

*Aus der Medizinischen Poliklinik der Justus-Liebig-Hochschule Gießen
(Direktor: Prof. Dr. Th. von Uexküll)*

Aufgaben und Ziele sozialwissenschaftlicher Forschung in der Medizin

Von Dr. med. Manfred P f l a n z , Gießen

Die materiellen Umweltfaktoren des Menschen stehen auch heute noch im Mittelpunkt des Interesses der sozialen Medizin. Mikroorganismen und Parasiten, Rauch und Lärm, Gifte und Wohnbedingungen, Beschaffenheit der Lebensmittel, Ernährungsfaktoren, Bekleidung und Abwässerbeseitigung geben dem Sozialhygieniker mehr Probleme auf als Soziologie und Sozialpsychologie. Nachdem diese beiden Wissenschaften aus einem Stadium herausgetreten sind, in dem theoretische Diskussionen, kulturkritische Erörterungen und nationalökonomische Hypothesen den Nichteingeweihten erschrecken konnten, werden sie heute und in Zukunft auch dem Mediziner mehr geben können. Die Durchdringung der Medizin mit den Ergebnissen und Denkweisen der sozialen Wissenschaften wird nicht auf die „soziale Medizin“ im traditionellen Sinne beschränkt bleiben, sondern es wird sich zeigen, daß jede Medizin, die sich mit dem gesunden und kranken Menschen beschäftigt, eine soziale Medizin ist.

Das Wort „sozial“ wird in so verschiedener Weise benutzt, daß ganz verschiedene Gebiete darunter subsumiert werden. Es bedeutet ursprünglich nur ein Bezogensein zur Gemeinschaft und zu den Mitmenschen, wobei diese Beziehung auch wie im Falle des Einsiedlers scheinbar aufgehoben oder wie beim Verbrecher spannungsreich und negativ sein kann. In diesem ursprünglichen und umfassenden Sinne wollen wir hier das Soziale aufgefaßt wissen. Denn es geht in diesem jungen Zweig der Medizin darum, die mannigfaltigen Beziehungen aufzuspüren, die den Menschen in Gesundheit und Krankheit mit der sozialen Umwelt verbinden, sie zu beschreiben, die Regeln der Verflochtenheit zu erkennen und sie prophylaktisch und therapeutisch nutzbar zu machen.

In der deutschen Medizin sind bisher soziologische Untersuchungen nicht einmal dort systematisch vorgenommen worden, wo es sich um Phänomene handelt, deren wesentlicher Grund im Sozialen liegt. Wir erwähnen dabei nur die in Zusammenhang mit der Sozialversicherung sinkende „Gesundheitsmoral“, die Bally in ihrem soziologischen Sinn erhellt hat, an das damit zusammenhängende Problem des „Bagatellfalles“ und die Soziologie des Krankenstandes. Ferner sind hier die Probleme der Abtreibung („Abtreibungsseuche“ nach H a r m s e n) und

der Geschlechtskrankheiten zu nennen, deren Übertragung bestimmte Manifestationen der Sexualität voraussetzt, die ebenso wie alle anderen Manifestationen des Trieblebens weitgehend kulturell bedingt und überformt sind. Auch das Zurückbleiben der immateriellen hinter der materiellen Kultur („cultural lag“) ist ein soziales Phänomen, das die Medizin unmittelbar berührt, wenn es von ihr auch kaum beachtet wird. Wir brauchen nur an die Probleme des alternden Menschen zu denken, denen wir trotz des Aufblühens der Geriatrie noch immer recht hilflos gegenüberstehen. Es handelt sich bei der sozialwissenschaftlichen Betrachtungsweise der Medizin also keineswegs um eine Moderichtung oder eine feuilletonistische Strömung, sondern um ein Wissenschaftsgebiet, das auf intensivere Bearbeitung wartet.

Die „soziale Medizin“ ist altes europäisches Gedankengut. Tissots „Essai sur les maladies des gens du monde“ (1770) will bereits zeigen, wie Historie und soziologische Beschaffenheit die Krankheiten mitgestalten. Johann Peter Frank veröffentlichte 1779—1788 sein „System einer vollständigen medizinischen Polizey“, die er ausdrücklich als „Wissenschaft vom Gesundheitswohl der in Gesellschaft lebenden Menschen“ und als „Lehre, die Menschen gegen die nachteiligen Folgen größerer Beisammenwohnungen zu schützen“ aufgefaßt wissen will. 1847 betonte S. Neumann, daß der größte Teil der Krankheiten auf gesellschaftlichen Verhältnissen beruhe, und wenig später äußert sich Virchow ähnlich. Es folgt zu Ende des 19. Jahrhunderts die Einführung der Sozialversicherung und mit dem Aufschwung der Industrie die arbeitsmedizinische Bewegung mit Einstellung der ersten Fabrikärzte und dem Ausbau des staatlichen Medizinalwesens in einer rein utilitaristischen Gesinnung. Eine tiefgründige Analyse legte jedoch Hellpach schon 1904 in seiner Arbeit „Sozialpathologie als Wissenschaft“ vor, in der er die Neurasthenie als Zeitkrankheit des kapitalistischen Bürgertums bezeichnete. Diesen Begriff der Sozialpathologie in seiner doppelten Bedeutung als Pathologie einer (zeitgebundenen) Gesellschaft und andererseits der Beeinflussung pathologischer Vorgänge beim Einzelmenschen durch die Gesellschaft greift Grotjahn wenig später auf, der in seinem Standardwerk „Soziale Pathologie“ schon durchaus moderne Gesichtspunkte bringt, die in ihrer Grundsätzlichkeit offenbar erst jetzt richtig verstanden werden. Gleichzeitig läßt Thomas Mann im „Zauberberg“ den liberalen Italiener Settembrini den Gedanken aussprechen, daß in einer „Soziologischen Pathologie“ dargestellt werden müsse, daß „fast alle Leiden des Individuums Krankheiten des sozialen Organismus sind“.

Während das 1940 herausgegebene Werk „Zivilisationsschäden am Menschen“ noch ohne Berücksichtigung soziologischer Gesichtspunkte die Zivilisationsauswirkungen im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit darstellt, begründen vier neue Wissenschaftszweige und Entwicklungen die moderne sozialwissenschaftliche Medizin: 1. die Psychoanalyse, 2. die Kulturanthropologie (Mead, Benedict u. a.), 3. die psychosomatische Medizin und 4. die vermehrte Zuwendung der modernen Soziologie zur Erforschung sozialer Felder. In Deutschland beginnt die neue Zeit soziologisch-medizinischer Untersuchungen mit V. v. Weizsäckers 1930 erschienenem Buch „Soziale Krankheit und soziale Gesundheit“. Einen gewissen Abschluß, aber auch einen neuen Impuls, bedeuten Christians gemeinsam mit Haas dargestellte Versuche und Überlegungen zu einer medizinischen Soziologie.

Wenn schon die Soziologie in den benachbarten Ländern Deutschland und Frankreich gewisse prinzipielle Unterschiede aufweist, nimmt es nicht wunder, daß auch die sozialwissenschaftliche Forschung in der Medizin in den angloamerikanischen Ländern und in Deutschland verschiedene Wege beschreitet, wenn sich auch viele gemeinsame Aufgaben abzuzeichnen beginnen. In England bedeutet das Buch „Psychosocial Medicine“ von Halliday (1946) einen entscheidenden Beginn. In Amerika sind schon lange vor Europa soziologische Gesichtspunkte in die Psychoanalyse durch die sog. „Revisionisten“ eingeführt worden, die auch den größten Einfluß auf die psychosomatische Medizin

haben. R u e s c h verdanken wir wohl die meisten Arbeiten über sozialpsychologische Momente bei bestimmten Krankheiten, die auch für uns wertvoll sind. Aber in vielem scheiden sich die Konzepte. Während die traditionellen Probleme der deutschen Soziologie, wie etwa die Gegensätze von Gesellschaft und Gemeinschaft, von Kultur und Zivilisation in Amerika keine Rolle spielen, haben wir wiederum grundsätzlich andere Anschauungen zum Problem Individuum und Gemeinschaft und vor allem zur Anpassungstheorie, deren amerikanische Version dem Europäer zu einseitig und oberflächlich erscheint.

In diesem Aufsatz soll versucht werden, einen Überblick über die Aufgaben und Ziele soziologischer und sozialpsychologischer Forschung im Rahmen der Medizin zu geben, ohne Vollständigkeit zu erstreben. Um diesen Überblick zu erleichtern und zugleich eine Art Arbeitsprogramm aufzustellen, ist es vorteilhaft, von einer Einteilung der theoretischen Sozialwissenschaften in drei Richtungen auszugehen. Die eine Richtung basiert auf R o u s s e a u s Vorstellung vom Contrat social und sieht in den sozialen Gebilden das Resultat zwischenmenschlicher Übereinkunft (Individualismus). Die zweite Richtung sieht in der Soziologie die Lehre von den sozialen Beziehungen (Formalismus v. W i e s e, V i e r k a n d t), den sozialen Spielregeln. Die dritte, vornehmlich durch O t h m a r S p a n n vertretene Richtung (Universalismus) betrachtet jedes soziale Gebilde primär als eine Ganzheit, die durch überindividuelle Ordnungskräfte zusammengehalten wird, welche etwa dem „objektiven Geist“ H e g e l s oder der „culture“ der Amerikaner entsprechen würden. Sofern diese drei Richtungen drei verschiedene primäre soziale Wirklichkeiten postulieren, nämlich die erste das Kontakt suchende und empfangende oder ablehnende Individuum, die zweite die Spielregel der zwischenmenschlichen Beziehungen und die dritte das überindividuelle Ordnungsprinzip, werden sie sich unversöhnlich gegenüberstehen. Wir glauben demgegenüber, daß die drei Richtungen nur drei Arbeitsweisen darstellen, die drei verschiedene Aspekte des Gesamtphänomens der sozialen Wirklichkeit herausausschneiden, die wir alle im Bereich der sozialwissenschaftlich-medizinischen Forschung benötigen, und die sich dort gegenseitig ergänzen müssen.

Es sollen nun Beispiele für die medizinische Bedeutung der drei Richtungen vorgelegt werden:

a) Bei der ersten Richtung, die man als die sozialpsychologische bezeichnen kann, wird das Individuum gesehen, wie es soziale Beziehungen anknüpft und sich mit der Forderung nach Anpassung auseinandersetzt. Anders ausgedrückt geht es hier darum, den Kontakt des Individuums zu anderen Individuen und zur Gesellschaft und den Einfluß der Gesellschaft auf das Individuum zu untersuchen. Man spricht von einer „Pathologie des sozialen Kontaktes“ (K o l l e), doch man muß sich zuerst klarmachen, daß auch hier ein Relativismus eine Rolle spielt: Von einer Pathologie des Kontaktes läßt sich nur innerhalb eines bestimmten soziologischen Bezugssystems sprechen, das z. B. recht verschieden ausfällt, je nachdem ob die Einstellung „Gemeinnutz geht vor Eigennutz“, „Alles für das Individuum“ oder das Ideal der vollkommenen sozialen Anpassung des Menschen die jeweils vorherrschende Auffassung ist.

Die sozialpsychologischen Bezüge der Krankheiten sind außerordentlich vielfältig. Man muß beachten, daß sich in der sozialpsychologisch-medizinischen Thematik ebenso wie in der psychosomatischen Medizin die krank-

heitsbedingenden mit den krankheitsbedingten Veränderungen der Persönlichkeit überschneiden. Die Krankheit verändert unzweifelhaft die Kommunikationsmöglichkeiten des Patienten. Und umgekehrt ist Isolierung, Geborgenheitsverlust die Wurzel mancher Krankheiten.

Ein sehr wesentlicher Teil der sozialpsychologischen Arbeitsrichtung beschäftigt sich mit dem Einfluß umschriebener Kollektive auf den Kranken; im Vordergrund stehen die Untersuchungen über die Sozialpsychologie im Krankenhaus. Während nur wenige Arbeiten über diese Probleme beim Erwachsenen vorliegen, besteht schon eine umfangreiche Literatur zum Thema „Kinder im Krankenhaus“. Nachdem seit Jahrzehnten die Aufmerksamkeit einiger Kinderärzte auf den sogenannten Hospitalismus gerichtet wurde, dessen Ursache zunächst in einer defizienten Ernährung oder mangelhaften hygienischen Betreuung, dann aber immer mehr in dem Fehlen genügender Kontaktmöglichkeiten zu wichtigen Beziehungspersonen gesehen wird, ist dieses Problem jetzt in den Brennpunkt pädiatrischen Interesses gerückt.

b) Die zweite Richtung, die die sozialen Beziehungen und sozialen Spielregeln im Hinblick auf medizinische Fragestellungen untersucht, ist bisher am wenigsten ausgebaut worden. Mitscherlich hat kürzlich darauf aufmerksam gemacht, daß bei einem Drittel der in sein Institut überwiesenen Patienten eine Psychotherapie nicht zustandekam, weil sie vom psychotherapeutischen Standpunkt aus als unkooperativ bezeichnet werden mußten. Der tiefere Grund lag nicht nur in einem Versagen der Patienten, sondern auch in einem Versagen der Ärzte, die die Spielregeln anderer Gesellschafts- und Volksschichten, deren „pattern of behavior“ zu wenig kennen. Wir wissen über die Spielregeln mancher Tierarten mehr als über die menschlichen Spielregeln, die nicht nur von einem Volk, einer Kultur zur andern, sondern auch innerhalb gleicher Völker, gleicher Religionsgemeinschaften und gleicher ökonomischer Schichten sehr unterschiedlich sind. Wir kennen zudem die sozialen Beziehungen und Spielregeln vieler primitiver Völker dank der Untersuchungen der modernen Ethnologen und Kulturanthropologen genauer als unsere eigenen. Den Mediziner muß dieses Gebiet nicht nur deshalb interessieren, weil von der Kenntnis der Spielregeln das Verständnis für seine Patienten abhängt, sondern auch deshalb, weil wir annehmen, daß die Spielregeln und Beziehungen für Gesundheit und Krankheit von ausschlaggebender Bedeutung sein können.

c) In der dritten, der soziologischen Arbeitsrichtung wird vom Einzelindividuum ganz abgesehen. Das Individuum bedeutet hier für die Soziologie nur eine Abstraktion, so wie im menschlichen Organismus das Einzelorgan nur eine begriffliche, wenn auch heuristisch notwendige Abstraktion ist. Das soziale Gebilde wird als Ganzes betrachtet, wobei es erst eine sekundäre Frage ist, wie es zustandegekommen ist und woraus es sich konstituiert. Wir verstehen dieses soziale Gebilde nicht aus den Einzelgliedern, sondern nur von dem gemeinsamen Ziel, der gemeinsamen Idee, der überindividuellen Ordnung her, die dieses Gebilde konstituiert. Wenn wir beispielsweise die Verbreitung bestimmter Krankheiten in umrissenen Sozietäten statistisch untersuchen, müssen wir die sozialen Gebilde und soziologischen Gegebenheiten, die wir mit verschiedenen Krankheiten korrelieren wollen, eindeutig definiert und von anderen soziologischen Phänomenen

abgegrenzt haben. Dies dürfte aber besser gelingen, wenn wir nicht nur die Herkunft, die soziologische Wurzel einer bestimmten Gruppe und die Motive des Zusammenschlusses analysieren, sondern wenn wir uns die gemeinsamen Ziele ansehen. Kaum auf einem anderen Gebiete ist die Zusammenarbeit mit der Soziologie, insbesondere der neuerdings auch bei uns aufstrebenden empirischen Sozialwissenschaft so notwendig wie gerade hier.

Viele Beispiele weisen auf die Notwendigkeit hin, künftig soziologisch-medizinische Untersuchungen nach einem bestimmten Plan durchzuführen. Die Unzulänglichkeiten bisheriger Untersuchungen können durch das Beispiel der sogenannten „Managerkrankheit“ belegt werden.

Bei der epidemiologischen Untersuchung nichtinfektöser Krankheiten muß man subtil vorgehen. Dabei versteht man unter Epidemiologie den Zweig der Medizin, der die „Charakteristik einer Krankheit in Hinblick auf die Bedingungen und Umstände ihres Vorkommens“ untersucht (P h a i r), wobei Infektion nur eine von mehreren möglichen Bedingungen ist. Man muß bei der soziologisch orientierten Epidemiologie drei Schritte unterscheiden: Erstens müssen wir Kriterien suchen, mit deren Hilfe wir verschiedene soziale Gebilde unterscheiden können. Zweitens müssen wir empirisch-statistisch die Häufigkeit von Krankheiten, aber auch von Konstitutionsmerkmalen, anatomischen, physiologischen und psychologischen Gegebenheiten innerhalb verschiedener festumrissener Sozietäten quantitativ feststellen und mit häufigkeitsstatistischen Methoden in Hinblick auf ihre Erwartungswahrscheinlichkeit prüfen. Drittens ist es unsere Hauptaufgabe, den Grund der gefundenen Unterschiede festzustellen, denn erst hieraus werden für die Prophylaxe brauchbare Regeln geboren. Diese dritte Aufgabe birgt die meisten Gefahren in sich; denn zu häufig hat man sich an sie gewagt, ohne die beiden ersten Schritte zu beachten.

Während bei dieser epidemiologischen Methode der Kranke als Glied einer Sozietät gesehen wird, muß auch das Gegenteil beachtet werden: Das Auftreten von Krankheiten bei einem Heraustreten aus einer Sozietät, bei dem heute so häufigen Wechsel von einer Kultur zur anderen oder von einem sozialen Stand zum anderen („cultural change“).

Es sind auf dem Gebiete der soziologischen Medizin bereits wertvolle Untersuchungen durchgeführt worden. Dabei wurden vorwiegend folgende Wege beschritten: 1. Untersuchung des Vorkommens bestimmter Krankheiten bei primitiven Völkern. 2. Untersuchung der Häufigkeit von Krankheiten innerhalb festumrissener Kollektive im abendländischen Kulturkreis. 3. Soziologisch-medizinische Längsschnittuntersuchungen über längere Zeiträume hinweg. 4. Feststellung der Häufigkeit des Auftretens einer bestimmten Krankheit unter verschiedenen soziologischen Bedingungen. 5. Kulturgeschichte der Krankheiten.

1. Das Vorkommen bestimmter Krankheiten bei primitiven Völkern wurde mehrfach untersucht. So hat sich C a r o t h e r s im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation um eine Ethno-Medizin des afrikanischen Eingeborenen bemüht, in der er einerseits die verschiedenen rassischen, kulturellen, geographischen, klimatischen und ernährungsmäßigen Faktoren, andererseits die Krankheiten analysierte, die entweder viel häufiger oder viel seltener als in Europa vorkommen.

Diese Untersuchung ist ebenso wertvoll wie die von Ehrström, der die ganze Bevölkerung eines Distriktes in Nordgrönland untersuchte und die große Seltenheit der Neurosen, der Ulkuskrankheit, der allergischen Erkrankungen, der Arteriosklerose und des Lungenemphysems feststellen konnte. Auch ihm fiel die statistisch gut belegte hohe Morbidität der Eskimos an Tuberkulose und Gonorrhöe auf.

2. In vielen Ländern bemüht man sich jetzt darum, festumrissene Kollektive im abendländischen Kulturkreis, durch geographische, politische, berufliche oder ökonomische Kriterien definiert, im Hinblick auf die Häufigkeit der bei ihnen vorkommenden Krankheiten zu befragen oder zu untersuchen. Unter den europäischen Ländern scheint zur Zeit Dänemark am aktivsten mit solchen Morbiditätsstudien zu sein, die die ganze Bevölkerung in einer Repräsentativauswahl erfassen. Am Beispiel von Kleinsozietäten (Familie usw.) kann gezeigt werden, wie eine soziologische Medizin berufen ist, einige Übertreibungen früherer Vererbungswissenschaftler hinsichtlich des familiären und daher angeblich vererbten Vorkommens mancher Krankheiten zu revidieren.

3. In Amerika sind mehrere Forschungsprogramme im Gange, bei denen soziologisch-medizinische Längsschnittuntersuchungen vorgenommen werden. In manchen dieser Programme ist geplant, eine bestimmte Anzahl von Familien einer Stadt bis zu 20 Jahren in laufender medizinischer, psychologischer und sozial-psychologischer Kontrolle zu halten. Für deutsche Verhältnisse ist die Durchführung eines solchen Programmes wohl zu kostspielig. Dafür steht uns in der Krankenkassenstatistik ein großes, medizinisch-soziologisch noch wenig ausgewertetes Material zur Verfügung, dessen Auswertung gewiß auch für die Fragestellung der Längsschnittuntersuchungen wertvolle Ergebnisse bringen kann.

4. Eine andere, der eben genannten verwandte Forschungsrichtung geht von bestimmten Krankheiten aus und versucht, die Häufigkeit unter verschiedenen soziologischen Bedingungen, also in verschiedenen Kulturkreisen, Gesellschaftsschichten, Berufen o. ä. festzustellen, um aus den Unterschieden eventuell für die Pathogenese oder Prävention der Krankheit bedeutungsvolle Regeln herleiten zu können. Besonderes Interesse beanspruchten dabei schon seit längerem die Geisteskrankheiten. Umfangreiche Statistiken über das unterschiedliche Vorkommen des Karzinoms bestimmter Organe in verschiedenen Sozietäten haben gezeigt, daß auch Krankheiten von der soziologisch orientierten Medizin beachtet werden müssen, die im allgemeinen als Prototyp selbständigen somatischen Geschehens gelten.

5. So wie ein wesentlicher Teil der Soziologie historisch eingestellt ist, sind auch auf soziologisch-medizinischem Gebiete mannigfache Versuche unternommen worden, Kulturgeschichten der Krankheiten, insbesondere der großen Seuchen, zu schreiben (Sigerist u. a.). Allerdings sind dieser historischen Forschungsrichtung von zwei Seiten aus Grenzen gesetzt:

a) Von der soziologisch-historischen Seite aus gesehen besteht ein erheblicher Mangel an fundiertem Wissen über die kulturellen Bedingungen von Völkern verschiedener Zeiten. Ford und Beach, denen wir die beste Zusammenstellung über die vergleichende Soziologie der Sexualität verdanken, weisen darauf

hin, daß wir über die Lebensbedingungen und Gewohnheiten der unteren Schichten der Völker nur wenig überliefert bekommen haben, und dies auch nur von der Sicht des Geschichtsschreibers aus, der selbst diesen Schichten nicht angehörte.

b) Nicht nur die technischen Möglichkeiten der Diagnostik, sondern auch die medizinischen Grundanschauungen haben sich in den letzten 50 Jahren so tiefgreifend gewandelt, daß wir an der — vom heutigen Standpunkt aus betrachtet — korrekten Durchführung von Morbiditätsstatistiken, die älter als 30 Jahre sind, für viele Krankheiten Bedenken haben müssen. Selbst bei einfacher zu diagnostizierenden Leiden haben wir keinen sicheren Anhalt dafür, ob die behaupteten Häufigkeitszunahmen (etwa beim Duodenalgeschwür, bei den Koronarerkrankungen, der Hypertonie) real sind. Diese Gesichtspunkte sind leider bei den Diskussionen um die Zivilisationskrankheiten außer acht gelassen worden, weshalb Hellpach warnend darauf hinwies, daß schon manche nosogenetische Hypothese zur Zivilisationspathologie vor der Empirie zusammengestürzt sei. Überhaupt ist von dieser „historischen Forschungsrichtung“ die Zivilisationshypothese viel mißbraucht worden. Man darf nicht vergessen, daß die Zivilisation nicht nur zu gewissen Krankheiten disponiert, sondern in viel höherem Grade davor schützt. Es erscheint uns der Kompliziertheit des Zivilisationsprozesses nicht angemessen, diesen nur negativ zu bewerten, da sich in den sozialen Prozessen Desintegration und Differenzierung meist in einem Gleichgewicht halten, doch müssen wir es uns in diesem Rahmen versagen, auf dieses sehr wesentliche Problem näher einzugehen.

Von größter Bedeutung werden in Zukunft pathogenetische Überlegungen werden. Um zu prophylaktisch verwertbaren Schlüssen zu kommen, ist eine Analyse der Faktoren erforderlich, die an dem Zustandekommen der Unterschiede in Morbidität und Mortalität unter verschiedenen soziologischen Bedingungen beteiligt sind. Mit anderen Worten wird hier die Frage gestellt, wie soziologische Momente pathogenetische Bedeutung bekommen können. Wir dürfen nicht vergessen, daß die Faktoren der Vererbung, der Ernährung und Bekleidung, der Wohnung und der Arbeit ebenso ihren soziologischen Aspekt besitzen wie etwa religiöse Momente, die Art des Familienzusammenschlusses, die Intensität der Mutter-Kind-Relation und vieles andere. Das für unsere Fragestellung zentrale Problem des Zusammenhanges zwischen dem Bereich des Biologischen und dem des Soziologischen ist keineswegs genügend geklärt. Es soll hier genügen, festzustellen, daß wir in der Verwirklichung des menschlichen Daseins eine Einheit von Soziologischem und Biologischem sehen, die für sich jeweils nur Teilerscheinungen eines einheitlichen Geschehens sind, das unter dem Einfluß „überorganismischer“ und überindividueller Ordnungsprinzipien steht. Durch Spitz, aber auch durch andere Autoren, wissen wir, daß bestimmte Mindestanforderungen an die sozialen Kontaktmöglichkeiten des Säuglings gestellt werden müssen. Dies hängt im wesentlichen damit zusammen, daß der Mensch im Unterschied zum Tier lange Zeit ein unreifer, hilfsbedürftiger Nesthocker bleibt. Deshalb spielt beim Menschen die Mutter oder ein echter Mutterersatz eine entscheidende Rolle. Das Fehlen oder das Fortgehen einer Mutterfigur läßt beim Säugling und Kleinkind einen Zustand entstehen, den Spitz als anaklitische

Depression, als Traurigkeit (Grief) bezeichnet hat, der in kurzer Zeit zum Hospitalismus mit Zurückbleiben der geistigen und körperlichen Entwicklung, mit hoher Infektionsrate und erheblicher Mortalität führt.

Das Problem liegt hier ähnlich wie das Leib-Seele-Problem, bei dem wir von einer psychosomatischen Einheit ausgehen können, die vor der begrifflichen Trennung in Leibliches und Seelisches liegt. Manche Begriffe unserer Sprache weisen uns darauf hin, daß auch soziologische und individuell-biologische Erscheinungen Teile einer ursprünglichen Einheit sind. Wir denken dabei an Begriffe wie Geborgenheit, Kontakt, Entbergung, Behandlung oder Beschützung; sie bezeichnen Phänomene, die der begrifflichen Trennung in Biologisches und Soziologisches vorgängig sind. Eine Sammlung und Analyse solcher Begriffe würde dazu beitragen können, das sozio-biologische Problem weiter zu klären. Auf der Grundlage dieser Vorstellung ist eine Reihe pathogenetischer Möglichkeiten diskutabel, auf die wir in diesem Zusammenhang nicht näher eingehen können.

Zum Schluß unserer Übersicht wollen wir noch einige sozialwissenschaftliche Probleme streifen, die mit dem ärztlichen Beruf und der ärztlichen Tätigkeit unmittelbar zusammenhängen. Obwohl diese Probleme jede ärztliche Handlung beeinflussen und ständig im Sprechzimmer gegenwärtig sind, herrscht über sie doch noch viel Unklarheit, da sie kaum je ohne Vorurteil und Affekt diskutiert zu werden pflegen.

1. Ein sozialpsychologisches Problem des ärztlichen Alltags ist die Arzt-Patient-Beziehung. Die Technisierung der Medizin ließ fast vergessen, daß sich in der Sprechstunde eine soziale Kontaktnahme besonderer Art vollzieht, die für die Therapie ausschlaggebend sein kann. Für den Bereich der Psychotherapie ist dieses als „Übertragung“ bezeichnete spezielle Phänomen, das in der allgemeineren Form der „psychischen Resonanz“ (Stokvis) auch bereits bei allen unabsichtlich suggestiven Maßnahmen eine Rolle spielt, eingehend untersucht worden. Soziale Situationen sind immer nur als ein Akt mit mindestens zwei beteiligten Partnern zu verstehen. Dieses gilt selbst für die sozialpsychologisch gesehen komplexe Situation der Begutachtung, bei der der Arzt ebenfalls als Partner affektiv teilnimmt. Wir werden hier darauf hingewiesen, daß in der therapeutischen Situation ebenso wie bei der Begutachtung fast nie eine „bipersonale“, in zwei Teile gegliederte Beziehung besteht, sondern fast immer eine „trilogische“ (Christian), bei der außer dem Patienten und dem Arzt stets mehr oder minder anonyme soziale Mächte beteiligt sind. Diese dritte Macht ist gewiß ein potentieller Störfaktor; wir meinen, daß hier nicht nur eine gesetzliche oder private Krankenkasse oder ein staatlicher Gesundheitsdienst solche störenden dritten Mächte sein können, sondern im Falle des bezahlenden Privatpatienten ebenso das Geld als äußerst vieldeutiger Faktor einer kapitalistischen Sozialordnung. Unseres Erachtens kann nur eine nüchterne und exakt angelegte empirische Untersuchung nachweisen, welches Gesundheitssystem vom Standpunkt des therapeutischen Erfolges aus optimal ist, das privatwirtschaftliche, das genossenschaftliche oder das staatliche.

2. Nur am Rande können wir erwähnen, daß es Therapieformen gibt (Soziotherapie, Psychodrama, Gruppentherapie), die auf der besonderen Dynamik be-

ruhen, die einer Gruppe innewohnen und die nicht nur bei Psychosen und Neurosen, sondern auch bei Tuberkulösen und anderen innerlich Kranken mit gutem Erfolg angewandt worden sind.

In der Gesundheitspolitik stehen soziologische und ethnologische Gesichtspunkte an erster Stelle, nicht nur innerhalb eines Landes, sondern auch wenn es die Übertragung medizinischer Errungenschaften in fremde Kulturkreise gilt.

Psychische und soziale Hygiene, kurative und präventive Medizin sind auf die Mitwirkung der Soziologie an ihren Aufgaben und Forschungen angewiesen.

Angesichts der mannigfaltigen Aufgaben und Ziele müssen wir erkennen, daß trotz mancher bedeutsamer Werke bisher erst wenig Gesichertes auf dem medizinisch-soziologischen Gebiet erarbeitet wurde. Das Mißverhältnis zwischen wissenschaftlich sauberer Erkenntnis und Spekulation ist hier größer als auf anderen Gebieten der Medizin. Es kann nicht unsere Aufgabe als Ärzte sein, mit Weltverbesserungstheorien Heil oder Unheil über die Menschheit zu bringen. Unsere ärztlichen Aufgaben auf dem sozialwissenschaftlichen Grenzgebiet sind groß genug.

Schrifttum

Bally, G.: Schweiz. Zschr. Psychol. [1942]: 22. — Carothers, J. C.: The african mind in health and disease. A study in ethnopsychiatry. WHO Monographs, Geneva 1953. — Christian, P., und Haas, R.: Wesen und Formen der Bipersonalität. Stuttgart 1949. — Ehrström, M. Ch.: Nord. med. 44 [1950]: 1668. — Ford, C. S., und Beach, F. A.: Pattern of sexual behavior. New York 1951. — Grotjahn, A.: Soziale Pathologie, 3. Aufl. Berlin 1923. — Halliday, J. D.: Psychosocial Medicine. New York 1948. — Harmsen, H.: Zbl. Bakt. Abt. I Orig. 160 [1953]: 326. — Hellpach, W.: Arch. Sozialwiss. u. Sozialpol. 21 [1904]: 294; Med. Monatsspiegel (Merck, Darmstadt) 4 [1955]: 1. — Hollmann, W., und Hantel, E.: Klinische Psychologie und soziale Therapie. Stuttgart 1948. — Kolle, K.: Medizinische 8 [1953]. — Mitscherlich, A.: Psyche 8 [1954]: 284; Med. Klin. [1954]: 1789. — Ogburn, W. F.: Social change. 1922. — Pflanz, M., Rosenstein, E., und v. Uexküll, Th.: J. Psychosom. Res. 1 [1956]: 68. — Phair, J. J.: J. Amer. Med. Ass. 159 [1955]: 1105. — Ruesch, J., und Bateson, G.: Communication. The social matrix of psychiatry. New York 1951. — Ruesch, J., und Bowman, K. J.: J. Amer. Med. Ass. 136 [1948]: 851. — Ruesch, J., Christiansen, C., Patterson, L. C., Dewees, S., und Jacobsen, A.: Psychosom. Med. 9 [1947]: 77. — Ruesch, J., Harris, R. E., Christiansen, C., Loeb, M. B., Dewees, S., und Jacobsen, A.: Duodenal ulcer — a sociopsychological study of naval enlisted personal and civilian. Berkeley and Los Angeles 1948. — Ruesch, J., und Prestwood, A. R.: In: Life stress and bodily disease. Proc. Ass. Res. Nerv. Ment. Dis. 29 [1950]: 211. — Sigerist, H. E.: Krankheit und Zivilisation. Geschichte der Zerstörung der menschlichen Gesundheit. Frankfurt a. M. und Berlin 1952. — Simmons, L. W., und Wolff, H. G.: Social science in medicine. New York 1954. — Spitz, R. A.: Psychoanal. Study Child 1 [1945]: 53; 2 [1946]: 113; 6 [1951]: 255. — Stokvis, B.: Psychologie der suggestie en auto-suggestie. Lochem 1947. Deutsche Bearbeitung durch M. Pflanz in Vorbereitung. — v. Weizsäcker, V.: Soziale Krankheit und soziale Gesundung. Berlin 1930. 2. Aufl. Göttingen 1955. — Zeiss, H., und Pintschovius, K.: Zivilisationsschäden am Menschen. München/Berlin 1940.

Weitere Literatur auf Wunsch vom Verfasser.

Anschrift: Dr. Manfred Pflanz, Gießen (Lahn), Medizinische Poliklinik, Frankfurter Str. 63.