

Patients in History

Workshop des Instituts für Geschichte der Robert Bosch Stiftung vom 12. bis 14. Juli 2001 in
Stuttgart

Das Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung (Stuttgart) veranstaltete zusammen mit dem Huizinga Institute (Amsterdam), dem Wellcome Institute (London) und dem Centre of the History of Medicine der Universität Warwick unter der Leitung von Prof. Dr. Robert Jütte, Prof. Dr. Marijke Gijswijt-Hofstra und Dr. Hilary Marland einen Workshop zum Thema Patientengeschichte. 24 Wissenschaftler der Medizin-, Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, der Kulturwissenschaft sowie der Soziologie aus der Bundesrepublik Deutschland, Großbritannien, Italien und den Niederlanden kamen in Stuttgart zusammen, um die neuesten Entwicklungen in der Patientengeschichte zu diskutieren.

Nach der Begrüßung durch die Leiterin des Referats Gesundheitspflege, Sozial- und Naturwissenschaften der Robert Bosch Stiftung, Dr. Ingrid Wünning, die das Profil der Robert Bosch Stiftung erläuterte, skizzierte Prof. Dr. Robert Jütte Ziel und Zweck dieses Workshops innerhalb einer trilateralen Tagungsreihe.

Das Eingangsreferat „Medical History from Below - revisited“ hielt Prof. Dr. Michael Stolberg (München). Ausgehend vom Terminus „Geschichte von unten“, den Roy Porter 1985 geprägt hat, gab Stolberg einen kurzen Forschungsüberblick über die Patientengeschichte, die sich mittlerweile auch in der Medizingeschichte als eigenständiges Forschungsfeld etablieren konnte. Um jedoch die eigentliche Forderung einer „Geschichte von unten“ erfüllen zu können, müßten zwei methodische Schlußfolgerungen beachtet werden. Zum einen, die Prämisse historische Entwicklungen auch und vor allem mit den Augen „einfacher Leute“ zu sehen, und zum anderen, diese „einfachen Leute“ als aktive Teilnehmer an historischen Prozessen anzuerkennen. Im Falle des Terminus der „Medikalisierung“ bedeute dies z. B., diese nicht nur als eine von der Obrigkeit vorangetriebene, dem Patienten mehr oder weniger aufgezwungene Entwicklung zu verstehen, sondern in der Medikalisierung einen „medizinischen Markt“ zu erkennen, in dem der Patient als aktiver Konsument unter verschiedenen Möglichkeiten wählen kann. Auch im Falle einer systematischen Diskursanalyse werde oft nur die Denkweise einer kleinen Elite vermittelt und nicht die der Allgemeinbevölkerung. Wenn alle kultureingebundenen Aspekte beachtet werden, ließe sich eine wirkliche „Geschichte von unten“ schreiben. In der anschließenden Diskussion wurde die Forderung nach einer neuen Patientengeschichte weitergeführt, in der der Patient nicht mehr nur als ein zu beschreibendes passives Objekt betrachtet, sondern sein aktiver Part in der Medizingeschichte herausgearbeitet und anerkannt wird.

Unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Marijke Gijswijt-Hofstra (Amsterdam) folgten Beiträge zum Thema „Selbstmedikation“, in das PD Dr. Jutta Dornheim (Osnabrück) mit einem Referat zum Thema „Self-treatment and self-care as components of contemporary medical culture in Germany“ einführte. Dornheim näherte sich der Frage nach der zeitgenössischen Selbstpflege und Selbstbehandlung auf empirische und theoretische Weise. Am Beispiel des Verhaltens eines Krankenhauspatienten hinsichtlich der Medikamenteneinnahme zeigte sie, wie die Vorstellung und Deutung des eigenen Gesundheitszustandes in die jeweilige sozio-kulturelle Situation eingebettet sind. Dazu gehöre die persönliche Situation ebenso wie die allgemeinen Interpretationsmuster und der öffentliche Diskurs. Damit sei die aktuelle medizinische Kultur in einen sozialen Prozeß eingebunden, der die gesamte Gesellschaft beeinflusst und in dem das Individuum und die medizinische Kultur sich wechselseitig beeinflussen.

Unter einem völlig anderen Aspekt betrachtete Prof. Dr. Virginia Berridge (London) das Thema Selbstmedikation in ihrem Beitrag „AIDS and the rise of the patient in the United Kingdom“. AIDS-Patienten, und unter diesen vor allem Homosexuelle, schlossen sich seit dem Aufkommen von AIDS mehr und mehr zu Selbsthilfegruppen zusammen, um Druck auf die Ärzteschaft und Öffentlichkeit ausüben und so z. B. die Forschungsrichtung und Therapieansätze beeinflussen zu können. Andere von AIDS betroffene Gruppen, wie Hämophile und Drogenabhängige, setzten sich nicht mit derselben Vehemenz mit der AIDS-Problematik auseinander, wodurch ihr Einwirken auf eine Veränderung der Patientenstellung peripher geblieben ist. Dennoch sei durch AIDS, so Berridge, die Macht und der Einfluß der Patienten gestärkt worden. In der Diskussion wurde deutlich, daß durch das Aufkommen von AIDS nicht nur die Patienten an Einfluß gewonnen hätten, sondern daneben die gesellschaftliche Stellung der Homosexuellen gestärkt worden sei.

Dr. Frank G. Huisman (Maastricht) näherte sich dem Thema mit einer Untersuchung über „The image of the patient in a modernizing society: the Netherlands, 1880-1920“. Anhand der Rhetorik und Metaphorik in Werbeanzeigen für Heil- und Arzneimittel in holländischen Zeitungen und Illustrierten sowie in der holländischen Ratgeberliteratur versucht er, Rückschlüsse über das zeitgenössische Patientenverhalten zu gewinnen. Da sich Konsument und Lieferant bzw. Hersteller gegenseitig beeinflussten, würden Ängste und Vorurteile, aber auch Wünsche der Patienten sichtbar und der Einfluß der medizinischen Autoritäten und der Industrie deutlich. Vor allem Anzeigen, in denen geheilte Patienten oder Ärzte ein bestimmtes Heilmittel empfehlen, seien erfolgreich gewesen. Um herausfinden zu können, inwieweit die Werbung die Selbstbehandlung der holländischen Bevölkerung tatsächlich beeinflusst hat, müßten allerdings weitere Quellen, z. B. Verkaufszahlen, herangezogen werden. Auch ohne diese Belege geht Huisman vom Erfolg der Anzeigen aus, da diese Art von Werbung mit sehr hohen Kosten verbunden war und eingestellt worden wäre, wenn sie keine Wirkung gezeigt hätte.

Die zweite Sektion, die von Dr. Joost Vijsselaar (Amsterdam) geleitet wurde, war dem Thema „Patienten in ambulanter Behandlung“ gewidmet. Dr. Christine Roilo (Bozen) stellte in ihrem Vortrag „A 19th century village doctor and his patients: the case books of Dr. Franz von Ottenthal (1818-1899)“ einen reichhaltigen Quellenfundus zum Thema Patientengeschichte vor. Ottenthal, der von 1847 bis 1897 eine Allgemeinpraxis in Taufers (Südtirol) betrieb, war für die Kranken eines weit verteilten und schwer zugänglichen Alpengebietes zuständig. Handschriftliche Aufzeichnungen geben Auskunft über die Krankheiten seiner Patienten, deren Lebenssituation, die Behandlungsmethoden und -kosten. Bisher ging man davon aus, daß Patienten der Unterschichten und in ländlichen Gebieten selten die Hilfe eines akademischen Arztes beanspruchten. Die Krankenjournale Ottenthals bieten eine bislang einzigartige Möglichkeit, diese Sichtweise zu korrigieren, da es sich bei seinen Patienten hauptsächlich um Angehörige dieser Schichten handelte. Zudem geben seine Aufzeichnungen Hinweise auf das Krankheitsverhalten dieser Patientengruppe, die ansonsten schwer zu finden sind. Dazu gehört beispielsweise, daß sie nicht ehrfürchtig vor den Arzt traten, oft schon versucht hatten, sich mit eigenen Mitteln zu behandeln, und wenn die vom Arzt verordnete Behandlung nicht zur Heilung führte, diesen nicht bezahlten. Der Quellenfundus ist noch längst nicht vollständig ausgewertet. Weitere Quellen, die z. B. über die allgemeine Gesundheitssituation dieses Gebietes informieren, müssen herangezogen werden. Dennoch können anhand des Materials verschiedene Fragen beantwortet, die demographischen Veränderungen des Gebietes nachgezeichnet und die berufliche Entwicklung eines Landarztes, seine Lebensumstände und die seiner Patienten rekonstruiert werden.

„A human face to medicine“? Dieser Frage widmete sich Prof. Anne Digby (Oxford) und zeichnete dabei „problems and pressures in encounters between patients and General Practitioners in Britain, circa 1850-1950“ nach. In ihren Ausführungen machte Digby deutlich, daß Mediziner während ihres Studiums praktisch gar nicht auf die Bedingungen und Notwendigkeiten einer allgemeinmedizinischen Praxis vorbereitet wurden. Sichtbar wurden auch die Zusammenhänge zwischen einer guten Behandlung und den verfügbaren ökonomischen Mitteln der Patienten. Vor

allem in der medizinischen Betreuung der Unterschichten sei das Problem häufiger eine Frage der Kosten, als ein Aspekt der Arzt-Patienten-Beziehung. In der anschließenden Diskussion wurde diese Sicht bestätigt. Als Beispiel dafür kann der für alle medizinischen Belange zuständige „Familienarzt“ dienen, der hilfreich in verschiedenen Lebenslagen Trost biete, aber eindeutig als ein Phänomen der Mittelklasse betrachtet werden muß. Idealistische Ärzte, die sich z. B. als Armenärzte engagierten, waren mit zu geringen Einnahmen und dem „Zeitproblem“ („time-management“) konfrontiert.

Catelijne Akkermans (Amsterdam) ging in ihrem Beitrag „It is like running a travel agency with clients who don't want to travel' ... Patients and problems of municipal mental health care in 20th century Amsterdam (the Netherlands)“ auf die Belange psychisch kranker Patienten ein. In den 1930er Jahren wurde in Amsterdam ein Beratungsbüro für psychisch Kranke eingerichtet, das als solches das erste seiner Art war. Bis 1988 nahmen über 200.000 Menschen diesen Service in Anspruch. Anhand von 550 Beispielen aus dem Untersuchungszeitraum erstellte Akkermans ein Bild dieser „Patienten“ hinsichtlich ihrer sozial-psychiatrischen Probleme und ihres ökonomischen Hintergrundes, das sich im Verlauf des Untersuchungszeitraumes ständig wandelte. In der überwiegenden Mehrheit gehörten die „Patienten“ den Unterschichten an, die sich wegen Geldmangels keine andere Behandlung leisten konnten. Hinsichtlich ihres Forschungszugangs befürwortete Akkermans sowohl einen realistischen als auch konstruktivistischen, da beide Methoden sich gegenseitig beeinflussende Ergebnisse hervorbrächten.

„Patienten bei nicht-konventionellen Heilern“ war das Thema der 3. Sektion, das unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Robert Jütte (Stuttgart) diskutiert wurde. Dr. Bernard J. Leary (Windycroft) versuchte in seinem Vortrag „Reasons for choice: The type of patient and their reasons for choosing alternative medicine in the British Isles during the last two centuries“, den Gründen der Entscheidung für eine alternative medizinische Behandlung nachzuspüren. Die Ursachen reichen von wirtschaftlichen Gründen über Zusammenhänge mit populären alternativen Bewegungen bis hin zum Nichtvorhandensein konventioneller Behandlungsmöglichkeiten in früheren Zeiten. Eine Rolle bei der Entscheidungsfindung dürfte sowohl die Art der Erkrankung gespielt haben als auch der Glaube, alternative Therapien würden weniger Gefahren bergen. Auch sollte man die Einflußmöglichkeiten des Arztes hinsichtlich der Wahl einer bestimmten Therapie nicht unterschätzen. Auch wenn ideelle Gründe sowie teilweise praktische Gründe für eine Entscheidung herangezogen wurden und werden, läßt sich doch feststellen, daß im 18. und 19. Jahrhundert mehr praktische Gründe ausschlaggebend waren, während heute die Wahl einer alternativen Behandlungsmethode eher in Zusammenhang mit einem anderen Lebensstil gesehen werden muß.

Diese letztgenannte Aussage wurde im Vortrag von Anne Hilde van Baal (Amsterdam) über das Thema „Being ill in the city: 19th-century Ghent-sufferers and the choice for homeopathy“ teilweise bestätigt. Während der letzten drei Jahrzehnte des 19. Jahrhunderts waren viele Patienten des flämischen Homöopathen Gustave van der Berghe (1836-1902) Angehörige der untersten Schichten, der sogenannten „labouring poor“. Genaue Krankenjournale sind erhalten und geben Aufschluß darüber, warum sich diese Kranken von einem Homöopathen behandeln ließen. Der hohe weibliche Anteil seiner Patientenschaft mag zum einen darin begründet liegen, daß es sehr viele arbeitende Frauen in Ghent gegeben hat, zum anderen aber auch an der milder erscheinenden Behandlungsweise, die vor allem Frauen angesprochen hat. Ein für alle Patienten plausibel erscheinender Grund, sich in homöopathische Behandlung zu begeben, könnten auch die billigeren homöopathischen Medikamente gewesen sein. In der anschließenden Diskussion wurde dieser Punkt dahingehend aufgegriffen, daß der Patient auch in diesem Fall als Konsument zu sehen ist, der sich an die homöopathische Medizin wendet, ohne unbedingt Hintergründe zu erfragen.

Nach männlichen Patienten in homöopathischer Behandlung fragte Prof. Dr. Martin Dinges (Stuttgart) in seinem Beitrag über „Male Patients seeking treatment by Hahnemann (a case

study)“. Als Quelle dienten Dinge die im Institut für Geschichte der Medizin in Stuttgart aufbewahrten Patientenbriefe Hahnemanns aus den 1830er Jahren. In diesen sind Ansichten und Erfahrungen des Patienten festgehalten, die einen Einblick in seine Körperwahrnehmung erlauben. Aus dem Verlauf eines Briefwechsels können Erkenntnisse über die Arzt-Patienten-Beziehung und das medizinische Wissen des Patienten gewonnen werden. Hahnemann behandelte schriftlich überwiegend Kranke der Mittel- und Oberschicht und erwartete von ihnen, daß sie sein Hauptwerk, das *Organon der Heilkunst*, gelesen hatten. Seine Patienten waren demnach in der Regel Menschen mit beachtlichem medizinischen Wissen. Das führte dazu, daß einige seiner Patienten sich in den medizinischen Diskursen der Zeit (zum Beispiel dem Onanie-Diskurs) auskannten und im Verlauf der Behandlung an Selbstbewußtsein gewannen. Obwohl sie Hahnemann in größter Hochachtung begegneten, konnte es doch zu Kritik kommen, wenn dessen verordnete Kur nicht angeschlagen hatte. Der Patient erscheint in den untersuchten Briefen als eigenständig agierendes Gegenüber, das sich durchaus traut, den Arzt auch nach abweichenden therapeutischen Methoden zu fragen und gegebenenfalls die Therapie abzubrechen.

Dr. Hilary Marland (Coventry) leitete die 4. Sektion zum Thema „Patienten und Pflege (Haus, Heime, Krankenhaus)“ in das Dr. Walter Klein (Saarbrücken) mit einem Beispiel aus dem 19. Jahrhundert einführte. „Caring and educating. Towards physical recovery and spiritual salvation: Patients and nurses in a late 19th century German municipal hospital“ lautete der Titel seines Vortrags, der die Patienten, vor allem aber deren Krankenschwestern im städtischen Hospital von Saarbrücken um die Mitte des 19. Jahrhunderts in den Blick nimmt. In Konkurrenz zu den katholischen Barmherzigen Schwestern, die große Erfolge in der Krankenpflege erzielten, wurde von Kaiserswerth ausgehend erfolgreich versucht, ein evangelisches Gegenmodell aufzubauen und evangelische Schwestern in bestehende Krankenhäuser zu entsenden. Der Briefwechsel zweier dieser Diakonissinnen mit dem Mutterhaus ist erhalten und ermöglicht eine detaillierte Einsicht in deren alltägliches Arbeiten und das soziale Gefüge im Krankenhaus. Obwohl die Schwestern ganz in der Krankenpflege aufzugehen schienen, nutzten sie dennoch ihre Position aus, um die ihnen anvertrauten Menschen zum Protestantismus zu bekehren und ganz allgemein ein einwandfreies moralisches Verhalten zu fordern. Bei der Auswertung der Briefe muß letztendlich deren Subjektivität beachtet werden, die Rückschlüsse auf die Krankenhauspatienten nur in beschränkter Form erlaubt.

Über „History and the nurse-patient relationship“ referierte Dr. Anne-Marie Rafferty (London). Obwohl die Beziehung zwischen Pflegepersonal und Patient einen zentralen Punkt der medizinisch-therapeutischen Literatur darstellt, wurde diese in einer Geschichte der Krankenpflege oft übersehen. Anhand medizinischer Handbücher versucht Rafferty, einen Wandel in der Beziehung zwischen Schwestern und Patienten auszumachen und den Einflüssen nachzuspüren, die eine Veränderung bewirkt haben. Die Art, in der diese Beziehung in der analysierten Literatur vorgegeben wurde, ist durch die breit angelegten therapeutischen Diskurse innerhalb der Sozialwissenschaften der jeweiligen Zeit beeinflusst worden. In der nachfolgenden Diskussion wurde darauf hingewiesen, daß Aussagen von Patienten ebenfalls zur Untersuchung herangezogen werden müssen, um ein vollständiges Bild dieser Beziehung in Vergangenheit und Gegenwart zu erhalten.

Nach der Art der Beziehung zwischen Pflegepersonal und psychiatrischen Patienten fragte Cecile aan de Stegge (Maastricht). In ihrem Vortrag „Psychiatric patients: subject or object in nursing care?“ machte sie Veränderungen in dieser Beziehung im Verlauf des 20. Jahrhunderts aus. Zu Beginn des Untersuchungszeitraumes spielte der gesellschaftliche und religiöse Hintergrund des Patienten und der pflegenden Person im Verhältnis zueinander eine wichtige Rolle. Dieser Hintergrund wurde jedoch zunehmend unbedeutender. Andere Veränderungen betrafen die Ausbildung der Schwestern und Pfleger. Während zunächst die Schulung im psychiatrischen Bereich anders geartet war, gibt es heute nur noch eine allgemeine Ausbildung zur Krankenschwester bzw. zum Krankenpfleger. Der Einfluß des Pflegepersonals bewirkte seit den 1960er Jahren im Umgang mit psychiatrisch Kranken eine Veränderung der Pflegerrolle hin zur

Sozialarbeit. Ausgelöst wurde diese unter anderem durch Handbücher für „mental nurses“, die zum ersten Mal von Krankenschwestern selber verfaßt worden waren. Bis zu diesem Zeitpunkt gab es lediglich Handbücher, die von Ärzten verfaßt worden waren und verschiedene Krankheitsbilder beschrieben, während in der neuen Literatur der Patient in seiner Gesamtheit und mit einer eigenen Geschichte im Mittelpunkt stand. Durch diese neue Betrachtungsweise wurde eine engere Bindung zwischen Pflegepersonal und Patient möglich.

Die fünfte und letzte Sektion zum Thema „Der krankenversicherte Patient“ leitete Prof. Dr. Harold J. Cook (London). Mit ihrem Vortrag „Patients` conflicts with their health insurance in the case of hospitalization“ führte Dr. Sylvelyn Hähner-Rombach (Stuttgart) in das Thema ein. Der Aufbau der Krankenversicherung 1884 und die im 19. Jahrhundert stark gestiegene Zahl von Krankenhausbetten boten vielen Pflichtversicherten zum ersten Mal die Möglichkeit, sich stationär behandeln zu lassen. Andererseits nutzten die Krankenkassen die Auslegung des Krankenversicherungsgesetzes auch dazu, Mitglieder gegen deren Willen in Krankenhäuser einzuweisen, um diese zu disziplinieren oder um eine vermutete Simulation aufdecken zu können. Kamen die Versicherten der Krankenhauseinweisung nicht nach, verließen sie das Krankenhaus früher als erlaubt oder gingen später als angeordnet, entzogen ihnen die Krankenkassen das Krankengeld. Daraufhin verklagten einige der zwangsversicherten Mitglieder ihre Kasse, obwohl dies mit einem großen Risiko verbunden war. Denn verlor der Kläger den Prozeß - was nicht selten vorkam - kostete ihn dies viel Geld. Die Gründe, trotzdem zu klagen, können zum Teil nur vermutet werden. Deutlich wird aber, daß der krankenversicherte Patient ein so hohes Maß an Selbstvertrauen gewonnen hatte, daß er sich gegen Ungerechtigkeiten zur Wehr zu setzen begann. Dies wird ebenso am Beispiel der Lungenheilstätten deutlich, in denen sich zumindest die männlichen Patienten gegen die strengen Hausordnungen und Krankenregeln auflehnten, indem sie beispielsweise die Behandlung vorzeitig abbrachen.

„The impact of National Health Insurance on sickness in Britain (1912-39)“ wurde von Prof. Noel Whiteside (Warwick) untersucht. Durch die Etablierung der National Health Insurance (NHI) in Großbritannien wurde „krank“ und „gesund“ immer öfter mit „arbeiten können“ oder „nicht arbeiten können“ in Verbindung gebracht, wodurch kranke Menschen immer mehr in die Nähe von Sozialhilfeempfängern gerückt wurden. Vor allem Frauen standen im Mittelpunkt der Diskussion, da geschlechtsspezifische Zustände, wie Schwangerschaft oder Menstruationsbeschwerden, keine Krankheiten im eigentlichen Sinne seien. Obwohl die NHI große Mängel aufwies, blieb ihre Autorität unangetastet und behielt die Kontrolle über die Patienten und deren Beschwerden.

Problemen in der Gesundheitsfürsorge in den Niederlanden ging Dr. Henk van der Velden (Utrecht) in seinem Referat über „The patient on the twentieth century medical market: the role of health insurance in the Netherlands“ nach. Seit es eine Krankenversicherung gibt, die immer mehr Menschen Zugang zur Gesundheitsfürsorge gewährt, ist diese Gesundheitsfürsorge immer teurer geworden. Niemals wäre jedoch die staatliche Krankenversicherung, so van der Velden, die einzige Möglichkeit gewesen, medizinische Hilfe zu bekommen. Kollektive Zusammenschlüsse auf nicht-staatlicher Grundlage unterstützten den Patienten in finanzieller Hinsicht, hätten dadurch allerdings auch einen gewissen Einfluß auf dessen Wahl der Behandlung gehabt. Charakteristisch für das holländische Krankenversicherungssystem ist seine dezentrale Struktur, die letztlich auch eine einheitliche Regelung verhinderte, aber genügend Spielraum für Ärzte und Patienten läßt, sich aus Angebot und Nachfrage das Passende zu suchen.

In seiner Zusammenfassung der Ergebnisse der Tagung ging Prof. Dr. Martin Dinges (Stuttgart) noch einmal auf die Quellenlage ein. Hinsichtlich einer „Geschichte von unten“ wäre es wünschenswert, mehr Quellentypen heranzuziehen und zu analysieren, die von den Patienten stammen und somit mehr über diese aussagen können. Die während der Tagung hauptsächlich genutzten Quellen hätten eher einen Blick auf den Patienten aus ärztlicher, pflegerischer oder institutioneller Sicht und somit aus einem eher distanzierten Blickwinkel erlaubt.

Ein öffentlicher Vortrag im Studiosaal des Süddeutschen Rundfunks von Prof. Dr. Reinhard Spree (München) mit dem Titel „Vom Armenhaus zur Gesundheitsfabrik.' Der Krankenhauspatient in Vergangenheit und Gegenwart“ rundete das Programm der Tagung ab und erlaubte einem breiten Publikum einen Einblick in die Thematik der Tagung. Spree präsentierte einen informativen Überblick der Entwicklung vom Armenspital zum Ort der ausschließlichen Heilung und Versorgung Kranker und skizzierte, welche Folgen dieser Wandel für die Patienten hatte.

Simone Moses

© Arbeitsgemeinschaft außeruniversitärer historischer Forschungseinrichtungen
in der Bundesrepublik Deutschland e.V., 2001.
Nachdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung der AHF.
Heruntergeladen von www.ahf-muenchen.de.