt, um einerseits Akkumulationen von Veröffentlichungen noch hinreichend sichtbar machen zu können, aber andererseits aber auch nicht durch zu enge Abstände eine allzu weite und unübersichtliche Tabelle verantworten zu müssen.

Serien-Nr.	1.Serie		2.Serie		3.Serie		4.Serie	
	Bücher	Aufs.	Bücher	Aufs.	Bücher	Aufs.	Bücher	Aufs.
1670 bis 1710	5	0	4	0	0	0	0	0
1711 bis 1750	4	0	1	0	1	0	0	0
1751 bis 1790	8	2	1	0	0	0	0	0
1791 bis 1830	15	3	13	0	0	0	0	0
1831 bis 1870	11	19	5	1	1	0	1	0
1871 bis 1901	0	5	4	11	0	1	0	0
nach 1902	0	0	0	0	4	24	4	28
Summe	43	29	28	12	6	25	5	28

Schaubild 3

Die wesentliche Aussage dieser Figur liegt auf der Hand: Der relativ größte Anteil der Buchpublikationen über chronische Krankheiten fällt in der Tat in den beiden ersten Serien in die Zeiträume von 1751 bis 1870 an, wobei die eigentliche Epochenschwelle der Moderne von 1791 bis 1830 noch einmal den größten Part solcher Veröffentlichungen zu verzeichnen hat. In der 3. Serie nimmt die Anzahl von Buchpublikationen deutlich ab und es findet eine Konzentration auf thematische Neuveröffentlichungen zum Zeitpunkt der Drucklegung des Index Catalogue statt. Diese Verteilungsform hat aber natürlich auch rein organisationsinterne Gründe bei der Herstellung des bibliographischen Katalogs. Denn mit

diesem Rückgang deutet sich eben an, daß der Bestand der historischen Fachliteratur zum Thema im wesentlichen erschlossen ist und so gut wie keine „Nachzügler“ mehr aufzunehmen sind. Bei den Aufsätzen verschiebt sich der Höhepunkt der Veröffentlichungen in die Zeiträume des mittleren und späten 19. Jahrhunderts. Dies ist allerdings im wesentlichen die Folge eines wissenschaftsgeschichtlich unstrittigen Entwicklungsphänomens: Die Landschaft der fachwissenschaftlichen Zeitschrift ist um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert zwar schon in der Entfaltung begriffen, aber doch noch wenig fachspezifisch differenziert. Diese Ausdifferenzierung beginnt sich erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts voll zu entwickeln, und eben dieser Prozeß zeigt sich auch in der steigenden Anzahl von Beiträgen aus dem 19. und frühen 20. Jahrhundert über alle Serien hinweg.

Man kann also mit aller notwendigen Zurückhaltung gegenüber der Quelle sagen, daß es zumindest eine deutliche Konjunktur des Themas der „Chronischen Krankheiten“ gegeben hat und der Höhepunkt dieser Entwicklung scheint in derselben Zeitspanne zu liegen, in der die Epochenchwelle der Moderne sich auszuwirken beginnt und in der auch die anderen erwähnten medizinischen Innovationen ihren Einfluß sichtbar gemacht haben. Ob dieser Tatbestand allerdings auch bedeuten muß, daß das Konzept der „Chronischen Krankheit“ in eben dieser Zeitspanne gleichsam „erfunden“ und begründet worden ist, ist allerdings noch genauer zu prüfen. Es liegt deshalb nahe, die Entwicklungsgeschichte der Konzepte der Chronischen Krankheiten und der der „Greisenkrankheiten“ bzw. der späteren Alterskrankheiten zu parallelisieren und wechselseitig zueinander in Beziehung zu setzen, um damit ihren jeweiligen theoretischen Status, ihre historische Position, ihre Dominanz übereinander und schließlich ihre Annäherung und tendenzielle Verschmelzung klären zu helfen. Dies wird nun die Aufgabe der folgenden Studie sein und sie wird

sich, rein chronologisch und was die berücksichtigten Quellen anbelangt, bis in den Beginn des 20. Jahrhunderts hinein erstrecken. Eine zweite Studie wird dann diese analytische Linie bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs verfolgen.

2. Epochenschwelle und Medizingeschichte

Die vorausgehende kurze Publikationsanalyse hat erneut demonstriert, daß offensichtlich gerade in der Phase des Übergangs vom 18. zum 19. Jahrhundert wesentliche Neuorientierungen im medizinischen Diskurs der Zeit stattfanden und daß die Verständigung über das Gewicht der chronischen Krankheiten in diese Neubewertung einbezogen war. Dieser Befund ist erst einmal insoweit nicht erstaunlich, als ja ohnehin bereits diese „Schwellenzeit“ (R.Koselleck) als entscheidende Zeitspanne des Übergangs und der Umwälzung in der philosophischen und gesellschafts- wie kulturtheoretischen Literatur auf das umfänglichste indentifiziert und kritisch erörtert worden ist.

Daß die mit der Entstehung der Moderne verbundenen Neudefinitionen von wissenschaftlichen Gegenstandsbereichen nicht allein für die Einschätzung medizinischer Diskurse eine Schlüsselstellung besitzen, sondern darüberhinaus den gesamten kulturellen Selbstvergewisserungsprozeß im gebildeten Europa betrafen, war allerdings niemals eine unbefragte Selbstverständlichkeit, sondern ist oft mit gewichtigen Bezugsproblemen beschwert gewesen. Vor allem die Beziehung zwischen den radikalen Veränderungen des gesamten intellektuellen Bezugssystems - nur unvollkommen in die Kategorie der „Aufklärung“ gezwungen - und dem bindenden, ja womöglich lastenden Einfluß lang andauernder intellektueller Kontinuitäten in der Weltinterpretation ist immer wieder zum Gegenstand von Arbeiten der neueren Kultur- und Wissenschaftsgeschichte geworden.

2.1. Kosmologische Deutung und die „Kette der Wesen“

Zur Entzifferung solcher Traditionslinien und der in ihnen aufbewahrten Sinnbestände in den Zeiten vor dem diagnostizierten Epochenbruch scheinen mir im vorliegenden Zusammenhang vor allem Arbeiten geeignet, die auf die unbefragte Dominanz einer letztlich **kosmologischen Deutung** verweisen, in der die Stellung der Lebewesen, darunter auch des Menschen, innerhalb der Ordnungsvorgaben des Universums verortet wird und die in ihrer Funktion als stabilisierender Institution auch dem Verhältnis von Natur und Menschen in seiner körperlichen Konkretion Raum geben. Andererseits sollten diese theoretischen Angebote flexibel genug sein, die womöglich essentiellen Veränderungen zu würdigen, die sich durch die Einbettung solcher zeitenübergreifender Kontinuitäten in neue historisch-gesellschaftliche Rahmenbedingungen ergeben müssen.

Einen solchen Vorschlag hat der amerikanische Wissenschaftsphilosoph Arthur O. Lovejoy in seinen William-James-Vorlesungen an der Harvard University im Jahre 1933 unterbreitet. Seine Rekonstruktion eines solchen kosmologischen Deutungsmusters, das er „the Great Chain of Being“ (oder „Kette der Wesen“) nennt, und dessen Wandlungen beginnt er in der antiken griechischen Philosophie und hier vor allem in den Werken Platos, dann durchmißt er deren neoplatonische Adaptation und Weiterentwicklung in den Diskursen des Mittelalters und der frühen Neuzeit (Leibniz und Spinoza), um schließlich die naturwissenschaftliche Diskussion des 18. Jahrhunderts (vor allem in der Biologie und Paläontologie) und dann den naturwissenschaftlichen Romantizismus des 19. Jahrhunderts zu erreichen. Dabei ist die geistesgeschichtliche Konkretion eines solchen Deutungsmusters durchaus vielfältig: Sie kann die

Gestalt einer religiösen Konstruktion mit der Voraussetzung einer göttlichen Steuerungsinstantz annehmen, aber ebensogut auch eine philosophische Beschaffenheit mit der Annahme einer absoluten Rationalität des Kosmos besitzen.

Jenseits solcher Varietät des Konkretisierung beschreibt Lovejoy die Essenz dieses Musters mit seinen Prinzipien der „plenitude“, „continuity“ und „unilinear gradation“ als „the conception of the plan and structure of the world which, through the Middle Ages and down to the late eighteenth century, many philosophers, most of men of science, and, indeed, most educated men, were to accept without question - the conception of the universe as a 'Great Chain of Being', composed of an immense, or - by the strict but seldom rigorously applied logic of the principle of continuity - of an infinite, number of links ranging in hierarchical order from the meagerest kind of existents, which barely escape non-existence, through 'every possible' grade up to the *ens perfectissimum* - or, in a somewhat more orthodox version, to the highest possible kind of creature, between which and the Absolute Being the disparity was assumed to be infinite - every one of them differing from that immediately above and that immediately below it by the 'least possible' degree of difference.“⁸

Von höchstem Interesse für die hier vorliegende Thematik muß dabei jener Abschnitt in Lovejoys Ausführungen sein, den er mit „The Temporalizing of the Chain of Being“ überschreibt und der eben jenen kritischen Übergang vom 18. zum 19. Jahrhundert zum Gegenstand hat, der hier bereits mehrfach als Epochenschwelle charakterisiert worden ist und sich zumindest für die medizingeschichtlichen Diskurse von Bedeutung her-

⁸ Arthur O. Lovejoy, *The Great Chain of Being. A Study of the History of an Idea.* Cambridge/London (Harvard University Press) 1982 (5.ed., 1964), 59. (Hervorhebung im Original)

ausgestellt hat. Zweifellos ist nun diese Phase der chronologischen Zeitenfolge für den Bestand des Deutungsmodells der „Kette der Wesen“ wirklich entscheidend gewesen. Bis ins 17. Jahrhundert war die Aufnahme von neuem Wissen innerhalb des Umgangs mit diesem Modell vor allem durch einen Prozeß der, wenn man so will, interpretativen Integration möglich. Anders ausgedrückt: Die leitenden Prinzipien des Modells der „Kette der Wesen“ blieben in Geltung, während versucht werden mußte, die zugewonnenen Erkenntnisse in den von den Prinzipien vorgegebenen Raum einzupassen.

Lepénies hat die Logik des vorherrschenden Deutungsmusters und dessen Konsequenzen für die wissenschaftliche Zugewandtheit plastisch charakterisiert: „Die Kette der Wesen ist unendlich, außerhalb ihrer befindet sich nur der, der sie geschaffen hat: Gott. Einteilungen wie die in Klassen, Gattungen, und Arten dienen dazu, uns zu einer Übersicht der unendlichen Fülle (*plenitudo*) der Wesen zu verhelfen, die Gott geschaffen hat(...)Alle Wesen sind von Gott einmal geschaffen worden, auf der Erde wickeln sie sich lediglich aus (*évolution*), neue Wesen könne nicht mehr entstehen“.⁹

Diese Perspektive bedeutete zuallererst die restlose Ausschöpfung der Gültigkeit des Prinzips der „plenitudo“, der „umfassenden Fülle“. Dieses war ja bereits seit der Antike ausgesprochen weitreichend definiert: „not only the thesis that the universe is a *plenum formarum* in which the range of conceivable diversity of *kinds* of living things is exhaustively exemplified, but also any other deductions from the assumption that no genuine potentiality of being can remain unfulfilled, that the extent and abundance of the creation must be as great as the possibility of existence and com-

⁹ Wolf Lepénies, *Das Ende der Naturgeschichte*. München (Hanser) 1976, 41.

mensurate with the productive capacity of a 'perfect' and inexhaustible Source, and that the world is the better, the more things it contains".¹⁰

2.2. Verzeitlichung und das Ende der Naturgeschichte

Eine solche Strategie beginnt jedoch im 18. Jahrhundert an ihre immanenten Grenzen zu stoßen: das Modell der „Kette der Wesen“ erweist sich als zu rigide und zu statisch, um das, was bald mit bezeichnender Begrifflichkeit als „wissenschaftlicher Fortschritt“ charakterisiert werden wird, noch plausibel zu integrieren. Denn das Deutungsmuster der „Kette der Wesen“ geht letztlich von einer essentiellen Unwandelbarkeit seiner eigenen Prinzipien aus. Sichtbare Wandlungen können eigentlich nur noch als bloße Expansion und als Entfaltung von Strukturen begriffen werden, deren Konstruktionsentwürfe schon vorher in diesem Modell angelegt waren. Lovejoy resümiert die Gründe für den nun notwendig gewordenen Wandel: „The causes of this change were of several sorts; but the one which is most pertinent to our subject lay in the difficulties to which the principle of plenitude itself, as it had traditionally been interpreted, gave rise, when its implications were fully drawn out and seriously considered. Those implications were, on the one hand, intolerable to the religious feelings of many minds; and, on the other hand, it became increasingly apparent that they were hard to reconcile with the facts known about nature. The static and permanently complete Chain of Being broke down largely from its own weight.“¹¹

¹⁰ Arthur O. Lovejoy, *The Great Chain of Being*, 52. (Hervorhebung im Original)

¹¹ Arthur O. Lovejoy, *The Great Chain of Being*, 244-245.

Versucht man den Begriff „Temporalizing“ in sein deutsches Äquivalent zu übersetzen, so bietet sich ohne Frage die Kategorie der „Verzeitlichung“ an, die namentlich durch die begriffsgeschichtlichen Studien des Historikers Reinhart Koselleck in die deutsche Diskussion eingeführt worden ist.¹² „Verzeitlichung“ meint zuerst den Gesamtkomplex der Ausformung und breiten Durchsetzung von „Bewegungsbegriffen“ wie „Fortschritt“, „Entwicklung“, „Revolution“, „Emanzipation“ u.ä. in der öffentlichen Arena im späten 18. Jahrhundert, mit deren Hilfe neue Erwartungshorizonte der Veränderung beschworen wurden. Der sich darin ankündigende Erfahrungswandel setzt sich in den kulturell-intellektuellen Zirkeln und in den einzelnen Wissenschaften um als Gefühl wachsender Beschleunigung aller Lebensbereiche und als sich intensivierende Ausweitung und Differenzierung von Wissenbereichen.

In der Wissenschaftsforschung haben vor allem die Arbeiten von Wolf Lepenies eine Perspektive eröffnet, diesem Epochenbegriff der Verzeitlichung in seiner Konkretisierung in den unterschiedlichen natur- und geisteswissenschaftlichen Disziplinen nachzuspüren. Ausgangspunkt dieser bisher vor allem an der Wissenschaftsentwicklung Frankreichs und Englands exemplifizierten Forschungen war dabei schlüssigerweise die Frage, welche spezifischen Bewältigungs- und Reorganisationsmechanismen die verschiedenen Disziplinen herausgearbeitet hatten, um mit dem bereits erwähnten, seit dem späten 18. Jahrhundert immer unabweislicher sichtbar werdenden „Erfahrungsdruck“ umzugehen. Oder anders

¹² S. hier seine bedeutende Aufsatzsammlung, vor allem mit so wichtigen Arbeiten wie „Vergangene Zukunft der Frühen Neuzeit“, „Geschichte, Geschichten und formale Zeitstrukturen“, „Historia Magistra Vitae. Über die Auflösung des Topos im Horizont neuzeitlich bewegter Geschichte“, „'Neuzeit'. Zur Semantik moderner Bewegungsbegriffe“ und schließlich „'Erfahrungsraum' und 'Erwartungshorizont' - zwei historische Kategorien“, alle in: Reinhart **Koselleck**, *Vergangene Zukunft. Zur Semantik geschichtlicher Zeiten*. Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1979.

ausgedrückt: wie es die einzelnen Disziplinen nun konkret leisten konnten, die immer vielfältiger und unübersichtlicher werdenden empirischen Forschungsergebnisse und Tatbestände zu handhaben, die sich eben nicht mehr mit Hilfe der überkommenen Deutungsmuster der „Kette der Wesen“ in die herkömmliche Integrationsdynamik einordnen ließen. Und hier gewinnt nun die Dimension der Verzeitlichung ihre besondere Qualität. „Das entscheidende Mittel zur Bewältigung des immer stärker sich beschleunigenden Wissenszuwachses kann als Verzeitlichung beschrieben werden - um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert setzt es sich in den 'konkreten' Wissenschaften durch, ist aber auch in einigen 'abstrakt-konkreten' Disziplinen (Spencer) wie der Chemie von Einfluß. Auch die Geschichtsschreibung in der Philosophie läßt sich als eine Entwicklung deuten, innerhalb derer das räumliche Nebeneinander immer stärker zugunsten eines zeitlichen Nacheinander der dargestellten Tatbestände in den Hintergrund tritt.“¹³ Konkret bedeutete dies also letztlich die Ablösung von räumlich-hierarchisch gegliederten Klassifikationssystemen, wie sie das Erbe der alten Naturgeschichte darstellen, durch entwicklungsgeschichtliches Denken und Analysieren mit ihrer Zelebrierung der menschlichen Lernfähigkeit als geradezu anthropologischer Grundvoraussetzung des Lebens.

2.3. Die prekäre Rolle der „Medizinischen Anthropologien“

Diesen Bezugsrahmen zu betonen, ist vor allem wichtig für eine sachadäquate Einschätzung der im engeren Sinne naturwissenschaftliche Diskursbildung in dieser entscheidenden Übergangszeit. Denn während

¹³ Wolf Lepenies, Das Ende der Naturgeschichte, 24.

für die Entfaltung eines - in der heutigen Diktion - sozialwissenschaftlich inspirierten Analyserahmens dieser Zeitenbruch zweifellos bedeutend und prägend gewesen ist (man denke z.B. an die gleichzeitige erste Entfaltung einer systematischen Psychologie in dieser Zeit, an die Ausformung eines Diskurses über das Identitätskonzept, an das Konzept der „Biographie“ u.a.m.), ist die Situation in den naturwissenschaftlichen Diskussionen zusammenhängen vieldeutiger. Dies liegt zum größten Teil sicherlich daran, daß es eine für diese Epochenschwelle charakteristische und diese inhaltlich vereinheitlichende Wissenschaftsphilosophie nicht mehr geben konnte, wie die obige Nachzeichnung der Diskurse deutlich macht. Vielmehr zeichnet sich diese Zeit durch die Gleichzeitigkeit bzw. eine Überlagerung verschiedener und sich sehr stark voneinander absetzender philosophischer und wissenschaftssystematischer Systeme aus. Hier nur sehr vereinfacht-kontrastierend gegenübergestellt: Noch immer existiert eine Tradition eines empirisch orientierten Rationalismus mit ihren spezifischen Verbindungen zu einer gesamten Philosophie der Wissenschaften und deren Weiterentwicklung in der intellektuellen Ausformung Kants, aber ebenso melden sich bereits die Stimmen der romantischen Philosophieströmungen Schellings, Fichtes und schließlich Hegels, die sich allerdings alle ebenfalls aus der Auseinandersetzung mit Kant herleiten. Und wichtiger noch: auch alle neuen philosophischen Systeme, die nun auf der Bühne der Verständigung erscheinen, wollen keinesfalls auf den Ehrgeiz verzichten, ebenfalls eine mehr oder minder ausformulierte Naturphilosophie zu präsentieren, die beansprucht, methodologischer Wegweiser für jene durch die Epochenwende dynamisierten Naturwissenschaften zu sein, die aber dann den konkreten experimentellen Bedürfnissen dieser geradezu explodierenden Naturwissenschaften selbst immer weniger genügen konnte.

Ein typisches Beispiel für diese Entwicklung war in der Medizin die Erarbeitung und Publikation der sog. „Medizinischen Anthropologien“. Ihr Status ist bis heute hoch umstritten; in der Perspektive einer empiristisch-rationalen Medizingeschichte werden sie als charakteristische Produkte der denkbar gering geschätzten Periode der deutschen romantischen Medizin gewertet, demgegenüber die erfahrungsorientierten frühen klinischen Schulen in Frankreich und England als leuchtende Beispiele für eine zukünftige Medizinentwicklung hervortreten konnten. Erwin Ackerknechts Verdikt ist hier ganz klar: „...German medicine as a whole during the first decades of the nineteenth century was under the spell of romantic natural philosophy. While British and French medicine made progress through sober observation, German physicians, under the leadership of the philosopher Schelling, indulged in extensive speculations on the essence of life and disease, on the polarities, and on paracelsian analogies between macrocosm and microcosm“.¹⁴ In einer solchen Einschätzung gibt er ganz zweifellos auch die zeitgenössischen Stimmen aus diesen gewissermaßen klinisch geprägten Ländern wieder - zu erinnern ist nur an das Urteil von Charcot über Canstatt's große Arbeit zu den Krankheiten des hohen Alters: „Malheureusement, cet ouvrage, qui date de 1839, a été composé sous l'influence de la doctrine de Schelling, qui a régné si longtemps de l'autre côté du Rhin, et qui porte le nom ambitieux de Philosophie de la nature. L'imagination y tient une place énorme aux dépens de l'observation impartiale et positive“.¹⁵

So sehr vielleicht dieser Bewertung auch in der Einschätzung des langfristig positiven Einflusses der Kliniker zu folgen ist, macht es sich Acker-

¹⁴ Erwin **Ackerknecht**, A Short History of Medicine (Rev.Ed.). Baltimore/London (Johns Hopkins University Press) 1982, 155.

¹⁵ Jean Michel **Charcot**, Leçons cliniques sur la maladies des vieillards et al maladies chroniques. Paris (A.Delahaye) 1867, 5-6.

knecht hinsichtlich der sog. romantischen Medizin aber doch allzu leicht, weil er es nicht vermag, den Wirkungskreis dieser Medizin als Produkt der Epochenschwelle selbst zu dechiffrieren. Ein genauere Blick auf die gerade erwähnten Medizinischen Anthropologien kann das überzeugend demonstrieren. Der Begriff „Anthropologie“ entstammt ohnehin erst der frühen Neuzeit, in dem die „psychologia“ des Menschen in Kontrast gesetzt werden sollte zu der Gesamtheit der mitmenschlichen „Wesen“, also der ganzen belebten Natur. Ihr Entstehen als „philosophische Anthropologie“ ist also gleichsam ein Verfallsprodukt des kosmologischen Deutungsfigur der „Kette der Wesen“. Im Laufe des 18. Jahrhunderts entwickelt sie sich, um einen Gedanken von Odo Marquard aufzugreifen, in einer „Wende zur Lebenswelt“ und, in Abgrenzung zur Geschichtsphilosophie, in einer „Wende zur Natur“ hin zu einer spezifischen Form einer „Lebensweltphilosophie“.¹⁶ Und die Basis einer solchen Neuformation ist der Argumentationsrahmen der romantischen Naturphilosophie, die als Anthropologie in der Prägung der Lebenswelt wesentlich zur fundamentalen Naturphilosophie des Menschen wird. „Die Geschichte scheint ihr derart aussichtslos, daß einzig noch die radikale Nichtgeschichte als Täter der Menschlichkeit zu gelten vermag - die Natur“.¹⁷

Und diese Bewegung findet nicht zufällig ganz besondere professionelle Trägergruppen: „Darunter (unter den Verfassern solcher Anthropologien.-v.K.) sind auffällig viele Ärzte. 'Aus den Händen der Anatomen und Ärzte muß diese Lehre hervorkommen' schreibt 1810 Franz von Paula Gruithuisen in seiner 'Anthropologie...für angehende Philosophen und Ärzte': wo die Natur zur entscheidenden Wirklichkeit avanciert, müssen

¹⁶ Vgl. Odo Marquard, „Zur Geschichte des Begriffs 'Anthropologie' seit dem Ende des achtzehnten Jahrhunderts“ in: ders., Schwierigkeiten mit der Geschichtsphilosophie. Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1973, 122-144

¹⁷ Odo Marquard, 129.

gerade jene Leute auch philosophisch gehört werden, die dem Menschen in besonderer Weise helfen, mit seiner Natürlichkeit zurechtzukommen; so werden die Ärzte zuständig für die Naturphilosophie des Menschen; und gerade die Ärzte-Anthropologie der Romantik gehört darum zu den philosophisch gewichtigen Ahnen der Gegenwartsanthropologie“.¹⁸

Diese lebensweltliche Fundierung hat es deswegen auch erlaubt, daß wichtige Anregungen zu einer zeitgenössischen Modellierung der Lebensalter, darunter auch des höheren Lebensalters, in diesen Medizinischen Anthropologien mitformuliert worden sind. Um es noch pointierter zu sagen: Die Epochenschwelle und die in ihr erschienenen medizinischen Traktate, Abhandlungen und Anthropologien liegen im gewissen Sinne auf der Nahtstelle einer Entwicklungsdynamik: die Dimension der Lebenswelt, wie die Sinne, die Reizbarkeiten, die soziale Umwelt, das Lernen usf. sind gerade erst im medizinischen Diskurs aufgefunden oder, wenn man so will, „entdeckt“ worden und gehen doch schon bald wieder in der weiteren Etablierung und Institutionalisierung des medizinischen Fortschritts in ihrer lebensweltlichen Verortung verloren. Genau an dieser Stelle gewinnen die medizinischen Anthropologien spezifischen, gewissermaßen selbstdokumentarischen Wert.

Dieser Hintergrund sollte mitbedacht werden, um auch die innerhalb der zeitgenössischen Medizin stattfindenden Kontroversen adäquat würdigen zu können. Denn der sich in dieser Zeit bereits abzeichnende Trennungsprozeß von Naturwissenschaften und Philosophie kostete zumindest in der Medizin auch einen entscheidenden Preis: Die Medizin mußte die Entwicklung einer in diesem Sinne radikalen „Modernisierung“ mit dem Verlust der „Einheit des menschlichen Lebens“ als einem Charakteristi-

¹⁸ Odo Marquard, 130.

kum der Moderne bezahlen, wie dies der konservative amerikanische Kommunitarist A. MacIntyre genannt hat.¹⁹ Der Versuch, Beeinträchtigungen des menschlichen Leibes in allen seinen Aspekten und Wirkungen für den je einzelnen Menschen zu studieren, wurde durch die Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder, auf bestimmte Körperzonen, später durch die tendenzielle Minimalisierung der zu betrachtenden Einheiten (bis hin zur Zelle und zu den Genen) ersetzt.

Für die Ausformung von Konzepten der „Greisenkrankheiten“ wie der „Chronischen Krankheiten“ ist diese Epochenschwelle daher jene entscheidende Periode gewesen, wo sich Elemente eines Verständnisses davon gerade auszuformen beginnen, aber noch im Widerstreit mit konkurrierenden Deutungsformen liegen und sich gerade aus dieser Konfliktsituation bezeichnende Umdefinitionen herausbilden. Eine Spannung, ja eine sich weitende Entfernung zwischen alltagsweltlichen Wahrnehmungs- und Interpretationsformen und dem dann ätiologisch legitimierten Reservoir an medizinischen Erklärungsansätzen gehört von nun an zum stabilen Element eines Entfremdungsprozesses, der erst im 20. Jahrhundert wieder in Frage gestellt wird.

¹⁹ Alisdair MacIntyre, Der Verlust der Tugend. Zur moralischen Krise der Gegenwart. Frankfurt/New York (Campus) 1988, 273.

3. Der Diskurs der „Greisenkrankheiten“

Auf der Berücksichtigung lebensweltlicher Einflüsse im medizinischen Diskurs zu bestehen, legitimiert sich nicht nur durch die Verwerfungen in den konzeptionellen Entwürfen selbst, wie sie durch den Verfallsprozeß der „Kette der Wesen“ und dem Übergang von der Naturgeschichte zur Entwicklungsgeschichte signalisiert worden sind. Sie wird ebenfalls nahegelegt durch bemerkenswerte Wissensbestände der neueren Sozialgeschichte der Medizin, die sich entfernen von den reinen Diskursen, welche sich ohnehin nur auf einen bestimmten Kreis von gebildeten Diskutanten beschränken, und die inzwischen gerade die hier zentrale Schwellenzeit als eine Zeit der Überlagerung verschiedener, womöglich auch gegenläufiger Tendenzen charakterisieren konnten. Durch die Konsultierung von ärztlichen Handbüchern, die ja gerade so etwas wie ein „verallgemeinertes Wissen“ der Zeit jenseits von Spezialistendebatten wiedergeben wollten, habe ich hier versucht, der Gefahr einer zu großen Bevorzugung der Mittelschichten zu wehren. Trotzdem bleibt es wichtig, sich darüberhinaus wenigstens kurz des sozialgeschichtlichen Feldes zu versichern, in das die hier rekonstruierten Diskurse sozusagen eingelagert sind.

In den handwerklich und kleinbürgerlichen Lebenskreisen bestand immer noch ein Krankheitsbild, das durch die Dominanz des eigenen Verschuldens gekennzeichnet war (Krankheit als Strafe Gottes) und das dann auch neben der (meist späten) ärztlichen Intervention dementsprechende individuelle Reaktionsweisen der religiösen Besinnung und Selbstprüfung nach sich zog. Benannt wurde aber auch schon der krankmachende Einfluß „maßloser Lebensführung“ im Bürgertum, vor allem im Nahrungsge-

nuß, wobei diese „Verirrung“ (aberratio) als Bruch der Normen bürgerlich-kalkulierter Lebensführung mit dem Appell zur Selbstdisziplinierung verbunden war und weniger als Drang nach medizinischen Leistungen aufgefaßt wurde. Die Deutung chronischer Krankheiten im heutigen Sinne wäre damit unmittelbar tangiert - eine umfassende Sozialgeschichte der Gicht würde hier sicherlich aufschlußreiche Ergebnisse zu Tage fördern.

Der Ruf nach dem Arzt wurde also eher hinausgezögert und aufgeschoben und dies nicht nur aus Kostengründen. Hinzu kam, daß noch kaum verbindliche und gesellschaftlich durchgesetzte Normen existierten, wer sich denn eigentlich Arzt nennen durfte und welche professionellen Kriterien damit verbunden sein würden. Zwar existierten Ärzte mit akademischem Abschluß ebenso wie die verschiedenen approbierten Heilkräfte aus der frühen Neuzeit wie Hebammen, Bader, Apotheker usf. Aber immer noch virulent waren die volksmedizinischen Wissensdimensionen, die sich im Wirkungszusammenhang dieser verschiedenen Gesundheitsagenten ihren spezifischen alltagsweltlichen Platz bewahrt hatten. Entsprechend vielfältig war denn auch das Personal in dem damals existenten „Markt der Gesundheit“ während dieser Zeitemspanne gestaffelt. Dieses fand im übrigen in den allermeisten Fällen seinen Einsatzort in den jeweiligen Haushalten, denn das Krankenhaus galt noch lange als ein Platz, der wegen der dort verlangten Verhaltenszumutungen unbedingt zu meiden war.

Fest steht natürlich auch, daß Krankheit besonders für die Bauern, kleine Gewerbetreibenden und anderen Gruppen, die man eher den Unterschichten zurechnen muß, eine enorme Bewährungsprobe für deren Haushaltsökonomie war und das Interesse bestand, diese existentiell bedrohliche Situation allein schon aus diesem Grunde so weit wie irgend möglich zu umgehen, weswegen Selbstmedikation, Volksmedizin und die

Vielfalt der Heiler ein wichtiges Ausweichreservoir darstellten. Trotzdem haben aufschlußreiche Forschungen verdeutlichen können, daß auch unter diesem ökonomischen Diktat eher die subjektive Bedeutung, die der Einsatz von Gesundheitsleistungen für den einzelnen hat, die Strategie des Umgangs mit der Krankheit bestimmt hat als der konkrete Preis, der dann zu zahlen war.²⁰

Die hier vorliegende Studie muß sich mit der Entfaltung und Rekonstruktion des medizinischen Diskurses bescheiden - eigene empirische medizinhistorische Forschung in dem betreffenden Zeitabschnitt war nicht möglich. Aber bereits diese knappe Zusammenfassung der Ergebnisse neuerer Arbeiten aus der Sozialgeschichte der Medizin macht deutlich, daß die Einbettung der Diskurse in diese historische Gemengelage zu beachten bleibt und womöglich neue Perspektiven für die Forschung zu Tage fördern könnte. Darüberhinaus belegt sie eindrücklich, daß der dargestellte Verlust von lebensweltlichen Bindungen in den medizinischen Diskursen zu Beginn des 19. Jahrhunderts vielleicht unausweichlich war, daß aber diesem Prozeß zumindest durch den immer erneuten Nachweis einer Verschränkung der Diskurse mit lebensweltlichen Wahrnehmungsformen ein Korrektiv entgegengesetzt werden kann. Die Konzentration auf Körperbilder im nächsten Abschnitt soll als ein solcher Verweis auf eine Vergleichsdimension verstanden werden.

²⁰ Vgl. Jens **Lachmund**/ Gunnar **Stollberg** (Hrsg.), Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien. Opladen (Westdeutscher Vlg.) 1995; Robert **Jütte**, Ärzte, Heiler und Patienten. Medizinischer Alltag in der frühen Neuzeit. München (Beck) 1991; Gerd **Gökkenjan**, Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt (Suhrkamp) 1985; Francisca **Loetz**, Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750-1850, Stuttgart (Klett-Cotta) 1993; Alfons **Labisch**, Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt/New York (Campus) 1992.

3.1. Lebenswelt und Alter: Körperbilder als symbolische Repräsentationen

Das öffentliche Sichtbarmachen des Erscheinungsbilds eines menschlichen Körpers übermittelt für die ihn anschauende und bewertende Umwelt immer auch eine Fülle von impliziten Informationen über die gesellschaftliche Positionierung des sich selbst frei gewählt oder gezwungenermaßen Darstellenden. Insoweit sind in solche Prozesse des „Sich Öffentlichmachens“ immer auch Körperbilder mitvermittelt, die selbst symbolische Repräsentationen für die jeweilig signalisierte Aktionsfähigkeit und die anlegten Potentiale der sich exponierenden Person darstellen. Besonders deutlich wird diese Verbindung, wenn man die lang andauernden Traditionen und Sichtweisen auf den alternden Körper sich vor Augen führt. Heute allerdings hat sich diese Tradition nicht mehr in den notwendigen Klarheit bewahrt, sondern sich nur innerhalb eines ganz bestimmten Wahrnehmungsmusters Geltung verschafft.

Das einem solchen Interpretationsmuster zugrundeliegende, letztlich aber reduzierte Verständnis kann man am besten durch die Beobachtung umschreiben, daß den meisten Studien, die dieses Problem ansprechen, eine „instrumentelle Sicht“ des Körpers im Alter zugrunde liegt. Auf seine Essenz reduziert, besagt diese These, die vor allem aus den Erfahrungen mit der vorindustriellen Gesellschaft gewonnen wurde, daß das jeweilige öffentlich sichtbare körperliche Erscheinungsbild des alten Menschen (vor allem des alten Mannes) so etwas wie allgemein verständliches Signal für seine Umwelt abgab, inwieweit er in seiner (sichtbaren) Leistungsfähigkeit noch den Erfordernissen eines patriarchalisch dominierten Haushaltsver-

bands zu genügen versprach. Damit wurde dann aber im Falle eines negativen öffentlichen Eindrucks auch gleichzeitig die Frage nach dem zukünftigen Erhalt des Steuerungs- und Machtmonopols innerhalb dieses Haushaltsverbands aufgeworfen - bis hin zu der Möglichkeit einer rigorosen Entmachtung des Alters im Falle, daß die Einschätzungen hinsichtlich der weiteren Belastbarkeit zwischen den beiden Parteien sich nicht harmonisieren ließen. Oder anders ausgedrückt, die öffentlich erfolgreiche Demonstration einer noch vorhandenen Leistungs- und Funktionsfähigkeit im Alter bedeutete immer auch, einen Anspruch auf die weitere unbefragte Machtausübung im Herrschaftsverband seitens der Alten zu formulieren.

Nun ist es zweifellos richtig, daß die Mehrheit solcher Erkenntnisse vornehmlich bei dem Studium gesellschaftlich dominierender Gruppen und Schichten gewonnen worden sind. Trotzdem läßt sich dieser Mechanismus aber nicht nur als schichtspezifische Besonderung mit geringem Verallgemeinerungsgrad interpretieren. Denn die Exekution solch inhärenter Leistungskriterien läßt sich durchaus auch innerhalb der familialen Arbeitsteilung der Unterschichten feststellen, wobei die Durchsetzung einer rigiden Ausgrenzung für das nicht mehr leistungsfähige Alter mindestens ebenso existentielle Folgen hat wie im Falle der höheren Schichten. Konsequenz dieses Mechanismus ist jedenfalls die letztendliche offene Spaltung in einen (noch) leistungsfähigen, „gesunden“ und auf uneingeschränkter Machtteilhabe insistierenden Teil und in einen „kranken“ und im Sinne dieser Ausführungen mehr und mehr macht- und einflußlosen Teil des Alters.

Die Durchsetzung von Leistungskriterien der nachfolgenden industriellen Gesellschaft und die dann dort verwendeten Verfahren und Techniken der Leistungsprüfung und Arbeitsplatzzuweisung haben zwar diesen Pro-

zeß der Kontrolle einer Einsatzfähigkeit im Alter ganz neu organisiert und konnten damit diesen Prozessen einen anderen gesellschaftlichen Bezugsrahmen verleihen. Jedoch die eigentümliche Dichotomisierung und Spaltung des „höheren Lebensalters“ in das Reich der „Gesundheit“ und jenes der „Krankheit“, bzw. das des „Normalen“ und jenes des „Pathologischen“ hat sich auch bei der historischen Neudefinition der Leistungskriterien für das Alter im Kapitalismus erhalten.²¹ Die Stufen der Transformation sind mannigfach: vom „rüstigen“ vs. dem „gebrechlichen“ Alter im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert zum „verehrten“, „produktiven“ vs. dem „unproduktiven“, tendenziell „lebensunwerten“ Alter im Nationalsozialismus, dann zum „jungen“ vs. „altem“ Alter und „intaktem“ vs. „hinfälligem“ Alter, schließlich zum „autonomen“ vs. „abhängigen“ Alter. Für jedes dieser Paarungen gelten spezifische Kriterien, die sich selbst aus den unterschiedlichen gesellschaftlichen Situationen herleiten, in denen sie entstanden sind, weswegen sie natürlich auch nicht beliebig austauschbar sind, sondern diesen unterschiedlichen gesellschaftlichen Rahmen quasi als eigenen Resonanzboden notwendig mitproduzieren.

Diese „instrumentelle Sicht“ des alternden Körpers mit ihren Orientierungswerten der Leistungsfähigkeit und des Machterhalts ist durchaus verdienstvoll, weil sie auf historisch langfristige Deutungstraditionen verweist, ohne diese zu Universalien zu erklären. Aber man darf auch ihre Grenzen nicht verkennen, wenn der Körper nur in seiner verbliebenen Eignung als Arbeitsmittel angesehen wird. Die unausgesprochene Einnengung auf reine „Männernbilder“ ist eine schwere Hypothek, und darüber-

²¹ Vgl. dazu genauer: Gerd **Göckenjan**, „Solange uns die Sonne leuchtet, ist Zeit des Wirkens“. Zum Wandel des Motivs: Leistung im Alter“ in: G. Göckenjan/H. J. v. Kondratowitz (Hrsg.), *Alter und Alltag*. Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1988, 67-99.

hinaus begibt sich eine solche Sichtweise auch der Möglichkeit, die Vielfalt von symbolischen Repräsentationen des Körpers anders als Reflexe der jeweils herrschenden Arbeitsverständnisse zu begreifen. Schließlich sind zwei wesentliche Deutungstraditionen, die den Blick erneut auf das kosmologische Deutungsmuster der „Kette der Wesen“ lenken, für die Wahrnehmung des höheren Lebensalters in der Moderne nicht hinreichend beachtet worden. Dies soll anhand einer kurzen Analyse von Aussagen aus 16 medizinischen Händbüchern von 1782 bis 1920 verdeutlicht werden. Diese will aber zugleich demonstrieren, wie übermächtig lebensweltlich verankerte Erwartungen in der Modellierung des Lebenslaufs und hier vor allem in der Interpretation des Alters gewirkt haben. Dies soll nun anhand dreier Entwicklungslinien konkretisiert werden.

3.2. Alter als Baustein der „Lebenskurve“

Bis weit ins 19. Jahrhundert hinein dient ein zentrales Modell für die medizinisch-lebensweltliche Einordnung des Alters: die Konzeption einer *Lebenskurve*, die durch die Phase eines *Aufstiegs* (incrementum), durch das Erreichen eines *Scheitel-* bzw. *Höhepunkts* und eines darauf notwendig folgenden *Absteigs*, bzw. einer *Abnahme* (decrementum) charakterisiert ist. Kennzeichnend für dieses Modell der Lebenskurve bzw. seines besonders in der Bildenden Kunst verwendeten räumlichen Äquivalents, der „Lebenstreppe“, war die Perspektive einer Symmetrie zwischen den beiden Teilsegmenten der Kurvenführung. In der Regelmäßigkeit der meistens üblichen 10-Jahreseinteilungen, der harmonischen Symmetrie der einzelnen Teile und der Hierarchie des Gesamtaufbaus verwandelte sich das Verlaufsmodell der Lebenskurve geradezu zum symbolträchtigen Abbild der realen sozialen Passagen im Institutionengefüge der traditio-

nellen Gesellschaft. Diese „gesellschaftliche Modellhaftigkeit“ sollte allerdings nicht übersehen lassen, daß das Modell der Lebenskurve seine Vorläufer bereits bei den antiken Physiologen hatte - der enorme Einfluß der antiken Medizindiskurse auf die Auseinandersetzungen der Schwel­ lenzeit ist gar nicht zu überschätzen, und es wird noch weitere Gelegen­ heit geben, darauf näher zu sprechen zu kommen.

In dieser Umdefinition eines traditionsbelasteten Modells für moderne Entwicklungsvorstellungen ist die „Lebenskurve“ vor allem für die medizi­ nische Wahrnehmung des Alters bis hin zu den differenzierteren Entwick­ lungsstufen der Medikalisierung des Alters prägend geblieben. Adaptiert wurde dieses Modell an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert dabei in recht unterschiedlicher Weise. Einige Ärzte besetzten den Entwick­ lungsvorgang hochoptimistisch und identifizierten ihn mit der Phase des Auf­ stiegs. In Kontrast dazu mußte das Alter nachgerade als Rücknahme op­ timistischen Überschwangs, ja geradezu als Verrat an der aufwärtsstre­ benden Logik des Fortschritts erscheinen. Andere Autoren gingen davon aus, daß alle Phasen der Lebenskurve gleichzeitig „vom Hervortreten neuer Tätigkeiten (Evolution), oder (dem) Zurücksinken und Erlöschen früher vorhandener (Involution)“²² gekennzeichnet seien. Eine besonders reine und unverfälschte Aneignung des Lebenskurve-Modells findet sich bei Carl Canstatt, einem der wichtigsten Begründer der modernen medi­ zinischen Altersforschung. Er schrieb 1839 in seinem bahnbrechenden Werk: „Das Kreissegment, welches die Wesen in absteigender Richtung durchwandern, ist die Involution des Lebens, wie der andere Theil des Kreises eine fortwährende Evolution darstellt. In keinem Augenblick steht das Leben stille; immer waltet Ein Zug, Ein Streben, Eine Gravitation vor.“

²² **Most's** Encyclopädie der gesamten Staatsarzneikunde. Leipzig (Brockhaus) 1839, Bd.1, 68.

Im Alter walte also „der stärkere Zug nach dem allgemeinen Schwerpunkte, der Zug zur Rückkehr und zum Wiederergeben des Einzelwesens in den allgemeinen Makrokosmos, den Egoismus des individuellen Lebens; der Greis nähert sich mit jeder Minute mehr und mehr dem Grabe und kehrt zur Mutter Erde, zum Staub zurück“.

Aus dieser Beschreibung ergaben sich deutliche Konsequenzen für den Arzt: „Auf diesen Standpunkt hat sich der Arzt zu stellen, soll er zu Betrachtungen von ersprießlichem Inhalte für das Greisenleben sich erheben. Nicht mit dem aufstrebenden, nach Entwicklung trachtenden, sondern mit dem sinkenden, das Entwickelte allmählig vernichtenden Leben, mit einer mehr negativen als positiven Richtung desselben hat er es hier zu thun. Das Greisenalter ist nicht das Alter der Förderung, der Erwartung, sondern das des Verlustes und der Fristung.“²³

3.3. Alter und „Lebenskraft“

Die Figur der Lebenskurve als Ausdruck und Arrangement des Lebens bekam aber noch eine besondere Dimension durch ihre Verschränkung und Überblendung mit dem ebenso lebensweltlich verankerten Konzept der „Lebenskraft“, das in der diätetischen Bewegung um den Wechsel vom 18. zum 19. Jahrhundert noch einmal einen, allerdings letzten Höhepunkt gewann. Es ist legitim, diese konzeptionelle Amalgamierung - in direkter Analogie zur ökonomischen Kalkulierbarkeit bürgerlicher Lebensverhältnisse - plastisch vereinfachend mit dem Terminus der

²³ Carl **Canstatt**, Die Krankheiten des hohen Alters und ihre Heilung. Erlangen (Enke) 1839, Bd.1, 1-2.

„Kontotheorie“ zu umschreiben. Gemeint wäre damit die Vorstellung, jeder Mensch sei mit einem vorgegebenen Vorrat an Lebenskraft ausgestattet, der zwar von Individuum zu Individuum verschieden ausfiele, mit dem aber im Ablauf des Lebens wie mit einem unverrückbaren und nicht wieder auffüllungsfähigen Kontostand haushalten werden müsse.

Ein immer wieder verwendetes Synonym für die bei steigendem Alter sich unablässig weiter verringernde „Deckung“ des Kontos mit Lebenskraft ist der Terminus des Erschöpfung, wie es 1828 heißt, die „gänzliche Erschöpfung der Vitalität“.²⁴ Diese ist der Ausdruck der Natürlichkeit menschlicher Existenz - eine Seinsweise, die im Greisenalter immer deutlicher gegen die vorher von sich getrennte „äußere Natur“ an Terrain verliert. In der Radikalisierung des Erschöpfungsgedankens werden dann jene Metaphern der „Vernatürlichung“ verwendet wie „vegetative“ oder „pflanzliche Existenz“, „Petrifizierung“, „Austrocknung“, „langsame Auszehrung“, die letztlich die antike Humorallehre aufnehmen, der konkreten Beschreibungssituation anpassen und dann im modernen Begriff der „Alterschwäche“ zusammengefaßt werden. Es bestehen daher gute Gründe, auf die Verwendung und den Bedeutungsgehalt dieser für die medizinische Wahrnehmung des Alters höchst bedeutenden Kategorie weiter unten noch einmal zurückzukommen und deren Wirkungskreis genauer zu beschreiben.

Ein letzter Höhepunkt der Kontotheorie findet sich in Hufelands Werk, der zu seinem diätetischen Ziel die „Retardation der Lebensconsumtion“ erklärt. Zur Erreichung dieses Ziels kann man die Natur durch berechnende Kalkulation der Kräfte bzw. durch Wirkungseinschätzung von Aktivitäten

²⁴ Gräfe, C.F./Hufeland, C.W. et al., Enzyklopädisches Wörterbuch der medizinischen Wissenschaften. Berlin 1828, Bd.22, 452.

der täglichen Lebensführung überlisten, indem man gewissermaßen noch Zeit zwischen das auch weiterhin unausweichliche Lebensende und den gegenwärtigen Lebenszustand einfügt. Die Regeln der Diätetik - schon ein aus der Antike und den mittelalterlichen Regimina vertrauter Kanon²⁵ - wurden so in modernisierter Form, jenseits des Hinausschiebens und Verdrängens des Todes, zu Chiffren einer operational gewordenen bürgerlichen Selbstkontrolle, die durch ihre Analogie zur ökonomischen Haushaltsführung noch an lebensweltlicher Plausibilität gewann.

3.4. Alter und „wissenschaftlicher Fortschritt“

Die Auseinandersetzung mit den beiden Deutungstraditionen eines Verfallsmodells des Alters, der „absteigenden Lebenskurve“ und der „Erschöpfung der Lebenskraft“, ist nicht auf die Phase der Schwellenzeit beschränkt geblieben, sondern hat kontinuierlich die medizinische Diskussion bis in das 20. Jahrhundert begleitet, ja hat sich dabei eher noch zugespitzt. Denn die Ätiologisierung medizinischer Diskurse forderte diejenigen Mediziner, die sich überhaupt systematischer den Alterskrankheiten zuwenden wollten, immer wieder heraus, ihre Überzeugung von der Überlegenheit dieser Perspektive gegenüber solchen Entwürfen herauszustellen, die immer noch gefangen schienen in einer vorwissenschaftlichen Sprache und einem unterentwickelten Denken, das zu sehr mit lebensweltlichen Bezügen zu kokettieren schien. Daß sie in ihrem Kampf dabei zwar scharf in der Kritik, aber weniger überzeugend in der eigenen Positionierung waren, ist weniger ein individuelles Defizit als vielmehr

²⁵ Johannes **Steudel**, „Historischer Abriß der Geriatrie“ in: Doberauer, W. (hrsg.), Handbuch der praktischen Geriatrie. Stuttgart (Enke) 1965, 1-13, hier: 7.

Ausdruck einer unaufgelösten Ambivalenz gegenüber der medizinischen Thematisierung des höheren Lebensalters. Ein Beispiel kann für die Diskussion dieser Ambivalenz hilfreich sein.

Bernhard Naunyn schrieb für das erste große geriatrische Handbuch in Deutschland, das 1909 von J. Schwalbe herausgegebene „Lehrbuch der Greisenkrankheiten“, ein zentrales Einleitungskapitel über die „allgemeine Pathologie und Therapie des Greisenalters“. Um die eigene Position besser verdeutlichen zu können, rekonstruierte er gleich zu Beginn seines Abschnitts die Traditionen in der medizinischen Thematisierung des Alters und macht ausgiebig Gebrauch von Lorenz Geists großer Arbeit, der 1860 erschienenen „Klinik der Greisenkrankheiten“. Schließlich zitiert er einen Abschnitt, in dem Geist das bekannte Modell der Lebenskurve ausgiebig referiert und dabei verschiedene Möglichkeiten vorstellt, in seinem Sinne plausible Phaseneinteilungen des Lebens vorzunehmen.

Für Naunyn sind diese Bemühungen aber hoffnungslos veraltet und nur Gegenstand der Ironie: „Ich glaube nicht, daß solche Auslassungen, auch wenn man sie modernisieren wollte, uns zu einer Definition vom Greisenalter verhelfen“. Umso verblüffender dann, mit welcher unkritischen Selbstverständlichkeit er eine geradezu zirkuläre Definition von „Greisenalter“ als seine angeblich rein naturwissenschaftliche Lösung anbietet: „Soll man ‘Greisenalter’ naturwissenschaftlich definieren, so kann darunter nur verstanden werden der Lebensabschnitt des Verfalls. Dieser Lebensabschnitt beginnt da, wo die Verfallserscheinungen, d.h. diejenigen Erscheinungen einsetzen, welche zum Verfall führen“.²⁶

²⁶ Bernhard Naunyn, „Allgemeine Pathologie und Therapie des Greisenalters“. Sonderdruck aus: J. Schwalbe (Hrsg.), Lehrbuch der Greisenkrankheiten. Stuttgart 1909, 6

In seiner Unverstelltheit ist dieser Versuch einer Scheinlösung ein weitaus besserer Beleg für die Diskrepanz zwischen Anspruch der Modernisierung von Konzepten des „Greisenalters“ und der tatsächlich weiterwirkenden Dominanz von lebensweltlich gebundenen Deutungen als ihn die Rekonstruktion komplizierter und differenzierter Abhandlungen der Zeit zum Thema bieten könnten. Anders ausgedrückt: Merkmal der sich als naturwissenschaftlich begreifenden Medikalisierung des Alters gegen Ende des 19. Jahrhunderts ist gerade eine Ambivalenz, die sich in der oft unversöhnten Gleichzeitigkeit offenbart, mit der an sich historisch konkurrierende Erklärungsansätze vertreten wurden, die jedoch letztlich noch keine Perspektive bieten kann, eine neue Sichtweise auf das Verhältnis „Alter und Krankheit“ zu entwickeln. Dies gelingt schließlich erst im 20. Jahrhundert durch die Adaptation der „Chronischen Krankheiten“ und der damit verbundenen versorgungsspezifischen und gesellschaftlichen Konsequenzen.

3.5. Der Diskurs der „Altersschwäche“

Die erwähnte Ambivalenz hat einen spezifischen Ausdruck aber auch in der Konjunktur eines einflußreichen Begriffs gefunden, dem der „Altersschwäche“ - dieser hat zumindest in den sozialpolitischen Diskussionen sogar noch bis in die fünfziger Jahre dieses Jahrhunderts gewirkt, wenn er auch den Höhepunkt seiner Wirkungskraft innerhalb der Medizin in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts besessen hat. Zu erinnern ist hier noch einmal an den Kontext der Vorstellung einer Lebenskraft und deren daraus sich entwickelnder möglicher Erschöpfung als Folge eines Verlustes an „äußerer Natur“. Denn diese äußere Natur „breitet nach und nach ihre Fesseln überall hin aus; bald scheint der Greis sein animal-

sches, ihn vor der Pflanze auszeichnendes Privilegium, sich frei auf dem Erdboden zu bewegen, an diesen nicht durch feste Wurzeln gebunden zu seyn, einzubüßen; ja, er wird zuletzt zum theilweisen Petrefakt und gehört fast mehr der anorganischen als der organischen Natur an. Der Greis stirbt im Leben ab.“²⁷

Es ist dies mit seinen Bindungen an die Galensche Qualitäten - und Humorallehre ein Begründungszusammenhang, der deutlich auf die aus der Antike bekannte Figur des *Marasmus senilis* verweist, wobei dieser wieder nur ein Spezialfall des allgemeinen Marasmus war. In einem verbreiteten allgemeinen Lexikon des 18. Jahrhunderts wurde er beschrieben: „*Marasmus*...ein abzehrend Fieber, ist ein solch Fieber, welches gantz und gar allgemach Tabem verursacht, oder es ist das Febris hecticae höchster Grad(...)Ingleichen Darrsucht(...)“. Und unmittelbar daran schließend folgt: „*Marasmus senilis*, das Abnehmen alter Leute, so ohne ein hektisches oder auszehrendes Fieber seyn kann“.²⁸

Durchaus ähnlich findet sich 1782 ein umfängliches Stichwort „Abzehrung“ in einem medizinischen Handlexikon, das die vielfältigen Erscheinungsformen des Marasmus zu gliedern versucht: „Die Abzehrung ist entweder wesentlich oder zufällig; allgemein oder sonderheitlich. Die wesentliche ist jene, die von einer gewissen Beschaffenheit des Geblütes und der Lebensgeister herkommt, aber keine Wirkung einer vorübergehenden Krankheit ist.“ Die „Abzehrung von festen Theilen“ wird charakterisiert als „merkliche Dürre am ganzen Leibe. Dieß sieht man an altbetagten Leuten(...)“ Und weiter heißt es: „Alte und betagte Personen sind einer

²⁷ Carl **Canstatt**, Die Krankheiten des höheren Alters und ihre Heilung, 1839, Bd.1, 2.

²⁸ Johann Heinrich **Zedlers** Vollständiges Universal Lexikon, Halle/Leipzig 1732, Spalte 1171

Gattung der Abzehrung der festen Theile unterworfen, die von einer Verstopfung der Gefäße herkommt“.²⁹

In dieser naturgeschichtlich inspirierten Klassifikation ist der Auszehrungsprozeß letztlich Resultat eines „natürlichen“ und damit unausweichlichen Prozesses, der wie ein Fluch über jedem Leben im Alter hängt. Allerdings existieren in dieser Zeit auch Ausführungen, die die Auszehrung auf Fehlverhalten bei der Ernährung und schwere körperliche Arbeit zurückführen oder doch diese Faktoren als Beschleunigungsmomente „natürlichen“ Verfalls werten wollen. Insoweit reflektieren diese Beobachtungen auch die Erfahrung aus der frühen Neuzeit, daß „Altersschwäche“ über den engeren medizinischen Diskurs hinaus auch als „Armutursache“ gesellschaftlich in Erscheinung tritt.

Im Prozeß der Durchsetzung entwicklungsgeschichtlichen Argumentierens verändert sich dann das Bild. Ein generalisiertes Verständnis von Marasmus verschwindet und es geht ganz im Konzept des Marasmus senilis, also der Altersschwäche auf. So kann man 1821 lesen: „Marasmus(...)welches Wort von älteren Schriftstellern durchaus von Abzehrung des Körpers überhaupt gebraucht wird(..)in neuerer Zeit aber vorzugsweise Abzehrung aus Alterschwäche bezeichnet, obgleich immer das Beiwort senilis darunter verstanden wird“. Und in einer resümierenden Bedeutungsanalyse heißt es: „Entkräftungsalter, die als natürliche Folge der Lebenserschöpfung, wann das Leben nicht, (wie gewöhnlich) frühere Beeinträchtigungen erleidet, die dasselbe abkürzen, in den spätesten Lebensjahren eintretende Abzehrung des Körpers, mit gleichzeiti-

²⁹ **Medizinisches Handlexikon.** 2 Bände (nach der 4. französischen Aufl. übersetzt) Augsburg (J.Wolffsche Buchhandlung) 1782, hier: Bd.1., 1.

ger Schwächung aller Lebensfunktionen, und zugleich der natürliche Übergang zum Tode aus Alter“.³⁰

Die Aufnahme des Marasmus als Altersschwäche produzierte also eine wichtige konzeptionelle Hypothek: Im 18. Jahrhundert wurden bereits diejenigen Abzehrungen, die „Wirkung einer vorhergehenden Krankheit“ waren, als sozusagen weniger relevante Erscheinungsformen ausgesondert, während die „natürlichen Abzehrungen“ als die häufigste Konkretisierung des Marasmus aufgefaßt werden. Im letzten Beispiel ist aber die Relation geradezu umgekehrt: Hier konzidiert man durch den Zusatz „wie gewöhnlich“, daß die Mehrzahl der Menschen durch vorausgehende „Beeinträchtigungen“ geschädigt ist, also einen allerdings immer noch unterstellten „natürlichen“ Altersmarasmus gar nicht erleben werden. Die meisten Greise scheinen also keineswegs an Altersschwäche zu sterben, sondern viel eher an einer oder mehreren, sich wechselseitig in ihren Wirkungen kumulierenden Krankheiten zu sterben. Daher müsse man sich hüten, sagt der Verfasser dieses Stichworts, der bekannte Burkhard Seiler, in seinem grundlegenden Werk „Anatomia corporis humani senilis specimen“ aus dem Jahre 1799, etwas als eine Altersveränderung anzusehen, was doch in Wirklichkeit Folge einer lokalen oder allgemeinen Erkrankung sei.³¹ Immerhin glaubt er aber doch, bei einigen gestorbenen Alten auf die Todesursache der Altersschwäche schließen zu können.

Es ist diese Ambivalenz zwischen Krankheitseffekten und Alterseffekten bzw. die unbeantwortete Frage nach der Möglichkeit ihrer sinnvollen Trennbarkeit, die als konzeptionelle Hypothek die gesamte Diskussion

³⁰ **Pierers** Medizinisches Realwörterbuch Leipzig 1821, Bd. 5, 67; s. auch: **Gräfe/Hufeland et al.**, Encyclopädisches Wörterbuch 1840, Bd.22, 453.

³¹ Paul **Lüth**, Geschichte der Geriatrie, Stuttgart (Enke) 1965, 200; J.**Stuedel**, Historischer Abriß 1965, 10.

über die „Altersschwäche“ im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert überlagert. In einer solchen Situation unaufgelöster Widersprüche drückte sich allerdings andererseits auch eine Dauerthematisierung der Altersschwäche innerhalb dieser Zeitspanne aus. Und diese Omnipräsenz bei der daran interessierten Medizin fand auch ihre Entsprechung in einer regelrechten Karriere der Todesursache „Altersschwäche“ im 19. Jahrhundert: Über diesen gesamten Zeitraum gesehen, zeigen sich diese oder sinngemäße Angaben wie „Alters wegen“ in den Statistiken erstmals massiv gegen Ende des 18. Jahrhunderts, steigen dann ab 1810 - 1820 deutlich an und halten sich auf diesem Niveau bis zum Ende des 19. Jahrhunderts.³² Dann aber beginnt sich ein relativer Bedeutungsverlust der Altersschwäche abzuzeichnen.

In den medizinischen Lexika jedenfalls verschwindet das Stichwort aus den Neuauflagen - so erstmalig im „Eulenburg“ der 4. Aufl. von 1907. Selbst in den allgemeinen Konversationslexika macht sich der „wissenschaftliche Fortschritt“ bemerkbar. So heißt es 1912: „*Altersschwäche*, Abnahme der Körper- und Geisteskräfte, die in der Rückbildung der Körperzellen begründet ist“.³³ Dabei ist an dieser Eintragung nicht so sehr deren lakonische Kürze bemerkenswert, sondern vielmehr die Tatsache, daß die damals neueste Entwicklung in der zeitgenössischen Medizin, sich beim Studium der Altersveränderungen immer kleineren Analyseeinheiten („Gewebe“, „Zelle“) zuzuwenden, in diesem Artikel bereits reflektiert ist.

³² Vgl. z.B. Christoph **Conrad**, „sterblichkeit im Alter 1715-1975 - Am Beispiel Berlin“ in: H.Konrad (Hrsg.), *Der alte Mensch in der Geschichte*, Wien 1982, 205-230, hier: 218.

³³ **Habbels** Konversationslexikon, Regensburg 1912, Spalte 108. (Hervorhebung im Original)

Der Bedeutungsverlust der Altersschwäche im medizinischen Diskurs sagt allerdings noch nichts aus über ihre Stellung im Alltagsleben der betroffenen Menschen. Dort hatte sie offensichtlich nichts von ihrer Faszination und Plausibilität verloren. Wie geradezu unwiderstehlich für viele Patienten und deren Angehörige ein solches Konzept gewesen sein muß, demonstrierte die Klage eines medizinischen Spezialisten der Alterskrankheiten, der im Versorgungshaus auf der Basis von pathologischen Sektionsprotokollen eine breite Kenntnis des Untersuchungsfeldes aufweisen konnte. Er beobachtete bereits im Jahre 1863: „Gläubig leiht das sonst so ungläubige Publikum dem Arzt das Ohr, wenn aus seinem Mund das bedeutungsvolle Wort Altersschwäche erschallt. Man hat dann nichts weiter zu thun, und stirbt der Kranke, so ist dies vielleicht der einzige Fall, wo es eine höhere Hand so gefügt hat, und dem Arzt nicht die Schuld beigemessen wird. Man darf dreist behaupten, daß eine nicht geringe Anzahl von Menschen das ihr bestimmte Lebensziel nicht voll erreichen, einzig aus dem Grunde, weil eine Krankheit übersehen, aus Bequemlichkeit für Marasmus senilis oder Morbus climacterius gehalten worden, und demgemäß gar nicht oder falsch behandelt worden ist. In der schlendriansmäßigen Diagnose des Marasmus senilius kommt, wie in keiner anderen, das Publikum dem Arzte entgegen, und es wird hier jedem, der sich verführen lassen will, leicht genug gemacht“.³⁴

Daß diese Befürchtung wohl berechtigt war, kann man auch aus einer Problematisierung der Todesursachenstatistik einer späteren Zeit entnehmen. Im Jahre 1906 merkte der Medizinalstatistiker Friedrich Prinzing an, daß man Begriffe wie „Auszehrung“ und „Altersschwäche“ immer nur dort antreffe, wo „die Aufnahme der Todesursachen in die Hände von

³⁴ Caspar **Mettenheimer**, Nosologische und anatomische Beiträge zu der Lehre von den Greisenkrankheiten. Leipzig (Teubner) 1863, 5.

Nichtärzten gelegt“ sei. Das war z. B. in Preußen der Fall, wo damals noch keine obligatorische ärztliche Leichenschau existierte, wenn auch deren Einführung von den Medizinalbehörden gefordert worden war. Entsprechend hoch war der Prozentsatz von Personen, die angeblich an „Altersschwäche“ verstorben waren. Zwischen 1892 und 1901 wurden in Posen 11,75% aller Sterbefälle mit dieser Diagnose eingeordnet und in Pommern waren es 12,28%. Ganz im Gegenteil dazu die Zahlen in Berlin: hier, wo durch die vergleichsweise hohe Medizinerdichte eine ärztlich Diagnose viel eher gewährleistet war, betrug der Anteil an Diagnosen mit „Altersschwäche“ nur 3,68%.³⁵

Schmorrote hat zu recht auf die Konkurrenz zwischen zwei grundsätzlich voneinander differenten Krankheitsbegriffen hingewiesen: einem stark laienhaften Verständnis, dessen Kausalitätsbedürfnis mit dem Hinweis auf das hohe Alter eines Sterbenden Genüge getan war, und einem professionellen Verständnis, das damit nicht zu befriedigen war, sondern die Frage nur noch intensiver aufwarf, warum gerade so und warum gerade jetzt gestorben werden mußte. Für den Arzt wurde die Vorstellung eines „natürlichen Todes“ zunehmend zu einem Anathema, dem er seine Nachfrage nach den Ursachen entgegensetzte.

In der Feststellung des Frankfurter Arztes Samson Hirsch: „Selbst(...)wenn(...)uns der pathologische Anatom auf dem Sektionstisch demonstrieren würde, daß sämtliche Organe morphologisch intakt sind, ist(...)eine zum Tode führende Funktionsstörung nie auszuschließen“. Daher ist man legitimiert, „die alte These eines sogenannten physiologischen Todes, d.h. eines Todes, der sich aus den normalen Alterserschei-

³⁵ nach: Stefan **Schmorrote**, Alter und Medizin. Die Anfänge der Geriatrie in Deutschland, Archiv für Sozialgeschichte XXX, Bonn (J.H.W.Dietz) 1990, 15-41, hier: 20

nungen zwangsläufig ergibt,(...)einer Revision zu unterziehen“.³⁶ In der Konsequenz wird damit sogar der Tod selbst grundsätzlich relativ und bekämpfbar. Diese Vorstellung einer zumindest partiellen Beherrschbarkeit des Todes ist dann natürlich auch zum essentiellen Kritikpunkt im medizinischen Diskurs des Alters am Beginn des 20. Jahrhunderts geworden. Und die Kritik kam eher von jenen Ärzten, die sich einem lebensweltlichen Verständnis der Medizin verpflichtet sahen. So machte der Berliner praktische Arzt Josef Kapp in seiner Schrift „Vom vorzeitigen Altern“ in aller Deutlichkeit klar: „Die relative Seltenheit des Todes durch reine Altersschwäche hat vielfach zu der Annahme geführt, daß es einen Tod durch Altersschwäche überhaupt nicht gäbe(...)Trotzdem ist es leicht, diese Annahme ad absurdum zu führen. Denn wenn es einen Tod durch Altersschwäche nicht gäbe, so müßte es möglich sein, durch sorgfältige Verhütung jeder Krankheit das Leben beliebig zu verlängern, ja geradezu eine Unsterblichkeit herbeizuführen“.³⁷ Es ist dabei eine besondere Ironie, daß Kapp zur Stärkung seiner Einwände mit einer negativen Radikalisierung der alten „Kontotheorie“ argumentiert.

Die Spuren dieser Kontroverse sind aber schon im 19. Jahrhundert zu finden, wenn die Ärzte der Versorgungshäuser wie Lorenz Geist und Caspar Mettenheimer ihre Schlußfolgerungen aus dem von ihnen untersuchten „Patientenmaterial“ zu ziehen versuchten. Dabei kommen die Besten unter ihnen zu Schlußfolgerungen, in denen bereits Elemente eines Verständnisses von Alterskrankheiten sichtbar sind, die man guten Gewissens als „chronische Krankheit“ im heutigen Sinne charakterisieren könnte. So erklärte Mettenheimer: „Die Greisenkrankheiten umfassen

³⁶ Samson Hirsch, „Über Alterserscheinungen und Tod“, Senckenbergische naturforschende Gesellschaft (Hrsg.), *Leben, Altern, Tod*. Berlin 1927, 18-19, hier: 35. Zitiert nach: Stefan Schmorle, *Alter und Medizin*, 1990, 20.

³⁷ Josef E. Kapp, *Vom vorzeitigen Altern*. Stuttgart 1917, 24.

nicht bloss solche Erkrankungen, die ausschließlich dem Greisenalter eigen sind, anderen Lebensaltern aber fehlen; solche Krankheitsformen giebt es nur wenige. Auch die *allen Lebensaltern eigenthümlichen Krankheiten*, insofern sie durch die *höheren Jahre modificiert* werden, gehören hierher und *bilden eigentlich den Hauptstock der Greisenkrankheiten*“ (Hervorhebung v.K.).³⁸

Mit der Herstellung dieser Zusammenhänge ist schon eine entscheidende Perspektive für die Konstruktion der „Chronischen Krankheiten“ geleistet. Bezeichnend aber ist, daß weder Begriff noch Verbindung genannt werden und auch keinerlei Referenz dazu in den Mettenheimerschen Ausführungen vorkommt. Sieht man sich den Zustand des Diskurses über chronische Krankheiten in dieser Zeit an, so ist dies aber kein Zufall. Diese Rekonstruktion wird nun zu leisten sein.

³⁸ Caspar **Mettenheimer**, Nosologische und anatomische Beiträge zu der Lehre von den Greisenkrankheiten 1863, 7.

4. Der Diskurs der „Chronischen Krankheiten“

In einer Gesellschaft, in der das „humanistische Erbe“ der Antike nur noch wenig präsent ist, ist es heute nur noch sehr schwer zu vermitteln, welche große Bedeutung die intensive Auseinandersetzung mit den Schriften der antiken Philosophen, Mediziner und Naturgeschichtsschreiber, wie sie vor allem über die thomanische und arabische Vermittlungslinie in die mittelalterliche und frühneuzeitliche Diskussion in Europa eingebracht wurden, für die gesamte intellektuelle Formung und Bildung der Eliten besessen hat. Die Konfrontation mit den Schriften wie die ausgiebige und regelmäßige Diskussion ihres Gehalts gehörte jedoch zur alltäglichen Prägung und damit letztlich zur Lebenswelt akademisch gebildeter Mediziner in der Neuzeit. Dabei mag es eine andere Frage sein, was denn eine solche systematische Aneignung für die ärztliche Praxis schließlich konkret bedeutet haben kann und inwieweit nicht diese Vertrautheit, je nach Ausbildungsstand, doch ein eher schematisch rezipierter, wenn nicht sogar rudimentärer Wissensbestand geblieben war. Gleichwohl ist die Gestaltung ärztlichen Handelns und Reflektierens oft noch bis in die konkreten Medikationsempfehlungen hinein durch diese antike Tradition bestimmt gewesen. Und entsprechend ist die Präsenz vor allem der griechischen Medizinklassiker für viele Ärzte in der Ausbildung und in der Praxis sicherlich lebendiger gewesen als dies heute aus einer rein diskursiven Perspektive hervorgehen kann.

Diese durchaus dauerhafte Gegenwart der Antike im medizinischen Verständigungsprozeß war schon mehrfach in diesem Bericht zum Thema geworden. Zum einen in der Auseinandersetzung mit der antiken Tradition in Philosophie, Anthropologie und Medizin im Kontext des Deutungs-

musters der „Kette der Wesen“, dann erneut bei dem Konstitutionsprozeß der Medizinischen Anthropologien und schließlich bei der Rekonstruktion des Diskurses über die Greisenkrankheiten. Und wenigstens im letzten Fall wäre eigentlich eine noch genauere Rekonstruktion dieser antiken Tradition an der Tagesordnung gewesen. Aber es liegen heute bereits einige Arbeiten dazu vor, auf die man hier verweisen kann.³⁹ Für den Komplex der Chronischen Krankheiten aber muß dies nun etwas genauer beschrieben werden.

4.1. Das Erbe der Antike

Der Nachweis antiker Traditionen ließe sich also zuerst einmal als konzeptioneller Einfluß begreifen - bestimmte Konzepte, kurative Charakterisierungen, Krankheitsbeschreibungen, Krankheitsbilder, Diagnoseerfahrungen o.ä. sind von antiken Medizinern ausformuliert worden und haben durch diese ihre Präsentation über Jahrhunderte dazu angeregt, sich mit der Adäquatheit der gegebenen Beschreibungen auseinanderzusetzen und Gegenentwürfe zu formulieren. Beispiele für diese Art der kreativen Aneignung antiker Konzepte lassen sich viele finden - so z.B. in der Lehre von den Greisenkrankheiten, wo die berühmte, wahrscheinlich von Terenz stammende antike Formel „Senectus ipsa morbus“ die Anregung gab, „Senilität“ und damit das Altern selber als unausweichliche Krankheit des Lebensverlaufs zu begreifen, um daran die Diskussion über die

³⁹ Vgl. z. B. Henning **Kirk**, Da alderen blev en diagnose. Konstruktionen af kategorier „alderdom“ i 1800-tallets lægelitteratur. Kopenhagen (Munksgaard) 1995, Kap.5.; George **Minois**, History of Old Age. From Antiquity to Renaissance. Chicago (University of Chicago Press) 1989, Kap.3 und 4; allgemein: Charles **Lichtenthae-ler**, Geschichte der Medizin, vor allem Bd.1, Köln (Deutscher Ärzte-Vlg.) 1982.

wechselseitige Beziehung von normalem und pathologischem Altern knüpfen zu können.

Die Diskussion über chronische Krankheiten besitzt eine solche Dimension ebenfalls, aber trotzdem wird sich zeigen, daß ein wesentlicher Grund für den Erfolg dieses Konzepts der „Chronizität“ die Tatsache war, daß dieses sich in eine besondere technisch-praktische Qualität übersetzen ließ, die zu versprechen schien, man würde hier ein auf den ersten Blick einleuchtendes und hinreichend praktisch nutzbares Klassifikationskriterium besitzen. Und es dauerte faktisch bis in das 19. Jahrhundert, bevor man einzusehen begann, daß diese dem Konzept unterstellte Qualität ihr Versprechen für die Praxis nicht halten konnte und stattdessen die Ärzte auf einen langen Weg höchst zweifelhafter Erörterungen geführt hatte.

Ob die Entstehung des Begriffs „chronische Krankheiten“ wirklich eine lebensweltliche Grundlage hat, ist umstritten - Hans Günther jedenfalls, der eine ausführliche begriffsgeschichtliche Studie über die chronischen Krankheiten vorgelegt hat, schrieb, daß „in den hippokratischen Schriften ...sich diese wohl volkstümlichen und daher keine Erklärung fordernden Ausdrücke“⁴⁰ finden würden. „Volkstümlich“ hätte daran eigentlich nur das Benennen der schlichten Tatsache sein können, daß Krankheiten unterschiedlich lang andauern und daß im Sinne einer erleichternden Dichotomisierung geschlossen wurde, es gäbe Krankheiten mit kurzer Dauer, die sog. akuten Krankheiten, und andere mit langer Dauer, eben die chronischen Krankheiten.

⁴⁰ Hans **Günther**, „Geschichtliche Erläuterung der Ausdrücke ‘akute’ und ‘chronische’ Krankheit“, Sudhoffs Arch. Gesch. Med.u.Naturwissensch., 1941, Bd.34, 105-124, hier: 105.

Immerhin zeigt dies an, daß von Anbeginn an die chronischen Krankheiten in der antiken Tradition notwendig gepaart waren mit ihrem Gegenbegriff, dem der akuten Krankheiten. Deren Verhältnis zueinander, die sich aus solcher Zuordnung ergebenden Schwierigkeiten, schließlich die virulente Frage, inwieweit solche Beschreibungsversuche die jeweiligen ärztlichen Erfahrungen adäquat widerspiegeln, dies sind letztlich die Grundtatbestände einer Diskussion über chronische Krankheiten in der Antike. Von Themison von Laodikeia und Thessalos von Tralleis über das berühmte Buch *Περὶ οξέων καὶ χρόνιων παθῶν* von Soranos und Archigenes bis Apollonios von Pergamon und schließlich Galen reichen die Autoren, die alle Abhandlungen über die rechte Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Krankheiten verfaßt hatten und damit praktisch Tätigen zur Hand gehen wollten. Dabei interessierte man sich zuerst nicht einmal so sehr für die Dauer der Krankheit per se, sondern kümmerte sich um den Krankheitsverlauf. „Der zeitliche Verlauf der sogenannten Krisen fand besondere Beachtung. Die kritische Wendung zum Guten oder Schlechten war das Entscheidende, nicht aber die Gesamtdauer der Krankheit“.⁴¹

Aber schon bald trat zum Verlauf die konkrete Zeitdauer, die vornehmlich auf die akuten Krankheiten bezogen wurde - die am meisten verwendete Frist ist die von sieben Tagen (bei Galen: *ἡμεραὶς ἑπτὰ*), innerhalb derer die Krise erfolgt und bewältigt wird, um damit die Krankheit als akute Krankheit bezeichnen zu können. Die Dauer und der Einsatz der akuten Krankheit (*acutus morbus*; *οξύ παθος*) wurde in einer Kurvenfigur verdeutlicht, „deren Amplitude der Schwere der Krankheit und deren Gipfel dem Höhepunkt der Krankheit (*ἀκμῆ*) entspricht“, während *οξύς* den steilen Anstieg der Kurve bedeuten würde. „Einen nicht entgegengesetz-

⁴¹ Hans Günther, „Geschichtliche Erläuterung...“, 1941, 106.

ten, sondern ganz anderen Sinn hat der Ausdruck $\chi\rho\omicron\nu\iota\omicron\nu\ \pi\alpha\theta\omicron\varsigma$ (diuturnus morbus)...Bei der langwierigen Krankheit oder dem Dauerzustand fehlt der 'akute' Beginn und der Kurvengipfel".⁴² Trotzdem können aber bei nicht genügender Ausheilung auch akute Krankheiten einen chronischen Verlauf haben. Und ebenso können akut einsetzende Krankheiten einen langwierigen Verlauf haben. Galen resümierte das Problem, das sich damit einer sinnvollen Verwendung dieser Begrifflichkeit in den Weg stellte: „Jede akute (schnell fortschreitende) Krankheit hat eine geringe Dauer und jede chronische (dauernde, länger anhaltende) Krankheit hat notwendigerweise einen langsamen Fortschritt. Aber nicht jede kurzdauernde Krankheit ist akut und eine nicht akute Krankheit ist nicht immer von sehr langer Dauer“.⁴³

Eine spezifische Strategie des Umgangs mit diesem letztlich völlig offenen und unvorhersagbaren Erscheinungsbild der Krankheit (wobei aber das Gliederungsprinzip der antiken Krisenlehre selbst nicht geopfert werden sollte) war es dann zunehmend, durch Differenzierung in Subklassifikationen wieder zu versuchen, ein gewisses Maß an neuer Realitätsnähe dieser Rubrizierung zu erreichen. Gleichzeitig blieben aber auch diese Subklassifikationen noch im Banne einer spezifischen pythagoreischen oder hippokratischen Zahlenmystik, vor allem der Siebener- und Vierersequenzen. Einige Autoren verstanden sich dazu, Übergangsphasen zwischen den beiden Hauptzuständen einzufügen: morbus peracutus (bis zum 7. Tag), acutus (bis 14. Tag) und chronicus (über dem 40.Tag), oder schlugen sogar noch weitergehendere Unterteilungen vor.

⁴² Hans Günther, „Geschichtliche Erläuterung...“, 1941, 106-107.

⁴³ Galenos, Definitiones med. 138-142; De diebus crit. lib.2 et 3, zitiert nach: Hans Günther, „Geschichtliche Erläuterung...“, 1941, 108.

Diese schon in der Antike durch Galen selbst legitimierte Umgangsform mit der klassifikatorischen Logik der Krankheitsdauer wurde bis in das 18. Jahrhundert hinein aufrechterhalten, ja im gewissen Sinne sogar noch weiter gesteigert. Günther bezeichnet diese Vorgehensweise selbst als nachweisbaren dogmatischen chronologischen Schematismus, der mehr und mehr Unzufriedenheit bei den Ärzten weckte, ohne daß daraus sich aber bereits eine Perspektive der Wandlung ergeben hätte. Grundzug dieses Schematismus bleibt die Neutralität dieser Klassifikation gegenüber jeglichem denkbaren Krankheitsbild - es ist eine wechselseitige Zuordnung von Zeitdauern, gleichgültig, um welche Krankheit es sich konkret dabei handeln mag.

Ein besonders plastisches Beispiel für diese Art der tendenziellen Indifferenz gegenüber dem jeweiligen Krankheitsbild findet sich im bekannten Krausschen kritisch-etymologischen medizinischen Lexicon und dies sogar noch 1844 in der 3. Auflage dieses Werks. Zuerst werden „acut“ und „chronisch“ definiert: „**acutus**, οξύς, *spitz, scharf, schnell* (verlaufend), *hitzig*; vgl. *Acus, Ace* etc. - *Morbi acuti*, τα νοσηματα οξεα, *hitzige, schnell verlaufende*, (gefährliche) Krankheiten.“⁴⁴ Entsprechend traditionell die Definition des „chronischen“: „**chronicus**, χρονιος, *chronisch, lange dauernd, langwierig*; v. Chronos. Richtiger würden wir, nach dem griechischen *chronius* schreiben und sprechen, da χρονικος nur bedeutet: was die Zeit oder den Chronos überhaupt angeht.“ Und dann im gleichen Sinne: „**Chrononosos**, *Morbus chronicus*, eine chronische Krankheit; v. chronios u. Nosos; also eig. *Chronionosos*“. Es folgt dann unmittelbar anschließend eine Liste von 52 Stichwörtern, die alle nach dem gleichen Muster gebildet sind: der jeweiligen Krankheitsbezeichnung wird ein

⁴⁴ L.A. Krauss, Kritisch-etymologisches medizinisches Lexikon. Göttingen (Deuerlich und Dietrichsche Buchhandlung) 1844 (3. Aufl.), 8.

„Chroni-“, „Chronio-“ oder „Chrono-“ vorausgestellt und dieser Begriff wird dann in deutscher Übersetzung nahezu ausschließlich als „Entzündung“ präsentiert, wie z. B. als „Chroniencephalitis, die chronische Hirnentzündung“ oder „Chroniopneumonia, die chronische Lungenentzündung“ bzw. „Chronosplenitis, die chronische Milzentzündung“⁴⁵. Einerseits die gegenstandsindifferente Zuordnungsmechanik und andererseits die, einer solchen Gliederung zugrundeliegende und über die „Entzündung“ vermittelte Fieberlehre gibt den Radius an, in dessen Bereich sich die Verständigung über akute und chronische Krankheiten zu Beginn des 19. Jahrhunderts bewegt hat. Auf den Zusammenhang mit den Fieberlehren wird später noch näher eingegangen werden. Aber die Teilung in diese beiden Krankheitstypen des „Akuten“ und des „Chronischen“ mitsamt ihren diversen Untergliederungsversuchen selbst geriet doch in zunehmendem Maße zu einer Fragwürdigkeit, die im Grunde ernsthaft nicht mehr zu vertreten war.

Es war wiederum die Zeit des Übergangs vom 18. zum 19. Jahrhundert, in der sich ernsthafte Revisionsversuche der Theorie der akuten und chronischen Krankheiten neuen Raum verschafften. Die außergewöhnlich starke Zahl von Veröffentlichungen in diesem Zeitraum, die bereits weiter oben in der Auswertung des Index Catalogue belegt wurde, reflektiert diesen Neubeginn und sie kann auf ihre verschiedenen Dimensionen befragt werden. Diese Befragung soll zuerst durch die Konfrontation mit verschiedenen Artikeln der Medizinischen Handbücher und Enzyklopädien fortgesetzt, dann mit einer vergleichenden Vergegenwärtigung einiger Monographien zum Thema „Chronische Krankheiten“ abgeschlossen werden.

⁴⁵ L:A: **Krauss**, Kritisch-etymologisches medicinisches Lexikon 1844, 234-236.

4.2. Die Dissoziation des Diskurses über die „Chronischen Krankheiten“

Um diese historische Situation des Veränderungsdrucks etwas anschaulicher machen zu können, wird jetzt wieder auf die schon mehrfach benutzten medizinischen Enzyklopädien und Handbücher zurückgegriffen; hinzu kommen einige der zahlreichen Monographien, die an der Wende zum 19. Jahrhundert entstanden sind und auf die bereits in der Auswertung des Index Catalogue hingewiesen wurde.

In der Meissner/Schmidtschen Encyclopädie von 1833, die eine stark überarbeitete Version des französischen Dictionnaire de Médecine darstellt, ist die bereits beschriebene Ambivalenz zwischen der Faszination an der klassifikatorischen Qualität und der Unzufriedenheit über deren Empirieferte auf das deutlichste ausgedrückt. So wird unter dem Stichwort „Acutus“ erklärt: „Mit dem Namen acuter Krankheiten bezeichnet man gewöhnlich solche, deren Dauer sich nicht über den 40sten Tag erstreckt. Man hatte sie ehemals in Morbi acutissimi, welche höchstens 3 bis 4 Tage; in Morbi subacutissimi, die 7 Tage dauern, in eigentlich sogenannte Morbi acuti, deren Dauer sich von 14 bis auf 20 Tage ausdehnt, und in Morbi subacuti, die sich vom 20sten bis zum 40sten Tage erstrecken, eingetheilt. Diese scholastischen Eintheilungen sind nicht mehr gewöhnlich. Solche Krankheiten, die sich über den 40sten Tag hinaus verlängern, gehören in die Classe der chronischen.“⁴⁶

⁴⁶ Friedrich Ludwig Meissner/Carl Christian Schmidt (Hrsg.), Encyclopädie der medizinischen Wissenschaften (nach dem Dictionnaire de Médecine bearbeitet) Leipzig (A.Festsche Buchhandlung) 1833, 105

Ähnlich zeigte sich die Unentscheidenheit im Falle der Bestimmung des Begriffs „Chronisch“: „Jede Affection, deren Symptome sich langsam entwickeln, wachsen und auf einander folgen, ist wesentlich chronisch, wenn sie auch der Zahl der Tage nach zu den acuten Affectionen gehören würde. Noch ist zu berücksichtigen, dass eine und diesselbe Affection nach einem sehr acuten Verlaufe unmerklich in den chronischen Zustand übergehen kann, ohne dass sich der Punkt, wo diese Umwandlung vor sich geht, bestimmen lässt. Hieraus geht hervor, dass man dieser übrigens an und für sich sehr guten Eintheilung keine sehr grosse Wichtigkeit beilegen darf.“⁴⁷

Allerdings bescheidet sich der Autor (Chomel) nicht mit diesen etwas zweifelhaften und konventionellen Erläuterungen. Unter dem Stichwort „Verlauf (der Krankheiten)“ versucht er eine vorsichtige Beschreibung des Einflusses der klimatischen und tageszeitlichen Faktoren auf den Verlauf akuter und chronischer Krankheiten: „Die vorübergehenden Veränderungen, welche in der Temperatur und Feuchtigkeit der Luft eintreten, haben nur einen sehr ungewissen Einfluss auf den Verlauf der chronischen Krankheiten und scheinen auf den der acuten Krankheiten gar keinen zu äussern; doch beschleunigt eine plötzliche Veränderung der Temperatur und besonders eine plötzliche und strenge Kälte das Ende der zu ihrem letzten Stadium gelangten chronischen Krankheiten. In den großen Spitälern und besonders in den dem Greisenalter gewidmeten Hospices sieht man, wenn der Thermometer plötzlich auf einige Grade unter Null herabsinkt, oft in dem Zeitraume von 24 bis 36 Stunden die meisten Kranken, welche seit mehreren Tagen mit dem Tode rangen, sterben; die Zeit des Abfalles der Blätter, die nach der Volksmeinung den Phthisikern so

⁴⁷ Friedrich Ludwig **Meissner**/Carl Christian **Schmidt** (Hrsg.), Encyclopädie 1833, 163.

furchtbar ist, ist für sie nicht verderblicher als die der anderen Jahreszeiten, wo die Temperatur plötzlich sinkt.“⁴⁸

Bei weitem skeptischer und daher entschiedener ist die Haltung des Autors in der Mostschen Encyclopädie für Staatsarzeneikunde. Zuerst einmal ist bemerkenswert, daß der Topos der chronischen Krankheiten hier innerhalb eines Stichworts „Krankheit“ erscheint und nicht unter den Begriffen „acut“ oder „chronisch“. Diese Einordnung hat durchaus Methode, denn hier geht es um den Versuch, eine nun sachbezogene inhaltliche Einteilung von Krankheiten zu unternehmen, nicht mehr um die Entfaltung einer an der antiken Krisenlehre orientierten Klassifikation von Krankheitsdauern, wobei hier die Relativität allen Bemühens illusionslos gesehen wird. „Zahlreich sind die Versuche, welche von jeher die medicinischen Schriftsteller angestellt haben, um das grosse Heer der Krankheiten zu ordnen und zu classificieren. Sie tragen alle mehr oder weniger das Gepräge der Unzuverlässigkeit und der Unvollständigkeit, und stützen sich fast immer auf dasjenige System der Medicin (und jedes System ist - Einseitigkeit), das zu ihrer Zeit an der Tagesordnung war“.⁴⁹

Solchen Erkenntnissen entsprechend wird einer Klassifikation chronischer Krankheiten nicht mehr die zentrale Beachtung geschenkt wie dies vorher der Fall war. Diese tauchen nur als eine von mehreren Möglichkeiten der inhaltlichen Aufgliederung von Krankheiten auf und zwar hier nach dem Verlauf. „In Hinsicht des Ganges und Verlaufs unterscheiden wir Morbi acuti, febriles, und Morbi chronici; erstere dauern höchstens vier Wochen, letztere oft Jahre lang; doch sind sie in der Natur nicht streng

⁴⁸ Friedrich Ludwig Meissner/Carl Christian Schmidt (Hrsg.), Encyclopädie 1833, 367.

⁴⁹ G.F. Most (Hrsg.) Ausführliche Encyclopädie der gesamten Staatsarzeneikunde. Leipzig (Brockhaus) 1838, Bd.1., 1070.

geschieden, und manches chronische Übel kann schnell verlaufen, z.B. Apoplexie, Asthma, Hydropa etc.“⁵⁰

Im Vergleich dazu stellt der Eintrag „Chronisch“ in das Ruffsche Illustrierte Gesundheits-Lexikon - immerhin aus dem Jahre 1884 - einen glatten Rückfall in längst vergangene Zeiten dar, in denen noch unverstellt mit der klassischen Zahlenmystik gearbeitet wurde. Es heißt dort, daß man mit „chronisch“ jede Krankheit bezeichnet, „die über 28 Tage dauert. Somit kann jeder Krankheitsprozeß chronisch werden, sofern er eine Dauer von 28 Tagen überschreitet; doch verbindet man mit dem genannten Ausdruck auch den Begriff des schleichenden Verlaufes, d.h. eines solchen, bei dem im Gegensatz zu dem acuten, die einzelnen Erscheinungen weniger heftig und augenfällig auftreten.“⁵¹ Wieder ganz anders in dem nur fünfzehn Jahre später erschienenen Villaretschen Handwörterbuch der gesamten Medizin, denn hier wird das Argumentieren mit der reinen Zeitdauer endgültig erledigt: Im Stichwort „akut“ wird argumentiert, daß „die frühere Unterscheidung, nach der eine über 40 Tage dauernde Krankheit als chronisch bezeichnet wurde, unhaltbar (ist), da z.B. eine gewöhnliche Lungentuberkulose von Anbeginn eine chronische Erkrankung darstellt, während andererseits eine selbst viele Wochen dauernde Krankheit wie Typhus immer als eine akute angesehen werden muß“.⁵²

Spätestens gegen Ende des 19. Jahrhunderts wird man wohl eher von einer Gleichzeitigkeit durchaus verschiedener Perspektiven auf das Pro-

⁵⁰ G.F. Most (Hsrg.) Ausführliche Encyclopädie 1838, 1076.

⁵¹ Josef Ruff (Hrsg.), Illustriertes Gesundheits-Lexikon. Ein populäres Handbuch für Jedermann. Straßburg (B.Schultz & Comp.) 1884, 182.

⁵² Villaret'sches Handwörterbuch der gesamten Medizin, I.Band, Stuttgart (Enke) 1899, 35.

blem der Chronischen Krankheiten ausgehen müssen, wobei aber die Skepsis gegenüber der Dimension der reinen Zeitdauer immer deutlich ist. Denn nahezu zeitgleich mit den gerade eben gegeneinander gesetzten Stellungnahmen lassen sich auch weitere unterschiedliche Zugangsweisen in den medizinischen Enzyklopädien aufspüren. So gibt es eher verständliche Stellungnahmen in der bekannten Eulenburgschen Real-Encyclopädie - immerhin aus dem Jahre 1910 - welche mit der Präsenz von Interpretationen rechnen, die sich über ein Jahrtausend gehalten haben, die gleichwohl aber nicht an der Essenz einer kritischen Einschätzung des Begriffs der chronischen Krankheiten rühren lassen wollen. „Weiter unterscheidet man die Krankheiten je nach der Dauer des Verlaufes in akute und chronische, wobei keineswegs die äußere Ursache bei den chronischen Erkrankungen auch stets eine chronische sein muß: So kann die Chronizität einer Krankheit lediglich durch die mangelnde Restitution bedingt sein, der Chronizität kann also in erster Linie eine innere Ursache zugrunde liegen. Die äußere Ursache braucht nur das auslösende Moment zu sein. Manche bezeichnen Krankheiten bis höchstens 28 Tage Dauer (28 = 4 mal 7, damit wieder Präsenz des antiken Zyklusgedankens. v.K.) als akute, von 28 Tagen bis 40 Tagen als subakute, darüberhinaus als chronische. Diese Einteilung hat etwas sehr Schematisches an sich, man kommt auch, ohne daß man an sich die Zahl der Tage limitiert, mit der Bezeichnung akute Krankheit und chronische kaum in Konflikt“.⁵³

⁵³ **Eulenburg**'sche Real-Enzyklopädie der gesamten Heilkunde. Berlin/Wien (Urban & Schwarzenberg) 1910 (4.Aufl.), Bd. VIII, 62.

4.3. „Weder Gesundheit noch der Tod in der Nähe“⁵⁴ - Gliederungsversuche der Chronischen Krankheiten

Die Dissoziation eines Diskurses über die chronischen Krankheiten gewann jedoch seine entscheidende Dynamik, wie bereits erwähnt, um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert mit dem Versuch, eine Differenzierung chronischer Krankheiten hineinzustellen in die zeitgenössisch prominenten Unternehmungen, die Entwicklung von Krankheiten selber als historischen Prozeß zu dechiffrieren.⁵⁵ Solche Versuche, „genau entworfene geschichtliche Gemälde der Krankheiten“⁵⁶ zu entwerfen, schienen nach dem Urteil der daran interessierten Mediziner für den Fall der chronischen Krankheiten im Rest der ärztlichen Zunft nicht viel zu gelten, wohl, weil solche Entwürfe die Ärzte allzusehr mit den hier gerade vergeblichen Mühen der erfolgreichen Heilung konfrontierten. Umso mehr hat aber diese Reserve damals jene Autoren zu beflügeln vermocht, sich dem Problem der chronischen Krankheiten auch durch zusammenfassende Monographien zu nähern, selbst wenn sie konzedieren mußten, daß bereits damals schneller verbreitbare Zeitschriftenbeiträge wahrscheinlich viel eher gelesen würden als umfängliche Werke zur Theorie und Praxis der Krankheitsentstehung.

⁵⁴ Dieses Zitat ist die Übersetzung der Sentenz eines Mediziners des 18. Jahrhunderts, **Celsus**. Im Original heißt es: „Longi morbi sunt sub quibus neque sanitas in propinquo est neque exitum“, in: De medicina Lib.III.c.i., ed. Krause. Lipsiae 1766, 111.

⁵⁵ Vgl. Johanna **Bleker**, „Die Idee einer historischen Entwicklung der Krankheiten des Menschengeschlechts und ihre Bedeutung für die empirische Medizin des frühen 19. Jahrhunderts“, Beiträge zur Wissenschaftsgeschichte 8 (1985), 195-204

⁵⁶ Ignaz Rudolph **Bischoff**, Grundsätze zur Erkenntnis und Behandlung der Chronischen Krankheiten. 2 Bände, Wien (A. Strauss) 1830, IX.

Die methodischen Schwierigkeiten eines solchen Unterfangens erschienen allerdings schlicht überwältigend zu sein und gaben damit hinreichend Anlaß, mutlos zu werden. „Ihre genaue Erkenntniss gründet sich auf eine Masse von Beobachtungen, welche der einzelne Mensch kaum zu übersehen im Stande ist, ja man kann behaupten, dass das Studium der vollendeten Naturgeschichte irgend eines einzelnen chronischen Leidens, als der Gicht, der Scropheln, Fallsucht, Wassersucht, Lungenschwindsucht, Syphylis, Hundswuth u.s.w. allein fast ein ganzes Menschenalter erfordere.“⁵⁷ Die hier noch en passant mitgeteilten Beispiele für solche chronischen Krankheiten machen aber sofort deutlich, daß eine präzisere Bestimmung dessen, was hier „chronische Krankheit“ heißt, dringend notwendig ist, denn die scheinbar einzige Gemeinsamkeit aller dieser, aus heutiger Sicht sehr unterschiedlichen Krankheitsbilder ist wiederum nur die mögliche Zeitdauer. Um nun ein solch neues Element in die Diskussion einzuführen, trotzdem aber andererseits die traditionelle Dimension der Zeitdauer nicht aufgeben zu müssen, teilte Bischoff, gewissermaßen pragmatisch, die Definition des Begriffs „Chronische Krankheit“ in zwei Bedeutungszonen mit unterschiedlicher Reichweite auf.

Einmal sind da die chronischen Krankheiten „im engeren Sinne“ und diese werden wie folgt definiert: „*Im engeren Sinne* nimmt man auf die Entwicklung und Fortbildung des Krankheitsprocesses in der *Zeit* Rücksicht, und versteht unter chronischen Krankheiten (*Morbi chronici sensu strictiori, morbi longi, passionnes tardae*) jene Leiden, welche einen, von der Natur vorgeschriebenen längeren Verlauf als die acuten beobachten, und bey welchen, nach *Celsus* Ausspruche, weder die Gesundheit noch der Tod in der Nähe ist. In dieser Bedeutung stellte man daher diese

⁵⁷ Ignaz Rudolph **Bischoff**, Grundsätze..., 1830, V.

Krankheiten als langwierige, im Gegensatz der rasch verlaufenden (*acuten*) auf, und bestimmte willkürlich ihre Dauer auf einen Zeitraum, der die Anzahl von acht und zwanzig, vierzig oder sechzig Tagen überschreitet. Doch die Natur erkennt hier keine bestimmten Grenzen, viele *acute* Krankheiten gehen in *chronische* über, und der Verlauf selbst ist nur eine der vielen Eigenschaften, die Krankheiten überhaupt eigenthümlich sind.“⁵⁸

Unschwer sind hier wieder die klassischen Merkmale der antiken Krisenlehre mit ihren Zeitsequenzen und der inhärenten Zirkularität in der Definitionsformulierung zu erkennen, wenn auch durch die Charakterisierung der Zeitsequenzen als „willkürlich“ bereits eine Distanzierung zu dieser Tradition signalisiert werden konnte. Demgegenüber standen nun die chronischen Krankheiten „im weiteren Sinne“. Dazu hieß es: „*Im weiteren Sinne* werden unter *chronischen* Krankheiten (*Morbi chronici latiori, Apyrexiae, Morbi atypici*) jene Leiden begriffen, welche entweder mit *keinem Fieber* verbunden sind, oder bey welchen das sie begleitende Fieber *blos symptomatisch* ist. In dieser weiteren Bedeutung werden daher die *chronischen* Krankheiten den Fiebern entgegengesetzt, und unterscheiden sich von diesen durch den *minder bestimmten Verlauf* ihrer *Stadien*, durch keine so bedeutend *auffallende* Beobachtung *eines Typus*, durch den Mangel einer *bestimmten vorwaltenden Neigung zu Krisen*, und durch die *vorherrschende Abnormität der Lebensthätigkeit* in einzelnen Systemen und Organen, während bey Fiebern immer der Gesamtorganismus ergriffen ist.“⁵⁹

⁵⁸ Ignaz Rudolph **Bischoff**, Grundsätze..., 1830, 1 (Hervorhebung im Original).

⁵⁹ Ignaz Rudolph **Bischoff**, Grundsätze..., 1830, 2 (Hervorhebung im Original).

Diese Zweiteilung und die darauf folgende Deutung der chronischen Krankheiten im Kontext der zeitgenössischen Fieberlehren, vor allem der damals besonders einflußreichen Lehre von Johann Christian Reil, ist zu Beginn des 19. Jahrhunderts bei denjenigen Autoren, die sich dem Gegenstand der chronischen Krankheiten systematischer nähern, äußerst populär. Zwar führt der erwähnte Bischoff dazu aus: „Die Natur befolgt bey ihrer Entwicklung und Ausbildung bestimmte Gesetze, auch bey ihnen ist der Gang des Krankheitsprocesses an eine gewisse periodische (aber nicht streng typische) Ordnung gebunden, doch sind wir noch weit entfernt, diese so genau wie bey den Fiebern zu erkennen“. Trotzdem will er doch den damals bekannten Stand der Erkenntnis festgehalten wissen: „Sehr viele *chronische* Krankheiten sind Folgen oder Ausgänge von Fiebern, die sich nicht durch vollkommene Krisen entschieden, oder wo sich der Bau und die Structur irgend eines ergriffenen Organs so veränderte, das seine minder oder höhere Degeneration (Entartung der Organisation) die Quelle des *chronischen* Siechthums wird, daher es höchst wichtig ist, jedes *chronische* Leiden bis zum ersten Ursprung zu verfolgen.“⁶⁰

Die Fieber werden hier also zum Synonym für das Modell der „akuten Krankheiten“. In eben diese Richtung argumentiert er dann weiter: „Die *Ursachen* der *chronischen* Krankheiten stimmen mit den Ursachen der Fieber gänzlich überein. Alle Momente der Disposition bey den Fiebern liefern auch die Anlage zu *chronischen* Leiden(...)Die erregenden Ursachen sind ebenfalls so häufig wie bey den Fiebern. Viele Einflüsse wirken andauernd und allgemein verbreitet auf den Organismus ein, und können epidemische und endemische *chronische* Krankheiten erzeugen. Eine grosse Quelle liegt in der Atmosphäre, besonders bey Hitze mit Feuchtigkeit gepaart; - eine ebenso häufige Ursache ist übermässige Nahrung,

⁶⁰ Ignaz Rudolph **Bischoff**, Grundsätze..., 1830, 3 (Hervorhebung im Original).

Mangel oder schlechte Beschaffenheit der Nahrungsmittel, schlechtes Wasser.“⁶¹ Vielfalt der Ursachen ist also hier das leitende Prinzip, die Möglichkeit aber einer einzigen, für alle chronischen Krankheiten gültigen Ursache wird nicht einmal explizit angesprochen.

Aus den bisherigen Beobachtungen und Einschätzungen ging ganz deutlich hervor, daß die ohnehin von den meisten Autoren der Zeit beklagte Unübersichtlichkeit des Problems der chronischen Krankheiten gewissermaßen ihren Höhepunkt in der letztendlichen Frage nach den Ursachen der chronischen Krankheiten selber findet. In der Tat lassen sich auch viele der angebotenen Gliederungen und Klassifikationen als Varianten im Umgang mit dieser zentralen Problematik interpretieren. In Abwandlung der Zweiteilung chronischer Krankheiten durch den eben zitierten Bischoff bot etwa Wilhelm Andreas Haase eine Art „Zwiebelmodell“ der Ursachen der Chronischen Krankheiten an, deren einzelne „Ringlagen“ letztlich durch verschiedene Ursachenmuster konstituiert werden.

Das Zentrum dieser „Zwiebel“ wird durch eine Analyse des „Wesens, der nächsten Ursachen der chronischen Krankheiten im Allgemeinen“ gebildet. Haases Buch aber, das um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert geschrieben wurde (der erste Band wurde in zweiter Auflage 1820 veröffentlicht) stellt durchaus noch die Frage nach der einen essentiellen Ursache für alle chronischen Krankheiten. Jedoch sieht er aber auch er die Unmöglichkeit, so etwas wie die „zentrale Ursache“ zu isolieren, auf die die Gesamtheit aller so irritierend vielfältigen chronischen Krankheiten zurückgeführt werden könnte. „Wirklich ist es auch noch keinem Nosologen gelungen, das Wesen der chronischen Krankheiten auf ein einziges

⁶¹ Ignaz Rudolph **Bischoff**, Grundsätze..., 1830, 3 (Hervorhebung im Original).

Prinzip zurück zu bringen, wie dies wohl in Hinsicht der acuten Krankheiten von mehreren Aerzten nach verschiedenen Ansichten und Systemen geschehen ist, und wunderbar ist es demnach nicht, wenn für die Ausmittelung der nächsten Ursache der chronischen Krankheiten überhaupt nur wenig, und auch dieses Wenige nicht mit besonderm Glück, geleistet ward.“⁶²

Nach einer ausführlichen Diskussion der antiken und frühneuzeitlichen Erkenntnisbestände und einer Auseinandersetzung mit damals aktuellen Beiträgen zum Komplex der chronischen Krankheiten kommt Haase zu dem klaren Votum: „Nach des Verfassers Überzeugung ist es nicht möglich, Etwas aufzufinden, was als nächste Ursache aller chronischen Krankheiten ohne Ausnahme gelten könnte, und einen Zustand auszumitteln, der in allen Krankheitsformen dieser Art als das Letzte, Bestimmende, das Innere der Krankheit selbst auf ähnliche Art gültig wäre, wie sich ein Solches in acuten Krankheiten wohl nachweisen läßt.“⁶³ Zwar sieht er nicht eine einzige bestimmende Ursache; aber stattdessen weist er auf „zwey Momente“ hin, in „welchen, als nächster Ursache, alle chronischen Krankheiten begründet erscheinen; *einmal ein dynamisch abnormer Zustand jener Thätigkeiten, welche als reine Thätigkeiten an den menschlichen Organismus überhaupt, und insbesondere an die speciellen Systeme desselben gebunden sind*“ und zum zweiten „*eine krankhaft veränderte Structur der Organe, abnorme Mischungsverhältnisse in denselben selbst, oder den in ihnen sich vorfindenden Flüssigkeiten und Secretionen*. Und hiernach würde man sogar die chronischen Krankheiten insgesamt nicht unschicklich unter zwey große Abtheilungen bringen können,

⁶² Wilhelm Andreas Haase, Ueber die Erkenntniß und Cur der chronischen Krankheiten des menschlichen Organismus, 3 Bände. Leipzig/Wien (o.V./M.Lechner) 1820 - 1830, Bd.1, 15-16

⁶³ Wilhelm Andreas Haase, Ueber die Erkenntniß und Cur..., 1820, Bd.1., 18-19.

woran die eine *die dynamisch-chronischen Krankheiten*, die zweyte aber *die chronischen Krankheiten von Abnormität der Mischung und Organisation abhängig*, in sich schließen würde.“⁶⁴

Der innere Kern der Ursachen-„Zwiebel“ ist also durch diese zwei sich bedingenden Momente zusammengesetzt, wobei eine zweite Lage sich um je eine der beiden Momente schließt. Das erste Moment, die dynamisch-chronischen Krankheiten, ist durch das defizitäre Wirken dreier, damals sehr bekannter und vieldiskutierter Systemaktivitäten des Organismus charakterisiert, dem der „Irritabilität“ (Reize und Bewegungsapparat in einer kritischen Aufnahme des damals vieldiskutierten „Brownianismus“), der „Sensibilität“ (Nervensystem) und der „Reproduction“. Das zweite Moment der abnormen Bildung und Form der Organe und der Mischungen, die chronische Krankheiten verursachen können, bewahrt noch uneingestanden ältere humoralpathologische Traditionen auf, wenn von den Verhärtungen und Flüssigkeitszuständen der Organe, von den Anomalien in den Mischungsverhältnissen der Säftemasse des Organismus u.ä. geredet wird. Aber es werden hier auch chemisch-stoffliche Abnormalitäten als Ursachen chronischer Krankheiten diskutiert und in ihrer Wirkungsmacht eingeschätzt.

Um diese zwei „Zwiebelschalen“ herum existiert nun aber noch eine dritte, die „entfernten Ursachen im Allgemeinen“ und diese „entfernten Ursachen“ werden noch einmal unterschieden in die eigentlich „prädisponierenden Ursachen“ (Causa morbi interna) wie die „Anlagen“ und die „Gelegenheitsursachen“ (Causa morbi externa). Zum ersten Bereich gehören Faktoren wie körperliche Konstitution, Erbanlagen, Ge-

⁶⁴ Wilhelm Andreas Haase, Ueber die Erkenntniß und Cur..., 1820, Bd.1., 19 (Hervorhebung im Original)

schlecht, Temperamente, Alter, Jahreszeiten, vorherige Krankheiten usw., während zum zweiten Bereich Gemüthseffecte, Anstrengungen, Leidenschaften, Säfteverlust, die Mischung von Überfluß und Mangel in den Nahrungsmitteln, Luft, Atmosphäre, astronomische Konstellationen, Elektrizität u.ä. zu zählen sind. Erst in diesem Kontext erscheint überhaupt der Lebenslauf in seiner eigenen Zeitdimension als „prädisponierende Ursache“, aber auch nur in der Unterscheidung separater Lebensphasen mit je eigener Körpercharakteristik, aber ohne übergreifende und diese verbindende Dynamik. Entsprechend dürftig sind dann auch die Erkenntnisse zum höheren Lebensalter: „Endlich prädisponirt das hohe Alter durch gleichzeitiges Sinken der Sensibilität, Irritabilität und Reproduction auf der einen Seite zum nervösen Schlagfluss und zu partiellen Lähmungen aller Art, Taubheit, Blindheit, Sopor, auf der anderen zu Stockungen, Verhärtungen, zur Tabes und übermäßigen Schleimabsonderungen, besonders zum chronischen Lungencatarrh, dem Asthma humidum, dem Blasencatarrh usw.“⁶⁵

Eine vergleichbare Dynamik des Wechselspiels der Kräfte charakterisiert nach dem Autor auch das Wesen der chronischen Krankheiten im Faktor „Geschlecht“ und dies führt zu damals erwartbaren Aussagen über vorgeblich geschlechtsspezifische Unterschiede: „Wie im männlichen Geschlechte die Irritabilität, so erscheinen im weiblichen Sensibilität und Reproduction prädominierend. Hierdurch ist aber auch gleichzeitig und nothwendig die Anlage für verschiedenartige Krankheitszustände in beyden Geschlechtern gegeben. Deshalb sind chronische Krankheiten, die auf erhöhter Reizbarkeit, oft mit gleichzeitig gesunkener Muskelkraft beruhen, wie fast alle Formen der Krämpfe, unendlich häufiger im weiblichen, als im männlichen Geschlecht; deshalb die reizbarere Gemüths-

⁶⁵ Wilhelm Andreas Haase, Ueber die Erkenntniß und Cur..., 1820, Bd.1., 36.

stimmung dem ersten mehr eigen, als dem letzten; eben so manche Krankheiten des reproductiven Systems, wie hartnäckige Drüsenverhärtungen und Scirrhen, bey Frauenzimmern öfterer vorkommend als bey Männern, dagegen letztere wegen einer geringern Receptivität überhaupt weniger zu chronischen Krankheiten geneigt sind, und, wenn sie von ihnen ergriffen werden, der Krankheit oft einen anderen Charakter aufdrücken, als derselbe im weiblichen *Individuo* seyn würde, den Blutflüssen z.B. den Charakter der Synocha, der im weiblichen Subjecte der des Erethismus wäre.“⁶⁶

Von besonderer Relevanz ist in dieser Betrachtung der chronischen Krankheiten aber noch das Berücksichtigen einer weiteren Dimension, der Wirkungen und Konsequenzen dieser Krankheiten, die von Haase als „Ausgänge der Chronischen Krankheiten im Allgemeinen“ bezeichnet werden. Diese werden klar beschrieben: „Der Ausgang chronischer Krankheiten ist im Allgemeinen dreyfacher Art: *Gesundheit, Uebergang in andere Krankheiten* oder der *Tod*. Aber die Art und Weise, wie diese Uebergänge erfolgen, ist nicht in allen Fällen eine und dieselbe.“⁶⁷ Zwar billigt Haase der Gesundheit faktisch doch eine anteilmäßig geringere Wahrscheinlichkeit zu, aber deren Möglichkeit, wenn sie denn medizinisch denkbar ist, erscheint durchaus aus den Bedingungen der ärztlichen Praxis rekonstruktionsfähig. „In diese (die Gesundheit. v.K.) gehen die chronischen Krankheiten über, wenn wir so glücklich sind, sowohl die erregenden Schädlichkeiten, als die nächste Ursache derselben aufzufinden, und es in den Grenzen der Kunst liegt, sie zu entfernen. Die nächste Ursache chronischer Krankheiten war aber einmal ein abnormes dynami-

⁶⁶ Wilhelm Andreas **Haase**, Ueber die Erkenntniß und Cur..., 1820, Bd.1., 33-34 (Hervorhebung im Original).

⁶⁷ Wilhelm Andreas **Haase**, Ueber die Erkenntniß und Cur..., 1820, Bd.1., 59 (Hervorhebung im Original).

sches Verhältniß jener Thätigkeiten und Kräfte, die an bestimmte Systeme des Organismus gebunden sind, und sodann Abnormitäten des Structur und der Mischungsverhältnisse in den Gebilden und Säften des Körpers. Wie nun die Cur dynamischer Krankheiten überhaupt öfterer gelingt, als die der organischen, so erhalten wir auch die Cur derjenigen chronischen Krankheiten weit häufiger und leichter, welche auf einem gestörten dynamischen Verhältnisse beruhen, als die völlige Beseitigung solcher, denen Abnormität der Organisation oder der Mischung zum Grunde liegt.“⁶⁸ Die Übergänge in Gesundheit können dabei auf vielfältige Weise zustande kommen, durch „Lysis“, auch durch eine neue Krise, durch „Ausleerungen“, durch „Versetzungen“ und durch verschiedene Fieber. Diese Vielfalt von „Ausgängen“ mag allerdings nicht mehr so sehr erstaunen, wenn man sich erneut die entsprechende Vielfalt von Krankheitsbildern (Geschlechtskrankheiten, Infektionskrankheiten, psychiatrische Krankheitsbilder usw.) vor Augen führt, die damals unter dem Begriff der chronischen Krankheiten subsummiert wurden.

Der zweite „Übergang“ in andere Krankheiten, der heutzutage wohl als Kumulationseffekt der Multimorbidität bezeichnet werden würde, und der dritte „Ausgang“ des Todes sind bei Haase deutlich separat gegeneinander gesetzt. Anders ausgedrückt: „Siechtum“ oder (in heutiger Diktion) Pflegebedürftigkeit als langfristige Perspektive des möglichen Übergangs von der „Multimorbidität“ zum Tode wird gerade nicht systematisch angesprochen. Insoweit ist diese Aufbereitung auch ein Versuch, den „Heilungsethos“ des ärztlichen Standes weitgehendst zu bewahren und demgegenüber den Faktor der „Unheilbarkeit“ und der reinen Pflege aus dem öffentlichen Bewußtsein zu verbannen. Diese implizite Verbergen der langwierigen Hinfälligkeit ist umso erstaunlicher, als z.B. in der zeit-

⁶⁸ Wilhelm Andreas Haase, Ueber die Erkenntniß und Cur..., 1820, Bd.1., 59.

genössischen literarischen Öffentlichkeit, wie D. v. Engelhardt gezeigt hat, die Chronizität von Leidenszuständen und die alltäglichen Bewältigungsprozesse solcher Pflegebedürftigkeit geradezu allgegenwärtig waren.⁶⁹ Literatur war also, so scheint es, auch damals einmal mehr eine Art von Artikulationsreservoir gesellschaftlich verschwiegener Tatbestände.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts begannen allerdings solche Prozesse des Verhehlens der Konsequenzen von chronischen Krankheiten in der Öffentlichkeit mehr und mehr an das Licht zu treten und verändern damit auch endgültig die Diskurse über chronische Krankheiten. Auch in den medizinischen Handbüchern und Enzyklopädien beginnt sich diese Veränderung abzuzeichnen.

Am vielleicht reichhaltigsten und interessantesten liest sich in dieser Zeit der Wende zum 20. Jahrhundert die Einschätzung in der Gadschen Propädeutik von 1895. Hier wurde eine dynamische Betrachtung der Krankheitsprozesse favorisiert, die die überkommenen mühsamen Unterscheidungen letztlich aufheben mußte. „Mit den Begriffen acute und chronische Krankheiten decken sich nicht die Bezeichnungen Krankheitsprozesse und Krankheitszustände. Alle Krankheiten, auch die Krankheitszustände müssen nach Maßgabe des Stoff- und Zellenwechsels einem Wandel unterliegen, also dem Wandel, der in jedem Körpertheile nach den Gesetzen der Ernährung stattfinden muß, von allen Ursachen ganz abgesehen. Als Krankheitsprozess bezeichnen wir als acuten und chronischen aber den mehr oder minder raschen Wandel, der unter Mitwirkung oder Nachwirkung der Ursache herbeigeführt wird. Krankheitszustände sind abgeschlossene Zustände(...)“. Als einzige Enzyklopädie spricht die Gad-

⁶⁹ Dietrich von **Engelhardt**, „Das Bild des chronisch Kranken in der Literatur des 19. Jahrhunderts“, *Das öffentliche Gesundheitswesen*, 55 (1993), 112-118.

sche Propädeutik im Kontext der chronischen Krankheiten dann auch das Problem des „Unheilbaren“ an. „Doch nicht alle Krankheiten sind der Heilung zugänglich; die einen nicht, weil die im ganzen Körper verbreitete Ursache nicht entfernbar ist, andere nicht, weil der Krankheitsprocess unzugänglich ist, die meisten nicht, weil die Regulationsvorgänge wegen Alter und Schwäche versagen. Endet die Einzelkrankheit nicht in Genesung, so kann aus der acuten Krankheit eine chronische Krankheit werden, es kann die schon beendete Krankheit recidivieren (Rückfall), sie kann auch nach längerem Zwischenraume als neuer Anfall (Paroxysmus) wieder auftreten. Es kann auch durch den andauernden, weitergreifenden Krankheitszustand ein allgemeines Siechtum (Marasmus) entstehen, welches sich oft mit dem senilen Marasmus verbindet. Endlich kann die Krankheit in mannigfaltigster Weise durch Functionsstörung, durch Rückwirkung auf den Gesamtorganismus den Tod herbeiführen“.⁷⁰ Durch die Kontrastierung eines allgemeinen Marasmus mit dem „senilen“ Marasmus, die angeblich miteinander verschmelzen können, sind die Diskurse der „Greisenkrankheiten“ und der „Chronischen Krankheiten“ aber weiterhin als getrennt gesehen.

Mit solchen Überlegungen sind zumindest einige Faktoren angesprochen, die sich auch im modernen Begriff der Chronischen Krankheiten wiederfinden lassen. Trotzdem, blickt man auf die Entwicklung im gesamten 19. Jahrhundert, muß man mit Verwunderung festhalten: Noch bis in das 20. Jahrhundert hinein ist in der Diskussion in der Medizin kein wirklich klarer Bruch mit den aus der antiken Tradition entstammenden Deutungen festzustellen. Die Verzeitlichung dieser klassifikatorischen Elemente blieb - im Gegensatz zum Diskurs über die Greisenkrankheiten bzw. die

⁷⁰ Johannes Gad (Hrsg.), Real-Lexikon der medizinischen Propädeutik. Wien/Berlin (Urban & Schwarzenberg) 1895, Bd.2, 1058.

Alterskrankheiten - zumindest unvollständig, wenn nicht weitgehend un- abgeschlossen. Insofern ist der Diskurs über die Chronischen Krankhei- ten ein, wenn man so will, ausgesprochen widerstandsfähiges Relikt na- turgeschichtlichen Denkens in der Medizin. Und der Gebrauch der Kate- gorie der „Chronischen Krankheiten“ heute verbirgt nur mühsam, daß sich im Grunde über die betrachtete Zeit hinweg ein völliger Bedeutungswan- del dieses Begriffs vollzogen hat, der es an sich kaum noch erlaubt, sinn- voll von einem einheitlichen Gehalt zu sprechen.

Ein solches Verdikt verlangt aber doch noch eine genauere Prüfung, in- wieweit sich bereits frühzeitige Alternativen im medizinischen Diskurs über die chronischen Krankheiten herausgeschält hatten, die dann jedoch keine zeitgenössische Wirkungsmacht entfalten konnten oder doch auf andere gesellschaftliche Rahmebedingungen warten mußten, um ihre spezifische Qualität demonstrieren zu können. Eine Entwicklungsrichtung, die aus den klinischen Ansätzen der Versorgungshäuser zur Beobach- tung und Sektion „Alterskranker“ kam, ist bereits angesprochen worden und in der Tat lassen sich wichtige Elemente unseres heutigen Ver- ständnisses von chronischen Krankheiten hier in nuce vorfinden. Es gab jedoch noch eine zweite Richtung des Diskurses über die chronischen Krankheiten, die nun etwas genauer betrachtet werden soll: die klassi- sche Homöopathie.

4.3. Die Theorie chronischer Krankheiten in der Homöopathie

Die Ausformung dieser medizinischen Alternative geschah zeitgleich mit dem Übergang vom 18. zum 19. Jahrhundert und sie steht innerhalb des gewaltigen Zuwachses an Analysen und Monographien zum Thema der

Chronischen Krankheiten in dieser Zeit. Schon aus diesem Grunde schien es sinnvoll, innerhalb dieser Epochenschwelle nach weiteren medizinischen Thematisierungsformen des Topos der Chronischen Krankheiten zu suchen, die neue Aspekte einer öffentlichen Wahrnehmung herausstellen. Das wohl prominenteste Beispiel für eine solche neue Wahrnehmung der chronischen Krankheiten war, wie schon gesagt, die konzeptionelle Herausbildung der **Homöopathie** und ihre kontroverse Aufnahme in eben diesem Zeitraum. Vor allem von der Perspektive der eigenen Entwicklungsgeschichte betrachtet, kann man mit Fug und Recht behaupten, daß der theoretische Kulminationspunkt der Homöopathie in der Ausdifferenzierung einer umfassenden Theorie der Entstehung und Wirkung chronischer Krankheiten liegt.

Entgegen einem heute üblichen leichtfertigen und oft nicht einmal essentiell informierten Verständnis von Homöopathie, das allzu oft geradezu synonym verwendet wird mit „Heilpraktik“ oder „Alternativmedizin“, muß hier stattdessen auf der eigenen wissenschaftshistorischen Entstehungsgeschichte der Homöopathie beharrt werden und man muß ihre Wurzeln in den Gedankengängen der erwähnten Epochenschwelle deutlich machen. Dabei kann und soll es selbstverständlich nicht die Aufgabe dieses knappen Abschnitts sein, eine detaillierte Präsentation homöopathischen Reflektierens und eine differenzierte wissenschaftshistorische Einschätzung der Geschichte der Homöopathie zu geben.⁷¹ Vielmehr muß es hier ausreichen, auf einige verwandte und einige unterschiedliche Elemente im Vergleich zum zeitgenössischen Diskurs aufmerksam zu machen.

⁷¹ Vgl. neuerdings: Martin **Dinges** (Hrsg.), *Weltgeschichte der Homöopathie*. München (C.H.Beck), 1996. Vgl. auch: **Homöopathie 1796 - 1996**. Eine Heilkunde und ihre Geschichte. Katalog zur Ausstellung im Deutschen Hygiene Museum in Dresden, Dresden 1996 und die darin enthaltenen Beiträge.

Die Medizingeschichte hat bei der Rekonstruktion der Durchsetzungsschwierigkeiten der Homöopathie sicherlich zu Recht betont, daß der erste populäre Erfolg, den die Homöopathie Anfang des 19. Jahrhunderts zweifellos gehabt hat, sich wesentlich der Tatsache verdankt, daß sie gleichsam in eine regelrechte Laienreformbewegung eingebettet war und daß diese Verwurzelung im Einklang mit Hahnemanns strikt an ärztlicher Praxis orientiertem Argumentieren auch die Attacke auf konkrete, von weiten Kreisen der Bevölkerung als Mißstände empfundene Verhältnisse in der medizinischen Versorgung der Zeit ermöglichte.⁷² Mit dem energischen Versuch der akademischen Etablierung schwand diese lebensweltliche Fundierung zunehmend und wurde ersetzt durch eine oft harte Konfrontation mit den etablierten medizinischen Lehrstühlen an den Universitäten und den dort geltenden Wertvorstellungen und disziplinären Sanktionierungsmitteln. Diese Auseinandersetzung hat die Homöopathie verloren und sie wurde schnell an den Rand der Medizin gedrängt und mit dem damals einflußreichen Kampfbegriff des „Scharlatanerie“ in ein eigenes Reservat abgedrängt. In den Konflikten zwischen Praxis und Wissenschaft in der Medizin des späten 18. Jahrhunderts hatte Hahnemann aber zu den entschiedenen Reformern gehört und diese Haltung hatte ihn vereint mit Ärzten, die keineswegs seiner praxisorientierten Perspektive anhängen, sondern sich eher wissenschaftlichen Bewertungskriterien verpflichtet sahen.⁷³

⁷² Vgl. z.B. Petra **Grubitzsch**, „Homöopathische Laienvereine in Sachsen“ in: Homöopathie 1796 - 1996. Eine Heilkunde und ihre Geschichte. Katalog zur Ausstellung im Deutschen Hygiene Museum in Dresden, Dresden 1996, 57-70.

⁷³ Vgl. Claudia **Wiesemann**, „Reform, Revolution, Homöopathie? Samuel Hahnemann und die Medizin seiner Zeit im Widerstreit von Praxis und Wissenschaft in: Homöopathie 1796 - 1996. Eine Heilkunde und ihre Geschichte. Katalog zur Ausstellung im Deutschen Hygiene Museum in Dresden, Dresden 1996, 27-40. Vgl. auch: Renate **Wittern**, „The Origins of Homoeopathy in Germany“, *Clio Medica (Essays in the History of Therapeutics)* 22 (1991), 51-63.

Auf dem Hintergrund dieser epochalen Bewegungen erweist sich die Homöopathie in ihrer Begründung durch Samuel Hahnemann an der Wende zum 19. Jahrhundert als charakteristisches Kind ihrer Zeit, wie die nachfolgenden Bemerkungen sicherlich ausweisen können. Trotzdem fällt sie durch ein Charakteristikum aus dem Rahmen der damaligen Diskurse: Sie ist im Unterschied zu vielen anderen vergleichbaren Bewegungen eine medizinische Lehre, die bereits damals den Menschen als ein hochkomplexes, psychosoziales Wesen in den Mittelpunkt medizinischer Bemühungen stellte und danach auch ihren eigenen Krankheitsbegriff ausrichtete. Vielleicht sollte man auch zur deutlicheren Unterscheidbarkeit noch einmal hervorheben, daß die Homöopathie von ihrer Entstehungsgeschichte und ihrer Praxis her immer eindeutig beobachtungsorientiert, ja geradezu hyperempiristisch und individualistisch ist und damit erst einmal deutlich antispekulative Züge trug. Hier steht sie denn auch in klarem Gegensatz zu manchen jener bereits angesprochenen „medizinischen Anthropologien“ und medizinischen Philosophien dieser Zeitenwende, die, wie bereits berichtet, auch für die Kliniker aus anderen europäischen Ländern zum Objekt des Spottes geworden waren und als Beleg für das Hinterwäldlerische des damaligen deutschen Medizin erhalten mußten.

In der Diktion der Zeit faßte Hahnemann auch seinen Krankheitsbegriff: Er interpretierte Krankheit als Störung im dynamischen Kräftespiel des Organismus oder, in seinen, an die Tradition des zeitgenössischen Vitalismus anknüpfenden Worten, als Verstimmung der im Menschen herrschenden Lebenskraft.⁷⁴ Die Bezugnahme auf diese klassische Konzep-

⁷⁴ Vgl. grundsätzlich: Samuel Hahnemann, Die chronischen Krankheiten, ihre eigenthümliche Natur und homöopathische Heilung. (3. Nachdruck der Ausgabe Dresden/Leipzig 1835), 5 Bände. Heidelberg (Karl F. Haug) 1979

tion wurde bei Hahnemann erst einmal nicht essentialistisch gefaßt, sondern geradezu empiristisch umdefiniert. Seinen Ausführungen zufolge, zeigte sich eine solche Verstimmung nur in ihren beobachtbaren Wirkungen, weswegen in der homöopathischen Medizin die konkreten Abwehrmechanismen oder Krankheitssymptome als die einzig gesicherten pathologischen Tatbestände galten. Diese sollten aber nicht unterdrückt werden durch gezielte Gegenmedikationen, sondern waren zu interpretieren als Ausdruck eines natürlichen Selbstheilungsversuchs oder eines kontinuierlichen Selbststabilisierungsprozesses. Die gegen die verschiedenen Symptome gerichteten Behandlungsmethoden einer „naturalistischen Medizin“ (C. Lichtenthaeler) nannte Hahnemann später Allopathie (im Gegensatz zur Homöopathie) und bezeichnete dann die entsprechenden Medikamente der Schulmedizin als allopathische Mittel.

Diese Kritik der Homöopathie an der allopathischen Mittelvergabe war aber natürlich niemals als grundsätzliche Zurückweisung jeglicher Medikationsversuche zu verstehen. Denn auch die Homöopathie kennt selbstverständlich die gezielte Intervention durch das Verabreichen von entsprechenden homöopathischen Arzneimitteln, wenn auch in spezifischer Form und spezifischen Mengen (z.B. durch die „Verdünnungswirkungen“ bestimmter Mittel, deren Existenz und experimentelle Nachweisbarkeit allerdings von der gegnerischen Schulmedizin bis zum heutigen Tag angezweifelt werden).

Grundlage der homöopathischen Prinzipien der Arzneimittelvergabe war die wiederum rein praktisch gewonnene, aber erstmalig von Hahnemann ausformulierte Erfahrung, die der Homöopathie ihren Namen gegeben hat: daß Ähnliches mit Ähnlichem geheilt werden könne. Es war Erfahrung insofern, als dieser homöopathische Grundsatz aufgrund eines überraschenden Vergleichs ausformuliert worden ist: Wirkungen (d.h. Vergif-

tungserscheinungen), die ein subjektiv als gesund wahrgenommener Organismus zeigte, wenn ihm bestimmte Arzneien verabreicht worden waren, ähnelten verblüffend stark den Beschwerden natürlicher Krankheitszustände. Diese medizinische Therapeutisierung des Ähnlichkeitsphänomens für den je individuellen Fall war und ist die Quintessenz homöopathischen Handelns bis heute, wenn auch über die Zeit eine Differenzierung der Behandlungsstrategien in der homöopathischen Krankheitslehre sich entwickelt hat.⁷⁵

Fast noch wichtiger war aber im vorliegenden Zusammenhang auch der Wirkungshorizont der konkreten homöopathischen Anamnese: umfassende Diagnostik und die gleichzeitige Erfassung des jeweiligen individuellen Gefühls-, Empfindungs- und Erfahrungsraumes des Patienten, meist unter oft weitreichendem Verzicht des augenblicklich verfügbaren diagnostischen Instrumentariums der Schulmedizin. Im deutlichen Kontrast zur Abstraktion des jeweiligen Krankheitsbildes und der ihr entsprechenden Medikation in der „naturalistischen Medizin“ ist homöopathisches Handeln durch radikale (und zeitaufwendige) Individualisierung der Diagnostik und der Vergabe konstitutioneller Arzneimittel entsprechend den vielfältigen „Arzneimittelbildern“ charakterisiert. Der Bezug zu einer „Einheit des menschlichen Lebens“ im oben erwähnten Sinne ist hier also noch durchaus Prämisse praktischen ärztlichen Handelns. Es sollte nicht um „Krankheitsbekämpfung“ (und damit auch der impliziten Bekämpfung der Selbstheilungskräfte des Patienten) gehen wie in der Schulmedizin, sondern um Erfassung und medikative Beeinflussung gesundheitsstabilisierender individueller Bedingungen des Lebens.

⁷⁵ Vgl. Karl-Heinz Gerhardt, „Homöopathie und Schulmedizin“ in: Homöopathie 1796 - 1996. Eine Heilkunde und ihre Geschichte. Katalog zur Ausstellung im Deutschen Hygiene Museum in Dresden, Dresden 1996, 133-140.

Sensibilisiert durch eine solche Form der biographischen Anamnese, fiel allerdings bereits Hahnemann auf, daß eine zunehmende Zahl von Patienten durch eine neuartige Beschwerdenkonstellation charakterisiert war: Diese waren zunächst nach dem Ähnlichkeitsgrundsatz erfolgreich kuriert worden, suchten aber den Arzt bald wieder mit anderen, in der Regel relativ leichten und langwierigen Beschwerden auf, die erneut zu behandeln waren. Diese chronisch kranken Patienten exponierten kein klares, relativ überschaubares Beschwerdebild, sondern zeigten stattdessen eine irritierende Abfolge und Vielfalt von Beschwerden, die die Frage nahelegten, ob nicht hinter diesen verschiedenartigen Erscheinungsformen eine gemeinsame Störung zu vermuten sei. Hahnemann hat diese Krankheiten genauer charakterisiert: „Alle chronischen Krankheiten des Menschen - auch die sich selbst überlassenen, nicht durch verkehrte Behandlung verschlimmerten - zeigen(...)eine solche Beharrlichkeit und Ausdauer, daß, sobald sie sich entwickelt haben (und durch die Kunst nicht gründlich geheilt werden), sie mit den Jahren immer mehr zunehmen und lebenslang durch die eignen Kräfte selbst der robustesten Natur, auch bei der gesündesten Lebensart und Diät nicht gemindert, und noch weniger besiegt und ausgelöscht werden, nie also von selbst vergehen, sondern wachsen und sich verschlimmern bis zum Tode. Sie müssen daher sämtlich festständige chronische Miasmen zum Ursprunge und zum Grunde haben, wodurch ihre Parasiten-Existenz im menschlichen Organism (sic) sich immerdar erhöhen und wachsen zu können befähigt wird.“⁷⁶

Der zentrale Zugang zum Problem der Chronischen Krankheiten war und ist für Hahnemann und seine Nachfolger die von Hahnemann selbst formulierte und in dem vorhergehenden Zitat schon angesprochene Miasmenlehre, wobei die Wahl des Begriffs durchaus zeitbezogen und inso-

⁷⁶ Samuel Hahnemann, Die chronischen Krankheiten..., 1835, 11.

weit vielleicht nicht ganz glücklich ist, da die historische Vorstellung von den „Miasmen“ sich gerade von den Ursachen verschiedener Infektionskrankheiten her speist. Allerdings ist er nicht zufällig gewählt als er ganz deutlich die Ursache einer chronischen Krankheit benennen will und somit die psychosozialen Folgen dieser Krankheit eben auch ursächlich auf das Wirken von Miasmen zurückgeführt werden soll. Ein Miasma (oder letztlich identisch: eine chronische Krankheit) ist dann erst einmal eine grundsätzliche Störung des Gleichgewichts des Organismus, der hier idealiter als harmonisches Zusammenspiel von „Körper“, „Geist“ und „Lebensprinzip“ gesehen wird und einzig in diesem wechselseitigen Zusammenwirken ein „vollständiges und erfülltes Sein“ erreichen kann. Diese Störung wird daher als strukturelles Hemmnis beim Erreichen des menschlichen Optimums und insoweit als konstitutionelle Krankheit oder pathologische Konstitution aufgefaßt, wobei damit nicht allein die heute mit einem solchen Begriff mitschwingende Assoziation an die Erbfaktoren gemeint ist, sondern alle jene Faktoren, die z.B. in Haases System der Chronischen Krankheiten als „prädisponierende Ursachen“ bezeichnet wurden.

In der homöopathischen Diskussion werden drei verschiedene Funktionsstörungen voneinander abgegrenzt, die solch ein Miasma unterscheiden kann: die Unterfunktion, die Überfunktion und die Fehlfunktion. Menschen manifestieren sich dementsprechend „zu wenig“ bzw. in der Hemmung, dem Mangel, „zu viel“ bzw. im Überfluß oder in die falsche Richtung bzw. der Fehlentwicklung und bilden in Reaktion darauf chronische Krankheiten als körperliche Konkretisierungen solcher Prozesse aus. Als die drei bedeutendsten chronischen Krankheiten sieht Hahnemann die Syphilis, die Sycosis und die Psora, also die Krätze, an, wobei deutlich wird, daß sein Verständnis, welche Krankheitsbilder unter dem Begriff der

chronischen Krankheiten gefaßt werden sollen, dem zeitgenössisch weiten Begriff entspricht.

Es ist immer wieder bemerkenswert, daß zur - modern gesprochen - psychosozialen Rekonstruktion der Herkunft solcher Funktionsstörungen bereits Hahnemann überlegt und auch praktiziert hatte, die jeweils unmittelbare soziale Umwelt (Familie, Freundschaften usw.) mit in die Anamnese miteinzubeziehen. Überhaupt stellen die Ausführungen der Homöopathie, wie überzeugend demonstriert werden konnte, zur Genese und Thematisierung chronischer Krankheiten eine aufschlußreiche und überraschende Melange verschiedener wissenschaftlicher Argumentationstraditionen der Thematisierung chronischer Krankheiten dar, weisen aber in der wichtigen Dimension einer Berücksichtigung des psychosozialen Umfelds über diese zweifelsfrei hinaus.

Um das Problem der Chronischen Krankheiten kreist bereits in Hahnemanns Schriften, die in dieser Epochenschwelle entstanden, das gesamte Reflektieren der homöopathischen Medizin und diese Bemühung dauert an bis zu den Arbeiten von S. Ortega, L. Perez, G. Vithoulkas u.a. in der Gegenwart. Warum diese Lehre innerhalb des ätiologisch dominierten Medizinsystems keine ernsthafte Chance haben konnte, seine eigene Randständigkeit zu überwinden und zur ernsthaften Alternative sich zu entwickeln, ist heute wieder ein interessanter Forschungsgegenstand, wie die jüngsten zitierten Veröffentlichungen zu diesem Problemkreis demonstrieren. Dies umso mehr, als die Homöopathie es ja durchaus für eine ganze Weile in bestimmten Ländern wie den USA vermocht hatte, Einfluß zu gewinnen, diesen aber dann doch wieder verlor. Im vorliegenden Zusammenhang bleibt erst einmal nicht mehr als zu konstatieren, daß Alternativen zum medizinischen Diskurs der chronischen Krankheiten aus dem gleichen kulturellen Kontext der Epochenschwelle heraus

sich entwickelt haben und damit dieser Zeitspanne für die Mobilisierung von intellektuellen Ressourcen in der Medizin ein zusätzliches Gewicht verleihen.

Der Prozess der parallelen Entstehung der beiden Disziplinen über die Jahrhunderte und die Chronik der Krankheiten, die heute nicht mehr genannt sind, ist ein Beispiel für die spätere Thematisierung. In der Darstellung ist hier die in der Anfang des 20. Jahrhunderts verortet. Zu diesem Zeitpunkt haben sich zwei verschiedene Niveaus zwischen beiden Disziplinen herausgebildet, die noch immer man zwei getrennte Linien verfolgen, die dann zu einer späteren Zeit punktgenau zusammengeführt werden können. Die beiden Linien sind in der Zeit der Entstehung der beiden Disziplinen zu sehen. Die Entdeckung der beiden Disziplinen ist ein Beispiel für die spätere Thematisierung. In der Darstellung ist hier die in der Anfang des 20. Jahrhunderts verortet. Zu diesem Zeitpunkt haben sich zwei verschiedene Niveaus zwischen beiden Disziplinen herausgebildet, die noch immer man zwei getrennte Linien verfolgen, die dann zu einer späteren Zeit punktgenau zusammengeführt werden können. Die beiden Linien sind in der Zeit der Entstehung der beiden Disziplinen zu sehen. Die Entdeckung der beiden Disziplinen ist ein Beispiel für die spätere Thematisierung.

Die im Zuge der Durchsetzung des Konzepts der Allergien im 19. Jahrhundert erreichte Enttätigung des Ätzers ist zu einem Akt der Enttätigung allfälliger Allergien durch die Medizin. Dieser Prozess beschrieb bis in die zwanziger Jahre immer wiederkehrende Konjunktur einer Thematisierung von wissenschaftlicher Lebensveränderung. Dieser Prozess muß im Zusammenhang mit wichtigen kulturellen Prozessen der Modernität des gesunden Körpers in diesem Zeitalter gesehen werden.

5. Aussichten und Strategien der Forschung

Der Prozeß der parallelen Entfaltung der beiden Diskurse der „Alterskrankheiten“ und der „Chronischen Krankheiten“, die heute nicht mehr getrennt sind, aber historisch durchaus zwei separate Thematisierungszweige darstellten, ist hier bis in den Anfang des 20. Jahrhunderts verfolgt worden. Zu diesem Zeitpunkt begannen sich zwar schon Näherungen zwischen beiden Diskursebenen auszubilden, aber noch muß man zwei getrennte Linien verfolgen, um dann zu einem späteren Zeitpunkt, der m.E. wohl nach dem zweiten Weltkrieg liegen dürfte, ihr Verschmelzen konstatieren zu dürfen. Dies entbindet aber nicht von der Aufgabe, den bis dahin durchmessenen Weg genauer zu verfolgen. Sehe ich recht, so scheinen sich mindestens die folgenden „Teilstrecken“ zur Analyse anzubieten, wobei deren genauere Kopplung noch zu rekonstruieren sein wird.

a. Ätiologisierung und Mystifikation

Die im Zuge der Durchsetzung des Konzepts der „Alterskrankheiten“ erreichte „Entalltäglicdung“ des Alters ist auch eine Art der Enteignung alltäglicher Alterserfahrung durch die Medizin. Dieser Prozeß beschwört bis in die zwanziger Jahre immer wiederkehrende Konjunkturen einer Thematisierung von „wissenschaftlicher Lebensverlängerung“ herauf. Dieser Prozeß muß im Zusammenhang mit wichtigen kulturellen Prozessen der Neudefinition des „gesunden Körpers“ in diesem Zeitabschnitt diskutiert werden.

b. Die Biologisierung des Sozialen

Im Rahmen der Durchsetzung ätiologischer Kriterien und im Zusammenhang mit einer sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ausweitenden biologischen Determinierung der medizinischen Erkenntnis werden "chronische Krankheiten" zumindest in zweierlei Hinsicht neukonstituiert:

- Chronizität des Krankheitsgeschehens wird thematisierbar in der Analyse des Einflusses von psychosozialen Umweltbedingungen auf die Krankheitsentstehung. Im Kontext der Diskussion über Krankheit und soziale Lage wird entlang einer Dimension auch die Ernährung neu angesprochen. Neben der bekannten Ungleichheit im Zugang zu adäquater Ernährung aufgrund der Klassenzugehörigkeit werden auch die „bürgerlichen Ernährungsweisen“ thematisiert - damit tritt auch wieder die alte Diskussion über Chronifizierungen aufgrund falscher Ernährung auf den Plan.
- Die zweite, sich erst noch im Ansatz entwickelnde Sichtweise ist die einer erblichen Schädigung und die damit verbundenen Probleme. Hier spielt die Diskussion über das damals gerade entschlüsselte Vererbungsgeschehen mit ihrer Differenz zwischen Anlage und langfristig sichtbarem Manifestwerden von Schädigungen eine wesentliche Rolle. Welche Auswirkungen dies im einzelnen hat, muß noch genauer bestimmt werden.

Zumindest in der ersten Option wird die sowohl individuelle als auch tendenziell gesellschaftliche Steuerbarkeit zur Vermeidung von chronischen Krankheitszuständen angesprochen und potentiell als sozialhygienischer

Auftrag formuliert, wobei damals natürlich vor allem jene Schädigungen im Zentrum standen, die durch soziale Ungleichheit hervergebracht wurden, nicht so sehr jene potentiell „zivilisationsbedingten“ Chronifizierungen.

c. Biomorphose und Leistungsmedizin

Hier steht die Ausformung einer eigenen Geriatrie in Deutschland im Mittelpunkt der Analyse. Ziel ist es hier, deren Ausdifferenzierung, vor allem deren leitendes Konzept der Biomorphose (M. Bürger), als einen Prozeß zu beschreiben, in dem auch das Alter einer gesellschaftlichen Bewertung unterzogen wurde, und die Medizin (im Kontext der „Leistungsmedizin“) dazu dienen soll, den gesellschaftlichen Arbeitsprozeß durch Bereitstellung von Selektionskriterien für verwendungsfähiges Menschenmaterial auch im Alter möglichst reibungslos zu gewährleisten.

d. Normales und Pathologisches Altern im Nationalsozialismus

In Weiterführung der im vorigen Kapitel bereits explizierten Grundvorstellung soll hier die weitere Radikalisierung bis hin in die Kriterienkataloge der Euthanasiamorde und die sie begleitenden Gesetzesvorlagen verfolgt werden. Spätestens hier muß auch die Dichotomisierung von „Normalem“ und „Pathologischem“ in ihrem Einfluß auf die Konzeptionierung der Chronischen Krankheiten eingehender verfolgt werden.

Aus diesen verschiedenen Zweigen einer Entwicklung werden sich wesentliche Erkenntnisse der Konzeptbildung der Chronischen Krankheiten herausarbeiten lassen. Und diese Erkenntnisse werden benötigt, um in

die gegenwärtig sich erneut zuspitzende Debatte über die zukünftige Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit Argumenten eingreifen zu können, die jenseits der moralischen Warnung mit der Vergangenheit auch sachkundige Auskunft geben können über Wege und Irrwege bei der Befassung mit der gesellschaftlichen Thematisierung chronischer Krankheiten.

Literaturverzeichnis

Ackerknecht, Erwin, A Short History of Medicine (Rev.Ed.). Baltimore/London (Johns Hopkins University Press) 1982.

Bischoff, Ignaz Rudolph, Grundsätze zur Erkenntnis und Behandlung der Chronischen Krankheiten. 2 Bände, Wien (A. Strauss) 1830

Bleker, Johanna, „Die Idee einer historischen Entwicklung der Krankheiten des Menschengeschlechts und ihre Bedeutung für die empirische Medizin des frühen 19. Jahrhundert“, Beiträge zur Wissenschaftsgeschichte 8 (1985), 195-204.

Callahan, Daniel, Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society. New York (Simon & Schuster) 1987.

Canstatt, Carl, Die Krankheiten des hohen Alters und ihre Heilung. Erlangen(Enke), 1839, 2 Bände.

Charcot, Jean Michel, Lecons cliniques sur les maladies des vieillards et la maladies chroniques. Paris (A. Delahaye) 1867.

Conrad, Christoph, „Sterblichkeit im Alter 1715-1975 - Am Beispiel Berlin, in: Helmut Konrad (Hrsg.), Der alte Mensch in der Geschichte, Wien 1982, 205-230.

Dinges, Martin (Hrsg.), Weltgeschichte der Homöopathie. München (C.H.Beck), 1996

Engelhardt, Dietrich von, „Das Bild des chronisch Kranken in der Literatur des 19. Jahrhunderts“, *Das öffentliche Gesundheitswesen*, 55 (1993), 112-118.

Eulenburg'sche Real-Enzyklopädie der gesamten Heilkunde. Berlin/Wien (Urban & Schwarzenberg) 1910 (4.Aufl.).

Fries, James F., „Erfolgreiches Altern: Medizinische und Demographische Perspektiven“, in: M.Baltes/M.Kohli/K.Sames (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern/Stuttgart/Toronto (Hans Huber) 1989, 19-26.

Fries, James F./Crapo, Lawrence M., *Vitality and Aging. Implications of the Rectangular Curve*. New York (W.Freeman) 1981.

Gad, Johannes (Hrsg.), *Real-Lexikon der medizinischen Propädeutik*. Wien/Berlin (Urban & Schwarzenberg) 1895.

Gerhardt, Karl-Heinz, „Homöopathie und Schulmedizin“ in: *Homöopathie 1796 - 1996. Eine Heilkunde und ihre Geschichte. Katalog zur Ausstellung im Deutschen Hygiene Museum in Dresden*, Dresden 1996, 133-140.

Göckenjan, Gerd, *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*. Frankfurt (Suhrkamp) 1985

Göckenjan, Gerd, „'Solange uns die Sonne leuchtet, ist Zeit des Wirkens'. Zum Wandel des Motivs: Leistung im Alter“ in:

G.Göckenjan/H.J.v.Kondratowitz (Hrsg.), *Alter und Alltag*. Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1988, 67-99.

Gräfe, C.F./Hufeland, C.W. et al., *Enzyklopädisches Wörterbuch der medizinischen Wissenschaften*. Berlin 1828.

Grubitzsch, Petra, „Homöopathische Laienvereine in Sachsen“ in: *Homöopathie 1796 - 1996. Eine Heilkunde und ihre Geschichte. Katalog zur Ausstellung im Deutschen Hygiene Museum in Dresden, Dresden 1996*, 57-70.

Günther, Hans, „Geschichtliche Erläuterung der Ausdrücke ‘akute’ und ‘chronische’ Krankheit“, *Sudhoffs Arch. Gesch. Med.u.Naturwissensch.*, 1941, Bd.34, 105-124.

Haase, Wilhelm Andreas, *Ueber die Erkenntniß und Cur der chronischen Krankheiten des menschlichen Organismus*, 3 Bände. Leipzig/Wien (o.V./M.Lechner) 1820 - 1830

Habbels Konversationslexikon, Regensburg 1912.

Hahnemann, Samuel, *Die chronischen Krankheiten, ihre eigenthümliche Natur und homöopathische Heilung*. (3.Nachdruck der Ausgabe Dresden/Leipzig 1835), 5 Bände. Heidelberg (Karl F.Haug) 1979.

Homöopathie 1796 - 1996. Eine Heilkunde und ihre Geschichte. Katalog zur Ausstellung im Deutschen Hygiene Museum in Dresden, Dresden 1996.

Jütte, Robert, Ärzte, Heiler und Patienten. Medizinischer Alltag in der frühen Neuzeit. München (Beck) 1991.

Kapp, Josef E., Vom vorzeitigen Altern. Stuttgart 1917.

Kirk, Henning, Da alderen blev en diagnose. Konstruktionen af kategorierne „alderdom“ i 1800-tallets lægelitteratur. Kopenhagen (Munksgaard) 1995.

● **Kondratowitz, Hans-Joachim von**, „Körperbilder und Alterswahrnehmung“ in: M.Baltes/M.Kohli/K.Sames (Hrsg.), Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen, Bern/Stuttgart/Toronto (Hans Huber) 1989, 81-86.

Kondratowitz, Hans-Joachim von, „Die Medikalisierung des höheren Lebensalters. Kontinuität und Wandlungen vom ausgehenden 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert“ in: A.Labisch/R.Spree (Hrsg.), Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel, Bonn (Psychiatrie-Vlg.) 1989, 207-222.

● **Kondratowitz, Hans-Joachim von**, „Sozialpolitik in Verlegenheit. Normative Unbestimmtheiten im gegenwärtigen Diskurs über das Alter“ in: C.Sachße/H.T.Engelhardt (Hrsg.), Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates. Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1990, 228-254.

Koselleck, Reinhart, Vergangene Zukunft. Zur Semantik geschichtlicher Zeiten. Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1979.

Krauss, L.A., Kritisch-etymologisches medizinisches Lexikon. Göttingen (Deuerlich und Dietrichsche Buchhandlung) 1844 (3. Aufl.),

Labisch, Alfons, Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt/New York (Campus) 1992.

Lachmund, Jens/ Stollberg, Gunnar (Hrsg.), Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien. Opladen (Westdeutscher Vlg.) 1995.

Lepenies, Wolf, Das Ende der Naturgeschichte. München (Hanser) 1976.

Lichtenthaeler, Charles, Geschichte der Medizin, 2 Bände, Köln (Deutscher Ärzte-Vlg.) 1982.

Loetz, Francisca, Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750-1850, Stuttgart (Klett-Cotta) 1993.

Lovejoy, Arthur O., The Great Chain of Being. A Study of the History of an Idea. Cambridge/London (Harvard University Press) 1982 (5.ed., 1964).

Lüth, Paul, Geschichte der Geriatrie, Stuttgart (Enke) 1965.

Marquard, Odo, „Zur Geschichte des Begriffs ‘Anthropologie’ seit dem Ende des achtzehnten Jahrhunderts“ in: ders., Schwierigkeiten mit der Geschichtsphilosophie. Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1973.

McIntyre, Alisdair, Der Verlust der Tugend. Zur moralischen Krise der Gegenwart. Frankfurt/New York (Campus) 1988.

Medizinisches Handlexikon. 2 Bände (nach der 4. französischen Aufl. übersetzt) Augsburg (J.Wolffsche Buchhandlung) 1782.

Meissner, Friedrich Ludwig/ Schmidt, Carl Christian (Hrsg.), Encyclopädie der medizinischen Wissenschaften (nach dem Dictionaire de Médecine bearbeitet) Leipzig (A.Festsche Buchhandlung) 1833.

Mettenheimer, Caspar, Nosologische und anatomische Beiträge zu der Lehre von den Greisenkrankheiten. Leipzig (Teubner) 1863.

Minois, George, History of Old Age. From Antiquity to Renaissance. Chicago (University of Chicago Press) 1989.

Most, G.F. (Hrsg.), Ausführliche Encyclopädie der gesamten Staatsarzneikunde. Leipzig (Brockhaus) 1838/9, 3 Bände.

Naunyn, Bernhard, „Allgemeine Pathologie und Therapie des Greisenalters“. Sonderdruck aus: Julius Schwalbe (Hrsg.), Lehrbuch der Greisenkrankheiten. Stuttgart 1909.

Pierer, Johann Friedrich (Hrsg), Medizinisches Realwörterbuch zum Handgebrauch praktischer Aerzte und Wundaerzte und zu belehrender Nachweisung für gebildete Personen aller Stände. Leipzig (Brockhaus) 1821.

Ruff, Josef (Hrsg.), Illustriertes Gesundheits-Lexikon. Ein populäres Handbuch für Jedermann. Straßburg (B.Schultz & Comp.) 1884.

Schmortte, Stefan, „Alter und Medizin. Die Anfänge de Geriatrie in Deutschland“, Archiv für Sozialgeschichte XXX, Bonn (J.H.W.Dietz), 15-41.

Schulz-Nieswandt, Frank, Zur Theorie der personalen Existenz des alten Menschen, Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Bd. 97, Berlin (DZA) 1996.

Schulz-Nieswandt, Frank, Versorgung mit sozialen Diensten in einer demographisch alternden Gesellschaft-unter Beachtung sozialepidemiologischer Aspekte, Diskussionspapier 5, DZA, Berlin 1997 (im Ersch.)

Steudel, Johannes, „Historischer Abriß der Geriatrie“ in: Doberauer, W. (Hrsg.), Handbuch der praktischen Geriatrie. Stuttgart (Enke) 1965, 1-13.

Villaret'sches Handwörterbuch der gesamten Medizin, I.Band, Stuttgart (Enke), 1899.

Wiesemann, Claudia, „Reform, Revolution, Homöopathie? Samuel Hahnemann und die Medizin seiner Zeit im Widerstreit von Praxis und Wissenschaft in: Homöopathie 1796 - 1996. Eine Heilkunde und ihre Geschichte. Katalog zur Ausstellung im Deutschen Hygiene Museum in Dresden, Dresden 1996, 27-40

Wittern, Renate, „The Origins of Homoeopathy in Germany“, Clio Medica (Essays in the History of Therapeutics) 22 (1991), 51-63.

Zedler, Johann Heinrich, Vollständiges Universal Lexikon, Halle/Leipzig 1732.

**Zeman, Peter, Häusliche Pflegearrangements. Zum Aushandlungsge-
schehen zwischen lebensweltlichen und professionellen Helfersystemen.
Diskussionspapier 4, DZA (Berlin) 1996.**

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen e.V. (DZA) wird institutionell gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin.

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen e.V. (DZA) wird institutionell gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin.

Verzeichnis der Diskussionspapiere aus dem DZA

Nr. 1: Frank Schulz-Nieswandt: Altern - aus (sozial-)ökonomischer Sicht, 1996, 50 S., 2., überarb. Aufl. 1996, 51 S.

Nr. 2: Frank Schulz-Nieswandt: Suizidprävention als Sozialinvestition in die Lebensqualität. Sozialökonomische und sozialpolitische Überlegungen zum Thema flächendeckender Krisendienste, 1996, 72 S.

Nr. 3: Hans-Joachim von Kondratowitz: „Greisenkrankheiten“ und „Chronische Krankheiten“. Analyse der historischen Diskurse, 1996, 119 S.

Nr. 4: Peter Zeman: Häusliche Altenpflegearrangements. Zum Aushandlungsgeschehen zwischen lebensweltlichen und professionellen Helfersystemen, 1996, 185 S.

Nr. 5: Frank Schulz-Nieswandt: Versorgung mit sozialen Diensten in einer demographisch alternden Gesellschaft - unter Beachtung sozialepidemiologischer Aspekte, 1996, 47 S.

Bestellungen der DZA-Diskussionspapiere

Wir bitten um Verständnis, daß bei Bestellungen einzelner Diskussionspapiere des DZA wie folgt verfahren werden muß:

Bestellungen richten Sie bitte nur *schriftlich* an die Adresse des DZA. Pro Diskussionspapier legen Sie bitte **Briefmarken im Wert von 3 DM** sowie einen beschrifteten Adressenaufkleber bei.

Nr. 1. Frank Schulz-Nieswandt: ... 1996, 21 S.

Nr. 2. Frank Schulz-Nieswandt: ... 1996, 75 S.

Nr. 3. Hans-Joachim von Knorowitz: ... 1996, 119 S.

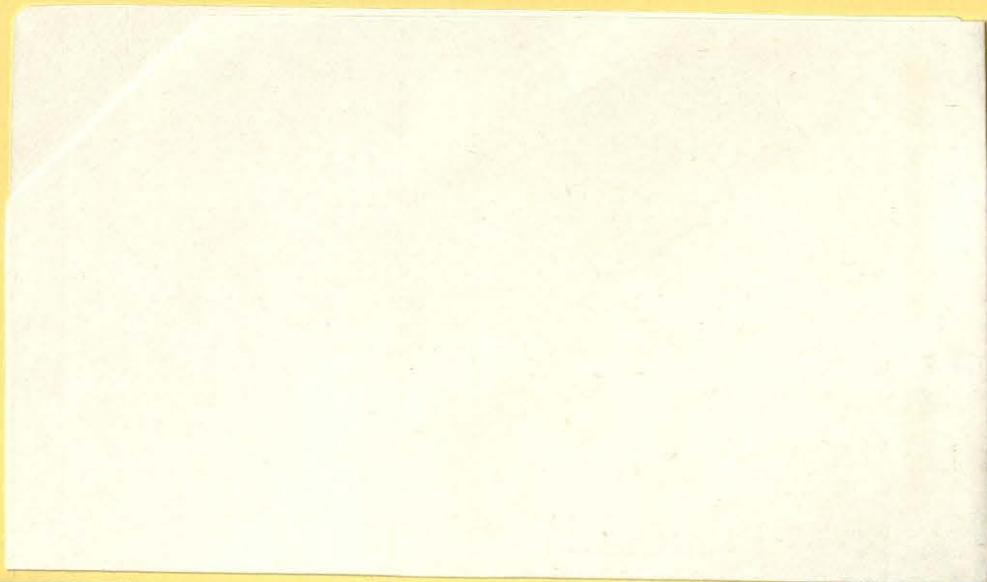
Nr. 4. Peter Zeman: ... 1996, 185 S.

Nr. 5. Frank Schulz-Nieswandt: ... 1996, 47 S.

Bestellungen der DNA-Diskussionspapiere

Wir bitten um Verständnis, daß bei Bestellungen einzelner Diskussionspapiere ...

Bestellungen richten Sie bitte nur schriftlich an die Adresse des DNA. Pro ...



Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.
Manfred-von-Richthofen-Str. 2
D-12101 Berlin
Telefon: (030) 786 60 71
Fax: (030) 785 43 50