

## Sozialhygiene, Staatsmedizin, Public Health – Konzeptwandel oder deutscher Sonderweg?<sup>1</sup>

MICHAEL HUBENSTORF

1.	Zum Verhältnis von Medizingeschichte und „Public Health“	1
2.	„Public Health“ – ein (deutscher) Name wird gesucht	3
3.	Die konventionelle historische Sichtweise	4
3.1	Die „Soziale Medizin“ Rudolf Virchows	4
3.2.	Alfred Grotjahn und die „Soziale Hygiene“	5
3.3.	Stagnation im Westen nach 1945 und der „Sonderfall“ DDR	5
3.4.	Die „Soziale Medizin“ der 60er Jahre	6
3.5.	Die Wendung zu „Public Health“	7
4.	Eine alternative Deutung der historischen Entwicklung	8
4.1.	<i>Internationaler Gleichklang und nationaler „Sonderweg“</i>	9
4.2	<i>Methodische Überlegungen</i>	10
4.3.	<i>Die Dialektik der Kontinuitäten und Diskontinuitäten</i>	10
4.3.1.	„Medizinische Polizey“ und aufgeklärter Absolutismus	10
4.3.2.	Public Health, hygiène publique, öffentliche Gesundheitspflege	11
4.3.3.	„Sociale Medicin“ und „Communismus“	11
4.3.4.	International Public Health und der Aufstieg des Nationalismus	12
4.3.5.	Medizinische Reform, Unfallheilkunde, hygiène sociale – Medizinische Antworten auf die „Soziale Frage“ am Jahrhundertende	13
4.3.6.	Klassenkampf und Biologismus	14
4.3.7.	Soziale Medizin und soziale Reform um die Jahrhundertwende	16
4.3.8.	Sozialhygiene und/oder Rassenhygiene – der Beginn eines Sonderwegs	17
4.3.9.	Sozial- und Rassenhygiene: die Stärkung des „Volkskörpers“ im Kampf gegen den Versailler Vertrag	18
4.3.9.1.	Reformchancen in der Weimarer Republik	19
4.3.9.2.	Neue Themenstellungen: Gesundheitstechnik	20
4.3.9.3.	Die biologistische Wende in den Jahren der Wirtschaftskrise	21
4.3.10.	Entwicklungen im Nationalsozialismus	21
4.3.10.1.	„Staatsmedizin“ oder Public Health im NS-Stil	22
4.3.10.2.	„Sozialbiologische Hygiene“	22
4.3.10.3.	Eine neue „Soziale Hygiene“	23
4.3.10.4.	Konzeptionskrisen und die biostatistische Wende	23
4.3.11.	Nach 1945: Kontinuität oder Neuorientierung?	24
4.3.11.1.	Ausbildungsinstitutionen	24
4.3.11.2.	Rückbesinnung auf die „Soziale Medizin“?	24
4.3.11.3.	Restauration der Sozialhygiene unter Beibehaltung ihrer biologistischen Überformung	25
4.3.11.4.	Widerstände und Auflösungserscheinungen	26
5.	Schlussbemerkung	26

### 1. Zum Verhältnis von Medizingeschichte und „Public Health“

Wenn ich aus Anlass der Eröffnung des Ergänzungsstudienganges „Gesundheitswissenschaften (Public Health)“ an der Technischen Universität Berlin hier einen Überblick über Geschichte und Vorgeschichte von Public Health gebe, so tue ich das nicht, ohne eine Vielzahl von Vorgängern zu haben. Vorgänger, nämlich Medizinhistoriker, die auf Tagungen und Kursen von Amtsärzten, in Akademien für Arbeitsmedizin, bei der Einführung des Studienfaches Sozialmedizin in das Medizinstudium und bei vielen anderen ähnlichen Gelegenheiten das Wort ergriffen haben. Medizinhistoriker scheinen eine besondere Affinität gerade zu jenen medizinischen Arbeitsgebieten zu besitzen, die unter den Begriffen „öffentliches Gesundheitswesen“, „Sozialhygiene“, „Sozialmedizin“ oder eben „Public Health“ behandelt werden. Umgekehrt hatten auch die Vertreter gerade dieser Themen- oder Fachgebiete einen unübersehbaren Hang zur Medizingeschichte, vor allem zur Geschichte des eigenen Interessengebietes.

1 Vortragsmanuskript; bibliographische Angaben können beim Autor nachgefragt werden.

aus: 100 Jahre SOZIALHYGIENE, SOZIALMEDIZIN und PUBLIC HEALTH in Deutschland.

Hrsg.: Udo Schagen und Sabine Schleiermacher im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). CD-Rom, Berlin 2005.

In der ehemaligen DDR sind mehrere Sozialhygieniker zu Medizinhistorikern geworden. Die Gesellschaft für Geschichte der Medizin in der DDR war mit der Gesellschaft Sozialhygiene der DDR im selben Fachgebiets-Komplex organisatorisch zusammengeschlossen. Das gemeinsame Publikationsorgan war die Zeitschrift für die gesamte Hygiene. Die Zusammengehörigkeit reichte herunter bis zur jeweiligen örtlichen Abteilungs-Partei-Organisation der SED im Hochschulbereich, wo Sozialhygieniker, Allgemein- und Kommunal-Hygieniker, Arbeitsmediziner und Medizinhistoriker zusammengefasst waren. In der gesamten Sowjetunion war es ähnlich, in der lettischen Sozialistischen Sowjetrepublik etwa war Medizingeschichte Teil der Institutionen der Sozialhygiene bzw. der Organisation des Gesundheitsschutzes. Aber nicht nur im „realen Sozialismus“, auch im Westen lagen die Dinge nicht viel anders. Das größte und repräsentativste Werk zur Geschichte des deutschen Gesundheitswesens stammt von dem Sozialhygieniker Alfons *Fischer*, der es – obwohl als Jude verfolgt – noch 1933 in Deutschland herausgeben konnte. Die Zeitschriften der Sozialhygiene bzw. des öffentlichen Gesundheitswesens waren und sind für den Medizinhistoriker eine wahre Fundgrube für historisch orientierte Artikel, in denen sich die Fragestellungen einer Sozialgeschichte der Gesundheit, Probleme der Sozialhygiene und Ausführungen der Amtsärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes oft undurchdringlich überschneiden. In den Vereinigten Staaten schließlich wurden im Zuge der Reformphase des so genannten „New Deal“ unter Franklin Delano *Roosevelt* bzw. im und nach dem Zweiten Weltkrieg gleich mehrere Medizinhistoriker zu den lautstärksten Propagandisten von Social Medicine oder sogar einer Socialized Medicine, also einer sozialisierten Medizin. Für Kenner des Sachverhalts sei hier auf die Namen von Richard *Shryock*, Henry Ernest *Sigerist*, Iago *Galdston* und George *Rosen* verwiesen. Dem progressiven und demokratischen Impetus dieser Amerikaner bzw. Deutsch-Amerikaner haben sich die deutschen Medizinhistoriker zwar überwiegend widersetzt, aber sie haben es sich nicht nehmen lassen, jeweils als die wissenschaftlichen und ideologischen Galionsfiguren von Gesundheitspolitik aufzutreten – in der BRD wie in der DDR.

Neben der Funktion eines Propagandisten des jeweiligen Zeitgeistes haben sie dabei vorwiegend drei verschiedene Rollen übernommen:

Die des Historikers *als Fortschrittsideologen*, also einer wissenschaftlich tätigen Person, die ihre historischen Kenntnisse jeweils so ordnet, dass die gerade neueste Entwicklung, das jüngste Konzept als die letzte Stufe auf einer langen Leiter des unaufhörlichen Fortschritts erscheint. In der angelsächsischen Welt kennt man dafür den despektierlichen Ausdruck einer „Whiggish interpretation of history“, wobei ein „Whig“, der seinen Spottnamen von der Perücke bezieht, die er als Abgeordneter des britischen House of Commons trug, zum Unterschied von den „Tories“ eben ein liberaler Parlamentarier war, der überzeugt an den nie endenden Fortschritt der aufgeklärten Menschheit glaubte und weiterhin glaubt.

Die zweite Rolle ist die des Historikers *als geisteswissenschaftlicher Aufputz* oder als säkularisierter Pastor für hohe Feierstunden. Dieser weiß behände zu vermelden, dass er erst gestern Abend, bei der soundsovielten Durchsicht der hippokratischen Schrift *peri aereon* („über die Winde“), sehr zu seinem eigenen Erstaunen feststellen musste, dass auch die Alten, nämlich die „heidnische“ Ärzteschule auf Kos im fünften und vierten vorchristlichen Jahrhundert durchaus schon von „Public Health“ sprachen. Er legt die alten Schriften aus, verweist auf den Mantel der Geschichte, mit dem das neue Unternehmen zum Fluge durch die Zeiten antritt, und erteilt dem jungen Kandidaten unter den Fachdisziplinen die wissenschaftlichen Weihen des Alten, Wahren und Guten.

So tritt schließlich der Historiker drittens *als Leichenredner* bei gerade noch lebendigem Leichnam einer verblässenden Fachdisziplin auf. Erst wenn sie verlöscht, kommt seine

Stunde, in der er immer schon alles besser gewusst haben kann, und nun kann er die Schlüsse aus allen bisherigen Rätseln mühelos und im Vollbesitz aller historischen Quellen umgehend ziehen.

Der Leser wird diesem kabarettistischen Spott wohl schon entnommen haben, dass ich nicht gedenke, in eine dieser Rollen meiner Vorgänger zu schlüpfen und auch nicht in die des Propagandisten. Ich vermute, dass es hier brauchbarer ist, wenn ich mich mit weit profaneren Dingen beschäftige, nämlich dem Versuch, Schritt um Schritt nachzuzeichnen, unter welchen Metamorphosen, also Gestaltumwandlungen, und mit welchen Schwierigkeiten, Gegentendenzen, Sackgassen und Begriffsfallen Menschen ungefähr das betrieben haben, was nun als „Gesundheitswissenschaften“, bzw. „Public Health“ studiert und gelehrt werden soll. Viele halten es zwar für altmodisch, vermutlich ist es aber ganz nützlich, dass mindestens einige Medizinhistoriker aus dem Berg von Büchern, Publikationen, Akten, Karteikästen, Fotoalben und Instrumenten, den stressgeplagte und von Raummangel verfolgte Wissenschaftler bei erwiesenem Alter und Nutzlosigkeit jener Objekte in medizinhistorischen Instituten abladen, all das wieder heraussuchen, ordnen, katalogisieren und zusammenstellen, was vielleicht ein neues Gesamtbild abzugeben vermag. Die penible Sammlertätigkeit ist zwar mit der Kritik am Positivismus in den Wissenschaften in Verruf geraten, so dass sie oft nicht einmal als Hilfsfunktion akzeptiert wird. Der große geistige Wurf, der elegante historische Bogen mit übersteigertem Theorieanspruch, den man stattdessen gerne fordert, verführt jedoch nur zu oft mangels genügend recherchierter Fakten zu einem misstönenden Schrammen auf einer verstimmtten Geige. Insofern gewarnt, will ich nicht als Festredner auftreten, sondern mich eher der alltäglichen Arbeit des detaillierten Überblicks widmen, die zumeist mit geistiger Anstrengung verbunden ist, im besten Falle lustvoller Anstrengung.

## 2. „Public Health“ – ein (deutscher) Name wird gesucht

Nach 20 bis 25 Jahren kann in der Wissenschaft meist niemand mehr genau und vor allem vorurteilslos angeben, was er denn damals gemacht hat, wofür oder wogegen und weshalb er so oder anders argumentiert hat. Bis Historiker dies alles methodisch-kritisch geordnet und aufgearbeitet haben, vergehen meist weitere 20 oder 25 Jahre und hierzulande haben wir durch die erst langsam aus einer Tabuzone entweichende Periode des Nationalsozialismus zusätzlich die Schwierigkeit, dass weite Bereiche unserer Geschichte bis zurück an das Ende des 19. Jahrhunderts aus politischer Verlegenheit überwiegend beschwiegen oder höchst einseitig, nämlich apologetisch dargestellt wurden. Verschärfend kommt dazu ein gewisses Ausmaß an nationalem Provinzialismus, der die internationale Fachgeschichte überwiegend anhand des deutschen Beispiels strukturiert und nicht umgekehrt die eigene deutsche im Rahmen der weltweiten Entwicklung interpretiert. Gerade die Geschichtsschreibung des Gesundheitswesens und des Sozialstaates tragen unübersehbar diese spezifisch nationalen Züge. Angesichts von unvermeidbaren Europäisierungs- und Internationalisierungstendenzen sowie solchen zur Modernisierung unserer Konzepte erfolgt dann nur zu oft und unvermittelt der Sprung zum isolierten Import ausländischer Vorbilder. „Public Health“ eben, wofür in Deutschland eine Name noch gesucht wird, wie Fritz *Beske* 1990 in der Zeitschrift „Das öffentliche Gesundheitswesen“ vermerkte. Ich werde den neuen Namen nicht liefern können. Aber ich kann wenigstens darstellen, welche Namen man schon alle gebraucht und missbraucht hat und was daraus jeweils entstand. Etwa im Sinne des Satzes von Heinrich *Heine*:

„Wer uns vor nutzlosen Wegen warnt, leistet uns einen ebenso guten Dienst, wie derjenige, der uns den rechten Weg anzeigt“.

Ich möchte auch gleich hinzufügen, dass sich das, was ich hier vorlege, nicht isoliert nur aus meiner eigenen Arbeit ergibt, sondern der mittlerweile siebenjährigen Kooperation einer Arbeitsgemeinschaft von StudentInnen entstammt, die ich gemeinsam mit Prof. Gerhard *Baader* bei ihren Studien über die Geschichte der Sozialen Hygiene im 19. und 20. Jahrhundert an der FU Berlin betreue. Neben WissenschaftlerInnen aus Hamburg, Bremen, Hannover, Düsseldorf und Mainz haben uns dabei Kollegen und Kolleginnen unterstützt, die vergleichbare Studien über die Sowjetunion und die USA, Großbritannien und die skandinavischen Länder, Frankreich, Belgien, Italien, Spanien, Österreich, Israel und Südamerika sowie die Politik des ehemaligen Völkerbundes und der Weltgesundheitsorganisation betreiben.

### 3. Die konventionelle historische Sichtweise

Sieht man sich die in den letzten Jahren erschienenen Bücher über Public Health an, so enthalten sie jeweils ein oder mehrere Kapitel über die Vorgeschichte, so wie das die [Lehr- und Handbücher der Sozialmedizin](#) und [Medizinsoziologie](#) zu Beginn der 70er Jahre auch schon taten. Das vereinfachte historische Bild hat sich seitdem kaum verändert und die Sichtweise des ideellen historischen Gesamt-Experten von Public Health hat synoptisch ungefähr jene Struktur, die ich in einem Schaubild zusammengefasst habe (vgl. Schema 1).

#### **Schema 1: Vorstellungen über die Vorgeschichte in „Public Health“-Büchern 1848/49 – 1990/91**

1848/49	Rudolf Virchow (Soziale Medizin, Medizin. Reform)
?-(1900)	Öffentliche Gesundheitspflege/Hygiene
(1900)-1933	Soziale Hygiene
1933-1945	Rassenhygiene
ab 1950	Restauration der Sozialhygiene in der BRD (W. Eckart 1988/91)/Sozialhygiene in der DDR bis 1990
?-(1985)	Sozialmedizin
1985-	Public Health

Die differenziertesten Darstellungen der jüngsten Zeit stammen von Dietrich *Milles*, Alfons *Labisch* und Wolfgang *Eckart*. Der Kern dieser Sichtweise ist ganz gut in einer Definition von Bernhard *Badura* zusammengefasst. Er sagt:

„Es gibt Alternativen zur biomedizinischen Perspektive, und es gibt auch Alternativen zur Kontrolle von Krankheiten durch Behandlung aufgetretener Schäden. Der Überbegriff dafür war früher Sozialhygiene und ist heute Public Health“.

#### 3.1 Die „Soziale Medizin“ Rudolf Virchows

Nach diesem Bild gab es einen berühmten Berliner Vorläufer, nämlich den Pathologen Rudolf *Virchow*, der 1848 in seiner Zeitschrift „Medizinische Reform“ die Forderung nach einer „Sozialen Medizin“ aufstellte, also den Anspruch, dass Ärzte im Rahmen der bürgerlichen Emanzipation dafür eintreten sollten, dass die Gesundheitsverhältnisse der Unterschichten durch Bildung und Demokratie eine Verbesserung erfahren. Mit dem Ende der gescheiterten Revolution von 1848 verschwand dieses Konzept wieder weitestgehend.

Über die dann bis etwa zur Jahrhundertwende folgende Periode wird in den Publikationen zu „Public Health“ überwiegend geschwiegen, weil sie unter dem Namen „[Öffentliche Gesundheitspflege](#)“ oder „Hygiene“ in die Geschichtsbücher einging und die Tätigkeit des beamteten

aus: 100 Jahre [SOZIALHYGIENE](#), [SOZIALMEDIZIN](#) und [PUBLIC HEALTH](#) in Deutschland.

Hrsg.: Udo Schagen und Sabine Schleiermacher im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). CD-Rom, Berlin 2005.

öffentlichen Gesundheitsdienstes unter „Public Health“ gerade nicht in erster Linie gemeint ist. Außerdem stehen hier die Ansprüche der noch immer existierenden Amtsärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der neuen Public Health-Bewegung einander vielfach konfliktreich gegenüber. Vergessen wird dabei, dass sich sowohl der englische Ausdruck „Public Health“ im traditionellen Sinn als auch die deutsche „öffentliche Gesundheitspflege“ beide aus der noch früheren, nämlich um 1830 aufgekommenen französischen „hygiène publique“ ableiten und insofern nur wortgetreue Übersetzungen darstellen.

### 3.2. Alfred Grotjahn und die „Soziale Hygiene“

Das große historische Vorbild ist dann in einer dritten Periode die „Soziale Hygiene“, von der man zwar nicht so genau anzugeben vermag, wann sie begann, sehr wohl aber, wann sie endete, nämlich 1933 mit der Machtübergabe an die Nationalsozialisten. Die wesentlichsten Sozialhygieniker seien aus Deutschland zwangsweise emigriert und in vagen Andeutungen wird davon gesprochen, dass eben diese Emigranten in Großbritannien und den USA die dortige Diskussion maßgeblich verändert hätten und die deutsche Sozialhygiene-Tradition dort fortsetzten. Hauptfigur der Sozialen Hygiene sei in Berlin, in Deutschland, in der Welt Alfred *Grotjahn* gewesen, der schon 1931 starb. Selten wird auf seinen Vortrag in der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege in Berlin im Jahr 1904 eingegangen, der unter dem Thema: „Was ist und wozu betreiben wir Soziale Hygiene?“ stand. Die Tatsache, dass dieser Vortrag damals praktisch keine Wirkung und kein Echo hervorrief, wird geflissentlich übergangen. Dafür gerät die Darstellung ins Schwärmen, wenn es um die Tätigkeit vornehmlich der Berliner Stadtärzte der Weimarer Republik und ihre gesundheitsfürsorgere Tätigkeit geht. In ihrer Mehrzahl seien sie *Grotjahn*-Schüler gewesen und hätten dessen Grundgedanken von der Beeinflussung der Gesundheitsverhältnisse durch Veränderung sozialer Bedingungen in ihre Stadt- und fürsorgeärztliche Tätigkeit übertragen.

Das vielversprechende Experiment wurde 1933 ausgelöscht und durch die nationalsozialistische Rassenhygiene mit ihrer völkischen Menschenverachtung und biologischen Manipulation der Bevölkerung ersetzt. Lenkung des Erbstroms, moderner ausgedrückt: Steuerung des Gene-Pools hätte das Studium und die Veränderung sozialer Umweltbedingungen ersetzt. Nur leise mischen sich hier zwischen die Darstellung und die Trauer um eine verschüttete Alternative der deutschen Gesundheits- und Sozialpolitik kleine Hinweise darauf, dass auch *Grotjahn* und seine Schüler eugenisches, rassenhygienisches und biologistisches *Gedankengut* vertreten haben. Versteckter Zweifel kommt zum Vorschein.

### 3.3. Stagnation im Westen nach 1945 und der „Sonderfall“ DDR

Für die Zeit nach 1945 wird entweder gar nichts ausgesagt, von Stagnation gesprochen, oder es folgt der Hinweis, dass etwa ab 1950 die alte Sozialhygiene von vor 1933 im Westen Deutschlands restauriert worden sei, jedoch ohne nachhaltigen Effekt. Hier kommt nun der Sonderfall DDR ins Spiel, der jedoch nach 1989 in westlich inspirierten Publikationen eine geringe Rolle spielt, während vornehmlich ehemalige DDR-Sozialhygieniker ihre 1990 zu einem Ende gekommene akademische Disziplin zu betrauern versuchen. Vor 1989 berief man sich gerade in der DDR und teilweise mit viel Pathos auf Alfred *Grotjahn*, dessen historisches Erbe eines bürgerlichen Humanisten gerade in der DDR, so sagte man, unter den verbesserten Bedingungen der sich entwickelnden sozialistischen Gesellschaft getreulich gepflegt werde, während man es in der kapitalistischen Bonner „Spalter-Republik“ schnöde übergehe. Konsequenterweise strich dann im Januar 1992 die westliche Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“, früher „Das öffentliche Gesundheitswesen“, den Untertitel „Sozialhygiene“ aus ihrem Kopf,

„weil er zumindest im Bereich der neuen Bundesländer möglicherweise einseitig mit der Rolle des Faches in der ehemaligen DDR assoziiert werden könnte“. Dass diese Zeitschrift, was ihren heutigen Autoren, Herausgebern und Mitarbeitern keineswegs zum Vorwurf gemacht werden kann, 1936 als „Der öffentliche Gesundheitsdienst“ begann – sie erscheint 1992 im 54. Jahrgang –, gibt jedoch scheinbar keinen Anlass zu durchaus andersartigen Assoziationen – nämlich solchen über die Rolle des Faches im Nationalsozialismus. Ich sage dies nicht moralisierend, für irgendwelche emotionellen Vorwürfe und Anklagen ist es längst zu spät. Es geht um anderes: An den Lücken des Wissens und der Erinnerung tritt die verborgene wissenschaftliche Erfahrung zutage und gerade hier hat Forschung und Analyse anzusetzen.

#### 3.4. Die „Soziale Medizin“ der 60er Jahre

Bevor schließlich „Public Health“ in Deutschland auf den Plan trat, gab es jedoch noch eine andere Entwicklung. In den 60er Jahren entstand die „Sozialmedizin“, ein Fach, das um 1970 in die Ausbildung von Ärzten, Sozialarbeitern, Sozialpädagogen und Studierenden des Sozialwesens mindestens perspektivisch eingeführt wurde. Auch dies erschien damals als ein Import aus dem westlichen Ausland, gefördert durch den beständigen sanften Druck der Weltgesundheitsorganisation. 1972 wies Paul Lüth, ein engagierter Allgemeinpraktiker und Querdenker konservativen Zuschnitts, in seiner Streitschrift „Kritische Medizin“ darauf hin, dass es neben der selbstverständlichen Existenz der Sozialmedizin in den meisten Ländern bereits an 80 – 90% aller Medical Colleges der USA einen full-time-Professor für Soziologie gäbe, an jeweils 10% sogar solche der (Sozial-)Anthropologie bzw. der Politikwissenschaft, in Deutschland jedoch dergleichen gar nichts, was eine Schande sei.

Die Übertreibung Lüths muss man aber dahingehend korrigieren, dass zwar in den USA und in Großbritannien seit den 1940er Jahren einige Institute tatsächlich den Namen „Sozialmedizin“ in ihrem Titel trugen, mittlerweile aber (1972) schon längst in solche von Preventive Medicine oder Community Medicine oder sogar wieder Public Health umbenannt worden waren. Sigismund Peller, aus Tarnopol in Galizien – heute Ukraine – stammend, 1934 bis 1938 über Palästina in die USA geflüchtet und ein alter Sozialmediziner, der noch als junger Mann vor dem Ersten Weltkrieg in Wien seine Laufbahn begann, wies 1980 in seinen Memoiren, die bezeichnenderweise den Titel „Not in my Time. The Story of a Doctor“ trugen, auf einen problematischen Aspekt jener Preventive oder Community Medicine hin. Gegenüber der europäischen Sozialmedizin, die er mitbekommen hatte, sei dies ein matter Abklatsch, bar jedes gesellschaftskritischen Potenzials, ohne analytisches Konzept und präzise Methode, allenfalls geeignet zur Verharmlosung von Gesundheitsproblemen in der Gesellschaft und als Bremse und Spielwiese für das soziale Engagement einer jungen Generation. Vertreten werde hier eine schlecht überlegte Mixtur aus Ecological Medicine, ein bisschen Epidemiologie und emotionalem Sozialaktivismus ohne nachhaltige Folgen. Peller selbst hatte auch in den USA die Konsequenzen gezogen, sich in New York als Praktiker niedergelassen, und wurde der wissenschaftlichen Welt von den 20er bis in die 60er Jahre vor allem als umsichtiger, streitbarer und manchmal umstrittener Epidemiologe der Krebserkrankungen bekannt. Vielleicht war seine Kritik auch zu scharf, aber es ging mir hier darum, den Charakter angloamerikanischer Vorbilder aus der Sicht eines kenntnisreichen Insiders zu relativieren, womit ich schon einen Schritt in Richtung der Kritik der konventionellen Weisheit über die Vorgeschichte von „Public Health“ getan habe. Deshalb will ich die Abhandlung dieses konventionellen Bildes rasch zu Ende bringen.

Die Sozialmedizin hatte es sehr schwer, sich in den medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik zu etablieren. Nach einer Erhebung von Frau *Griefahn* aus dem Wintersemester

1984/85 wurde Sozialmedizin nämlich nur an fünf von 26 westdeutschen medizinischen Fakultäten überhaupt von einem hauptamtlichen Fachvertreter gelehrt, die Zahl realisierter Unterrichtsstunden schwankte zwischen drei und 48. Bisweilen erfuhr der Gegenstandskatalog des Faches eine ziemlich abstruse Reduktion auf eine kleine Vorlesung über „Grenzgebiete zwischen Sozial- und Rechtsmedizin“, was als ergänzendes Lehrangebot ja durchaus Sinn haben und Spaß machen könnte.

### 3.5. Die Wendung zu „Public Health“

Wohl auch aus diesem Hintergrund, so lassen manche Autoren anklingen, sei die Forderung nach „Public Health“-Studiengängen entstanden. Innerhalb medizinischer Institutionen, und die Sozialmedizin war und ist nun einmal auf die medizinischen Fakultäten ausgerichtet, sei eine nicht biomedizinische wissenschaftliche Konzeption nicht mit Erfolg zu fördern. (Als Medizinhistoriker, also ebenfalls nicht biomedizinisch orientierter Wissenschaftler, ist mir dies zwar nicht so ganz einsichtig, aber vielleicht hat die Medizingeschichte dabei einen besonders abgehobenen Ausnahme-Status.) Darum also wende man sich mit „Public Health“ von den medizinischen Fachbereichen ab und einer mehr interdisziplinären Perspektive zu. Das ist jedoch nicht mein Thema, ich referiere das nur. Allerdings stellt genau dies ein zentrales Problem in der Geschichte der amerikanischen Public Health Schools dar, nämlich ihr Oszillieren zwischen Kooperation mit und Distanz zu den Medical Schools.

Wie nun wieder der Zündfunke „Public Health“ in Deutschland eingeschlagen hat, darüber scheint es mindestens zwei Versionen zu geben. Nach der einen stand ein Vortrag Milton I. Roemers über „More Schools of Public Health. A worldwide need“ im Jahr 1984 bei einer Tagung der Deutschen Stiftung für Internationale Entwicklung in Berlin am Anfang, der seine Fortsetzung im Rahmen einer Arbeitstagung an der TU Berlin über Public Health am 15. Februar 1989 fand. Nach einer anderen war der Besuch des US-amerikanischen Surgeon General Dr. Charles Everett Koop beim Berliner Bundesgesundheitsamt im Frühsommer 1987 ausschlaggebend, der sich darüber verwundert zeigte, dass es damals in der Bundesrepublik eben keine Schools of Public Health gab und seine Hilfe beim Aufbau derartiger Institutionen anbot. Solche Geschichten nehmen leicht und schnell mythologische Züge an und wahrscheinlich hat es wesentlich mehr Vermittlungswege gegeben.

Für den Medizinhistoriker ist daran jedoch u.a. interessant, dass die Deutsche Stiftung für Internationale Entwicklung, wo Milton Roemer sprach, in ihrer Entstehung in Berlin gerade einer Frau wie Barbara von Renthe-Fink sehr viel verdankt, also jener Berliner Medizinaldirektorin beim Senator für Gesundheitswesen in den Jahren 1959 bis 1969, die damals zusammen mit anderen maßgeblich an der Neuorientierung innerhalb der Bundesrepublik von der älteren Sozialhygiene zur jüngeren Sozialmedizin beteiligt war. Noch in ihren Memoiren von 1982, „So alt wie das Jahrhundert“, vermerkt Renthe-Fink mit Bedauern, dass es nach dem Ende der Staatsmedizinischen Akademie in Hamburg 1969 nicht gelang, die Ausbildungsstätte für den öffentlichen Gesundheitsdienst nach Berlin zu ziehen, sondern dass diese Aufgabe nach Düsseldorf und München ging. 1970 entstand schließlich unter ihrem Mitstreiter Prof. Erwin Jahn am Bundesgesundheitsamt nach fast zehnjähriger Vorarbeit das Institut für Sozialmedizin, so dass schon damals Berlin potenziell ein Zentrum vielfältiger Aktivitäten auf diesem Sektor hätte werden können. Ich denke, dass einige unter Ihnen diese jüngere Geschichte noch weit genauer und präziser kennen als ich, nur scheint mir rund um den heftigen publizistischen Streit über die Gründung einer weiteren Institution, nämlich des Zentralinstituts für Soziale Medizin an der FU Berlin nach 1969/70, die Erfahrung der jüngeren Vergangenheit in dieser Stadt so sehr in eine Unzahl von Einzelteilen zersplittert worden zu sein,

dass es vermutlich für einen von außen Kommenden wie mich emotional leichter ist, die disparaten Erfahrungstrümmer behutsam wieder zusammzusetzen. Jene Jahre um 1968 stellen nämlich hier in Berlin nach dem Nationalsozialismus eine weitere, wenn auch weniger gravierende Bruchzone der Erinnerung und vor allem – und leider auch – ihrer Tabuisierung dar. Sowohl *Renthe-Fink* wie Erwin *Jahn* verkörpern jedoch noch eine Kontinuität in einem weiteren Sinne, nämlich zur Früh- und Vorgeschichte der **DDR und ihrer Sozialhygiene**. Beide waren nach 1945 für kurze Zeit Mitarbeiter der Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der Sowjetischen Besatzungszone – *Renthe-Fink* als Vizepräsidentin – bzw. der Regierung von Sachsen-Anhalt in Halle, also in jenen Jahren, als die Neuorientierung über Sozialmedizin, Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen nach 1945 noch relativ offen war, nach innen große Wellen schlug, die nur spärlich publizistisch in die Öffentlichkeit drangen.

Aber es führt noch eine weitere Linie aus dem Vortrag Milton *Roemers* von 1985 in die Berliner Vergangenheit zurück. Wie erst vor kurzem Christine *Antoni* aus unserer Arbeitsgruppe am Institut für Geschichte der Medizin herausfand, war Milton Roemer nämlich einer der engeren Kollegen des ehemaligen Berliner Sozialhygienikers Franz *Goldmann*, der nach seiner Flucht bzw. Emigration aus Deutschland im Jahr 1933 bzw. 1937 schließlich als Professor an der Yale bzw. Harvard School of Public Health lehrte. Sowohl unter der Regierung Truman wie in der Kennedy/Johnson-Ära der 60er Jahre stritt Goldmann mit den amerikanischen Gewerkschaften für die Einführung einer Sozialversicherung in den USA. Letztlich musste er am Ende seines Lebens eingestehen, dass er ähnlich wie der schon erwähnte Sigismund *Peller* dreimal gescheitert war. Ich sage das nicht, um Sie zu entmutigen, sondern weil es mir darauf ankam, zu zeigen, dass dennoch ein verschlungener Pfad von Berlin nach Yale und Harvard und wieder zurück führt.

Indem ich dies ausführe, habe ich selbst letztlich ein kleines Beweisstück für jene vagen Andeutungen der Berliner Ausstrahlungskraft geliefert, die ich vorhin der conventional wisdom über die Vorgeschichte von „Public Health“ zuordnete. Und ich denke, dass Sie mittlerweile ein wenig unruhig geworden sind, weil ich ja immer wieder andeutete, dass die ganze Geschichte, so wie sie erzählt wird und hier nacherzählt wurde, gar nicht stimmt.

#### 4. Eine alternative Deutung der historischen Entwicklung

Deshalb folgt hier nun die Peripetie im klassischen Drama, der Umschwung. Bisher habe ich ein bestimmtes vereinfachtes Geschichtsbild nachgezeichnet und ich denke, es gibt dazu ein anderes. Ohne dass ich nun beanspruche, die einzig „wahre“ Geschichte zu erzählen, will ich vielmehr den Versuch machen, eine empirisch genauere Rekonstruktion zu liefern. Dazu bediene ich mich des weitaus differenzierteren Schaubilds Nummer zwei. Sie sehen, dass die Jahreszahlen hier präziser angegeben sind. Jahreszahlen in Klammern kennzeichnen das ungefähre Ende der hegemonialen wissenschaftlichen Wirkung eines bestimmten Konzepts. Die eingerückten Jahreszahlen charakterisieren Parallelentwicklungen und Unterströmungen. Die Gesamtreihe der Begriffe und Konzepte gilt für die Entwicklung in Deutschland. Länderangaben nach den international verbindlichen Autokennzeichen charakterisieren spezifische regionale oder nationale Entwicklungen. Konzepte oder Perioden, die mit einer Unterstreichung des Textes aufgeführt werden, stellen jene Zeiträume dar, in denen die entsprechende Formulierung von Wissenschaft einen europaweiten bzw. internationalen Charakter annahm.



### Schema 2: Versuch einer Korrektur und Ergänzung aus medizinhistorischer Sicht

1780-(1810)	Medizinische Polizey (Johann Peter Frank. F. A. Mai. Huszty. u.a.)
1830/40-(80)	F: hygiène publique / GB: Sanitary Movement (Edwin Chadwick)
1847-49	Soziale Medizin, <u>Med. Reform I</u> (S. Neumann & R. Virchow; D. Guerin)
1847-50	1850-1920 GB & international: Epidemiological Society of London
1867-(1890)	Öffentliche Gesundheitspflege (Gesundheitswesen)/Medizinische Statistik / G B & USA: State Medicine & Public Health / F: hygiène publique
1867-1872	Medizinische Reform II, danach: Ärztliche Standesorganisation
1890/1901	Biometrie (F. Galton), (Bioarithmetik, Kollektivmaßlehre)
1890-1900	„Soziale Hygiene“ / Medizinische Reform III / Unfallheilkunde
1900-1910	Soziale Medizin (F ab 1920/25; GB & USA ab 1940)/ Gewerbehygiene 1906
1910-1933	Soziale Hygiene (UdSSR 1920-30) // <u>Rassenhygiene/Eugenik</u> ab 1904
1926/32	Gesundheitstechnik
1933-1945	Staatsmedizin (öffentlicher Gesundheitsdienst, öGD) & Rassenhygiene
1934	„Wahrscheinlichkeitsmedizin“ (Fritz Rott)
1938-45	Sozialbiologische Hygiene (Hans Reiter)
1940-45	„Soziale Hygiene“ / Biostatistik (S. Koller) 1941-45
1946-(1969)	Soziale Hygiene vs. Staatsmedizin (in BRD) / Gesundheitstechnik / DDR: Sozialhygiene 1946-1990 / UdSSR wieder ab 1966
1958-	Soziologie der Medizin (Medizinsoziologie)/ USA ab 1951
1957/61	Allgemeinmedizin / „Soziologische Medizin“
1963-(1985)	<u>Sozialmedizin</u> (GB & USA meist: Preventive oder Community Medicine)
1985-	(New) Public Health

#### 4.1. Internationaler Gleichklang und nationaler „Sonderweg“

Daraus geht sofort hervor, dass es am Anfang der Entwicklung bis etwa 1910 und am Ende, ab 1958 bzw. 1963, eine relativ weitgehende, internationale Übereinstimmung gab. In der Zwischenzeit existierte diese jedoch nicht, was mir den Anlass dazu gab, im Titel meines Vortrags von einem deutschen Sonderweg zu sprechen, der sich dem internationalen Wandel der Wissenschaftskonzepte überlagerte. Der Zentralbegriff dieses Sonderwegs ist die „**Soziale Hygiene**“ Alfred *Grotjahns* im Sinne einer wissenschaftlichen Theorie und medizinisch-gesellschaftlichen Praxis und diesem Konzept folgte in einer umfassenden Weise nur die Sowjetunion in den Jahren 1920 bis 1930. In anderen Ländern wurden entweder nur Randgruppen der Wissenschaft und des Gesundheitswesens davon erfasst oder Soziale Hygiene bedeutete einzig und allein eine Teilpraxis, ein spezifisches Tätigkeitsgebiet, z.B. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in den USA und Großbritannien, ohne den Anspruch einer umfassenden und übergreifenden wissenschaftlichen Theorie.

Aus diesem Überblick geht auch hervor, dass mit der Begriffsübernahme von „Public Health“ Deutschland auf einer zweiten Stufe nach der Sozialmedizin der 60er und 70er Jahre in einen internationalen Kontext zurückgekehrt ist. Und es lässt sich perspektivisch auch erkennen, woher unsere Übersetzungsschwierigkeiten mit dem Begriff „Public Health“ stammen. Der Ausdruck „öffentliches Gesundheitswesen“ hat bei uns eine staatliche, eine obrigkeitstaatliche Konnotation, ist asymptotisch auf die Tätigkeit von Amtsärzten und deren professionelle Deutungsmacht und Hegemonie ausgerichtet. Davon unterschieden sich Soziale Hygiene und mehr noch Soziale Medizin, die diesen Beigeschmack nicht besaßen oder denen er, wie der Sozialen Hygiene erst später, durch die Kriegsverwaltungswirtschaft des Ersten Weltkrieges bzw. durch die NS-Zeit aufgedrückt wurde. Im angloamerikanischen, ja selbst frankophonen

aus: 100 Jahre **SOZIALHYGIENE**, **SOZIALMEDIZIN** und **PUBLIC HEALTH** in Deutschland.

Hrsg.: Udo Schagen und Sabine Schleiermacher im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). CD-Rom, Berlin 2005.

Bereich jedoch, wo „Public“ oder „publique“ vielmehr mit der bürgerlichen Öffentlichkeit einer „civil society“ assoziiert wird und nicht mit „dem Staat“, wofür man allenfalls „government“ sagen kann, und selbst das bedeutet im Sprachgefühl etwas anderes, war die Begriffsprägung Public Health über rund 120 oder 150 Jahre jeweils imstande, alle neu aufkommenden Strömungen über kurz oder lang wieder zu integrieren. Die frankophonen oder spanischsprachigen Länder stellen dabei einen für internationale Vergleiche interessanten Zwischentyp dar, wo in der politischen Sprache eben „l'etat“ und „le gouvernement“ nebeneinander existieren. Hinter der Übersetzungsschwierigkeit steckt also eine langfristige Differenz nationaler politischer Philosophien und höchst divergenter Geschichtsverläufe.

#### 4.2. Methodische Überlegungen

Für Spezialisten und potenzielle Kritiker dieser Übersichtsdarstellung füge ich ein paar methodische Sätze ein. Die Einordnung der Begriffe und die Periodisierung stellen natürlich nur vergrößernde Zusammenfassungen dar. In Einzelheiten, ein oder zwei Jahre mehr oder weniger, nationale Besonderheiten hier oder dort, ist vieles vereinfacht und bietet Anlass zu eingehenden Detail-Debatten. Zusätzliche Sonderkonzepte wie Menschenökonomie, Pedologie, Puericulture oder polnisch Venerologia spoleczna (d.h. soziale Venerologie), also soziale Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, was ebenso wie das französische Puericulture Eugenik bedeutet, wurden hier erst gar nicht aufgenommen. Die Entwicklung von Medizinischer Statistik, Biometrie, Biostatistik, die von Epidemiologie, von Demographie und von Gewerbehygiene bzw. Arbeitsmedizin sind natürlich wesentlich differenzierter, als es hier abgebildet werden kann, ohne ein informationelles Chaos zu erzeugen. Entscheidendes Kriterium war die jeweilige, auch nur kurzfristige Hegemonie im Wissenschaftsbereich, also die Benennung der Mehrzahl der wissenschaftlichen Gesellschaften, Lehr- und Handbücher, Zeitschriften und Periodika nach einem bestimmten Begriff. Lange bestehen bleibende Konzepte, die zwar weiterexistierten, jedoch neben neuen „innovativen“ Konzepten publizistisch mehr in den Hintergrund traten, wurden von mir hier als „nicht hegemonial“ angenommen. Bisweilen gibt es Überschneidungen oder auch zwei nebeneinander existierende prägende Begriffe, wie Soziologie der Medizin und Sozialmedizin, Staatsmedizin und Rassenhygiene, Soziale Medizin und Gewerbehygiene. Zweck des Ganzen ist es, die Rekonstruktion dieser Vergangenheit nicht nach beliebig ausgewählten und in der Repräsentativität der Auswahl daher fragwürdigen Einzelbeispielen und Personen vorzunehmen, sondern eine ausgewogene Gesamtdarstellung zu versuchen, also eine Art von historischer empirischer Sozialforschung oder historischer Soziologie der Wissenschaft. Über die jeweiligen historischen Kohorten oder Generationsgruppen von Wissenschaftlern, die ich mir dabei angesehen habe, lassen sich natürlich in dieser Zusammenfassung nur mehr schwer spezifische Einzelaussagen treffen.

#### 4.3. *Die Dialektik der Kontinuitäten und Diskontinuitäten*

In diesem vierten Teil meiner Ausführungen will ich nun einen Überblick geben, so wie er sich mir nach dem aktuellsten Forschungsstand derzeit darstellt. Der Schwerpunkt wird dabei in den zwei Jahrzehnten rund um 1900, in der bislang vergessenen Zeit des Nationalsozialismus und bei der relativ unbekannteren Reorientierung zwischen den 50er und frühen 60er Jahren in der Bundesrepublik liegen.

##### 4.3.1. „Medizinische Polizey“ und aufgeklärter Absolutismus

Als erstes fällt jedoch auf, dass die „Medizinische Polizey“ aus der Zeit des aufgeklärten Spätabsolutismus zwischen 1770/80 und etwa 1810 in den neuen Traditionsvorstellungen von

„Public Health“ fehlt. Das war vor 20 Jahren bei der Darstellung der Vorgeschichte der Sozialmedizin noch völlig anders. Niemand konnte damals hierzulande an Johann Peter *Franks* „Rede über das Volkseleul als Mutter der Krankheiten“ vor der Universität von Pavia aus dem Jahr 1790 vorbeugehen. Völlig selbstverständlich schien in dieser Rede der Ausgangspunkt einer sozialen Betrachtungsweise von Gesundheitsproblemen zu liegen, auf dem sich der Rest des historischen Dreigestirns über *Virchows* Soziale Medizin und *Grotjahns* Soziale Pathologie weiter aufbaute. Am Begriff der „Polizey“ fand man keinen Anstoß. Damit sei nur Verwaltungslehre gemeint, beschwichtigte man vorschnell die Zweifler. Dass *Franks* sechsbändige „Medizinische Polizey“, zwischen 1779 und 1819 erschienen und bei ihrem Abschluss bereits überholt, durch 100 Jahre nur als deutscher Ursprung der Hygiene bzw. des öffentlichen Gesundheitswesens verstanden wurde, übersah man in den 70er Jahren im Eifer des engagierten Arguments nur zu gern. Ebenso, dass bereits 1939 der Auslandsreferent der Reichsärztekammer, Hellmut *Haubold*, in *Frank* einen „europäischen Gesundheits- und Rassenpolitiker“ entdeckt hatte und das nicht ganz zu Unrecht. *Franks* Ideen von der staatlich gelenkten Höherzüchtung eines gesunden Menschengeschlechts und seine kontinentale Tätigkeit zwischen Bruchsal und der Lombardei, Wien, Paris und St. Petersburg waren zum Vorbild einer zwischenstaatlichen Gesundheitspolitik auf dem Höhepunkt nationalsozialistischer Machtentfaltung geradezu prädestiniert. Nach 1945 wurde das wieder passfähig gemacht, „Rasse“ und „Züchtung“ durch den Hinweis auf soziale Elemente und das „Volkseleul“ in *Franks* Rede vertauscht, und fertig war die integrierende Tradition der Aufklärung von links bis rechts. Kritik an *Frank* galt sogar als direkt konservativ und „bürgerlich“. Der Konsens reichte von Bonn bis hinter den Ural. Nur die amerikanischen Historiker von „Public Health“ und „Social Medicine“, wie *Sigerist* und *Rosen*, verweigerten sich diesem Einheitsbild. „Medizinische Polizey“ als geistiges Instrument aufgeklärter Despotie und „Public Health“ als Produkt bürgerlicher Emanzipation und einer diskutierenden Bürgerklasse seien grundverschieden, so argumentierten sie. Gegenüber einer liberalen Öffentlichkeit sei die aufgeklärt-zentralistische Expertokratie kaiserlicher Leibärzte wie *Frank* einfach überholt gewesen. Und darum gehöre sie auch nicht zu „Public Health“, wie man neuerdings zwar einsieht, ohne das argumentativ zu begründen, sondern indem man es einfach vergisst.

#### 4.3.2. Public Health, hygiène publique, öffentliche Gesundheitspflege

Über „Public Health“ und „hygiène publique“ im 19. Jahrhundert habe ich schon einiges gesagt. Zunächst bedeutete das Selbstorganisation einer bürgerlichen Zivilgesellschaft im liberal-konstitutionellen Nationalstaat, die sich in vom Bürgertum verwalteten Kommunen, Vereinen, Gesellschaften manifestierte – Gesundheitskommissionen, sanitary commissions als Selbstverwaltungsorganen. (Erst mit dem Klassenkampf des Proletariats trat der Staat um 1880/90 mit Beamten und Polizei auch im Gesundheitssektor wieder in den Vordergrund.) Die Bewegung war ein international verbreitetes, nationalstaatlich organisiertes Phänomen, wie schon die kurzfristige „Soziale Medizin“ von 1848.

#### 4.3.3. „Sociale Medicin“ und „Communismus“

Rudolf *Virchow* und Salomon *Neumann* in Berlin waren allenfalls in Deutschland isolierte Rufer in der Wüste. „Medical reform“, „riforma medica“ war ein internationales Schlagwort für die soziale Unruhe unter den Ärzten und in der Armenverwaltung, ähnlich wie Demokratisierung 1968 in unserem Jahrhundert. Auch Jules Rene *Guerin* plädierte in seiner „Gazette medicale de Paris“ für eine Soziale Medizin, eine demokratische Medizin, noch vor *Virchow*. Carl *Sigmund* von Ilanor, ein aus Siebenbürgen stammender Ungar in Wien schrieb am 29. Juli

1848, am radikalen Höhepunkt der Revolution und 18 Tage vor Virchows berühmtem „Ober-schlesien“-Artikel:

„Die Spitalsreform [d.h. Krankenhausreform, M.H.] ist eine sehr bedeutende sociale Frage“, denn „weniger Krankheit als vielmehr Not ist das Motiv des Eintritts in die Anstalt“.

1841 hatte *Sigmund* auf Staatskosten die Krankenhäuser Europas vor Ort studiert, bis nach Nantes, Brüssel und Dublin, und seine international vergleichende Analyse kann durchaus auch heute noch als Beispiel und Vorbild in der Diskussion des Krankenhausmanagements dienen. Für uns erstaunlich kritisierte er die Kommunalisierung des Krankenhauswesens in England, Belgien, Frankreich und favorisierte Staatsanstalten, denn

„bei der in alle Richtungen des Staatslebens eindringenden Tendenz des demokratischen Prinzips [sei] an eine dauerhafte Erhaltung der Privilegien (reicher und bevorzugter) Gemeinden nicht zu denken“.

Nur der Staat sei in der Lage regionale Verteilungsgerechtigkeit sicherzustellen, womit er aber das alte Polizeiregiment gerade nicht meinte:

„Mit dieser unverantwortlichen, gewissenlosen Verwaltung darf man den heutigen Staat, hervorgegangen aus der Anerkennung des Volkstums, nicht vergleichen. Jetzt hat diese Anerkennung ganz Europa durchdrungen, jetzt entwickelt sich der Staat unter dem Schirm der allgemeinsten Freiheit, unsere Handlungen sind öffentlich, unsere Rechenschaft liegt in den Händen des Volkes. Nie mehr wird man ungeahndet Handlungen begehen dürfen, welche Rechte und Vermögen des Volkes antasten“.

„Wie man sich nur täuschen kann“, werden viele sagen. Aber genauso gut lässt sich daraus die Schlussfolgerung ziehen, dass wir heute, nach den Enttäuschungen von fast 150 Jahren liberal-demokratischer, republikanischer Bestrebungen viel zu kleingeistig und kleinmütig geworden sind, den selben Anspruch an ein demokratisches, soziales und friedliches Europa und sein Gesundheitswesen zu stellen. Auch damals spielte die „Kostenexplosion“ eine emi-nente Rolle in der Diskussion, allerdings unter revolutionären Bedingungen. Am 23. August fand – wie schon im Juli in Paris – zwischen Bürgergarde und aufgebrachtten Arbeitern in Wien die so genannte „Praterschlacht“ statt. Ein gewisser Karl *Marx* erklärte – gerade erst aus Deutschland eingetroffen – am 28. August im Demokratischen Verein, „daß es sich jetzt auch hier – wie in Paris – um den Kampf zwischen der Bourgeoisie und dem Proletariat“ handele. Und am 2. September setzte Sigmund seine Artikel-Serie zur Krankenhausreform mit den Worten fort:

„Gerade jetzt, im Angesichte des allgemein auftauchenden Communismus, darf [der Staat] im crassen egoistischen Interesse der Besitzenden und der Staatsexistenz jene Last [der Krankenhausfinanzen] nicht abweisen, auch wenn sie noch so ungeheuerlich wäre“.

Krankenhausfinanzen und „Communismus“, das war damals ein europäisches Problem.

#### 4.3.4. International Public Health und der Aufstieg des Nationalismus

26 Jahre später, die bürgerlicher Ruhe war trotz Spaltung der „bürgerlichen“ und der „sozia-len Demokratie“, trotz Pariser „Commune“ wieder hergestellt, trat derselbe Carl *Sigmund* erneut auf. Als ungarischer Delegierter auf der internationalen Sanitätskonferenz von 1874 in Wien forderte er angesichts von Cholera, Typhus und Pestgefahr die Errichtung eines inter-nationalen Gesundheitsamtes. Zwei Jahre später legte Jozsef *Körösy von Szántó*, ebenfalls

Ungar, dem 9. „Internationalen Statistischen Kongreß“ in Budapest den Plan einer international einheitlichen Gesundheitsstatistik vor, wozu man ihm 1873 in St. Petersburg beim 8. „Kongreß“ den Auftrag gegeben hatte.

Beides kam nicht zustande: das internationale Gesundheitsamt, weil man sich über mediterrane Quarantänen und britischen Freihandelsstandpunkt nicht einigen konnte; die Statistik, weil u.a. die deutschen Regierungen ihren Statistikern 1880 verboten, am 10. „Internationalen Statistischen Kongreß“ in Rom teilzunehmen und damit das Ende dieser Regierungskongresse überhaupt herbeiführten. Deutschland lehnte die internationale Vereinheitlichung der Statistiken als zu weitgehend ab und der zentrale Streitpunkt ist durchaus heute noch aktuell. Dem westeuropäischen Standpunkt, die Staatsbürger zu zählen, den Citoyen nämlich, stand das ethnische Volksbürgerprinzip der deutschen Statistik und deren nationales Vorurteil gegenüber. Und gerade dieser Gegensatz der politischen Definition des Staatsbürgers, der noch heute aus hunderttausenden Bürgern jenseits deutscher Grenzen „Deutsche“ macht, bestimmt bis in die Gegenwart – als *ius sanguinis* – die elementare Grundkonzeption des deutschen Staatsbürgerschaftsrechts.

Deshalb konnten sich die Statistiker und Demographen nach 1880 nur als Privatpersonen auf den internationalen Kongressen für Hygiene und Demographie treffen, aus denen schließlich die Sozialmedizin entstand, und ebenso bei den Sitzungen des Internationalen Statistischen Instituts in Paris.

Hier hatte der spätere deutsche Sonderweg seinen eigentlichen Ursprung. Während eine wirksame internationale Sanitätskonvention zumeist am britischen Freihandels-Standpunkt scheiterte, ohne Großbritannien letztlich zu isolieren, scheiterten die übrigen internationalen Problemlösungen im Bereich von „Public Health“ und Gesundheitsstatistik zumeist an Deutschland, obwohl Ungarn, Österreicher und Italiener als die Verbündeten des Deutschen Reiches beständig zu vermitteln suchten, manchmal auch die USA. In der imperialistischen Konkurrenz um den „Platz an der Sonne“, so das Schlagwort des Reichskanzlers von Bülow, war für International Public Health kein Platz. Das Internationale Gesundheitsamt in Paris kam so 1908 ohne deutsche Beteiligung zustande. (Erst nach dem Locarno-Pakt von 1925/26 und dem Eintritt Deutschlands in den Völkerbund wurde das Deutsche Reich Mitglied im Internationalen Gesundheitsamt. 1933 verließ Deutschland – im krassen Unterschied zu den Völkerbund-Organen – diese Organisation auch nicht wieder, benützte sie vielmehr durch ihren Vertreter, den Präsidenten des deutschen Reichsgesundheitsamtes, Hans *Reiter*, als internationale Propagandaplattform, die 1940 nach der Besetzung Nordfrankreichs durch das Deutsche Reich schließlich auch der kommissarischen Leitung eben dieses Reichsgesundheitsamts-Präsidenten bzw. seines Vertreters unterstellt wurde.)

#### 4.3.5. Medizinische Reform, Unfallheilkunde, *hygiène sociale* – Medizinische Antworten auf die „Soziale Frage“ am Jahrhundertende

Dies muss man kennen, um zu verstehen, wie sich zwischen 1890 und 1910 die Wege international trennten. Nach 1848 und 1867 kam 1890 in der so genannten „sozialpolitischen Ära“ erneut Unruhe unter den Ärzten in Europa auf, nämlich über die Frage, wie bei gestiegener Zahl von Ärzten und Industriearbeitern die Gesundheitsbetreuung der Arbeiter zu regeln und vor allem zu bezahlen sei. Seit 1891 gab es in Berlin wieder eine Zeitschrift namens „Medizinische Reform“, ähnlich übrigens auch in Mailand und Wien. Die so genannte „freie Arztwahl“ bei den Krankenkassen war das Ziel dieser reformorientierten Ärzte und damit die Ablehnung der staatlichen Normung und Einpassung der halbbeamteten Armenärzte für die Tätigkeit als

fixierte Rayonsärzte der Krankenkassen. Die krankenversicherten Arbeiter sollten sich dagegen ihre Ärzte frei aussuchen können, so wie das bürgerliche Publikum auch. Die Ansprüche der Arbeiter- und Gewerkschaftsbewegung an die Krankenkassen gingen damals europaweit in die gleiche Richtung, bis die Sozialdemokratie um 1900 in der Verwaltung der deutschen Krankenversicherung durch Sozialwahlen eine starke Stellung erobert hatte und sich den Zwängen dieser Struktur anpasste. Daraus entstand ein jahrzehntelanger Konflikt zwischen sozialdemokratischen Kassenfunktionären und Ärzteverbänden, dessen Zusammenstöße im Ausland als „querelles allemandes“ mit Missbilligung zur Kenntnis genommen wurden.

1894 tauchte die Unfallheilkunde oder Traumatologie als neues Themengebiet und Konsequenz von Industrialisierung und Unfallversicherung auf. Von der Unfallprävention über die Therapie und Rehabilitation bis zur Nachsorge für die Unfallverletzten reichte das ursprünglich anvisierte Gebiet. In Berlin war der heute völlig vergessene Eduard *Golebiewski* ihr führender Protagonist. Wie diese generelle Konzeption von Public Health am Arbeitsplatz in wenigen Jahren auf Unfallchirurgie einerseits, auf Unfallversicherungsbegutachtung andererseits reduziert und in Stücke geschlagen wurde, das könnte ein plastisches Lehrstück über die sukzessive Verdrängung präventiver und sozialer Ansätze innerhalb von Public Health abgeben. Völlig verfälschend wird all dies heute nur mehr als Ursprung der Unfallchirurgie in Person des Chirurgen Carl *Thiem* aus Cottbus bzw. der Begutachtungsmedizin nach dem Vorbild des Züricher Chirurgen Constantin *Kaufmann* angesehen. In der Schweiz mit ihren Banken- und Versicherungskonzernen wurde gerade dieses zweite Gebiet erstmals international (1910) zum anerkannten Lehrfach.

Aus Frankreich und Belgien kam schließlich bereits vor 1890 die ursprüngliche „hygiène sociale“, d.h. die spezifische Anwendung der Erkenntnisse der öffentlichen Gesundheitspflege auf Probleme der Arbeiterklasse und nur der Arbeiterklasse. In diesem Sinne gründete 1892 in Berlin der Chemiker und Professor der technischen Hochschule Charlottenburg, Julius *Post* (1846-1910) die Centralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen, eine Informationszentrale für alle Erkenntnisse und Erfahrungen auf diesem Gebiet von Arbeiterwohnungen bis zu Unfallverhütungseinrichtungen, von Fabrikküchen bis zu Betriebspolikliniken und der Fürsorge für Arbeiterkinder. 1908 hießen seine Vorlesungen an der TU Berlin: „Gewerbliche Gesundheitspflege, vom ethischen, sozialpolitischen, wirtschaftlichen und technischen Standpunkt aus betrachtet“ bzw. „Wohlfahrtspflege für Kinder, jugendliche und Erwachsene (Wohnung, Kleidung, Bäder, Ernährung, Erholung)“. „Public Health“ an der TU Berlin hat also fast einen direkten Vorläufer im eigenen Haus in Charlottenburg.

#### 4.3.6. Klassenkampf und Biologismus

Unter der Nachwirkung der 1890 aufgehobenen Sozialistengesetze jedoch und unter dem beständigen Druck des Reichsverbandes gegen die Sozialdemokratie, der von 1904 bis zum Ersten Weltkrieg die Öffentlichkeit mit Hunderten von Propagandaflugschriften in Hunderttausender-Auflage eindeckte, wurden Wissenschaft und Sozialpolitik deformiert. Die anstößigen Proletarier-Probleme mussten entschärft werden. Familie, Volksgemeinschaft, Volkskörper – das waren die Schlagworte, die einen klassenneutralen Ausweg versprachen. Und die soziale Biologie als Ideologiekonstrukt sollte die gesellschaftlichen Antagonismen einebnen. Als man schließlich um 1910 die Bezüge auf soziale Ungleichheit und Klassenkampf aus der deutschen Sozialhygiene weitgehend wieder eliminiert hatte, konnte man erleichtert aufatmen. Diese Rhetorik der Erleichterung ist in den Schriften der politisch rechtsstehenden Sozialhygieniker noch bis in die frühen 70er Jahre unseres Jahrhunderts deutlich zu spüren und deshalb hat man den älteren französischen Ursprung von „hygiène sociale“ auch geflissentlich vergessen.

Wie man argumentativ dazu kam, das kann man an der Krankheitsformel von Ferdinand Hueppe (1852-1939) aus dem Jahr 1893 sehr deutlich ablesen (Schema 3). Hueppe, ein Schüler des Berliner Bakteriologen Robert Koch, begann um 1885 die Wissenschaft seines Lehrmeisters zu systematisieren, was Koch selbst erstaunlicherweise nie tat. Und über die Systematisierung geriet Hueppe mit Koch in einen grundlegenden Streit. Das in ganz Europa diskutierte Problem lag darin, wie man die schon klassische öffentliche Gesundheitspflege empirischen Typs oder auf der Basis physikalisch-chemischer Laborexperimente aus der Pettenkofer-Tradition mit der neuen Bakteriologie Pasteurs und Kochs vereinbaren könnte. Sanitariums, also Vertreter von Public Health, und Bakteriologen standen sich von San Francisco bis St. Petersburg verständnislos und kampfbereit gegenüber. Sanitäre Reinigung der Städte oder Kampf gegen die Mikroben, was würde erfolgversprechender sein im Einsatz um die Gesundheit?

### Schema 3: Krankheitsformeln

Ferdinand Hueppe (1893):

$$K = f(P, R, A)$$

$$K = f(p + p', R, A)$$

K = Krankheit, P = Prädisposition, R = Reiz, A = Außenbedingung p = angeborene Prädisposition, p' = erworbene Prädisposition

Ewald Gerfeldt (1970):

$$K = f(a + b + c + d + e + \dots + n)$$

a, b, ..., n = Krankheitsfaktoren

Innerhalb von acht Jahren formulierte Hueppe nun die Hygiene Pettenkofers, die Bakteriologie Kochs und die Pathologie und Anthropologie Rudolf Virchows in ein biologisch-energetisches Krankheitskonzept um. Krankheit sei eine mathematische Funktion von variabler Prädisposition (P) oder der Krankheitsanlage, von variablem Reiz (R), also Hitze, Kälte, chemischen Noxen, Bakterien oder was immer, und variablen Außenbedingungen (A). Die variable Prädisposition unterteilte er dann weiter in die Faktoren: angeborene (p) bzw. erworbene (p') Prädisposition. Damit hatte er den so genannten „Ontologismus“ der Bakteriologen und Pathologen ein für allemal erledigt, also die Annahme, allein die Bakterien, oder allein die Störungen der Körperzellen seien die „Ursache“ der Krankheit, das „ens morbi“. An Stelle der älteren mechanistischen Annahme von Ursache und Wirkung trat hier eine flexiblere Zufallskombination von Bedingungen auf, wie sie der neuen energetischen Philosophie des Neopositivismus oder des Empiriekritizismus Ernst Machs entsprach. Das stochastische Zufallsprinzip baute auf den Überlegungen der damals gerade ihre physikalischen Triumphe feiernden kinetischen Gastheorie und Wärmelehre, die mathematische Formulierung auf dem Vorbild der Maxwell'schen Theorie der Elektrizität auf, die (fast) alle elektrischen Phänomene in vier mathematischen Gleichungen zu formulieren vermochte. Wer wollte solchem wissenschaftlichen Weitblick noch widersprechen? Vor allem aber, und für heute aktuell: Sind wir denn mittlerweile zu einer so enorm viel anderen Vorstellung von Krankheitsverursachung gekommen, wenn wir einmal von Ideen wie dem Cannonschen Fließgleichgewicht oder der Regelkreistheorie absehen? Ist diese Hueppesche Vorstellung nicht vielmehr auch noch unsere heutige Grundlage bis hinein in die Risikofaktorentheorie oder das Stress-Konzept Hans Selyes? Hueppes Vortrag auf der Naturforscherversammlung in Nürnberg war 1893 ein Ereignis. Ein Jahr nach der Hamburger Cholera-Epidemie von 1892, dem angeblich überzeugenden Beweis für die bakteriologische Ursache der Cholera, hatte er seinen Lehrer Robert Koch schachtmatt gesetzt.

Entscheidend war nun aber, wie die Wissenschaft mit diesem scheinbar so überzeugenden Konzept umging, das auch 1970 noch bei dem Sozialhygieniker Ewald *Gerfeldt* leicht umformuliert wieder auftaucht und als Ursprung noch der gegenwärtigen Epidemiologie angesehen werden kann.

„Die Hygiene ist als soziale Kunst durch die soziale Not hervorgerufen, sie muss und wird deshalb immer Sozialhygiene sein oder sie wird nicht sein“,

rief *Hueppe* 1899 in seinem Handbuch der Hygiene der Menschheit zu und das wird noch immer gern zitiert. Das war aber nur soziale Rhetorik vorneweg und bedeutete nicht, dass er und die meisten Sozialhygieniker sich auf die sozialen Außenbedingungen, auf die sozial ungleich verteilten Reize, auf die sozial vermittelte erworbene Prädisposition konzentriert hätten. Noch im selben Vorwort zum Handbuch von 1899 wütete er gegen die „Allerweltsideen der Sozialdemokratie“, gegen „diejenige Partei, die mitunter die Hygiene allein für sich in Anspruch nehmen will“ und stellte sich auf den Standpunkt des „Staatssozialismus“. Die Konsequenz war eine naturheilkundlich-diätetische Pflege der „Anlagen“. Der Mensch, so *Hueppe*, könne sich durch Leibesübung, Abhärtung und naturheilkundliche Mittel eine zweite Natur, eine „Rossnatur“ zulegen, mit der er die Leistungsanforderungen im sozialen „Kampf ums Dasein“ gesund überstehen könne. Kinetische Gastheorie und Naturheilkunde (aber auch Rassenkampf) passten bei ihm so zusammen wie heute Computer und Ganzheitsmedizin. Schließlich steigerte er sich so sehr in seine Anlagen-Argumentation hinein, nun die der angeborenen Anlage, dass er schließlich meinte, die „potentielle Energie“, die Anlage, die physische Konstitution genüge zur Krankheitsauslösung ganz allein. Der von außen kommenden „kinetischen Energie“, des pathogenen Reizes und der Außenbedingungen bedürfe sie nicht mehr. Ein Berliner Rezensent, Richard *Bernstein*, meinte dazu: *Hueppe* habe nun genau jenen Punkt erreicht, den er wissenschaftsphilosophisch immer bekämpft hatte, er habe nämlich einen neuen Ontologismus, den der „Krankheitsanlagen“, in die Lehre von der Krankheit eingeführt. Und dieser Ontologismus bzw. der argumentative Kampf darum füllte als Rassenhygiene und Konstitutionslehre die nächsten 50 Jahre in Deutschland aus. *Hueppes* Freund *Houston Stewart Chamberlain*, der Schwiegersohn *Richard Wagners*, der Diskussionspartner und Berater *Wilhelms II.* und der Ideengeber *Adolf Hitlers*, versuchte um 1900 dieses Genie, diesen „deutschen Pasteur“, aus der Prager Provinz auf einen Berliner Lehrstuhl zu bringen. Vergebens, noch wehrten sich die deutschen Wissenschaftler wenigstens gegen entgleiste Genies.

#### 4.3.7. Soziale Medizin und soziale Reform um die Jahrhundertwende

Um 1900 fließen die Strömungen von medizinischer Reform, Unfallheilkunde und „hygiène sociale“ zu einem neuen Schlagwort zusammen, zur Sozialen Medizin. Zwischen Mailand und St. Petersburg, Brüssel und Budapest stellte das die vorerst letzte Phase der Gemeinsamkeiten dar. Soziale Medizin war im Kern das Studium der „Einwirkung sozialer und beruflicher Verhältnisse auf Gesundheitsverhältnisse“ sowie die Analyse von „Maßnahmen sozialer und sanitärer Natur (gegen) derartige schädigende Einflüsse“. Sie wurde als ein „Grenzgebiet zwischen den medizinischen Wissenschaften und den Sozialwissenschaften“ aufgefasst, wobei unter den letzteren damals überwiegend die „Politische Ökonomie“ verstanden wurde, die in Deutschland bezeichnenderweise Nationalökonomie hieß. Und die Begriffsprägung, Ausrichtung und Isolation der spezifisch in Deutschland dominierenden „Historischen Schule der Nationalökonomie“ sollten die weitere Entwicklung auf der Konzeptebene in Deutschland wesentlich bestimmen. Zeitlich-örtliche, nationale Besonderheiten, nicht universelle ökonomische Marktgesetze bestimmten die gesellschaftliche Realität, so lehrte diese Schule. Universalisten, gleichviel ob Marxisten, liberale Marktökonomien oder neoliberale Grenznutzentheoretiker,

aus: 100 Jahre SOZIALHYGIENE, SOZIALMEDIZIN und PUBLIC HEALTH in Deutschland.

Hrsg.: Udo Schagen und Sabine Schleiermacher im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). CD-Rom, Berlin 2005.



hatten es als Minderheit schwer in Deutschland. Liest man sich aber die Zeitschriften der Sozialen Medizin von 1900 bis 1910 durch – auch die deutschen –, so findet man erstaunlicherweise fast das gesamte Spektrum der New Public Health von heute. Das was man heute eine empirische sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung nennen kann, wurde damals überhaupt erst erfunden, wobei man die methodisch interessantesten und fortgeschrittensten Arbeiten gleich in den ökonomischen und statistischen Fachblättern suchen muss, nicht in den medizinischen. Hier war es die zurückgezogene, „wertfreie“ empirische Forschung, nicht die Biologie, welche die gefürchtete Klassenkampfrhetorik entschärfte. Auch politisch radikale Wissenschaftler waren international akzeptiert, sofern sie methodische Innovationen und neue Einsichten in Probleme lieferten. Organisatorisch waren die Wissenschaftler vielfach häufiger in den um 1900 neu aus dem Boden schießenden Handelshochschulen, Fortbildungsinstitutionen für Ärzte und auch den technischen Hochschulen zu finden als in den medizinischen Fakultäten. Die Ausbildung richtete sich keineswegs nur an Medizinstudenten und Ärzte, sondern mehr noch an Krankenkassen-, Sozial- und Verwaltungsbeamte, die eben erst aufkommenden Sozialfürsorgerinnen, an Techniker, Versicherungsmathematiker und die sich gerade formierenden Sozialwissenschaftler. Soziale Medizin war ein weites Aufgabengebiet in Lehre und Forschung, für das wir heute die Begriffe Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Medizinsoziologie, Gesundheitsökonomie, Epidemiologie, medizinische Statistik und Gesundheitspädagogik verwenden würden. Nur eines gehörte überwiegend nicht dazu: Eugenik und Rassenhygiene. „Sozialhygiene“ war damals noch Teilgebiet der Sozialen Medizin, nämlich nun die praktische Tätigkeit in der Abwehr von Geschlechtskrankheiten, Alkoholismus, Säuglingssterblichkeit und Tuberkulose. „Social hygiene“ im Englischen bezog sich primär auf Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, auf die Abwehr des „sozialen Übels“ (social evil), womit man puritanisch die Prostitution umschrieb. Im medizinischen Hochschulsystem wurde Soziale Medizin nur 1908 in Österreich-Ungarn und kurz darauf in Belgien verankert, die preußischen Fakultäten lehnten dies 1905 unter heftigem Protest aus den Ärzteverbänden ab. Nur in den neuen ärztlichen Fortbildungsinstitutionen der „Akademien für praktische Medizin“ in Köln und Düsseldorf (1906/07), an der Handels- und sozialwissenschaftlichen Hochschule in Frankfurt und in München wurde Soziale Medizin kurzfristig institutionalisiert.

#### 4.3.8. Sozialhygiene und/oder Rassenhygiene – der Beginn eines Sonderwegs

1910/11 wurde in Deutschland die Bezeichnung Soziale Medizin schlagartig in allen Zeitschriften durch Soziale Hygiene ersetzt, womit ein Konzeptwandel und eine stärkere Orientierung an der naturwissenschaftlichen Medizin erfolgte. Soziale Medizin war fortan bis 1969 nur noch Untergebiet der Gerichtsmedizin, nämlich Begutachtungs- und Sozialversicherungsmedizin, eine Begriffsprägung, die schon im deutschsprachigen Ausland, wie z.B. in Österreich, auf Unverständnis stieß. Diese neue „Soziale Hygiene“ dagegen wurde in der einen oder anderen Form mit Rassenhygiene kombiniert. Beide Konzeptionen waren erstmals 1904 deutlich hervorgetreten, die „Soziale Hygiene“ durch den oben schon erwähnten Vortrag Alfred *Grotjahns*, die Rassenhygiene durch die Gründung ihrer ersten Zeitschrift und im Jahr darauf durch die erste Internationale Gesellschaft für Rassenhygiene, die aber vornehmlich eine deutsche und teilweise skandinavische Gesellschaft blieb.

Natürlich haben nach dem Erschrecken über die Untaten des Nationalsozialismus, die unter Berufung auf das Konzept der Rasse, der Rassenhygiene und Rassenbiologie erfolgten, viele Beobachter versucht, zwischen der Sozialen Hygiene und der Rassenhygiene einen möglichst großen Unterschied festzustellen. Obwohl fast alle Rassenhygieniker später, wie z.B. Fritz *Lenz* 1934, die parallele Sozialhygiene für völlig überholt und gegenstandslos erklärten, war dies in der Frühzeit um 1904/05 keineswegs der Fall. Das 1904 in Berlin gegründete Zentral-

aus: 100 Jahre SOZIALHYGIENE, SOZIALMEDIZIN und PUBLIC HEALTH in Deutschland.

Hrsg.: Udo Schagen und Sabine Schleiermacher im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). CD-Rom, Berlin 2005.

organ der Rassenhygieniker hieß nämlich bezeichnenderweise „Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie einschließlich Rassen- und Gesellschafts-Hygiene“. Darüber muss es unter den an der menschlichen Vererbungslehre Interessierten eine interne Diskussion gegeben haben. Denn am 12. Dezember 1905 schrieb der entscheidende Organisator der deutschen Rassenhygiene und Herausgeber des Archivs, wenn nicht überhaupt ihr eigentlicher Erfinder, Alfred *Ploetz* aus Berlin-Schlachtensee, an seinen alten psychiatrischen Lehrer Auguste *Forel* in Chigny am Genfer See:

„Ich wollte Ihnen immer ausführlich über den Begriff ‚Rassenhygiene‘ antworten [...]. Ich müßte zu weit ausholen dazu, um die bedeutend bessere Geeignetheit des Wortes ‚Rassenhygiene‘ im Vergleich zu Sozial-Hygiene darzulegen, hoffe aber, [dies] im Januar, wenn unser 5. und 6. Heft (Doppelheft) endlich herausgekommen sein werden, nachzuholen“.

Selbst die 1905 gegründete Berliner Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik, die noch unter dem breitgefächerten Konzept der Sozialen Medizin ins Leben getreten war, behandelte ab etwa 1910 neben Versicherungsfragen fast nur noch eugenisch-rassenhygienische Themen. Sie wurde von der Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene fast ununterscheidbar. Leute wie Alfred *Grotjahn*, „poor old Grotjahn“, wie meine englischen Kollegen mittlerweile sagen, konnte nur versuchen, innerhalb dieses Gesamttrends einige Residualelemente von sozialen Fragestellungen aufrechtzuerhalten. Seine **Konzeption von Sozialer Hygiene** war praktisch von Beginn an zugleich Abwehr und Anpassung gegenüber Sozialdarwinismus, Rassenhygiene und Entartungslehre. Unter einer agrarisch-schwerindustriellen Interessenskoalition wurde die Rassenhygiene favorisiert. Und diese „soziale Rassenhygiene“ mit dem Zentralinteresse an Wehrtüchtigkeit, Gebärfreudigkeit und unhinterfragtem Leistungswillen passte nahtlos in die Vorbereitung des großen Krieges, war das gesundheitspolitisch-wissenschaftliche Korrelat des „Griffs nach der Weltmacht“.

#### 4.3.9. Sozial- und Rassenhygiene: die Stärkung des „Volkskörpers“ im Kampf gegen den Versailler Vertrag

Durch die Niederlage im Ersten Weltkrieg nur radikalisiert, trat man mit denselben Konzepten in die Periode der Weimarer Republik. Was als Berliner Sozialhygiene angebliches Vorbild, verschüttete Alternative sein soll, war und blieb ein Randphänomen innerhalb der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. Es waren nicht nur Alfred *Grotjahn* und drei seiner Schüler in Berlin, die Sozialhygiene lehrten, sondern rund **70 Professoren und Dozenten im ganzen Reich** – allerdings mit einer anderen Schwerpunktsetzung. Die meisten von ihnen propagierten ihr „Fach“ als Sozial- *und* Rassenhygiene, als „nationale Volksbiologie“ mit dem Ziel der Revision des Vertrags von Versailles. Denn Wissenschaft, Volksgesundheit und Leistungskraft seien die einzigen Ressourcen, auf die sich deutscher Weltmachtanspruch noch stützen könnte. Die klassischen Hygieniker selbst beanspruchten als Fachdisziplin nun die Soziale Hygiene („Allgemeine und Soziale Hygiene“), damit nach dem „Inferno der Verheerungen“, dem „Gespenst des Völkertodes“ die „Wiedergesundung des kranken Volkskörpers erzielt und beschleunigt werden kann“. Oder, wie der Gießener Hygieniker Emil *Gotschlich* in seiner damit schon zitierten Rede zur Reichsgründungsfeier von 1924 fortsetzte:

„Viele sehen in Volk und Staat nur eine Interessen- und Rechtsgemeinschaft, nur eine Summe der gegenwärtig diese Gemeinschaft zusammensetzenden Einzelwesen. [...] Wir aber wissen, von biologischer Grundlage ausgehend, daß die Nation mehr ist als ein solcher Schemen, daß sie gewissermaßen eine Persönlichkeit höherer Ordnung darstellt, die uns Einzelwesen organisch durch Bande des Blutes verbunden in sich begreift“.

Das galt damals als „unpolitische“ Position in der Mitte des politischen Spektrums in einem kulturell isolierten Staat. Denn erst 1926 wurde das Deutsche Reich in den Völkerbund und damit in dessen Hygiene-Komitee und das Internationale Gesundheitsamt in Paris aufgenommen. Erst dann konnten deutsche Wissenschaftler in die internationalen Fachgesellschaften wieder eintreten, zu denen sie seit Ausbruch des Ersten Weltkrieges keinen organisatorischen Kontakt mehr gehabt hatten. Allerdings lehnten sie dieses Angebot vielfach ab, weil sich die internationalen Gesellschaften weigerten, den Friedensvertrag von Versailles von Anbeginn zu verurteilen und sich so zum Instrument der deutschen Revisionspolitik machen zu lassen.

#### 4.3.9.1. Reformchancen in der Weimarer Republik

1920 setzten sich jedoch kurzfristig die alten Sozialmediziner erneut durch. Wieder einmal in Charlottenburg, nun jedoch am Spandauer Damm Nr. 1, d.h. im Krankenhaus Westend, gründete die damals gerade noch selbstständige Stadt Charlottenburg eine Akademie für praktische und soziale Medizin, ab 1921 Sozialhygienische Akademie Charlottenburg. Ähnliches geschah 1920 mit der Gründung der West- bzw. Ostdeutschen Sozialhygienischen Akademie in Düsseldorf und Breslau. Ausgehend von dem fast 15 Jahre älteren Vorbild der Akademien für praktische Medizin in Köln und Düsseldorf war das Ziel nun nicht nur die Ausbildung von Kommunal-, Schul- und Fürsorgeärzten, sondern auch von Verwaltungsbeamten, Beamten der Sozialversicherungsinstitute, von Sozialfürsorgerinnen und leitendem Krankenpflegepersonal. Inhalte der Lehre waren: Grundlagen der Sozialhygiene, Sozialpathologie, Statistik, Volkswirtschaftslehre, Sozialpolitik, Verfassungs- und Verwaltungsrecht und Sozialversicherungsrecht, in Charlottenburg allerdings auch Eugenik. Die Planungstendenz der Charlottenburger Stadtverwaltung ging noch unter der Vorherrschaft der bürgerlich-liberalen Parteien in Richtung eines medizinisch-klinischen Fortbildungsinstituts. Dagegen plädierten Sozialdemokraten (MSPD) und insbesondere die linksstehenden „Unabhängigen Sozialdemokraten“ (USPD), die ab 1919 in der Stadtverordnetenversammlung zusammen die Mehrheit besaßen, für einen stärker sozialen und präventiven Aspekt, den sie – damit ungewollt zur Begriffsverwirrung beitragend – mit dem Stichwort „Hygiene“ charakterisierten. Es ging auf die Änderungsanträge von Bruno *Borchardt* (MSPD) und Luise *Kautsky* sowie Kurt *Königstein* (USPD) zurück, wenn der Sozialhygieniker der Universität (Alfred *Grotjahn*), der Sozial- und Gewerbehygieniker der TH Charlottenburg (Benno *Chajes*), der Geschäftsführer der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin (Alfred *Cohn*) und der Leiter des Charlottenburger bakteriologischen Untersuchungsamtes (Walter *Öttinger*) in Kuratorium bzw. Geschäftsausschuss der Akademie Sitz und Stimme erhielten. Neben dem Einzug dieser überwiegend sozialdemokratischen Amtsträger wurde schließlich 1921 auch der Name in Sozialhygienische Akademie Charlottenburg umgewandelt. Auf die sozialen und präventiven Forderungen von links antwortete aber bereits 1920 die „bürgerliche“ Seite mit dem Hinweis, dann aber bitte auch Eugenik und Rassenhygiene zu berücksichtigen. Allerdings kam die Forderung damals noch vom liberalen Flügel des Bürgertums, der in den Wahlen und im alltäglichen Vereinsleben schon bald von einer deutschnational-konservativen Dominanz im Bürgertum verdrängt werden sollte. Die Charlottenburger Eugeniker (Adolf *Gottstein*, Walter *Öttinger*), die dem liberalen Umfeld zugehörten, während es reflektierte deutschnationale Gesundheits-Experten offenbar gar nicht gab, waren in ihren Forderungen noch relativ gemäßigt und vor allem auf der wissenschaftlichen Ebene methodisch imstande, die weltanschaulich motivierten rassenshygienischen Forderungen kritisch zu durchleuchten und vielfach als unfundiert zurückzuweisen. Insofern ähnelten sie mehr der angloamerikanischen Eugenik als den „nordischen“ Radikalen in Deutschland, die nach 1933 an die gesundheitswissenschaftliche Macht gelangten.

Der erste Geschäftsführer dieser Akademie, der Pathologe Max *Verse*, hatte gute Verbindungen zur Rockefeller Foundation. Und gerade die Rockefeller Foundation förderte damals weltweit Public Health Schools, finanzierte die nationalen Gesundheitsämter der neu entstandenen osteuropäischen Staaten und ebenso das Hygiene-Komitee des Völkerbundes in Genf mit seiner innovativ-sozialreformerischen Gesundheitspolitik. In Deutschland, das als hinreichend entwickelt angesehen wurde, vermittelte sie eher Beratung, Kontakte und Auslandsstipendien. 1924/25 aber plante man in Preußen tatsächlich, die drei Sozialhygienischen Akademien in Charlottenburg, Düsseldorf und Breslau zu eigenständigen Hochschulen zu erheben, die Unterrichtszeit von bisher drei Monaten auf das Mehrfache auszudehnen und ein umfassendes Curriculum einzuführen. Was also hier und heute in Berlin-Charlottenburg begonnen wird, war 1924 praktisch am selben Ort und in ähnlicher Form schon in Planung. Drei deutsche Public Health Schools sollten in das internationale Netzwerk dieser Anstalten eintreten. 1926/27 schickte man u.a. Alfred *Grotjahn* mit anderen europäischen Experten auf eine Rundreise durch die Hygieneschulen Mittel- und Osteuropas. Noch 1930 war der Breslauer Akademieleiter Carl *Prausnitz(-Giles)* an den Verhandlungen über neue Unterrichtsempfehlungen beim Völkerbund in Genf beteiligt. Warum es zur Gründung dieser Hochschulen nicht mehr kam, ist unklar.

#### 4.3.9.2. Neue Themenstellungen: Gesundheitstechnik

Klar ist jedoch, dass zu Ende der 20er Jahre Wandlungen der zugrunde liegenden Konzepte eintraten. Zum einen favorisierte der Präsident des Reichsgesundheitsamtes Carl *Hamel* seit 1926 einen neuen Schwerpunkt namens Gesundheitstechnik. Das bedeutete nicht Apparate-Medizin im heutigen Sinn, sondern die Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte im Städte- und Krankenhausbau bei der Konstruktion von Heizungs- und Klimaanlageanlagen, von Lichtquellen und Raumstrukturen usw. Kurz vor 1933 wurde diskutiert, ob man einen neuen Ausbildungsgang für Gesundheitsingenieure schaffen sollte, besondere Fakultäten für Gesundheitstechnik an technischen Hochschulen, eigene Abteilungen an technischen Fachschulen.

Die Technische Hochschule Charlottenburg war damals überhaupt der diskrete Schwerpunkt von Public Health in Berlin. Der Sozial- und Gewerbehygieniker Benno *Chajes* setzte die alte Tradition von Julius *Post* und Theodor *Weyl* fort und wurde 1932/33 noch kurz vor seiner Emigration nach Palästina Nachfolger Alfred *Grotjahns* als Sozialhygieniker an der Universität. Sportmedizin, Arbeitsphysiologie, Bauhygiene, gewerblicher Arbeitsschutz, Vorformen des Umweltschutzes, all das wurde an der Technischen Hochschule vorgetragen und auch nach dem Zweiten Weltkrieg mit Walther *Liese* und Bruno *Harms* wieder teilweise fortgesetzt, wobei es 1947 erneute Diskussionen um die Laufbahn eines Gesundheitsingenieurs gab. Der Gesundheitsschwerpunkt dieser Hochschule ist nur leider so unbekannt, dass er nicht einmal in der 1979 erschienenen Festschrift zum Hundertjahresjubiläum der Technischen Universität vorkam.

Das Vorbild des Gesundheitsingenieurs stammte aus den USA und es war direkt mit dem Entstehen von Public Health Schools verknüpft. Denn die erste Schule überhaupt war 1912 die Harvard-MIT School for Health Officers. Neben der Harvard University war das Massachusetts Institute of Technology (MIT) gleichrangig beteiligt und es sollten sowohl Gesundheitsingenieure wie Ärzte ausgebildet werden. Aber schon 1920 zerfiel dieses integrative Modell wieder und der Einfluss der Nicht-Mediziner im Bereich von Public Health – damals Techniker und Biologen – blieb insgesamt sehr begrenzt. Das Problem, wie aber Ärzte, Ingenieure und später Ökonomen im Rahmen von Public Health interdisziplinär zu integrieren waren, trieb die Schulen weiterhin um. Noch im Parran-Farrand-Report von 1939, der eine Evaluation der nord-

aus: 100 Jahre SOZIALHYGIENE, SOZIALMEDIZIN und PUBLIC HEALTH in Deutschland.

Hrsg.: Udo Schagen und Sabine Schleiermacher im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). CD-Rom, Berlin 2005.

amerikanischen Schulen vornahm, sind diese Konflikte deutlich ablesbar. Sowohl der Parran-Farrand-Report wie die Förderungspolitik der Rockefeller Foundation ab 1933 schlugen jedoch eine neue Argumentationsrichtung ein und plädierten für eine stärkere Integration der Sozialwissenschaften in Public Health Curricula.

#### 4.3.9.3. Die biologistische Wende in den Jahren der Wirtschaftskrise

Und das war nun das genaue Gegenteil zu dem, was in Deutschland passierte. **Deutsche Sozialhygieniker** plädierten bereits 1932 für eine noch stärkere Orientierung an der Biologie. Grotjahn hatte noch 1930 festgestellt, dass seit dem Ersten Weltkrieg zwar einiges an praktischer Arbeit geleistet worden sei, theoretisch aber keine Weiterentwicklung mehr stattgefunden habe. Kaum war *Grotjahn* 1931 tot, sprang nun sein Berliner Schüler Fritz *Rott*, der einzige, der nach 1933 in Berlin bleiben konnte, in die Bresche und mobilisierte für den theoretischen Umschwung. *Rott* hatte in den Jahren zuvor an einer international vergleichenden Studie über die Ursachen der Säuglingssterblichkeit beim Völkerbund in Genf teilgenommen. Innerhalb von 20 Jahren hatte man die Säuglingssterblichkeit durch soziale Fürsorgemaßnahmen erfolgreich beträchtlich reduziert. Nun blieb ein problematischer *Rest* übrig, vor allem die so genannte Frühsterblichkeit in den ersten Lebenstagen. Waren dafür noch unbekannt soziale Faktoren verantwortlich, wie der Sozialhygieniker und Professor für Kinderheilkunde in Düsseldorf, Arthur *Schlossmann*, argumentierte, oder war es eher eine Frage der „Biologie“, der genetischen Ausstattung des Säuglings. Die deutschen Kontrahenten *Rotts*, wie etwa *Schlossmann*, traten zugleich auch weiterhin für einen sozialen Ansatz in der gesamten „Sozialhygiene“ ein. Die internationalen Experten plädierten 1932 bei Abschluss der Studie zwar auch für die Annahme sozialer Ursachen, werteten jedoch vorsichtig die erhobenen Daten aus regionalen Fallstudien in sechs europäischen Ländern als in keiner Richtung aussagekräftig. Nur *Rott* als deutscher Vertreter war anderer Ansicht. Die biologischen Ursachen seien erwiesen, so schloss er aus demselben Datenmaterial, eine unvorsichtige Argumentationsweise, die in den folgenden Jahren der nationalsozialistischen Herrschaft immer wieder in gleicher Weise von deutschen Wissenschaftlern gegenüber dem Ausland verbreitet wurde. Und schon Ende 1933 konnte man von deutscher Seite unter Hinweis auf die Zwangssterilisationen und die übrigen erbbiologischen Gesetze darauf pochen, den angeblich einzigen erfolversprechenden Weg für die Zukunft zu besitzen. Mit der Sterilisation von hunderttausenden Menschen und der erbbiologischen Bestandsaufnahme ganzer Populationen würde man in einer entschiedenen Anstrengung den „Volkkörper“ von genetischen Krankheitsursachen „reinigen“.

#### 4.3.10. Entwicklungen im Nationalsozialismus

Die biologische Wende des Fritz *Rott* von 1932 brachte ihn, den erfolgreichsten praktischen Organisator sozialhygienischer Verbände der Weimarer Republik, kurzfristig an die Spitze gesundheitspolitischer Macht. Als Geschäftsführer der Reichszentrale für Gesundheitsführung schaltete er genau die Verbände, die er schon bisher koordiniert hatte, im Sinne des „Führerstaates“ gleich, drängte die „jüdischen“ und „politisch untragbaren“ Vorstandsmitglieder zum Rücktritt, gruppierte die Arbeitsgebiete neu, konzipierte die Aufgabenverteilung der neuen „Gesundheitsführung“ und entwarf ein theoretisches Konzept für die Zukunft: die „Wahrscheinlichkeitsmedizin“. Das sollte eine Kombination aus Sozialer Hygiene, Eugenik und Konstitutionskunde unter Einbeziehung von Bevölkerungspolitik, Epidemiologie und medizinischer Statistik sein, die zunehmend auch als „Bevölkerungsbiologie“, schließlich als „Sozialbiologie“ charakterisiert wurde. Im Wesentlichen handelte es sich um eine Wiederaufnahme der einseitig biologistisch interpretierten „biologisch-energetischen Krankheitstheorie“ Ferdinand *Huep-*

pes auf der Basis neuer sozialstatistischer Erhebungsinstrumente, deren „Trennschärfe“ man in der Völkerbunds-Enquete über die Säuglingssterblichkeit erprobt hatte.

Aber schon im Frühjahr 1934 beendete der Machtkampf zwischen Staat und Partei, d.h. zwischen „Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst“ und „Reichszentrale für Gesundheitsführung“ bzw. zwischen Reichsinnenministerium und dem Mentor Fritz *Rotts*, nämlich dem stellvertretenden Reichsärztführer Fritz *Bartels*, den blitzartigen Aufstieg. Ein Machtblock aus konservativen und nationalsozialistischen Staatsideologen, den Medizinalbeamten, Militärmedizinern, Rassenhygienikern und SS-Ärzten trug im Machtkampf den tendenziellen Sieg über die vagen Gesundheitskonzepte der NSDAP, des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes (NSDÄB), der plebejischen SA und der biologisch gewendeten Sozialhygieniker davon. Rott landete im Reichsgesundheitsamt und konnte dort das Konzept seiner „Wahrscheinlichkeitsmedizin“ bis in die frühen 40er Jahre weiterverfolgen.

#### 4.3.10.1. „Staatsmedizin“ oder Public Health im NS-Stil

Die Führung übernahm unter Regie des Reichsministeriums des Innern die Staatsfraktion. Neben dem Sterilisationsgesetz wurde dort das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ konzipiert, welches Teilen des öffentlichen Gesundheitsdienstes noch bis heute zur Grundlage dient. Damit wurde der kommunale Spielraum in der präventiven Gesundheitspolitik, die Rechtsgrundlage der deutschen „Sozialhygiene“, ausgeschaltet, wurden die intermediären Träger von Gesundheitsleistungen entmachtet. Staatliche Amtsärzte an der Spitze einheitlicher Gesundheitsämter sollten eine gleichförmige Politik und Administration garantieren. Und das hatte natürlich Konsequenzen auf dem Ausbildungssektor. Die Sozialhygienischen Akademien in Düsseldorf und Breslau wurden geschlossen, die Charlottenburger Akademie in eine solche für Staatsmedizin umgewandelt. Neben der entsprechenden Staatsideologie wurde hier der Lehrplan nun mit Rassenhygiene, Erblehre und Sozialbiologie überfrachtet, die bisherige Sozialfürsorge als Lehrgebiet ausgedünnt. Aber der staatsmedizinisch-erbbiologische Enthusiasmus währte nur kurz. Schon bald musste man auch an den neuen ideologischen Fächern reduzieren, um schnell und kürzer (nun in nur mehr zwei Monaten) auszubilden. Nach Kriegsbeginn stellte man den Lehrbetrieb überhaupt ein, obwohl noch bis 1944 Pläne für „nach dem Endsieg“ geschmiedet wurden – dann als „Reichsakademie des öffentlichen Gesundheitsdienstes“.

Die Sozialhygiene wurde also nicht 1933 schlagartig beendet und durch Rassenhygiene ersetzt. Nein, sie wurde bereits vor 1933 verschärft biologisch umformuliert, und nach 1933 in ein neues Konzept von Staatsmedizin umgegossen. Staatsmedizin, „öffentlicher Gesundheitsdienst“, das ist die zweite Schiene von „Public Health“ im Nationalsozialismus. Der Begriff klingt zwar weniger gruselig als Rassenhygiene, jenes Konzept, das sonst immer für die Inkarnation der gesundheitspolitischen Theorie im NS-Staat gehalten wird; die erneuerte obrigkeitstaatliche Tradition, der Machtgewinn der staatlichen Amtsärzte wirkte aber weit länger und nachhaltiger nach.

#### 4.3.10.2. „Sozialbiologische Hygiene“

Um 1938 bzw. 1940 sollte jedoch die Sozialhygiene in neuer Form wieder auftauchen. Einer der meist unbeachteten, politisch rechtsstehenden Sozialhygieniker der Weimarer Republik, nämlich Hans *Reiter* (1881-1969), war 1933 neuer Präsident des Reichsgesundheitsamtes geworden. 1936 wurde er zugleich Vorsitzender der neu gegründeten Deutschen Gesellschaft für Hygiene, die mehrere ältere wissenschaftliche Gesellschaften vereinigte und noch 1947 in der neuen Namensprägung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie nach-

aus: 100 Jahre SOZIALHYGIENE, SOZIALMEDIZIN und PUBLIC HEALTH in Deutschland.

Hrsg.: Udo Schagen und Sabine Schleiermacher im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). CD-Rom, Berlin 2005.

wirkte. Als nun der Nachwuchs für das öffentliche Gesundheitswesen und die Hygiene im Verlauf der 30er Jahre zunehmend knapp wurde – mangels Attraktivität des Berufs, infolge erhöhten Personalbedarfs und weil es in der Medizin anderswo bessere Karrieren gab – legte *Reiter* 1938 den Plan für einen neuen Unterricht in Hygiene für Medizinstudenten vor. Dass Gesundheitsfragen im NS-Staat Domäne der Ärzte waren, Neuorganisation nur von der biologisch aufgefassten Medizin herkommen konnte, das ist als grundlegendes Vorurteil der Zeit dabei natürlich einzurechnen. Aber nun tauchte bei *Reiter* die ganze alte Themenpalette der Sozialhygiene von den Einflüssen der Wohnung, der Ernährung, der Säuglingspflege usw. auf die Gesundheit erneut auf - als sozialbiologische Hygiene im Hygieneunterricht des Medizincurriculums.

#### 4.3.10.3. Eine neue „Soziale Hygiene“

Begründet mit der unvergleichlichen Expansion des Reiches kam 1940 schließlich aus dem Reichsarbeitsministerium der Vorstoß für eine neue „Soziale Hygiene“. Nach dem für Deutschland erfolgreichen Kriegsende werde man in ganz Europa gravierende sozialhygienische Probleme zu lösen haben und dafür gelte es schon jetzt ausbildungsmäßig und wissenschaftlich vorzusorgen. Die Soziale Hygiene war also bereits lange vor Kriegsende wieder im Kommen und es handelte sich dabei keineswegs um allein individuelle Vorstöße. So vereinbarten bereits am 2. September 1939 die Deutsche Reichsärztekammer und die Japanisch-Deutsche Medizinische Gesellschaft im Rahmen des Ausbaus der kulturellen Beziehungen zwischen diesen beiden Staaten des Anti-Komintern-Paktes u.a.:

„Sie werden sich gegenseitig regelmäßig schriftlich und, soweit es möglich ist, auch mündlich über Tatsachen, Ereignisse, Fortschritte und Änderungen unterrichten, die für die allgemeine Gesundheitspolitik und -Gesetzgebung, die sozialmedizinischen und sozialhygienischen Verhältnisse und Einrichtungen, insbesondere die Sozialversicherung, die medizinische Wissenschaft und die beruflichen Verhältnisse der Ärzte ihrer Länder von Wichtigkeit sind“.

#### 4.3.10.4. Konzeptionskrisen und die biostatistische Wende

Noch 1940 schien sich Hans *Reiter* sicher, dass angesichts der neuen erbbiologischen Erkenntnisse „heute die Hygiene nicht mehr als Umweltproblem, sondern Anlage-Umweltproblem der Gesundheitsführung“ aufzufassen sei. Die alten Ansätze Ferdinand *Hueppes* dienen also nun den führenden Hygienikern als konzeptionelle Grundlage. „Als erstes Volk [habe man] die Wege gefunden, erbbiologische Erkenntnisse in die praktische Gesundheitsführung einzubauen“ und damit „die Berechtigung, unsere heutige Hygiene als ‚deutsche Hygiene‘ zu bezeichnen“. Aber noch im selben Jahr war die Sicherheit über die Geltung der Erbbiologie dahin, die Hans *Reiter* bislang aus seiner Interpretation des „Infektionsproblems“ gewonnen hatte. Nun hieß es bei *Reiter*, man müsse erst einmal Ursachenforschung betreiben.

Und das war die große Stunde der Statistik. Neben eine Arbeitsgemeinschaft für Statistik beim Reichsgesundheitsführer Leonardo *Conti* trat 1941 ein Biostatistisches Institut an der Berliner Universität, das wieder mit dem Reichsgesundheitsamt eng verzahnt war. Die „Wahrscheinlichkeitsmedizin“ Fritz *Rotts* von 1934 erhielt nun einen organisatorischen Unterbau. Neben Ursachenforschung, wo man sich an den damals moderneren Varianten von Epidemiologie orientierte, die in einer Vielzahl von statistischen Referaten des Reichsgesundheitsamtes bearbeitet wurde, trat Therapieforschung, die fachmännische Beratung von Doppelblindversuchen, von statischen Tests der Therapieerfolge, also klinische Epidemiologie. Derselbe Sieg-

fried *Koller*, Leiter des biostatistischen Instituts, betrieb einerseits Argumentation für das „Gesetz gegen die Gemeinschaftsunfähigen“, also für die Planung der Ausrottung der so genannten „Asozialen“, und auf der anderen Seite die Modernisierung von medizinischer Statistik und Epidemiologie. Es verwundert nicht, dass er nach 1945 einer der einflussreichsten Medizinstatistiker wurde und sich erst 1990 die Deutsche Sektion der Internationalen Biometrischen Gesellschaft nach langer Auseinandersetzung von den ehemaligen Tätigkeiten ihres nunmehrigen Ehrenvorsitzenden deutlich distanzierte – im Übrigen eine höchst seltene Vorgangsweise in wissenschaftlichen Gesellschaften.

#### 4.3.11. Nach 1945: Kontinuität oder Neuorientierung?

Nach 1945 gab es zwar institutionell und personell vorerst einen radikalen Bruch in der Entwicklung, aber fast die gleichen Experten und sehr ähnliche Konzepte gruppierten sich durch vielfältige regionale Wanderungsbewegungen neu. Ihre inhaltliche Korrektur und Einschränkung erfuhren diese Konzepte nur durch die Restauration und Neubelebung „christlichen Denkens“ (besonders im Westen) und durch die Dominanz des Marxismus-Leninismus im Osten, während sich die Bemühungen von „re-education“ und „épuration“ durch die westlichen Besatzungsmächte sowie die Wiederaufnahme der abgebrochenen Traditionen des genuinen Liberalismus, des demokratischen Sozialismus und des westlichen Marxismus nur mit langer Zeitverzögerung in der Bundesrepublik Deutschland auswirkten.

##### 4.3.11.1. Ausbildungsinstitutionen

Schon 1946 gab es, angeregt durch die britische Besatzungsmacht, in Hamburg wieder eine Sozialhygienische, in Düsseldorf eine Staatsmedizinische Akademie, nun allein zur Ausbildung von Amtsärzten, und nach kurzem hieß die betreffende Institution auch in Hamburg wieder Staatsmedizinische Akademie. Sozialhygiene und Staatsmedizin in der Amtsarztausbildung, das blieb für die nächsten 20 Jahre das beherrschende Konzept im öffentlichen Gesundheitsdienst der Bundesrepublik Deutschland. In der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) und später der DDR wurde nach kurzzeitigem Schwanken die Grotjahnsche Sozialhygiene unter Berufung auf die Vielzahl seiner sozialistischen Schüler, der Berliner Stadtärzte der Weimarer Republik eben, angeblich authentisch wiederaufgenommen.

##### 4.3.11.2. Rückbesinnung auf die „Soziale Medizin“?

In der Zwischenzeit hatte man jedoch 1947 in der SBZ versucht, den mittlerweile in die USA emigrierten österreichischen Sozialmediziner Ludwig *Teleky*, der zwischen 1921 und 1933 die Sozialhygienische Akademie in Düsseldorf geleitet und als Landesgewerbearzt für das Rheinland gewirkt hatte, auf den „verwaisten Berliner Lehrstuhl“ zu berufen, wobei die medizinischen Periodika in ihren Meldungen über diese Absicht merkwürdig unsicher waren, ob es sich nun um einen solchen für „Soziale Medizin“ oder einen für „Soziale Hygiene“ handelte. Teleky und seine ebenfalls emigrierten österreichischen Schüler aus der Zeit vor 1914 waren nämlich die letzten deutschsprachigen Überlebenden jener breit angelegten **Konzeption einer Sozialen Medizin** aus dem ersten Dezennium des Jahrhunderts, die mittlerweile in den meisten westlichen Ländern wiederaufgenommen oder erstmals propagiert wurde.

Andrija *Stampar* aus Jugoslawien, Jacques *Parisot* aus Frankreich, beide während des Krieges in deutschen Konzentrationslagern inhaftiert, Rene *Sand* aus Belgien, die Prager Schüler des 1942 von den deutschen Besatzern ermordeten Tschechen Hynek *Pelc*, der Sozialist Carl *Evang* aus Norwegen, John A. *Ryle*, Francis Albert *Eley Crew* und Thomas *McKeown* aus Großbritannien, die progressiven Medizinhistoriker in den USA in Kooperation mit einer sozi-

aus: 100 Jahre SOZIALHYGIENE, SOZIALMEDIZIN und PUBLIC HEALTH in Deutschland.

Hrsg.: Udo Schagen und Sabine Schleiermacher im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). CD-Rom, Berlin 2005.



alwissenschaftlichen Reformströmung innerhalb der amerikanischen Public Health-Bewegung vertraten fast übereinstimmend diese Idee. *Stampar*, *Parisot* und *Evang* waren die Delegierten ihrer Länder bei der Gründung der Weltgesundheitsorganisation, die nicht nur mit der bekannten Gesundheitsdefinition, die in der BRD überwiegend auf Ablehnung stieß, sondern in ihrem ganzen Ansatz und mit einer dezidierten Reformoffensive bezüglich der medizinischen Ausbildung dafür werbend auftrat.

Ludwig *Telekys* Berufung scheiterte 1947 bzw. 1948/49 sowohl an der späteren Humboldt-Universität im Osten wie an der neuen Freien Universität Berlin im Westen, auf deren erster Professorenliste für die Medizinische Fakultät er als Gastprofessor für Gewerbehygiene erschien. Das Klima des Kalten Krieges und der sukzessive Macht(rück-)gewinn der alten Funktionsebenen waren für die Berufung eines reformorientierten Sozialdemokraten direkt abträglich. Zwar gab *Teleky* 1950 eine viel zitierte, international vergleichende Übersicht der neueren Entwicklungen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge und trat 1951/52 auf Vortragsreisen in Deutschland und Österreich auf, wobei er in seinem ursprünglichen Heimatland wohl die nachhaltigere Wirkung erzielte. Aber die Nicht-Rezeption der neuen internationalen Sozialmedizin machte sich in der BRD wie in der DDR vor allem darin bemerkbar, wie man seine Ideen nur abwehrend zur Kenntnis nahm und dazu parallel die eigene nationale Tradition der Sozialhygiene aufpolierte bzw. im Westen vorgeblich zur „Kulturhygiene“ erweiterte.

#### 4.3.11.3. Restauration der Sozialhygiene unter Beibehaltung ihrer biologistischen Überformung

Schon 1947 wurde auf der ersten Tagung der Hygieniker und Mikrobiologen aus allen Zonen Deutschlands in Göttingen der Unterricht in Sozialer Hygiene wieder zum Thema gemacht, wobei in heute erschreckender Weise von Hans *Harmsen*, dem Hamburger Akademieleiter (1946-1969) und späteren Gründer von „Pro Familia“, ein Großteil des in der NS-Zeit üblichen Vokabulars wieder eingebracht wurde. 1947 war neben *Arbeitsmedizin* auch Soziale Hygiene nicht nur in den medizinischen Lehrplan in der DDR eingeführt worden, sondern auch im Westen beeilte sich eine Vielzahl von medizinischen Fakultäten zumindest in den Anfangsjahren Lehraufträge, Dozenturen und Honorarprofessuren für Soziale Hygiene einzurichten. Zwar erreichte das nie die Ebene eines obligatorischen Lehrfachs und der systematischen Schaffung von Lehrstühlen und Instituten wie in der DDR, aber schon auf der Göttinger Tagung von 1947 erklärte der westliche Sozialhygieniker Erich *Schröder*, dass diese Etablierungs-Schwierigkeit am besten durch die Kombination einer Universitätsdozentur mit den selbstverständlichen Ressourcen des Leiters eines Gesundheitsamtes zu überwinden sei, so wie er selbst sie nämlich seit 1943 in Berlin besessen habe – und davor schon (seit 1939) in Oberhausen bzw. Düsseldorf.

Von jener Diskontinuität der Sozialhygiene zwischen 1933 und 1945, die das heutige Geschichtsbild quasi konsensuell zu prägen scheint, konnte 1947 natürlich nicht die Rede sein. Mit Ausnahme von einigen jüngeren Leuten und den aus der russischen bzw. schwedischen Emigration zurückgekehrten neuen Sozialhygienikern der DDR (Kurt *Winter*, Erwin *Marcusson*) [zu *Marcusson* siehe auch hier], wussten so ziemlich alle Fachvertreter, wo wer gewesen war und was er vor 1945 getan hatte. Der publizistische Hauptorganisator der neuen Sozialhygiene in der Bundesrepublik, nämlich Carl *Coerper*, war vor 1945 Leiter der erbbiologischen Bestandsaufnahme der Stadt Köln gewesen, wobei man wie überall hunderttausende Menschen in erbbiologischen Familien- und Sippenkarteien zu verkarten versucht hatte. *Coerper* war 1932 in Köln für Sozialhygiene habilitiert worden, wobei er zu jener Gruppe gehörte, die damals gerade die biologische Wende des Faches vollzog. Seit

1926 war er Stadtrat (Beigeordneter) für Gesundheitswesen unter dem Oberbürgermeister Konrad *Adenauer* gewesen. Adenauer wurde 1933 entlassen, *Coerper* als Stadtrat und Professor 1945. Als Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft für das Gesundheitswesen im Institut für öffentliche Angelegenheiten in Frankfurt am Main belebte er nun die Soziale Hygiene neu – auf Ärztetagen, Konferenzen der leitenden Medizinalbeamten der Länder, in Vorträgen für Amtsärzte. Sozialhygiene wurde 1950 sogar zum Programm der westdeutschen Ärzteschaft, was man heute gern vergisst, weil man ärztliche Standespolitiker mit Individualmedizin gleichsetzt. Doch dieser Umschwung kam erst um 1960, als unter den Schlagworten einer spezifischen Allgemeinmedizin bzw. einer Soziologischen Medizin neue Leitbilder für die niedergelassenen Ärzte propagiert wurden. Das Konstrukt einer Soziologischen Medizin des Allgemeinpraktikers diente damals auch dazu, die gesundheitlichen Vorsorgeuntersuchungen den niedergelassenen Ärzten zu überantworten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst zu entziehen.

#### 4.3.11.4. Widerstände und Auflösungserscheinungen

Die neue **Sozialhygiene Carl Coerpers** war jedoch in der Politik und unter einem Teil seiner Kollegen so umstritten, dass 1951 die SPD im Bundestag deutlich erklärte, dass seine gesundheitspolitischen Konzepte für sie schlicht und einfach nicht tragbar seien. Es war politische Opposition und eine langwierige Folge von **Einzeldiskussionen** über Restbestände des nationalsozialistischen Gesundheitswesens, die diese Sozialhygiene letztlich zu Fall brachten und damit auch dem öffentlichen Gesundheitswesen einen nachhaltigen Ansehensverlust zufügten. Das Fehlen einer grundlegenden Neuorientierung nach 1945, die langwierige, verzögerte Entnazifizierung der leitenden Ideen im Gesundheitswesen und ihre nur allmähliche Ersetzung durch ausländische Neuerungen, das ist die eigentliche Ursache für den oberflächlichen Eindruck von einer Stagnation in jener Zeit. In Wirklichkeit war dies ein zäher Kampf um einzelne Positionen.

Ende der 50er Jahre begannen schließlich die SPD und die Gewerkschaften in einer Reihe von Landtagen die Errichtung von Arbeitsmedizinischen Lehrstühlen und Instituten an den medizinischen Fakultäten zu fordern. So wie um 1900 war das offenbar zu anstößig und wirtschaftspolitisch problematisch. Nachdem aber mittlerweile in den USA, in Großbritannien, in Frankreich, bei der Weltgesundheitsorganisation die „**Sozialmedizin**“ populär geworden war, griff man mit einer Zeitverzögerung von 15 Jahren dieses neue, eher individualistische Konzept an einzelnen Orten begierig auf. Dass es letztlich nur mäßig verändernd auf die Ausgestaltung der zeitgenössischen Medizin gewirkt hat, darauf bin ich schon zu Beginn meiner Ausführungen eingegangen und dies scheint auch gegenwärtig zu einem relativ breiten, bisweilen stillschweigenden Konsens in der Diskussion über die Entwicklung von „Public Health“ zu gehören. Aber damit wären wir schon wieder bei jenen geistigen Beständen angelangt, die noch nicht dem historischen Vergessen anheim gefallen sind. Meine Aufgabe war es jedoch, das Vergessene wieder ans Tageslicht zu holen.

## 5. Schlussbemerkung

Ich habe hier versucht, einen langwierigen Kontinuitätspfad quer durch mehrere Jahrzehnte zu ziehen. Erst in den letzten 20 bis 30 Jahren haben Sozial- und Kulturwissenschaften im Gesundheitsbereich in Deutschland wieder stärker Fuß gefasst. „Public Health“ scheint diesen Trend allem Anschein nach fortzusetzen. Worauf es mir ankam, war, zu zeigen, dass man bereits um 1900 bei einem etwa ähnlichen Punkt angelangt war: unter dem Stichwort „Soziale Medizin“. Dazwischen ging man einen teilweise tragischen Sonderweg und abseits des inter-

nationalen Trends. Die Soziale Hygiene, auf die man sich immer wieder beruft, war grosso modo das Gegenteil dessen, was davon erwartet wurde und wird. Zumeist formulierte sie soziale Tatbestände biologisch um, auch wenn der Berliner Alfred *Grotjahn* und einige seiner noch entschiedeneren Schüler dagegen partiellen Widerstand leisteten – verbunden mit überwiegender Anpassung.

Der Sonderweg, der auf verschlungenen Argumentationswegen im Nationalsozialismus endete, lässt aber ein Problem übrig, das man unter allen aktuellen Schwierigkeiten nicht übersehen sollte: das der Menschenrechte. Zu oft und zu weitgehend haben sich Gesundheitsexperten, vor allem Ärzte angemaßt, besser zu wissen, was dem Menschen frommt, und haben Menschen diesem Wissen zu unterwerfen versucht. Die moralische Anklage allein jedoch verstellt den Blick auf die Realität. Erst die Einsicht in die mit dem Aufbau des Wohlfahrtsstaates untrennbar einhergehende Entwicklung des Gewaltpotenzials moderner Gesundheits- und Sozialpolitik führt über diese Wahrnehmungsbarriere hinweg.

Die Sicherstellung höchster Leistungsfähigkeit der gesamten Gesellschaft in der internationalen Konkurrenz ist keine besondere Eigenheit des Nationalsozialismus, sehr wohl jedoch die spezifische Form, in der dies in Deutschland geschah. Alle modernen plebiszitären Massendemokratien haben die Fürsorgeleistungen für das in Not geratene Individuum mit technokratischen Eingriffsmöglichkeiten des Staates und anderer gesellschaftlicher Institutionen verknüpft. Was der heutige Sozialstaat (noch?) an Rechtsabsicherungen und Unterstützungen gewährt, um „die Errungenschaften der individuellen Hygiene und der klinischen Medizin jenen zugänglich [zu machen], die einzeln oder aus eigenen Mitteln nicht imstande sind, sich diese Errungenschaften zunutze zu machen“, wie es Ludwig *Teleky* 1909 formulierte, das kann derselbe Staat auch wieder entziehen – sei es infolge gewaltsamer Durchbrechung dieser Gesetzesordnung oder durch rechtlichen Wandel. Es werden aber nur wenige Menschen „imstande sein, sich jene Errungenschaften einzeln oder aus eigenen Mitteln“ zu verschaffen. Selbst die Mittelschichten unserer Gesellschaft sind nicht vom Sozialstaat unabhängig, auch wenn dies eine radikal-liberale Propaganda der „Leistungsträger“ gegenwärtig nahe zu legen scheint.

Daraus resultiert die Möglichkeit der Umkehr der Wirkungsrichtung sozialstaatlicher Gesundheitspolitik. Normalerweise, und das nehmen wir überwiegend als gegeben an, dient sie positiv, fördernd der Gesundheit der Menschen. In ihrer Umkehrung, als „negativer Sozialstaat“, ist sie jedoch ein zynisches Werkzeug zum Tode.

Prof. Dr. Dr. Michael Hubenstorf  
 Medizinische Universität Wien  
 Institut für Geschichte der Medizin  
 Josephinum  
 Währingerstrasse 25  
 A - 1090 Wien  
 e-Mail: michael.hubenstorf@univie.ac.at