

Medizin und öffentliche Gesundheit

Konzepte, Akteure, Perspektiven



Schriften des Historischen Kollegs

Herausgegeben von Martin Schulze Wessel

Kolloquien

98

Medizin und öffentliche Gesundheit

Konzepte, Akteure, Perspektiven

Herausgegeben von
Heinz-Peter Schmiedebach

DE GRUYTER
OLDENBOURG

Schriften des Historischen Kollegs

herausgegeben von
Martin Schulze Wessel
in Verbindung mit

Georg Brun, Thomas O. Höllmann, Hartmut Leppin, Susanne Lepsius, Bernhard Löffler,
Frank Rexroth, Willibald Steinmetz und Gerrit Walther

Das Historische Kolleg fördert im Bereich der historisch orientierten Wissenschaften Gelehrte, die sich durch herausragende Leistungen in Forschung und Lehre ausgewiesen haben. Es vergibt zu diesem Zweck jährlich bis zu drei Forschungsstipendien und bis zu drei Förderstipendien sowie alle drei Jahre den „Preis des Historischen Kollegs“.

Vom 9. bis 11. November 2016 fand anlässlich der zwölften Verleihung des Preises des Historischen Kollegs an Karl Schlögel ein Kolloquium zum Thema „Medizin und öffentliche Gesundheit. Konzepte, Akteure, Spannungsfelder“ unter der Leitung von Heinz-Peter Schmiedebach (Berlin/Hamburg, Forschungsstipendiat im Historischen Kolleg 2013/2014) in der Kaulbach-Villa statt. Die Ergebnisse des Kolloquiums werden in diesem Band veröffentlicht.

Das Historische Kolleg wird seit dem Kollegjahr 2000/2001 – im Sinne einer Public-private-Partnership – in seiner Grundausrüstung vom Freistaat Bayern finanziert, die Mittel für die Stipendien kamen bislang unter anderem von der Fritz Thyssen Stiftung, dem Stiftungsfonds Deutsche Bank, der Gerda Henkel Stiftung und dem Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft. Träger des Historischen Kollegs, das vom Stiftungsfonds Deutsche Bank und vom Stifterverband errichtet und zunächst allein finanziert wurde, ist die „Stiftung zur Förderung der Historischen Kommission bei der Bayerischen Akademie der Wissenschaften und des Historischen Kollegs“.

www.historischeskolleg.de

Kaulbachstraße 15, D-80539 München

Tel.: +49 (0) 89 2866 380

Fax: +49 (0) 89 2866 3863

Email: elisabeth.huels@historischeskolleg.de

ISBN 978-3-11-055980-4

e-ISBN (PDF) 978-3-11-056326-9

e-ISBN (EPUB) 978-3-11-056013-8

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data

Names: Schmiedebach, Heinz-Peter, editor.

Title: Medizin und öffentliche Gesundheit : Konzepte, Akteure, Perspektiven / herausgegeben von Heinz-Peter Schmiedebach.

Description: Berlin; Boston : De Gruyter, [2018] | Series: Schriften des historischen Kollegs; Band 98 | Includes bibliographical references and index.

Identifiers: LCCN 2018025244 (print) | LCCN 2018028361 (ebook) | ISBN 9783110563269 (electronic Portable Document Format (pdf)) | ISBN 9783110559804 (print : alk. paper) | ISBN 9783110560138 (epub) | ISBN 9783110563269 (pdf)

Subjects: LCSH: Public health--Social aspects--History. | Social medicine--History.

Classification: LCC RA424 (ebook) | LCC RA424 .M44 2018 (print) | DDC 362.1--dc23

LC record available at <https://lccn.loc.gov/2018025244>

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

© 2018 Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston

Umschlagbild: Lehartafel, Unterrichtssammlung Tuberkulose, Tafel 14; Quelle: Deutsches Hygiene-Museum, DHMD 1995/35, Fotograf: Volker Kreidler.

Die Bildnachweise zu den Abbildungen in den Beiträgen befinden sich jeweils in der Bildunterschrift oder in den entsprechenden Fußnoten. Leider war es nicht in allen Fällen möglich, die Inhaber der Rechte zu ermitteln. Sollten berechtigte Ansprüche bestehen, wenden Sie sich bitte unmittelbar an den Autor des jeweiligen Beitrages.

Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck

www.degruyter.com

Inhalt

Dank	VII
Abkürzungen	IX
<i>Heinz-Peter Schmiedebach</i>	
Medizin und öffentliche Gesundheit – Einleitung	1
Aktuelle Fragen und ethische Herausforderungen	
<i>Alfons Labisch</i>	
Der „öffentliche Werth der Gesundheit“. Oder: was bringt eine Gesellschaft dazu, gesund sein und bleiben zu wollen. Die historische Perspektive	29
<i>Rainer Müller/Karl-Heinz Wehkamp/Joachim Larisch</i>	
Public Health – Global Health: neu denken, neu konzipieren	47
<i>Georg Marckmann</i>	
Ethische Bewertung von Public Health-Maßnahmen. Methodische Grundlagen und praktische Anwendung	65
Hygienische Stadtreform und Epidemiekontrolle	
<i>Friedrich Lenger</i>	
Stadthygiene: Gesundheit und städtischer Raum in Europa während der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts	85
<i>Christoph Gradmann</i>	
Natur, Technik, Zeit. Infektionskrankheiten und ihre Kontrolle im langen 20. Jahrhundert	95

Das Ideal der Prävention und Zielgruppen

Martin Lengwiler

Prävention zwischen Staat und Subjekt. Der sozialmedizinische Aufbruch in der Bundesrepublik und auf internationaler Ebene (1960–1980) 115

Martin Dinges

Die späte Entdeckung der Männer als Adressaten der öffentlichen Gesundheitsfürsorge und -förderung in Deutschland 131

Monika Ankele

„Jede Verhütung des Verfalls von Arbeitskraft ist [...] Gewinn für die Allgemeinheit“ – Arbeit/slosigkeit, Psychiatrie und öffentliche Gesundheit in der Weimarer Zeit 153

Formen und Medien der Gesundheitsaufklärung

Eva Brinkschulte

Der „Medizinische Sonntag“ – eine Form der Ritualisierung der Gesundheitsaufklärung in der DDR? Elfriede Paul (1900–1981) und das „Magdeburger Modell“ 179

Philipp Osten

„Diese schmierige Mischung von Sentimentalität und wissenschaftlicher Phrase“ – Politik und Gesundheitsaufklärung in Ausstellungen, Plakaten und Filmen, 1880–1980 201

Flurin Condrau

Kommentar 231

Kurzbiografien der Autoren 239

Personenregister 243

Dank

Am Ende meines Jahres als Fellow am Historischen Kolleg 2013/2014 sprach mich der Geschäftsführer Dr. Karl-Ulrich Gelberg auf ein zukünftiges Kolloquium an, das begleitend zur Verleihung des Preises des Historischen Kollegs an Professor Karl Schlögel im November 2016 durchgeführt werden sollte. Ich erklärte mich zur Durchführung dieser Veranstaltung gerne bereit. In verschiedenen Gesprächen, auch unter Einbeziehung von Professor Andreas Wirsching, dem damaligen Vorsitzenden des Kuratoriums des Historischen Kollegs, kristallisierte sich das Thema „Medizin und öffentliche Gesundheit“ heraus. Es bietet einerseits die Möglichkeit, einen Anschluss an die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion herzustellen, andererseits bildet es in Anbetracht der in den letzten drei Jahrhunderten auszumachenden Vielzahl von Konzepten und Akteuren eine besondere Herausforderung für die historische Bearbeitung. Die Beiträge zu dem vorliegenden Band sind aus dem Kolloquium hervorgegangen. Allen, die es ermöglicht haben, die Tagung durchzuführen, gilt mein aufrichtiger Dank. Hier sind die Kolleginnen und Kollegen, die sich der Aufgabe stellten und mit ihren Referaten und Diskussionsbeiträgen die Veranstaltung zu einer spannenden und erkenntnisreichen Begegnung machten, ebenso zu nennen wie das Historische Kolleg, das durch seine finanzielle Unterstützung die Konferenz ermöglichte und mit der Kaulbach-Villa eine angenehme und anregende Örtlichkeit zur Verfügung stellte.

Die Organisation des Kolloquiums lag in den Händen von Frau Dr. Elisabeth Hüls, die in der mir bereits bekannten Zuverlässigkeit und Flexibilität die Aufgaben bewältigte. Das aufmerksame Team des Historischen Kollegs betreute die Gäste aufs Beste.

Frau Dr. Hüls kümmerte sich auch um die Erstellung des druckfertigen Manuskriptes dieses Bandes, was nicht selten auch intensive Kommunikationen mit manchen der Autoren und Autorinnen verlangte. Sie hat es ermöglicht, dass der Band jetzt den Leserinnen und Lesern zur Verfügung gestellt werden kann. Sie wurde bei ihrer Arbeit insbesondere von Christina Stangl und Isabella Schyrbock unterstützt. Für dieses Engagement ist ein herzlicher Dank zu sagen.

Berlin/München im April 2018

Heinz-Peter Schmiedebach

Abkürzungen

Absch.	Abschnitt
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BA	Bundesarchiv
Bl.	Blatt
BRCA	Breast Cancer
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BStU	Bundesbeauftragter für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CRISPR	Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DEFA	Deutsche Film AG
DEWAG	Deutsche Werbe- und Anzeigengesellschaft
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DNA	Desoxyribonukleinsäure
EHEC	Enterohämorrhagische Escherichia coli
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
Ge-So-Lei	Ausstellung „Gesundheitspflege, Soziale Fürsorge und Leibesübungen“, Düsseldorf 1926
Gestapo	Geheime Staatspolizei
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GVO	Gentechnisch veränderte Organismen
HCW	Health Care Workers/Gesundheitspersonal
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
IG	Interessen-Gemeinschaft
JCH	Journal of Contemporary History
KPD	Kommunistische Partei Deutschlands
MAM	Medizinische Akademie Magdeburg
MD	Doctor of Medicine
MedGG	Medizin, Gesellschaft und Geschichte
MedHist	Medizinhistorisches Journal
MLHA	Mecklenburgisches Landeshauptarchiv
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
NDB	Neue Deutsche Biographie
NHS	National Health Service
NIH	National Institutes of Health
NS	Nationalsozialismus/nationalsozialistisch

NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
NSV	Nationalsozialistische Volkswohlfahrt
o. O.	ohne Ort
RHDAC	Regional Health Development Advisory Council
RMVP	Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda
RNA	Ribonukleinsäure
SAPMO	Stiftung Archiv der Parteien und Massenorganisationen der DDR im Bundesarchiv Berlin
SBZ	Sowjetische Besatzungszone
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
Sig.	Signatur
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
StAHH	Staatsarchiv Hamburg
StAM	Stadtarchiv Magdeburg
TAB	Büro für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag
UFA	Universum Film AG
UNRRA	United Nations Relief and Rehabilitation Administration
VEB	Volkseigener Betrieb
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ZfG	Zeitschrift für Geschichtswissenschaft

Heinz-Peter Schmiedebach

Medizin und öffentliche Gesundheit – Einleitung

Die Frage der „öffentlichen Gesundheit“ erfreut sich seit einigen Jahren in Deutschland wieder einer zunehmenden Aufmerksamkeit. Die auf dieser Grundlage in die Wege geleiteten Maßnahmen zielen auf ein besonders hohes Gesundheitsschutzniveau der Bevölkerung. Dies soll durch Vorbeugung von Krankheiten und Förderung gesunder Lebensweisen, Verbesserung der Überwachung und Vorsorge in Hinsicht auf Epidemien und den Aufbau von dynamischen Gesundheitssystemen, die auf neue Herausforderungen (wie zum Beispiel die Bevölkerungsüberalterung) angemessen reagieren können, erreicht werden. Es wird dabei allerdings kaum von öffentlicher Gesundheit, sondern fast immer von Public Health gesprochen. Wenngleich öffentliche Gesundheit ins Englische übersetzt „public health“ bedeutet, so hat der Anglizismus in der Diskussion in Deutschland eine weiterreichende Bedeutung. Der Begriff bezeichnet sowohl die akademische Institution und Wissenschaft, die sich mit Vorbeugung und Gesundheitsförderung befasst, als auch die entsprechende Praxis und die Politik der Umsetzung.¹ Er ist wegen dieser Mehrdeutigkeit bei der Konzeption dieses Bandes nicht in den Fokus gestellt worden.

In aktuellen und früheren Debatten zum Thema „Gesundheitsförderung“ wurde und wird zu Recht betont, dass man bei der Umsetzung eines solchen Zieles weit mehr zu berücksichtigen habe als lediglich die Methoden und die Praxis der Medizin. Insofern bedeutet die Themenstellung der Tagung mit der alleinigen Benennung der Medizin eine Reduktion der Problematik des Themenfeldes. Diese auf die Medizin fokussierte Verknüpfung kann das Unterfangen der Gesundheitsförderung nur partiell erfassen. Das umfassende Verständnis von Gesundheit und davon, wie sich Krankheiten in Bevölkerungen verbreiten und wie sie bekämpft werden können, verlangt einerseits das Zusammenwirken von verschiedensten medizinischen Disziplinen und Unterdisziplinen, wie Epidemiologie, Sozialmedizin, Medizinsoziologie, Versorgungsforschung, Gesundheitssystemforschung, um nur einige zu nennen. Andererseits und vielmehr noch ist ein nachhaltiges Agieren verschiedener Einrichtungen in Gesellschaft und Politik mit dem Individuum notwendig. Es gibt viele Hinweise darauf, dass den sozialen, kulturellen und poli-

¹ Vgl. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina u. a. (Hg.): Public Health in Deutschland. Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen. [Stellungnahme]. Halle a. d. S. 2015, S.3.

tischen Faktoren eine mindestens ebenso große Bedeutung zukommt wie der Medizin.² Insofern sind – besonders wenn man einen Ansatz der globalen Prävention verfolgt – politische Entscheidungen auf dem Gebiet der Ökonomie, Außenpolitik und der Militärpolitik, einschließlich der Kriege,³ von ganz besonderer Wichtigkeit. Gerade Kriege mit ihren vielen unmittelbaren Schädigungen und den mittelbaren Konsequenzen, wie Vertreibung etc., sind für nachhaltig ungesunde Verhältnisse, die weit über den eigentlichen Ort der militärischen Auseinandersetzungen hinausreichen, verantwortlich. Insofern ist das Vermeiden von militärischen Kampffaktionen eine besonders wichtige gesundheitsförderliche Präventionsmaßnahme – wenngleich besonders schwer durchzusetzen. Trotz der im Titel des Bandes vorhandenen Fokussierung auf die Medizin sollen die genannten über die Medizin hinausreichenden Aspekte nicht vollständig ausgeklammert werden. Sie werden dementsprechend an verschiedenen Stellen angesprochen und erörtert.

Die in den letzten Jahren feststellbare Intensivierung der Diskussion in Deutschland über öffentliche Gesundheit wurde auch durch die Herausforderungen im Umgang mit neuen Epidemien gefördert. Im Jahr 2015 konnten einige für die Gesundheitsförderung nicht unwichtige Aktivitäten in Deutschland verzeichnet werden: Unter deutscher Präsidentschaft fand in Elmau ein G7-Gipfel statt, bei dem das Thema „Globale Gesundheit“ und besonders die Antibiotikaresistenzen eine gewisse Rolle gespielt haben. Im Frühjahr 2015 hat auch der Bundestag das Präventionsgesetz verabschiedet,⁴ das rund 29 Jahre nach der bereits 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta, die darin enthaltenen Gesichtspunkte der Verhaltens- und Verhältnisprävention umsetzen möchte. Die Ottawa-Charta ist, wie Alf Trojan festgestellt hat, eine Charta moralischer und sozialer Werte, also ein Leitbild. In der Charta werden die sozialen und ökologischen Lebensbedingungen gleichrangig berücksichtigt. Sie stellt nicht die traditionellen Methoden, wie Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung, in den Mittelpunkt, sondern betont den

² Vgl. z. B. Thomas Lampert/Christine Hagen (Hg.): *Armut und Gesundheit. Theoretische Konzepte, empirische Befunde, politische Herausforderungen.* Wiesbaden 2017; Andre M. N. Renzaho (Hg.): *Globalisation, Migration and Health: Challenges and Opportunities.* London 2016; Nico Vonneilich: *Sozialer Status, soziale Beziehungen und subjektive Gesundheit. Ergebnisse auf der Basis längsschnittlicher Analysen.* Münster 2016; Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit.* Wiesbaden 2015.

³ Aus der sehr umfangreichen Literatur zu diesem Thema seien nur die folgenden Arbeiten als Beispiele angeführt: Nicola Kaatzsch: *Psychosoziale Auswirkungen von Krieg und Gewalt auf die Gesundheit somalischer Kinder.* Diss. med. Hamburg 1999; Winfried Süß: *Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939–1945.* München 2003; Hannah Bradby/Gillian L. Hundt (Hg.): *Global Perspectives on War, Gender and Health. The Sociology and Anthropology of Suffering.* Farnham u. a. 2010; Livia Prüll/Philipp Rauh (Hg.): *Krieg und medikale Kultur. Patientenschicksale und ärztliches Handeln in der Zeit der Weltkriege 1914–1945.* Göttingen 2014; Wolfgang U. Eckart: *Medizin und Krieg. Deutschland 1914–1924.* Paderborn 2014.

⁴ Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). In: *Bundesgesetzblatt 2015, Teil I, Nr. 31, ausgegeben am 24. 7. 2015, S. 1368–1379.*

emanzipatorischen und politischen Charakter einer Gesundheitsförderung. Es wird eine Vielfalt von Handlungsfeldern angesprochen, für die sehr unterschiedliche Akteure kompetent und geeignet sind.⁵ Genau diese Vielfalt der Akteure findet in dem „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)“ Berücksichtigung. Als Akteure werden dabei unter anderem die Sozialversicherungsträger, die Leiterinnen und Leiter von Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betrieben und stationären Pflegeeinrichtungen angesprochen, Eltern und Lehrer, die Verantwortlichen für Arbeitsschutz, Behörden, Hochschulen und Ausbildungsstätten, auch Ärztinnen und Ärzte in allen möglichen Institutionen und Positionen. Das vernetzte Zusammenwirken dieser Akteure ist im Gesetz vorgesehen.

Im Juni 2015 legte die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina ihre Stellungnahme zu Public Health in Deutschland vor. Sowohl die Zusammenarbeit auf globaler Ebene als auch die Notwendigkeit von sektorübergreifenden Maßnahmen und die Beteiligung der gesamten Gesellschaft werden darin betont. Im internationalen Vergleich und gemessen am Potenzial der Public Health konstatieren die Autoren für Deutschland in diesem Bereich einige Lücken in der Umsetzung, so zum Beispiel bei der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention, im Umgang mit Ausbrüchen von Infektionskrankheiten, bei der Auswertung umfangreicher Datensätze und auch in der Kommunikation zwischen Wissenschaft und Politik. Die Lösungsvorschläge konzentrieren sich darauf, wie der Beitrag von Forschung und Wissenschaft zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu erhöhen ist und wie eine Reform der wissenschaftlichen Einrichtungen im Bereich Public Health in Deutschland dessen Rolle auf europäischer und internationaler Ebene heben lässt.

So werden zum Beispiel eine bessere Vernetzung in der Aus- und der Weiterbildung sowie eine Aufnahme von Elementen aus Public Health in die Curricula sämtlicher medizinischer und auch anderer Berufe empfohlen. Zudem soll die interdisziplinäre Forschung bei Erfüllung von Exzellenzstandards vorangetrieben werden. Das bislang brachliegende Potenzial von randomisierten und anderen Studien soll zur Beantwortung von Public Health-Fragen genutzt werden. Schließlich werden auch Translationsfragen thematisiert und die Verantwortung der Wissenschaft angesprochen, Wege für die Nutzung des von ihr generierten Wissens im Dienst der Gesundheitsförderung zu finden. Als Optionen für strukturelle Reformen gelten die Aufhebung der gegenwärtig bestehenden Zersplitterung und der Aufbau eines Netzwerkes Public Health und Global Health Deutschland, in dem sich über ein wettbewerbsorientiertes Finanzierungsprogramm kompetente und leistungsstarke Zentren herausbilden könnten. Auch ein neu ge-

⁵ Vgl. Alf Trojan: Das Konzept der Gesundheitsförderung in der Praxis. Aufgabe der Weltgesundheitsorganisation, der Gesetzlichen Krankenversicherung, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Kommune, des Arbeitgebers oder nur des Individuums? In: Sigrid Stöckel/Ulla Walter (Hg.): Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim/München 2002, S. 250–265.

gründetes Institut für Public Health und Global Health könnte als zentraler Knotenpunkt das landesweite Netzwerk unterstützen, koordinieren und fördern.⁶

Inwiefern nachhaltige Wirkungen aufgrund dieser seitens der Politik und der Wissenschaft in Deutschland im Hinblick auf die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit ergriffenen Aktivitäten entstanden sind, ist schwer zu beurteilen. In den Medien sind zu diesen Aktivitäten wenige Beiträge zu finden. Dort dominieren andere Meldungen die Debatte über Gesundheit, nämlich Artikel zur digitalen Gesundheit, Big Data und Smart Health. Die mit der Digitalisierung und Anwendung von Apps verbundene Praxis der Selbstkontrolle und Gesundheitsoptimierung findet dort eine sehr große Resonanz. Im August 2016 hat Axel Ekkernkamp, Direktor des Unfallkrankenhauses Marzahn in Berlin und Professor an der Universität Greifswald, im „Tagesspiegel“ in einem Artikel prognostiziert, dass durch die Digitalisierung das 21. Jahrhundert das „Jahrhundert der Ärzte und Patienten“ werden könne. Es entstehe eine bessere medizinische Versorgung bei einer höheren Kosteneffizienz. Der Fokus verlagere sich auf die Bedürfnisse der Nutzer. Er spricht von einer neuen Gesellschaft, der „Gesundheitsgesellschaft“. Diese sei dadurch gekennzeichnet, dass sich Gesundheit von einem Zustand zu einem aktiven Lebensgefühl wandle. Es gehe dabei um dauernde Selbstbefähigung zu einem Management gesundheitsförderlichen Verhaltens und um die Aufrechterhaltung und Steigerung von körperlicher und mentaler Fitness. Durch die digitale Revolution werde der Bürger zum zentralen Gesundheitsakteur, der dem Arzt seines Vertrauens auf Augenhöhe begegnen kann.⁷

In der medialen Diskussion sind die Verknüpfungen der Gesundheitsfrage mit den modernen Techniken sehr viel stärker präsent als es die Berichterstattung über die traditionellen Wege zur Gesundheitsförderung und Prävention ist. Verschiedene Studien zu medizinischen Apps zeigen, dass diese eine positive Auswirkung auf die Zunahme der körperlichen Aktivität, die Anpassung der Ernährung und die Gewichtskontrolle haben können. Auch Apps zum Selbstmanagement haben Therapietreue bei chronischen Erkrankungen und ihren Nutzen bereits nachgewiesen. Die mobilen Technologien besitzen höchstwahrscheinlich das Potenzial zur Steigerung der Leistungs- und Versorgungsqualität. Prävention und Gesundheitsförderung bieten ebenfalls breite Anwendungsfelder. Wenn man die Patienten fragt, so sind diese auch bereit, ihre Daten für Zwecke der Versorgungsforschung zur Verfügung zu stellen. Dies bedeutet, dass auch die Forschung von diesen Plattformen mit ihren Datenbanken profitieren könnte.⁸

⁶ Vgl. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina u. a. (Hg.): Public Health (wie Anm. 1), S. 58–72.

⁷ Axel Ekkernkamp: Big Data – eine große Chance für die Medizin. In: Tagesspiegel, 6. 8. 2016; online zugänglich unter: <http://www.tagesspiegel.de/wissen/digitale-revolution-big-data-eine-grosse-chance-fuer-die-medizin/14014876.html> (letzter Zugriff am 25. 4. 2018).

⁸ Vgl. Urs-Vito Albrecht (Hg.): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, 2016; online zugänglich unter: <http://www.digibib.tu-bs.de/?docid=00060000> (letzter Zugriff am 25. 4. 2018).

Ein vollkommen anderes Anwendungsgebiet wird derzeit an der Universität Osnabrück erforscht: Es geht um die Beschaffung von gesundheitsrelevanter Information im Falle einer Epidemie mithilfe von Twitter-Aktivitäten. Die Studie beruht auf der Annahme, dass in den modernen Kommunikationsmedien Informationen zu Krankheiten sehr schnell in Umlauf kommen. Wenn ein Mensch krank wird, dann teilt er das häufig in den mobilen Medien mit, und zwar noch bevor er zum Arzt geht und dieser eine offizielle Meldung schreiben und weiterleiten kann. Wenn viele Menschen sich so verhalten, lässt sich möglicherweise der Ausbruch einer Epidemie erkennen, bevor die Gesundheitsämter davon über das Meldewesen erfahren. Zwischen dem Beginn einer Infektion und dem Zeitpunkt, an dem die Daten zur Verfügung stehen, vergehen normalerweise zwei bis drei Wochen. Mithilfe der Twitter-Daten soll diese Spanne verkürzt und der Zeitpunkt genau vorhergesagt werden, zu dem sich zum Beispiel eine Grippeepidemie entwickelt. Wenn viele Menschen über die Grippe twittern, dann ist man – will man zuverlässige Angaben über einen Ausbruch der Epidemie sammeln – aber gezwungen herauszufinden, ob diese Tweets auch tatsächlich mit einer Grippeerkrankung der twitternden Personen zu tun haben oder ob diese nur allgemein darüber kommunizieren. Das Datenaufkommen muss also gefiltert werden. Dies soll durch eine Kooperation mit dem Weltkonzern IBM erreicht werden, der dafür das Computersystem „Watson“ zur Verfügung stellt. Mithilfe künstlicher Intelligenz wird versucht, die Daten danach zu filtern, ob konkret über eine Grippeerkrankung einer Person geredet wird, oder ob ganz allgemein die Grippe Thema ist. Das Projekt beruht augenblicklich auf amerikanischen Daten, da in den USA besonders viel getwittert wird.⁹

Zwei weitere Beispiele mögen noch beleuchten, wie sich die IT-Branche und Versicherungsgesellschaften von dieser Digitalisierung Vorteile versprechen. Am 23. August 2016 war im „Tagesspiegel“ zu lesen, dass Apple eine App für Patientendaten gekauft habe. Die erworbene Plattform macht es amerikanischen Patienten möglich, medizinische Unterlagen und Daten zu sammeln. Es geht darum, im Rahmen eines Geschäftsmodells die gesammelten Daten im Kontakt mit Ärzten und anderen Institutionen im Gesundheitswesen zu vermarkten. Aber nicht nur der profitable Verkauf von Daten, sondern auch der entstehende „gläserne Patient“ kann das Ergebnis dieser Datensammlung sein, mit allen Konsequenzen für eine individuelle Beitragseinstufung, die bei entsprechenden Risiken und Verhaltensbesonderheiten hoch ausfallen wird. Auch die Auflösung eines auf solidarischen Prinzipien beruhenden Krankenversicherungssystems kann durch diese Dynamiken angestoßen werden. Seit Juli 2016 gibt es die ersten Versicherungstarife in Deutschland, bei denen die Prämie abhängig vom Gesundheitsver-

⁹ Universität Osnabrück Pressemeldung: Mit Twitter-Daten Grippewelle vorhersagen – Universität Osnabrück kooperiert mit Weltkonzern IBM und ist „Watson“-Partner. Pressemeldung Nr. 181/2016, 3. 8. 2016; online zugänglich unter: https://www.uni-osnabrueck.de/presse_oeffentlichkeit/presseportal/pressemeldung/artikel/mit-twitter-daten-grippewelle-vorhersagen-universitaet-osnabrueck-kooperiert-mit-weltkonzern-ibm-und.html (letzter Zugriff am 25. 4. 2018).

halten der Versicherten variiert: Der Versicherer „Generali“ hat einen „Vitality-Tarif“ angeboten. Die Versicherten dokumentieren ihr Gesundheitsverhalten und sammeln Punkte, wodurch sie verschiedene Vorteile haben. Das Programm wird von einer Tochtergesellschaft betreut, die nur ausgewählte Daten an die Versicherungsgesellschaft übermittelt. Das Versicherungsunternehmen sieht sich nach eigener Aussage präventiv tätig, um Risiken zu senken. Dieses Programm gilt zunächst nur für Berufsunfähigkeits- und Risikolebensversicherungen, noch nicht für private Krankenversicherungen. Jedoch wird vom Unternehmen mitgeteilt, dass überlegt werde, einen solchen Tarif auch auf dem Gebiet der Krankenversicherung anzubieten.¹⁰

Hier werden neue Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung erkennbar: globale Unternehmen aus der IT-Branche¹¹ und Versicherungsunternehmen. Diese Firmen handeln nicht im Auftrag von gesundheitsfördernden Vereinen oder Gesundheitsbehörden. Sie agieren in ihrem eigenen Interesse als privates, profitorientiertes Unternehmen. Auf der anderen Seite stehen Millionen von Individuen, die ebenfalls als private Personen handeln. Dabei geht ein Individuum mit einem Unternehmen auf dem Feld der Gesundheitsförderung und -kontrolle eine unmittelbare Geschäftsbeziehung ein, bei der die Ärzteschaft, Behörden, die Wissenschaft und andere Institutionen nur noch eine Nebenrolle spielen. Die Herausforderungen, die das mit sich bringt, sind sehr vielfältig. Es seien hier nur einige Konsequenzen angedeutet. Sie reichen von der Unübersichtlichkeit der mittlerweile vorhandenen rund 100 000 Apps zur Gesundheit,¹² der fehlenden Transparenz, dem unreflektierten Einsatz bis hin zu der schon angesprochenen Möglichkeit der Firmen, über höchst sensible Daten zu verfügen.¹³

In diesem Prozess der Selbstkontrolle und -optimierung verlieren die traditionellen Gesundheitsinstanzen an Boden, während die Nutzer einerseits im Rahmen der Dokumentation von persönlichen Daten und einer kontinuierlichen Datenbewertung mit Rückkopplung an ihr Verhalten an Kontrolle über sich selbst im Sinne einer Selbstermächtigung gewonnen haben. Andererseits müssen aber auch

¹⁰ Sebastian Gluschak: Das Geschäft mit den Patientendaten. In: Tagesspiegel, 23. 8. 2016; online zugänglich unter: <http://www.tagesspiegel.de/wirtschaft/an-apple-a-day-das-geschaeft-mit-den-patientendaten/14446354.html> (letzter Zugriff am 25. 4. 2018).

¹¹ Vgl. z. B. Microsoft Health mit dem Einstiegstext: „Healthier living with Microsoft Health. Microsoft Health helps you live healthier by giving you actionable insights into how your physical activity benefits your overall health. View your Microsoft Band data and insights about your step counts, workouts, and even sleep quality in the web dashboard. Easy-to-understand graphs chart data that are important to help you understand your current, and changing, fitness levels“; online zugänglich unter: <https://www.microsoft.com/en-us/microsoft-health> (letzter Zugriff am 25. 4. 2018).

¹² Erstmals wurden 2017 Qualitätsprüfungen bei Gesundheitsapps in der Diabetestherapie vorgenommen; vgl. Kathrin Gießelmann: Erste Apps zertifiziert. In: Deutsches Ärzteblatt 114 (2017) 35–36, S. C 1329.

¹³ Lina Timm: Gesundheitsapps ohne Zulassung. In: FAZ.net, 17. 3. 2016; online zugänglich unter: http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheitsapps/niemand-ueberprueft-gesundheitsapps-14120863-p2.html?printPagedArticle=true#pageIndex_3 (letzter Zugriff am 25. 4. 2018).

die Nutzer einen Kontrollverlust hinnehmen, da über die Speicherung und Verwertung der gesammelten Daten kein Mitspracherecht besteht. Diese Daten befinden sich im Besitz der privaten Unternehmen, die entsprechende Hard- und Software zur Verfügung stellen und verkaufen.

Es spricht vieles dafür, dass mittlerweile zwei getrennte Aktivitätsfelder in der Gesellschaft existieren, die sich beide auf sehr unterschiedliche Weise mit Gesundheit, ihrer Förderung und ihrem Management befassen. Auf der einen Seite steht das traditionelle, von Wissenschaft, Politik und öffentlichen Institutionen betriebene Vorhaben, Public Health-Politik in allen Bereichen der Gesellschaft zu gestalten. Das Verfahren ist offen und transparent, es baut auf unterschiedlichste Akteure, Netzwerkbildung, Institutionalisierung und gestaltende Gesetzgebung. Auf der anderen Seite steht die, auch von der Faszination an neuen Techniken gespeiste, individuell motivierte und über Marktmechanismen regulierte höchst private Gesundheitsoptimierung. In der Summe leisten diese privaten Aktivitäten höchstwahrscheinlich einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Förderung einer gesunden Lebensführung, dem durchaus eine präventive Bedeutung hinsichtlich der öffentlichen Gesundheit zukommt. Doch entstehen umfangreiche Datensammlungen, auf die in erster Linie die neuen Akteure wie Apple, Google etc. Zugriff haben.¹⁴ Zwischen den beiden Aktivitätsfeldern scheinen nur relativ wenige Überschneidungen zu bestehen. Es wäre vielleicht möglich, die Daten für die Forschung nutzbar zu machen; doch müssten zu diesem Zweck kommerzielle Vereinbarungen mit den Firmen, die im Besitz der Daten sind, getroffen werden. Als Alternative könnte man neue partizipative Plattformen, getragen zum Beispiel von Gesundheitsbehörden und Patientenvereinigungen einrichten, bei denen die Nutzer auch die Kontrolle über die Verwendung ihrer Daten besitzen und entscheiden können, ob und wenn ja, wie diese weiter verwertet werden.¹⁵ Diese Entwicklungen und die daraus resultierenden Fragen und Herausforderungen sind Folgen neuer Kulturtechniken und neuer Kommunikationsformen, aus denen unterschiedliche Selbstverortungen der Individuen wie ganzer sozialer Gruppen hervorgehen. Dementsprechend müssten Präventionsanstrengungen diesen Veränderungen Rechnung tragen und den kulturellen und sozialen Wandel sehr viel stärker als bislang bei der Formulierung neuer Präventionsstrategien berücksichtigen.

¹⁴ Vgl. Gerd Gigerenzer/Kirsten Schlegel-Matthies/Gert G. Wagner: Digitale Welt und Gesundheit. eHealth und mHealth – Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitsbereich. Hg. v. Sachverständigenrat für Verbraucherfragen beim Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz. Berlin 2016; online zugänglich unter: <http://www.svr-verbraucherfragen.de/wp-content/uploads/Digitale-Welt-und-Gesundheit.pdf> (letzter Zugriff am 25. 4. 2018).

¹⁵ Vgl. Dirk Helbig u. a.: Eine Strategie für das digitale Zeitalter. In: Spektrum der Wissenschaft: Das Digital-Manifest. Sonderausgabe 12/2015, S. 20–23; online zugänglich unter: <http://www.spektrum.de/thema/das-digital-manifest-algorithmen-und-big-data-bestimmen-unsere-zukunft/1375924> (letzter Zugriff am 23. 10. 2017).

Eberhard Wolff¹⁶ hat diese neuen Gegebenheiten zum Anlass genommen, bisherige Konzepte öffentlicher Gesundheitsförderung zu hinterfragen. Er sieht in diesem Prozess ein stark gewandeltes Verständnis und eine veränderte Praxis von kollektiver Gesundheit. Er stellt die grundsätzliche Frage, ob mit dem herkömmlichen Begriff von Public Health als einem System kollektiver Gesundheit unter dem Aspekt staatlicher Kontrolle und Regelung diese Entwicklungen noch ausreichend greifbar sind. In der Auseinandersetzung mit Erklärungsmodellen, wie dem der Privatisierung und Responsibilisierung von Gesundheit, oder dem der Gouvernamentalität als „Regierungstechnik“ im Gesundheitsbereich, sucht er nach angemesseneren Konzepten zur Beschreibung kollektiver Gesundheit. Dabei nimmt er das Konzept der „Gesundheitsgesellschaft“ auf, in dem subjektive Verfassungen nicht mehr als ausschließlich fremdbestimmter Zwang zur „Selbstoptimierung“ verstanden werden müssen, sondern auch als Gehalte von Autonomie und Selbstermächtigung gelesen werden können. In den dynamischen Veränderungen der gesundheitsbezogenen Gegenwart existiert ein Konglomerat von staatlichen, nichtstaatlichen, wirtschaftlichen Gruppen und formellen wie informellen Interessenvertretern, in dem Patienten und Patientinnen zu wesentlich bedeutenderen Akteuren als früher werden. Dabei stellt sich auch die Frage, ob die durch die neuen Technologien gegebene Möglichkeit, eine komplexe Selbststeuerung des gesundheitsrelevanten Verhaltens zu entwickeln, sich gegenüber einer staatlichen Steuerung und Beeinflussung positiv heraushebt. Denn anders als eine reglementierende und sanktionierende staatliche Kontrolle kann die im Rahmen einer eigenverantwortlichen Selbstoptimierung mit ihrem Gehalt an Autonomie erfolgende Selbstermächtigung als eine subjektiv gewollte Gestaltung des Selbst angesehen werden und damit möglicherweise auch eine nachhaltigere Wirkung entfalten.

In diesen kulturellen und sozialen Veränderungen wird nicht nur Krankheit zu einer eher graduellen oder relationalen Größe, sondern auch Gesundheit zunehmend aufgelöst und mit Fitness, Ästhetik und Leistungsfähigkeit verwoben. Zudem lässt sich immer weniger Öffentliches von Privatem trennen. Ähnliches gilt für die Unterscheidung zwischen individuellem und kollektivem Handeln. Der Gesundheitsbereich wird stärker von Marktgesetzen als von institutionellem Ordnungshandeln beeinflusst. „Wissenschaftlichkeit“ ist ein in der Bedeutung zurückgehendes Abgrenzungskriterium im Gesundheitsmarkt. Diese vielschichtige

¹⁶ Der Tagungsbeitrag von Eberhard Wolff kann in diesem Band leider nicht gedruckt werden. Für andere Arbeiten des Autors vgl. Eberhard Wolff: *Einschneidende Maßnahmen. Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts*. Stuttgart 1998; ders.: *Funktionsweise von Gesundheitsberatung im Medienensemble. Das Modell „Bircher-Benner“*. In: Michael Simon u. a. (Hg.): *Bilder. Bücher. Bytes. Zur Medialität des Alltags*. Münster 2009, S. 83–99; ders.: *Medikale Landschaften. Das Sanatorium als gedachte und gelebte Gesundheitsgeographie*. In: Nicholas Eschenbruch/Dagmar Hänel/Alois Unterkircher (Hg.): *Medikale Räume. Zur Interdependenz von Raum, Körper, Krankheit und Gesundheit*. Bielefeld 2010, S. 21–41; ders.: *Medizin und Ärzte im deutschen Judentum der Reformära. Die Architektur einer modernen jüdischen Identität*. Göttingen 2014.

Entwicklung mit ihren neuen Dynamisierungen und Bedeutungsverschiebungen könnte in dem Konzept der „Gesundheitsgesellschaft“ möglicherweise ein tragendes Modell finden.¹⁷

Abgesehen von diesen Fragen sind es noch zwei weitere Entwicklungen der letzten Jahre, die möglicherweise einen Einfluss auf die Gestaltung der öffentlichen Gesundheit haben könnten. Als Erstes ist zunächst die prädiktive genetische Diagnostik zu nennen, die durch frühzeitige Tests eventuell bestehende genetische Dispositionen feststellen kann, um durch möglichst baldige Intervention im Sinne einer Prävention den Ausbruch einer Krankheit zu verhindern. Die durch die Anwendung dieser Tests, die zunehmend leichter verfügbar werden, aufgeworfenen Fragen ethischer und sozialrechtlicher Natur wie auch die nach gesundheitspolitischen Auswirkungen sind schon seit Jahren Gegenstand intensiver Diskussionen.¹⁸ Als Zweites ist die mit der Gendiagnostik teilweise verbundene individualisierte oder personalisierte Medizin anzuführen. Sie basiert auf den beiden Voraussetzungen, dass Menschen mit unterschiedlichen Krankheitsrisiken und zudem verschiedene Gruppen von Personen mit vergleichbaren Krankheiten existieren. Medikamente oder andere Behandlungen können bei denjenigen, die zu diesen Patientengruppen zählen, den individuellen Wirkungsmustern entsprechend verabreicht werden. In diesem Zusammenhang sollen auch individuelle Differenzen in der genetischen Ausstattung bei der Therapieentscheidung stärker berücksichtigt werden als bisher. Das Ziel besteht in einer genaueren und optimierten Behandlung von definierten Patientengruppen.¹⁹ Die individualisierte Medizin bietet Chancen für mehr Patientensicherheit. Da aber diese Art der Medizin sozialrechtliche und ethische Risiken birgt und zudem mit sehr hohen Kosten verbunden ist, die eine solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens an ihre Grenzen brin-

¹⁷ Die erstmals 2006 publizierte Monografie von Ilona Kickbusch zur Gesundheitsgesellschaft ist mittlerweile in vollständiger Überarbeitung erneut erschienen; Ilona Kickbusch: Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsfördernde Politik. Bern 2014. Nach 2006 erschienen zahlreiche Monografien, die das Konzept der Gesundheitsgesellschaft, teilweise kritisch, aufnahmen: Karl Krajic: Soziologie der Gesundheitsgesellschaft. Wiesbaden 2009; Bettina Paul: Risiko Gesundheitsgesellschaft. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft. Wiesbaden 2010; Adele Diederich: Priorisierte Medizin. Ausweg oder Sackgasse der Gesundheitsgesellschaft. Berlin 2011.

¹⁸ Regine Kollek/Thomas Lemke: Der medizinische Blick in die Zukunft. Gesellschaftliche Implikationen prädiktiver Gentests. Frankfurt a. M. 2008; Nils B. Heyen: Gendiagnostik als Therapie. Die Behandlung von Unsicherheit der prädiktiven genetischen Beratung. Frankfurt a. M. u. a. 2012; Ariane Schroeder: Das Recht auf Nichtwissen im Kontext prädiktiver Gendiagnostik. Eine Studie zum ethisch verantworteten Umgang mit den Grenzen des Wissens. Wiesbaden 2015.

¹⁹ Vgl. z. B. Regine Kollek: Individualisierung medikamentöser Therapie? Implikationen der Pharmakogenetik für Patienten und Gesundheitswesen. Abschlussbericht/Forschungsschwerpunkt Biotechnik, Gesellschaft und Umwelt, FG Medizin/Neurowissenschaft. Hamburg 2003; Mariacarla Gadebusch Bondio/Elpink Katsari (Hg.): Gender-Medizin. Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin. Bielefeld 2014; Martin Frank: Gesundheitsökonomische Aspekte der Individualisierung der Medizin. Diss. rer. pol. Hannover 2015; Isabel Klusmann/Effy Vayena (Hg.): Personalisierte Medizin. Hoffnung oder leeres Versprechen? Zürich 2016.

gen könnte, ist recht zweifelhaft, ob sie einen nachhaltigen, positiven Einfluss auf Gesundheitsförderung und Stärkung der öffentlichen Gesundheit haben wird.

Die eben skizzierten, aktuellen kulturellen und sozialen Veränderungen und die damit verbundenen Fragen bilden zwar Referenzpunkte für die Beiträge des vorliegenden Bandes, doch stehen sie mit ihrer Komplexität nicht im Zentrum der historischen Betrachtung. Der Blick in die Vergangenheit soll aber auch für die gegenwärtige Diskussion zum Thema nutzbar gemacht werden. So kann man zum Beispiel fragen, wie sich in den verschiedenen gesellschaftlichen und politischen Situationen die Ambivalenzen und Mehrdeutigkeiten des Diskurses über Gesundheit entfaltet und wie sich die Umsetzung der Vorstellungen in die Praxis gestaltete. Hierbei kann die Sensibilität für die Abgrenzung von Handlungsspielräumen und ihre Erweiterungen vergrößert werden. Es zeigen sich dabei nicht nur höchst unterschiedliche Akteure und Akteursgruppen, sondern es wird auch deutlich, wie sich die Vorstellungen von Gesundheit und der Kontext, in dem Gesundheit gefördert werden sollte, gewandelt haben und wie programmatische Schritte zur politischen Umsetzung auch mit nicht gewünschten Konsequenzen, wie Einschränkung von Freiheiten, verbunden waren. Eine produktive Auseinandersetzung mit der Vergangenheit könnte zum Beispiel das gemeinsame oder gegeneinander gerichtete Agieren der Akteure in den Blick nehmen oder den unterschiedlichen Umgang mit Ambivalenzen in der Anwendung von Reglements zur Gesundheitsförderung in den Fokus der Erörterung rücken.

Die historische Bearbeitung des Themas „Öffentliche Gesundheit“ hat innerhalb der historischen Wissenschaften bereits eine länger dauernde Tradition. Grundlegende medizinhistorische Arbeiten zu dem Thema erschienen in den 1950er-Jahren, wie zum Beispiel der Klassiker von George Rosen (1910–1977).²⁰ Auch der Schweizer Medizinhistoriker Henry E. Sigerist (1891–1957), der in Leipzig und dann in den USA wirkte, hat in seinem sozialhistorischen Ansatz entscheidende Untersuchungsfragen zur öffentlichen Gesundheit und Prävention explizit thematisiert.²¹ Diese Untersuchungen waren auf die traditionellen staatlichen und kommunalen Akteure und die entsprechenden Methoden der Gesundheitsaufklärung und der Gesundheitserziehung konzentriert. Spätere Arbeiten legten unter anderem einen besonderen Schwerpunkt auf die Auslotung der gesundheitsvorsorgenden Möglichkeiten des „öffentlichen Gesundheitsdienstes“.²²

²⁰ George Rosen: *A History of Public Health*. New York 1958. Das Buch wurde 1993 posthum nochmals publiziert und auch 2015 mit einer Einleitung von Elizabeth Fee und einem biografischen Essay sowie neuer Bibliografie von Eduard T. Morman erweitert erneut veröffentlicht; vgl. ders.: *A History of Public Health*. Baltimore 2015. Vgl. ders.: *Preventive Medicine in the United States 1900–1975. Trends and Interpretations*. New York 1975. Auch dieses Werk wurde später erweitert erneut publiziert: Bonnie Bullough/ders.: *Preventive Medicine in the United States 1900–1990. Trends and Interpretations*. Canton, MA 1992.

²¹ Henry E. Sigerist: *A History of Medicine*. Bd. 1. New York 1951, S. 7–10.

²² Vgl. z. B. Alfons Labisch in Zusammenarbeit mit Florian Tennstedt: *Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge. Problemsichten und Problemlösungen kommunaler und staatlicher Formen der Gesundheitsvorsorge, dargestellt am Beispiel des öffentlichen Ge-*

Die meisten Studien, die einen Schwerpunkt auf die Frage des Gesundheitssystems, die Gesundheitspolitik bei der Bekämpfung von Krankheiten und der Umsetzung der Prävention legten, bewegten sich in den Dimensionen der Analyse der traditionellen Akteure, teilweise unter Einbeziehung eines internationalen Vergleichs.²³ In der deutschen Diskussion erhielt die Analyse der unterschiedlichen Gesundheitssysteme der beiden deutschen Staaten eine besondere Bedeutung,²⁴ nicht zuletzt auch in dem Bemühen, nach 1989 für eventuell bevorstehende Umstrukturierungen des Gesundheitssystems im gesamtdeutschen Kontext Denkansätze für eine grundlegende Reform zu erhalten.²⁵ In zahlreichen Studien wurden auch besondere Epidemien und Infektionskrankheiten, wie zum Beispiel die Geschlechtskrankheiten, historisch analysiert.²⁶ In all diesen historischen Arbeiten sind die oben skizzierten Entwicklungen der letzten zwanzig Jahre naturgemäß noch nicht berücksichtigt worden. Auch das 1994 erschienene Werk über die

sundheitsdienstes. Frankfurt a. M. 1988; Dieter Grunow/Vera Grunow-Lutter: Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Eine Untersuchung über Handlungsspielräume und Restriktionen im Rahmen kommunaler Gesundheitspolitik. Weinheim 2000; Axel C. Hüntelmann/Johannes Vossen/Herwig Czech (Hg.): Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland, 1870–1950. Husum 2006.

²³ Vgl. z. B. Hans Schaefer/Heinrich Schipperges/Gustav Wagner (Hg.): Gesundheitspolitik. Historische und zeitkritische Analysen. Köln 1984; Wolfgang Woelk/Jörg Vögele (Hg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Berlin 2002; Sigrid Stöckel/Ulla Walter (Hg.): Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim/München 2002; Ulrike Lindner: Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich. München 2004; Udo Schagen/Sabine Schleiermacher (Hg.): 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland. Berlin 2005.

²⁴ Gabriele Moser: „Im Interesse der Volksgesundheit...“. Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte des deutschen Gesundheitswesens im 20. Jahrhundert. Frankfurt a. M. 2002; Horst Spahr: Das Gesundheitswesen in der Periode wachsender äußerer und innerer Widersprüche, zunehmender Stagnation und Systemkrise bis zur Auflösung der bestehenden sozialistischen Ordnung der DDR (1981–1989). Berlin 2003; Heike Krumbiegel: Polikliniken in der SBZ/DDR. Konzeption und Umsetzung öffentlicher, poliklinischer Einrichtungen unter der besonderen Berücksichtigung Brandenburgs. Frankfurt a. M. 2007.

²⁵ Wilhelm Thiele (Hg.): Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Denkansätze für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat. Sankt Augustin 1990; Thomas Elkeles u. a. (Hg.): Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990. Berlin 1991; Hans-Ulrich Deppe/Hannes Friedrich/Rainer Müller (Hg.): Gesundheitssystem im Umbruch: Von der DDR zur BRD. Frankfurt a. M./New York 1993.

²⁶ Vgl. z. B. Dominique Puenzieux: Medizin, Moral und Sexualität. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Syphilis und Gonorrhö in Zürich 1870–1920. Zürich 1994; Lutz Sauerteig: Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Stuttgart 1999. Eine Besonderheit war die gegen AIDS/HIV gerichtete Politik, die die damalige Gesundheitsministerin Rita Süßmuth ab 1985 gegen viele Widerstände durchsetzen konnte. Diese setzte auf Eigenverantwortung der Betroffenen, vorbeugende Schutzmaßnahmen und solidarische Hilfe. Vgl. Rita Süßmuth: AIDS. Wege aus der Angst. Hamburg 1987.

Geschichte von Public Health im modernen Staat, herausgegeben von Dorothy Porter, hat diese Thematik noch nicht aufgreifen können.²⁷

Bereits in dem am Anfang der Entwicklung eines modernen staatlichen Gesundheitswesens stehenden Konzept der „Vollständigen medicinischen Polizey“ von Johann Peter Frank (1745–1821)²⁸ werden die Ambivalenzen einer staatlich verordneten und kontrollierten Gesundheitspolitik deutlich greifbar. Frank verfasste dieses Werk explizit nicht für Ärzte, sondern für die Obrigkeit. Ziel war es, eine möglichst umfassende Gesundheit im Interesse des Staatswohls herzustellen. Geprägt von den Gedanken der Aufklärung, durchtränkt von den Ideen des Kammalismus und Merkantilismus ging es darum, durch reglementierende Fürsorge für eine möglichst hohe Anzahl gesunder Untertanen zum Wohle des Gemeinwesens zu sorgen. Dabei stellte er individuelle Freiheiten in den Hintergrund, die Förderung von Gesundheit sollte primär über Gesetze, Verordnungen, Kontrollen, Überwachungen und Strafen erfolgen. Diese Überwachungsreglements wurden bereits von den Zeitgenossen als höchst problematische Einschränkungen der persönlichen Freiheit kritisiert, sodass sich Frank gezwungen sah, in der zweiten Auflage von 1784 auf diese Vorwürfe einzugehen. In sehr entschiedener Weise wies er die Kritik zurück.²⁹ Mit diesem sich schon vor rund 240 Jahren manifestierenden Antagonismus zwischen dem staatlichen Reglement zugunsten einer Gesundheitsförderung und der daraus resultierenden Einschränkung individueller Freiheiten ist eine grundsätzliche Widerspruchslinie benannt, die seitdem in mehr oder weniger ausgeprägter Form auf dem Feld der Gesundheitsfürsorge existiert. Vor dem Hintergrund der oben dargelegten neuesten Entwicklungen stellt sich die Frage, ob mit der über die modernen Techniken ermöglichten Selbstermächtigung individueller Akteure diese Freiheitsfrage grundsätzlich gelöst ist oder sie nur auf eine andere Ebene verschoben wurde.

Eine Gesundheitspolitik, die sich stark an wissenschaftlichen zeitgenössischen Erkenntnissen orientiert und diese zum Beispiel mithilfe von Gesetzen umsetzen möchte, ist mit dem Risiko behaftet, bei dieser Verschränkung von Wissenschaft und Politik in Widerspruch zu den Alltagswelten und den Lebensentwürfen der betroffenen Menschen zu geraten. Michel Foucault (1926–1984) nahm mit dem Konzept der „Biopolitik“ dieses Problem auf und lieferte damit auch einen Analyserahmen, in dem Gesundheitspolitik untersucht und hinterfragt werden kann.³⁰ Welche Auswirkungen hatte und hat diese Verschränkung von Humanwissen-

²⁷ Vgl. Dorothy Porter (Hg.): *The History of Public Health and the Modern State*. Amsterdam/Atlanta 1994.

²⁸ Schon vor einhundert Jahren wurde seine Bedeutung für die soziale Hygiene historisch bearbeitet; vgl. Karl Eitel Friedrich Schmitz: *Die Bedeutung Johann Peter Franks für die Entwicklung der sozialen Hygiene*. Berlin 1917; Rüdiger Haag: *Johann Peter Frank (1745–1821) und seine Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit*. Hamburg 2011.

²⁹ Johann Peter Frank: *System einer vollständigen medicinischen Polizey*. Bd. 1. Mannheim 1784, S. XVIII–XXI.

³⁰ Vgl. zur Biopolitik Michel Foucault: *Vorlesung vom 17. März 1976*. In: ders.: *In Verteidigung der Gesellschaft*. Vorlesungen am Collège de France (1975–76). Frankfurt a. M. 1999, S. 276–305.

schaften und Politik, bei der mithilfe von Wissensordnungen neue Sozialtechniken entwickelt und angewandt wurden, die zum Beispiel auf die Regulierung der biologischen Parameter einer Bevölkerung zielen? Wie wurden Selbstbestimmung und Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen und Entscheidungen beeinflusst? Spätestens mit dem gesundheitspolitischen Programm von Alfred Grotjahn (1869–1931) in den ersten Dekaden des 20. Jahrhunderts, seiner starken Betonung der Autorität der Wissenschaften und der Erhebung der Wissenschaft zur Leitreferenz sind die unterschiedlichsten Auswirkungen der biopolitischen Dimension von Gesundheit nicht mehr zu übersehen.³¹

Aktuelle Fragen und ethische Herausforderungen

Im ersten Teil des Bandes werden einige grundsätzliche Fragen erörtert, die mit dem Konzept der öffentlichen Gesundheit verknüpft sind. Alfons Labisch³² thematisiert den „öffentlichen Werth der Gesundheit“ und fragt, was eine Gesellschaft dazu bringt, gesund sein und bleiben zu wollen. Bei der Suche nach historischen Motiven einer Gesellschaft, gesund sein zu wollen, könnten sehr grundsätzliche, auch menschenrechtliche Aspekte in den Blick genommen werden. So würden bei einer Betrachtung der entsprechenden Debatte in Deutschland zur Zeit der Medizinalreform 1848/1849 die damals erhobene Forderung nach einem „unzweifelhaften“ Recht des Einzelnen auf eine gesundheitsgemäße Existenz³³ oder eine Auffassung von Gesundheit als einziges Eigentum der Besitzlosen³⁴ oder als das natürliche, angeborene Recht eines jeden Menschen³⁵ die Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Damit wären verschiedene historisch greifbare Antwortmöglichkeiten hinsichtlich einer Motivation, gesund bleiben zu wollen, gegeben. Man könnte auch die Vorstellungen Max von Pettenkofers (1818–1901) im Hinblick auf

³¹ Alfred Grotjahn: Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene. Berlin 21915.

³² Vgl. z. B. seine Arbeiten Alfons Labisch/Florian Tennstedt: Der Weg zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland. Düsseldorf 1985; ders.: Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt a. M. 1992; ders./Reinhard Spree (Hg.): „Einem jedem Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt a. M. u. a. 1996; ders./Wolfgang Woelk/Silke Fehleemann: Öffentliche Gesundheit als Handlungsfeld der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte des Landes Nordrhein-Westfalen und der Bundesrepublik Deutschland. Ein Bund-Länder-Vergleich. Bielefeld 1998.

³³ Rudolf Virchow: Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie. In: Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und klinische Medicin 2 (1849), S. 143–322, hier: S. 317.

³⁴ Salomon Neumann: Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum. Kritisches und Positives mit Bezug auf die preußische Medizinalverfassungsfrage. Berlin 1847, Vorwort.

³⁵ Rudolf Leubuscher: Zur Reform der Sanitätspolizei. In: Die medicinische Reform 1 (1848), S. 11f.

ihren Motivationsgehalt zum Erhalt der Gesundheit hinterfragen. Zur Förderung der Gesundheit definierte er die Hygiene als eine „Gesundheitswirtschaftslehre“. Gesundheit wurde kapitalisiert, zu einem Gut und Vermögen erklärt, das vererbt, aber auch erworben, vermehrt, aber auch vermindert werden könne. Die Förderung der öffentlichen Gesundheit, die vom Staat oder den Gemeinden anzustreben sei, gestaltete sich in seinen Darlegungen zur Anlage eines Kapitals, welches hohe Zinsen trage. Es gebe kein besser individuell oder öffentlich angelegtes Kapital, als das zur Erhaltung und Vermehrung der Gesundheit verwendete.³⁶ Die Kapitalvermehrung ist bei Pettenkofer als deutliche Motivation einer Förderung der öffentlichen Gesundheit auszumachen.

Alfons Labisch verfolgt einen anderen Weg. Er geht davon aus, dass die Gestaltung der öffentlichen Gesundheit immer auch Fragen zu staatlicher Gewalt und expliziter Macht aufwerfe. Auf dieser Basis erörtert er, ob aufgrund der aktuellen Situation in Deutschland, im Lichte der entwickelten historisch-systematischen Perspektive, die Zeit reif ist, um eine neue Ära öffentlicher Gesundheitssicherung einzuleiten. Dazu erläutert er in einem ersten Teil verschiedene theoretische Grundlagen und stellt Analogien zwischen der individuellen und öffentlichen Medizin her. Sodann geht er auf ausgewählte historische Grundlagen ein, die er historisch systematisiert, um auf dieser Grundlage Eckpunkte für die aktuelle Debatte zu formulieren.

Gesundheit versteht er als normativen Begriff, der die biologische Ordnung von Individuum und Gesellschaft repräsentiert. Öffentliche Gesundheit wird als öffentlicher Wert zu einem Aspekt der Handlungsoptionen von Gemeinschaften und Staaten, soweit diese Handlungen biologisch erklärbar sind beziehungsweise erklärt werden. Weiterhin sind auch die divergierenden Konzepte öffentlicher Gesundheit und die Möglichkeit, massenhaft auftretende Krankheiten im Bereich der Individualmedizin zu behandeln, für die Wahrnehmung einer unerwarteten kollektiven Bedrohung und der daraus erwachsende Handlungsdruck von Bedeutung.

Anhand historischer Beispiele erarbeitet Alfons Labisch in einem idealtypischen Vergleich mit den Umgebungsbedingungen der Individualmedizin ein Modell für Ärzte beziehungsweise medizinische Wissenschaftler/Experten in der öffentlichen Gesundheitssicherung: Thematisiert werden dabei „Öffentlichkeit“, Lebensgemeinschaften, Städte, Staat. Grundsätzliche Unterschiede anhand von Macht und Machtgefällen, divergierenden und konkurrierenden Entscheidungsträgern, Geld und Investitionen werden herausgestellt. Bei der Erörterung der Grundfrage nach den Motiven einer Gesellschaft beziehungsweise Teilen einer Gesellschaft, gesund sein zu wollen, wird auch die Rolle des medizinischen Experten an zentraler Stelle angesprochen. Schließlich thematisiert Labisch die Risikogesellschaft und spricht besondere Strategien gegenüber den „people at risk“/AIDS-Kranken an. Dabei sind die Ausführungen von der zentralen Erörterung bestimmt, welche Anknüpfungspunkte und Chancen sich ergeben, wenn das von ihm erarbeitete Modell auf die aktuelle Situation übertragen wird.

³⁶ Max von Pettenkofer: Über den Werth der Gesundheit für eine Stadt. Braunschweig 1873.

Rainer Müller³⁷ aus Bremen erörtert mit seinen Co-Autoren Karl-Heinz Wehkamp³⁸ und Joachim Larisch³⁹ im zweiten Beitrag die Frage, welchen Herausforderungen sich Public Health heutzutage angesichts der Entwicklungen in den Biowissenschaften, der Biomedizin, den Biotechnologien und den weltwirtschaftlich eingebundenen digitalen Informationstechnologien gegenüber sieht. Die Autoren skizzieren, was diese Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften, die sich als die Wissenschaften von Public Health verstehen, konzeptionell, theoretisch wie methodologisch bedeuten. Da öffentliche Gesundheitssicherung als Teil von Sozialstaatlichkeit anzusehen ist, werden die dramatischen Veränderungen im Gesundheitssektor nicht ohne Konsequenzen für die Konzeptionen und Praktiken in den klassischen Institutionen der Sozialpolitik wie Kranken-, Renten-, Unfall-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung beziehungsweise weitere auf Erwerbsarbeit bezogene Politiken sein.

In den letzten 150 Jahren wurden Sicherheit und Gesundheit in den Industriegesellschaften zu normativen Konzepten, die gestaltende Kraft entfalteten. Die drei zentralen Wohlfahrtsproduzenten „Staat“, „Markt“ und „Familie“ haben je nach dem Verhältnis der drei Bereiche zueinander die Grundprinzipien „Teilhabe“, „Gerechtigkeit“ und „Solidarität“ ausgestaltet. Diese unterliegen einem dynamischen politökonomischen Gestaltungsprozess im Spannungsfeld von Marktfreiheit und Bürgerfreiheit. Ihre jeweils historische Ausprägung ist zudem Ergebnis des Zusammenwirkens von Wirtschaftsordnung, dem Modus der Vergesellschaftung, den Konzepten zum Personenbegriff, zum Bürgerstatus wie auch zum Freiheitsverständnis. Diese Orientierung von Public Health beziehungsweise Gesundheitspolitik blieb auch vorherrschend, als in den 1980/1990er-Jahren Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt in den gesetzlichen Auftrag aufgenommen wurden. Waren schon bislang im Kontext von Gesundheitspolitik beziehungsweise Public Health Widersprüche, Ambiguitäten, Paradoxien und Unzulänglichkeiten offensichtlich, so wird es mit den modernen Entwicklungen Herausforderungen

³⁷ Aus den zahlreichen Arbeiten zur Arbeitsmedizin und Gesundheitsförderung vgl. z. B. Rainer Müller/Rolf Rosenbrock (Hg.): *Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven*. St. Augustin 1998; Uwe Helmert/Karin Bammann/Wolfgang Voges/ders. (Hg.): *Müssen Arme früher streben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland*. Weinheim/München 2000; ders.: *Gesundheit im Spannungsfeld individuellen Handelns und institutioneller Steuerung*. Bremerhaven 2002; ders./Detlev Ganten/Joachim Larisch: *Public Health: Gesundheit ist mehr als Medizin*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 111 (2014) 14, S. A 1900–A 1902.

³⁸ Vgl. Karl-Heinz Wehkamp (Hg.): *Gesundheit und öffentliche Verantwortung. Streit um die bessere Moral? Rehburg-Loccum 1996*; ders.: *Die Ethik der Heilberufe und die Herausforderungen der Ökonomie*. Dortmund 2004; ders.: *Global health und Ethik. Versuch einer Annäherung*. In: Peter Schröder-Bäck/Joseph Kuhn (Hg.): *Ethik in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Weinheim/Basel 2016, S. 332–343.

³⁹ Joachim Larisch: *Arbeitsschutz und ökonomische Rationalität. Ansätze und Grenzen einer „Verbetrieblichung“ von Sicherheit und Gesundheitsschutz*. Berlin 2009; Rainer Müller/Joachim Larisch: *Arbeitsschutz in der Flugbegleitung. Arbeitsanforderung, Rhythmen, Schlaf und Erholung*. Berlin u. a. 2011.

geben, auf die ein emanzipatorisches Public Health-Konzept mit anderen Überlegungen und Konzeptionen antworten sollte.

Hierzu stellen die Autoren das Konzept „Human- und Arbeitsvermögen im Lebenslauf“ vor. Mithilfe des Konzepts des Humanvermögens können sowohl die biologischen als auch die subjektiven personalen Dimensionen und die gesellschaftlichen sowie die staatlichen Bedingungen in ihren wechselseitigen Dynamiken im Lebenslauf veranschaulicht werden. Dadurch kommt die Bedeutung von Public Health in der Doppelperspektive, nämlich ein individuelles und zugleich öffentliches Gut auch in ökonomischer Sicht zu sein, ins Spiel. Außerdem erhält die Medizin mit ihren personenbezogenen Dienstleistungen einen öffentlichen Stellenwert. Medizin kann in ihrer Public Health-Relevanz wahrgenommen und es kann nach ihrem Beitrag zur Sicherung des Humanvermögens im Lebenslauf gefragt werden. Diese Erörterung führen die Autoren unter anderem vor dem Hintergrund eines Paradigmenwechsels in den Lebenswissenschaften, des globalen Gesundheitsmarkts als Wachstumsmarkt, der Herausforderungen durch „Big Data“ und der Neubestimmungen von Subjektivität, Personalität und Leiblichkeit in einer digitalen synthetischen Techno-Welt durch. Sie zeigen, wie in Anbetracht dieser neuen Herausforderungen im Rahmen des Konzepts von Public Health und Global Health auch neue Strategien entwickelt werden können.

Ein weiterer Aspekt der aktuellen Diskussion betrifft die ethischen Implikationen, die mit der Umsetzung populationsbezogener Maßnahmen zur Gesundheitsförderung verbunden sind. Schon vor 240 Jahren riefen die Vorschläge von Johann Peter Frank zu staatlichen Gesundheitsreglementierungen heftige Reaktionen hervor, in denen die Einschränkungen individueller Freiheiten deutlich beklagt wurden. Diese Spannungen bestimmen seitdem mehr oder weniger die Erörterungen über die entsprechenden Konsequenzen populationsbezogener Gesundheitskonzepte hinsichtlich einer möglichen Einschränkung der individuellen Selbstbestimmung. Georg Marckmann⁴⁰ diskutiert die ethischen Bewertungen von Public Health-Maßnahmen auf der Grundlage, dass populationsbezogene Interventionen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung gegenüber individuellen medizinischen Eingriffen aus ethischer Perspektive verschiedene Besonderheiten aufweisen. Da sich Public Health mit der Gesundheit in Populationen und Subpopulationen befasst, können Konflikte insbesondere mit der Autonomie des Einzelnen entstehen, die gegenüber dem populationsbezogenen Nutzen abzuwägen sind. Public Health entwickelt Strategien zur Verbesserung des Gesundheitszustands von Bevölkerungsgruppen. Da Public Health-Maßnahmen in die Autonomie und das Wohlergehen der betroffenen Menschen eingreifen, ergibt sich ein besonderer Legitimationsbedarf, der auch ethische Aspekte umfasst. Bei der Nutzen-Schadens-Abwägung dieser Interventionen muss der poten-

⁴⁰ Georg Marckmann (Hg.): Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang. Stuttgart u. a. 2003; ders. (Hg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin. Berlin 2015; ders./Manfred G. Krukemeyer/Urban Wiesing (Hg.): Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit. Stuttgart 2017.

zielle gesundheitliche Nutzengewinn für die Population gegen möglichen Schaden auf individueller Ebene abgewogen werden, wobei auch trotz einer Orientierung an populationsbezogenen Durchschnittswerten von gesundheitlichem Nutzen und Schaden die ethisch bedeutsame Frage nach der gerechten Verteilung von Nutzen und Schaden zu berücksichtigen ist. Die in der letzten Zeit als eigenständige Bereichsethik neben der Medizinethik herausgebildete Public Health-Ethik⁴¹ hat das Ziel, zu ethisch besser begründeten Entscheidungen beziehungsweise Handlungen im Bereich von Public Health zu gelangen. Georg Marckmann beginnt seinen Beitrag zunächst mit einer Darlegung der begründungsethischen Grundlagen einer Public Health-Ethik, um danach ein normatives Rahmengerüst mit sechs zentralen Kriterien für die Bewertung von Handlungsfeldern auf dem Gebiet von Public Health zusammenzustellen. Auf dieser Grundlage stellt er am Beispiel der Influenza-Impfung des Gesundheitspersonals eine konkrete Bewertung vor, die in Empfehlungen mündet, um die positiven Auswirkungen der geplanten Intervention optimal zu gestalten und die zu erwartenden negativen Auswirkungen möglichst gering zu halten.

Hygienische Stadtreform und Epidemiekontrolle

Im 19. Jahrhundert warf die Stadtentwicklung ohne Frage eine Unzahl hygienischer Probleme auf. Die Stadt wurde nicht nur als Ort der Unmoral, sondern auch als Ort der Krankheitszüchtung angesehen.⁴² In der Stadt konnten Seuchen besonders leicht ihre verheerenden Wirkungen entfalten. Als Experte für die Geschichte der Stadt erläutert Friedrich Lenger⁴³ die Stadthygiene und bringt auch die europäische Perspektive in die Debatte ein, wenn er Gesundheit und städtischen Raum in Europa in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts thematisiert. Die Stadt war zu dieser Zeit zentraler Gegenstand des europäischen Gesundheitsdiskurses. Zugleich war sie aber auch ein zentraler Akteur in dem Bemühen, die gegenüber dem Land höhere Sterblichkeit einzudämmen. Friedrich Lenger überprüft in seinem Beitrag, ob die These von einer „doppelten Ermächtigungsstrategie“ eine ausreichende Tragfähigkeit besitzt, um die im 19. Jahrhundert in den Städten in die Wege geleiteten Hygienisierungsmaßnahmen nachhaltig zu erfassen.

⁴¹ Vgl. z. B. Daniel Strech/Georg Marckmann (Hg.): Public Health Ethik. Münster 2010.

⁴² Vgl. z. B. Johanna Bleker: Die Stadt als Krankheitsfaktor. Eine Analyse ärztlicher Auffassungen im 19. Jahrhundert. In: *Medizinhistorisches Journal* 18 (1983), S. 118–136; Jörg Vögele/Wolfgang Woelk (Hg.): *Stadt, Krankheit und Tod. Geschichte der städtischen Gesundheitsverhältnisse während der Epidemiologischen Transition (vom 18. bis ins frühe 20. Jahrhundert)*. Berlin 2000; Jörg Vögele: *Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung*. Berlin 2001.

⁴³ Friedrich Lenger/Ansgar Nünning (Hg.): *Medienereignisse der Moderne*. Darmstadt 2008; ders. (Hg.): *Kollektive Gewalt in der Stadt. Europa 1890–1930*. München 2013; ders.: *Metropolen der Moderne. Eine europäische Stadtgeschichte seit 1850*. München 2014; ders./Philipp Kufferath (Hg.): *Sozialgeschichte des Kapitalismus im 19. und 20. Jahrhundert*. Bonn 2017.

sen. Nach dieser doppelten Strategie wurden einerseits die Regierung, der Staat und die Gesetzgebung ermächtigt, eine einheitliche und zentralgesteuerte hygiene-technische Modernisierung der sanitären Bedingungen der Stadt, der Wohnviertel und Wohnhäuser einzuleiten. Andererseits betraf die Ermächtigung den individuellen Willen, was auf das Familienregime zielte. Während der männliche Lohnarbeiter sich und die Familie regierte, entstand ein an das „weibliche Geschlecht“ gebundenes soziomoralisches Familienregime.⁴⁴ Die zunehmende Bedeutung der Familie in diesem Zusammenhang wurde deutlicher, doch konnte die Familie nicht für alle gegen Ende des Jahrhunderts verstärkt bekämpften Gesundheitsprobleme als geeigneter Ansatzpunkt dienen. Ein intaktes Familienleben war als Prävention gegen Alkoholismus und Geschlechtskrankheiten von einer gewissen Relevanz, bei anderen Krankheiten war eine solche Rolle der Familie nicht gegeben, insbesondere, wenn diese an sozial wie räumlich definierte Lebens- und Wohnbedingungen geknüpft waren. Friedrich Lenger berücksichtigt in seiner Erörterung ein breites Spektrum von Akteuren und Aktivitäten. Dazu gehören unter anderem auch das Engagement der städtischen Zivilgesellschaft, der radikale innerstädtische Umbau von Paris durch Baron Haussmann, die angesichts der Choleraepidemien in den europäischen Städten entwickelten Bewältigungsstrategien, die Verbesserung der Straßenreinigung, die Einrichtung von Schlachthöfen, die bürgerlichen Reformorganisationen und die Bestrebungen, die Wohnverhältnisse und die städtische Infrastruktur zu verändern. Eine Charakterisierung eines Stadtteils als Villenviertel oder Industriestandort verstärkte Segregationsmuster und lenkte die gesundheitliche Sorge innerhalb des städtischen Raums auf einen Teilraum.

Christoph Gradmann⁴⁵ thematisiert eine nach wie vor weltweit äußerst relevante Herausforderung für die Gesundheit, nämlich die Verbreitung von Infektionskrankheiten und ihre Kontrolle im langen 20. Jahrhundert.⁴⁶ Der Aufschwung des

⁴⁴ Matthias Bohlender: *Metamorphosen des liberalen Regierungsdenkens. Politische Ökonomie, Polizei und Pauperismus*. Weilerswist 2007, S. 365.

⁴⁵ Christoph Gradmann: *Historische Belletristik. Populäre historische Biographien in der Weimarer Republik*. Frankfurt a. M. 1993; Wolfgang U. Eckart/ders. (Hg.): *Die Medizin und der Erste Weltkrieg*. Herbolzheim ²2003; ders./Jonathan Simon (Hg.): *Evaluating und Standardizing Therapeutic Agents, 1890–1950*. Basingstoke/New York 2010; ders.: *Krankheit im Labor. Robert Koch und die medizinische Bakteriologie*. Göttingen ²2010.

⁴⁶ Vgl. aus der sehr umfangreichen Literatur, die sehr unterschiedliche Aspekte ins Zentrum rückt, z. B. Bruno Latour: *Pasteur. Guerre et paix des microbes*. Paris 2001; Paul Weindling: *Epidemics and Genocide in Eastern Europe 1890–1945*. Oxford 2000; John Waller: *The Discovery of the Germ*. Cambridge 2004; Philipp Sarasin u. a. (Hg.): *Bakteriologie und Moderne. Studien zur Biopolitik des Unsichtbaren 1870–1920*. Frankfurt a. M. 2007; Annette Hinz-Wessels: *Das Robert-Koch-Institut im Nationalsozialismus*. Berlin 2008; Marion Hulverscheidt/Anja Laukötter (Hg.): *Infektion und Institution. Zur Wissenschaftsgeschichte des Robert-Koch-Instituts im Nationalsozialismus*. Göttingen 2009; Silvia Berger Ziauddin: *Bakterien in Krieg und Frieden. Eine Geschichte der medizinischen Bakteriologie in Deutschland, 1890–1933*. Göttingen 2009; Manfred Vasold: *Grippe, Pest und Cholera. Eine Geschichte der Seuchen in Europa*. Stuttgart ²2010; Malte Thießen (Hg.): *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert*. München 2014; Richard Adler: *Robert Koch and American Bacteriology*. Jefferson, NC 2016; Jörg Vögele/Stefanie Knöll/Thorsten Noack (Hg.): *Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive*. Wiesbaden 2016.

öffentlichen Gesundheitswesens im späten 19. Jahrhundert war zutiefst geprägt vom Ziel der Kontrolle der Infektionskrankheiten. Dazu sollte die Natur solcher Krankheiten zunächst im Labor erforscht werden, um sie dann außerhalb desselben beherrschen zu können. Dieses Kontrollversprechen, auf dem das Prestige der bakteriologischen Hygiene beruhte, schien in der Epoche der sogenannten therapeutischen Revolution durch die neu entdeckten Antibiotika in der Mitte des 20. Jahrhunderts in Erfüllung zu gehen. Jedoch ließ das vermehrte Auftreten von nosokomialen Infektionen und Antibiotikaresistenzen in den letzten Jahrzehnten den lange Zeit vorherrschenden Optimismus hinsichtlich eines Sieges über die Infektionskrankheiten verschwinden und führte bei führenden Wissenschaftlern eher zur Klage über die fehlende Zusammenführung von Infektionsmedizin einerseits und Evolutionsbiologie und Genetik andererseits.

Christoph Gradmann diskutiert die zentrale Frage, wie es dazu kam, dass die spezifische Variante des technologischen Optimismus in der Medizin, das Versprechen der Kontrolle von Infektionskrankheiten, gegen Ende des 20. Jahrhunderts durch dystopische Zukunftserwartungen ersetzt wurde. In verschiedenen Phänomenen wurde die geänderte Haltung zu Infektionskrankheiten und ihrer Kontrolle greifbar. So begann sich Anfang der 1990er-Jahre die Erkenntnis durchzusetzen, dass Antibiotika, anstatt das Problem der Infektionskrankheiten zu lösen, im Grunde immer neue, schwer zu lösende Aufgaben mit sich brachten. Eng damit zusammenhängend entstand ein Pessimismus, der nicht das Versagen der alten, sondern den Mangel an neuen Antibiotika beklagte. Zudem wurde in den 1990er-Jahren die „Wiederkehr der Seuchen“ diskutiert. Nicht zuletzt war der wissenschaftliche Hintergrund in diesem Zusammenhang von Bedeutung: Die evolutionsbiologische Seite der Geschichte ansteckender Krankheiten betrachtete man lange Zeit als etwas, was – der langsameren Geschwindigkeit seiner Entwicklung wegen – für Infektionsmediziner von geringem Interesse war, im Grunde eher ein Thema für Epidemiologen oder Biologen. Doch hat die neuere Entwicklung, wie die Geschichte des HI-Virus, gezeigt, dass die Evolution solcher Krankheiten auch als ein diskontinuierlicher, mitunter gar abrupter Vorgang erscheinen kann. Vor diesem Hintergrund erörtert Christoph Gradmann die Frage nach der parallelen Entwicklung von Krankheitsvorstellungen und intendierter Krankheitskontrolle. Dabei konzentriert er sich auf das Kontrollversprechen sowie auf die ungleichzeitigen Entwicklungen und schließlich auf die wachsende Bedeutung der Zeitlichkeit dessen, was in der modernen Infektiologie erforscht wird.

Das Ideal der Prävention und Zielgruppen

Der schon seit der Antike in der sogenannten westlichen Kultur existierende Präventionsgedanke erfuhr im Laufe der Jahrhunderte einen Bedeutungswandel. Auch die in diesem Kontext wirkenden Akteure lassen vielfältige Verschiebungen in ihren Methoden und der Auswahl der Adressaten ihrer Bemühungen erkennen.

Martin Lengwiler⁴⁷ thematisiert die Ausgestaltung des Vorsorgegedankens in der modernen Gesellschaft.⁴⁸ Er analysiert die Prävention in ihren vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten zwischen Staat und Subjekt. Dabei nimmt er eine Thematik auf, die nach wie vor ein Spannungsfeld kennzeichnet und die auch gerade heute eine neue Herausforderung markiert. Er analysiert die Entwicklung präventiven Denkens in Medizin und Gesundheitspolitik und fragt nach der Verteilung der Verantwortlichkeiten zwischen individuellen, zivilgesellschaftlichen und staatlichen Akteuren. Er erörtert diesen Komplex erstens anhand der Geschichte des sozialmedizinischen Aufbruchs in der Bundesrepublik von den 1960er- bis in die 1980er-Jahre und zweitens anhand der Debatten um die Prävention auf internationaler Ebene, insbesondere im Umfeld der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wobei nationale und internationale Ebenen miteinander in Verbindung standen.

Vorstellungen von Vorsorge und Prävention besaßen und besitzen dabei oft einen idealistischen, bisweilen utopischen oder ersatzreligiösen Unterton. Der medizinische Präventionsdiskurs reiht sich in die umfassendere Geschichte moderner Zukunftsvorstellungen ein, die bis ins 19. Jahrhundert von religiösen und eschatologischen Erwartungshorizonten geprägt waren und seither zunehmend von sozialpolitischen und sozialutopischen Deutungen überlagert wurden. Einleitend wird deshalb die Nachkriegszeit skizzenhaft in die Geschichte des modernen Präventionsdiskurses eingebettet, die bis ins 19. Jahrhundert zurückreicht. Dabei legt Lengwiler dar, in welcher Form sich die allgemeine Entwicklung gesellschaftlicher Zukunftsvorstellungen in der Geschichte medizinischer und gesundheitspolitischer Präventionsvorstellungen manifestiert. Er präsentiert die Vielfalt der Ausformung des Präventionsgedankens in seiner Unterschiedlichkeit und in seinen kulturellen Wirkgrößen und den daraus resultierenden Dynamiken.

Martin Dinges⁴⁹ spricht die Geschlechterfrage im Rahmen der Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsförderung⁵⁰ an und fragt, warum Männer als Adressaten der öffentlichen Gesundheitsförderung erst spät entdeckt wurden. Dabei greift er die geschlechterspezifische Adressierung der Gesundheitsfürsorge auf, geht so-

⁴⁷ Martin Lengwiler: *Zwischen Klinik und Kaserne. Die Geschichte der Militärpsychiatrie in Deutschland und der Schweiz, 1870–1914*. Zürich 2000; ders.: *Risikopolitik im Sozialstaat. Die schweizerische Unfallversicherung 1870–1970*. Köln u. a. 2006; ders./Jeannette Madarász (Hg.): *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*. Berlin 2010.

⁴⁸ Vgl. Christine Wolters/Christian Becker (Hg.): *Rehabilitation und Prävention in Sport- und Medizingeschichte*. Berlin 2014; Sylvelyn Hähner-Rombach (Hg.): *Geschichte der Prävention. Akteure, Praktiken, Instrumente*. Stuttgart 2015; Thomas Zimmer: *Welt ohne Krankheit. Geschichte der internationalen Gesundheitspolitik 1940–1970*. Göttingen 2017.

⁴⁹ Martin Dinges (Hg.): *Weltgeschichte der Homöopathie. Länder, Schulen, Heilkundige*. München 1996; ders./Fritz Sack (Hg.): *Unsichere Großstädte? Vom Mittelalter bis zur Postmoderne*. Konstanz 2000; ders. (Hg.): *Patients in the History of Homeopathy*. Sheffield 2002; ders. (Hg.): *Männer – Macht – Körper. Hegemoniale Männlichkeit vom Mittelalter bis heute*. Frankfurt a. M. 2005; ders./Andreas Weigl (Hg.): *Gender-Specific Life Expectancy in Europe 1850–2010*. Stuttgart 2016.

⁵⁰ Vgl. zu diesem Komplex Pierre Pfütch: *Das Geschlecht des „präventiven Selbst“*. Prävention und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland aus geschlechterspezifischer Perspektive. Stuttgart 2017.

dann auf den Diskurs der Sozialhygieniker zur geschlechterspezifischen Differenz in der Lebenserwartung ein und behandelt schließlich die rezente Entstehung des Defizitdiskurses über das Gesundheitsverhalten der Männer. Die geschlechterspezifische Beleuchtung der öffentlichen Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik zeigt eine seit der Aufklärungsanthropologie greifbare Ungleichgewichtung, als die Frau als das schwache, von ihrem „Körper als Schicksal“ bestimmte Geschlecht einer verstärkten Medikalisierung ausgesetzt war. Dementsprechend orientierten sich Ärzte und das „Gesundheitssystem“ vorrangig an der weiblichen Hälfte der Bevölkerung. Männer waren um circa 1860 eine Minderheit in den Arztpraxen. Mit der Gesundheitspropaganda wendete man sich seit 1800 fast ausschließlich an die Frauen – zunächst bei den geburtsverbundenen Risiken und der Säuglingshygiene, später aber auch hinsichtlich der Hygiene im Haushalt und selbst für die Gesundheitsförderung bei Männern. Diese wurden damit nicht nur zu einer Art zentraler Instanz, sondern trugen auch einen beachtlichen Teil der Verantwortung für die Gesundheit der in einem Haushalt lebenden Personen. Dennoch gab es spezifische gesundheitsgefährdende Bereiche, die primär Männer betrafen, und spätestens seit 1890 war immer klarer die geringere Lebenserwartung der Männer erkennbar. Dennoch wurden Männer erst sehr spät als Adressaten der Gesundheitsförderung entdeckt und dann ziemlich ungeschickt angesprochen. Martin Dinges erörtert die sich in diesen Gegebenheiten ausdrückenden unterschiedlichen geschlechterspezifischen Bedeutungszuweisungen hinsichtlich einer Gesundheitsförderung, womit er einen Topos aufgreift, der nach wie vor in den Medien behandelt wird.⁵¹

Monika Ankele⁵² konzentriert sich auf den präventiven Aspekt der Arbeit in der Therapie psychisch Kranker, den sie im Kontext von Psychiatrie und öffentlicher Gesundheit in der Weimarer Zeit untersucht. Sie geht dabei von der in den Reichsgrundsätzen der Fürsorge enthaltenen Leitlinie aus, nach der der Verfall von Arbeitskraft zu verhindern war. Dies galt besonders für den Bereich der allgemeinen Erwerbstätigkeit im Sinne einer Prävention, sie lässt sich darüber hinaus aber auch mit den arbeitstherapeutischen Behandlungsansätzen psychiatrischer Anstalten in der Weimarer Zeit in Verbindung bringen. Die damalige Arbeitstherapie, die vor allem nach dem Ersten Weltkrieg eine deutlich stärkere Betonung erfuhr, hatte eine in der Behandlung der sogenannten Kriegsneurotiker im Ersten Weltkrieg erstmals angewandte neue Zielrichtung erhalten.⁵³ Es ging in erster Linie um die „soziale Heilung“ des Patienten. Dies bedeutete die Wiederherstellung seiner Arbeitsfähig-

⁵¹ Vgl. Ralf Bönt: Männer in Nöten. Warum der Gesundheit von Männern nicht genügend Beachtung geschenkt wird und was das mit Donald Trump zu tun hat. In: Die ZEIT, 5.1.2017, Politik, S. 13.

⁵² Monika Ankele: Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900. Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn. Wien u. a. 2005; dies./Eva Brinkschulte (Hg.): Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit als Therapie in psychiatrischen Anstalten vom Kaiserreich bis zum Nationalsozialismus. Stuttgart 2015.

⁵³ Vgl. Paul Lerner: Hysterical Men. War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890–1930. Ithaca 2003.

keit, die durch eine regelmäßige Beschäftigung in der Anstalt angestrebt wurde und die zu einer früheren Entlassung aus der Anstalt mit einer anschließenden Rückführung in die erwerbstätige Gesellschaft führte. Die damals viel diskutierte „aktivere Krankenbehandlung“ im Sinne der Arbeitstherapie zielte auf eine auch im ökonomischen Sinne „nutzbringende“ Arbeit, die auf die Bedürfnisse der Gemeinschaft – sowohl der Anstaltsgemeinschaft, als auch der sogenannten Volksgemeinschaft – gerichtet sein sollte. Arbeitslosigkeit galt, verstärkt im Kontext der Weltwirtschaftskrise, als das „alarmierendste Symptom“, das die Volksgesundheit im Gesamten – und nicht nur die Gesundheit des Einzelnen – gefährdete.

Ankele diskutiert jene Spannungsfelder, die sich aus der konkreten Anstaltspraxis und aus diesen therapeutischen Zielsetzungen ergaben. Im Zentrum ihrer Darlegungen stehen vor allem die Praxis der Entlassung von Patienten aus der Anstalt und das dafür entscheidende Kriterium der Arbeitsfähigkeit, womit sich die Schnittstelle zwischen interner Anstaltspraxis und öffentlicher Gesundheit besonders gut erfassen lässt. Sodann widmet sie sich dem Problem, wie die Arbeitsfähigkeit des Patienten als Ausdruck seiner sozialen Heilung zu erhalten war. Auch die diesbezüglichen Interaktionen zwischen den Ärzten und jener Gruppe von Patienten, die ihre soziale Anschlussfähigkeit über Arbeit entwickeln konnten, wird dabei angesprochen.

Formen und Medien der Gesundheitsaufklärung

Die oben angesprochenen neuen Kommunikationsformen, mitbedingt durch neue mobile IT-Techniken, werfen die Frage nach den Möglichkeiten auf, wie gesundheitsaufklärerische Inhalte überhaupt vermittelt wurden und welcher Medien man sich bediente. Dabei steht auch die Frage im Raum, ob über den eigentlichen gesundheitsbezogenen Kerninhalt hinaus die mediale Ansprache der Zielgruppen noch andere, politische oder sonstige Ziele verfolgte. Der Beitrag von Eva Brinkschulte⁵⁴ befasst sich mit gesundheitsaufklärerischen Aktivitäten in der frühen DDR.⁵⁵ Sie konzentriert sich dabei auf die Einrichtung des „Medizinischen Sonntags“. Diese regelmäßig stattfindende Vortragsreihe hatte eine Gesundheitsaufklä-

⁵⁴ Eva Brinkschulte (Hg.): *Weibliche Ärzte. Die Durchsetzung eines Berufsbildes in Deutschland*. Berlin 21995; dies./Eva Labouvie (Hg.): *Dorothea Christiane Erxleben – Weibliche Gelehrsamkeit und medizinische Profession seit dem 18. Jahrhundert*. Halle a. d. S. 2006; dies.: *Armenwesen und öffentliches Gesundheitswesen im 18. und frühen 19. Jahrhundert*. In: Karin Stukenbrock/Jürgen Helm (Hg.): *Stadt und Gesundheit. Soziale Fürsorge in Halle vom 18. bis zum 20. Jahrhundert*. Halle a. d. S. 2006, S. 13–27; dies.: *Bordellbaracken für die Besatzungstruppen – die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Magdeburg in der frühen Nachkriegszeit*. In: Matthias Puhle (Hg.): *Magdeburg lebt! Kriegsende und Neubeginn 1945–1949*. Magdeburg 2011, S. 253–268.

⁵⁵ Vgl. z. B. Lioba Thaut: *„Älter werden und jung bleiben“ – Gesundheitsaufklärung durch das Deutsche Hygiene-Museum in der DDR*. In: Thomas Schürmann/Moritz Geuther/dies. (Hg.): *Alt und Jung. Vom Älterwerden in Geschichte und Zukunft*. Rosengarten-Ehestorf 2011, S. 185–205; Jenny Linek: *Gesundheitsvorsorge in der DDR zwischen Propaganda und Praxis*. Stuttgart 2016.

zung zum Ziel und war von Elfriede Paul, der Leiterin des Instituts für Sozialhygiene an der Medizinischen Akademie Magdeburg ins Leben gerufen worden. Die Initiatorin sah die „hygienische Bildung“ als eine Voraussetzung für die Schaffung eines „befreiten Menschen“ an und betrachtete die Vermittlung dieser Bildung als eine wesentliche Aufgabe der Ärzte. Anhand dieses Magdeburger Modells der Gesundheitsaufklärung erörtert Eva Brinkschulte die Einbindung dieser Veranstaltung in die sozialistische Gesundheitspolitik. Dabei spielte auch die Kooperation mit anderen Institutionen, die gesundheitsfördernde Aktivitäten organisierten, eine Rolle. Sie geht auf die Widerstände gegen den „Medizinischen Sonntag“, aber auch auf seine Erfolge sowie die besonderen Inhalte ein, mit denen teilweise tabuisierte Themen angesprochen wurden. Über diese Enttabuisierung konnten sie auch mit zur Popularität der Vortragsreihe beitragen. Brinkschulte fragt schließlich danach, ob man die Einrichtung mit ihrer standardisierten Form, Wiederholung, Performativität und Symbolizität als eine Art gesundheitspolitischer Ritualisierung auffassen kann. Damit wirft sie grundsätzliche Fragen auf: In welcher Art und Weise kann gesundheitliche Aufklärung erfolgen und unter welchen sozialen und kulturellen Gegebenheiten muss sie wie gestaltet werden? Können Ritualisierungen unter bestimmten Bedingungen möglicherweise eine angemessene und erfolgreiche Vermittlungsform sein?

Philipp Osten⁵⁶ widmet sich in seinem Beitrag den Medien, die zur Gesundheitsaufklärung benutzt wurden. Er stellt dabei die ökonomischen und politischen Hintergründe der Bildproduktion heraus, um sie in ihrem Verhältnis zu Form und Intention zu hinterfragen. Die öffentliche Thematisierung von Gesundheitsfragen unterteilt er in drei Phasen. In einer ersten Phase der Aufklärung waren die medizinischen Experten Ratgeber für eine Zielgruppe, die dem Patientenstamm akademischer Ärzte entsprach. Die medizinischen Aufklärungsschriften sprachen dezidiert ein bürgerliches Publikum an. Etwa ab den 1880er-Jahren veränderte sich mit dem Zugang breiterer Bevölkerungsschichten zur medizinischen Versorgung die Leserschaft. Organe wie die „Gartenlaube“ und der „Vorwärts“ befassten sich nun mit medizinischen Inhalten. In den ersten drei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts wurden im Rahmen der Gesundheitsaufklärung vorherrschend professionelle Werbestrategien aus der Industrie eingesetzt, die als Medium die verschiedenen Hygieneausstellungen und bald darauf Filme nutzten. Diese industrielle Phase der Gesundheitsaufklärung ging Anfang der 1920er-Jahre in eine Periode staatlich koordinierter hygienischer Volksbelehrung über. Vor diesem Hintergrund lotet Philipp Osten die fließenden Grenzen zwischen kommerzieller

⁵⁶ Philipp Osten (Hg.): Patientendokumente. Krankheit in Selbstzeugnissen. Stuttgart 2010; Wolfgang U. Eckart/ders. (Hg.): Schlachtschrecken – Konventionen. Das Rote Kreuz und die Erfindung der Menschlichkeit im Kriege. Freiburg i. Br. 2011; ders.: Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer „modernen Krüppelfürsorge“ 1905–1933. Frankfurt a. M. ²2012; ders.: Das Tor zur Seele. Schlaf, Somnambulismus und Hellsehen im frühen 19. Jahrhundert. Paderborn 2015; ders. u. a. (Hg.): Das Vorprogramm. Lehrfilm/Gebrauchsfilm/Propagandafilm. Unveröffentlichter Film in Kinos und Archiven am Oberrhein 1900–1970. Eine französisch-deutsche Vergleichsstudie. Heidelberg/Straßburg 2015.

und gesinnungserzeugender Gesundheitswerbung aus. Neben dem Film geht er auch auf die Präsentationen in Ausstellungen und die Rolle von Plakaten in seiner Analyse ein. Einen Höhepunkt erreichte die Präsentation von Gesundheitsbelangen im Kontext von Industrieausstellungen, wie der Dresdner Hygiene-Ausstellung im Jahr 1911, der größten Publikumsausstellung der Kaiserzeit, und mit der „Ge-So-Lei“, der Düsseldorfer Ausstellung „Gesundheitspflege, Soziale Fürsorge und Leibesübungen“ des Jahres 1926, der größten Ausstellung der Weimarer Republik.

Die Gesundheitsfilme in der Zeit der Weimarer Republik erfuhren eine in der Literatur bisher kaum beachtete staatliche Förderung, die jedoch maßgeblich von einer Konformität der Drehbücher abhängig gemacht wurde. Zwar haben deutschnationale Anliegen in vielfältiger Form die Kulturfilme der frühen Weimarer Republik geprägt, doch verloren diese Vorfilme ab 1933 ihren belehrenden Charakter; die Gesundheitsfilm-Produktion wurde nahezu vollständig eingestellt. Dafür kam es in der Arbeitswelt zu einer Ausweitung der Produktion von Zeitschriften und Plakaten zum Thema „Prävention“, die auch als Türöffner für politische Propaganda genutzt wurden und sich auf die Prävention von Wirtschaftsschäden konzentrierten. Schließlich geht Philipp Osten in einem Ausblick auf die 1970er-Jahre in der DDR und der Bundesrepublik Deutschland ein und stellt eine Fernsehserie des „Nationalen Instituts für Gesundheitserziehung“ und der DEFA-Studios für Dokumentarfilm sowie eine Kampagne des Bundesministeriums für Gesundheit vor. Die Darlegung dieser medialen Veränderungen bildet den Hintergrund, um verschiedene Fragen aufzuwerfen, unter denen die nach möglichen übergeordneten Zielen der Gesundheitsaufklärung ebenso eine Rolle spielt wie die, ob gesundheitliche Aufklärung in dieser Form einen Beitrag zur sozialen Disziplinierung leistet.

Mit seinem abschließenden Kommentar geht Flurin Condrau in einem kritischen Resumee auf die besonderen Probleme ein, die mit der historischen Bearbeitung des Themas verbunden sind, und stellt unter anderem die zentrale Frage, wie die Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens geschrieben werden soll. Seine Verweise auf die Methode, die Vermittlung und die Adressaten einer solchen zu schreibenden Geschichte sprechen in Anbetracht der hierbei möglichen sehr unterschiedlichen Antworten eine zentrale Herausforderung eines solchen Unterfangens an, ganz abgesehen von der Notwendigkeit, die Grundkategorien wie etwa „Gesundheit“, „Krankheit“ oder „Medizin“ als historische Größen in ihrer Veränderbarkeit zu erfassen. Es geht zudem um die Erfassung der Historizität von Daten, Evidenzen und Maßnahmen. Um eine gewisse Ordnung in das Feld zu bekommen, betont Condrau die hohe Bedeutung der konzeptionellen Fundierung der Forschung. Die in diesem Band enthaltenen Beiträge können nur einen Teil der zentralen Herausforderungen, die in Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft mit den Fragen des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung, der Vorbeugung von Krankheiten und Förderung gesunder Lebensweisen, der Verbesserung der Überwachung hinsichtlich der Epidemien und des Aufbaus von dynamischen Gesundheitssystemen verbunden sind, ansprechen. Doch erlauben es die unter-

schiedlichen Ansätze, Schwerpunktsetzungen und Fragestellungen erhellende Verbindungslinien zu verschiedenen Fluchtpunkten in der aktuellen Diskussion über Public Health und Gesundheitsförderung zu ziehen und besondere Ecken auszu-leuchten. Dabei werden die deutlichen Veränderungen greifbar, die in den letzten drei Jahrzehnten auf diesem Gebiet zu neuen Herausforderungen geführt haben und die unter der historischen Perspektivierung in manchen Punkten auf neue Weise und tiefergehend erörtert werden können.

Aktuelle Fragen und ethische Herausforderungen

Alfons Labisch

Der „öffentliche Werth der Gesundheit“

Oder: was bringt eine Gesellschaft dazu, gesund sein und bleiben
zu wollen?

Die historische Perspektive

Öffentliche Gesundheit – ein ebenso vernachlässigtes
wie schwieriges Thema

Die Medizin ist eine Macht im Leben der Menschen geworden. Bietet sie einerseits Hilfe in allen Lebenslagen, stellt die Medizin andererseits offene und verdeckte Erwartungen an das Verhalten der Menschen. Die Medizin ist bei allen entscheidenden Passagen des menschlichen Lebens präsent – von der gegebenenfalls gesteuerten Empfängnis über die Geburt, das Säuglings- und Kindesalter, den Eintritt in das Berufsleben, die Arbeits-, Berufs- oder Erwerbsfähigkeit oder -unfähigkeit bis schließlich hin zur Pflege, zum Sterben und zum Tod. Die meisten dieser Episoden sind im Bereich der individuellen Medizin angesiedelt: Ärztinnen/Ärzte und Patientinnen/Patienten begegnen sich persönlich.¹ Hinter dieser persönlichen Begegnung gibt es zwar eine tief gestaffelte Maschinerie an öffentlichen Gesundheitsleistungen, diese sind den meisten jedoch nicht mehr präsent und werden üblicherweise nur, und dann nur in wenigen Aspekten, im Falle bedrohlicher Ereignisse – wie etwa von gefährlichen Infektionskrankheiten – wahrgenommen. Öffentliche Gesundheit und öffentliche Gesundheitssicherung sind vernachlässigte Themen. Sobald diese jedoch akut werden, wird es schwierig: Denn es geht nicht mehr nur allein um Arzt und Patient, um gesund oder krank, es geht immer auch um Fragen öffentlicher Verwaltungen, lokaler, regionaler oder gesamtstaatlicher Politik. Öffentliche Gesundheit berührt zudem auch Fragen der Volkswirtschaft und vieler anderer Bereiche des öffentlichen Lebens. Kurzum: Öffentliche Gesundheit rührt immer an Fragen staatlicher Gewalt und expliziter sowie größtenteils impliziter Macht.

Die Leitfrage für die nachfolgenden Ausführungen lautet: Ist aufgrund der aktuellen Situation in Deutschland und aus historisch-systematischer Sicht die Zeit reif, eine neue Ära öffentlicher Gesundheitssicherung einzuleiten? Dieses facetten-

¹ Im Weiteren wird das generische Maskulinum verwendet.

reiche Thema soll folgendermaßen behandelt werden:² Im ersten Teil werden einige theoretische Grundlagen erläutert, und es wird nach Analogien zwischen der individuellen und der öffentlichen Medizin gefragt. Dann werden ausgewählte historische Stufen herausgearbeitet, in denen sich maßgebliche Verfahren der öffentlichen Gesundheitssicherung entwickelt haben. Auf dieser Grundlage werden Eckpunkte für die aktuelle Diskussion erarbeitet. Die Ergebnisse werden in Thesen zusammengefasst.

Individuelle und öffentliche Medizin – einige theoretische Grundlagen und Analogien

In dem Begriff „Gesundheit“ wird der „bios“/der „Leib“ der Menschen in die Gesellschaft eingeordnet. Der betrachtete „bios“, der betrachtete Leib, wird durch Biologie und Medizin zum objektivierten Körper. Gesundheit ist zunächst die jetzt und in Zukunft gegebene leiblich-körperliche und damit biologische Grundlage dafür, dass Menschen ihre Aufgaben und Ziele verfolgen können. Gesundheit ist folglich ein normativer Begriff, der die biologische Ordnung von Individuum und Gesellschaft repräsentiert. Im Zivilisationsprozess wird Gesundheit als „soziales Gut“ ausdifferenziert. Das „soziale Gut ‚Gesundheit‘“ wird in wissenschaftlich-rationalen Begriffen gedeutet und damit sozial- und iatro-technologisch handhabbar. Eine hoch differenzierte Industrie-/globale Gesellschaft ist ohne öffentliche Gesundheitssicherung nicht funktionsfähig.

Die Medizin der Moderne übernimmt mittels des Gesundheitsbegriffs das Definitionsmonopol und mittels des Krankheitsbegriffs das Handlungsmonopol über die individuellen und öffentlichen Körper der Menschen. Mit dieser exklusiven Aufgabe bestallt, erhalten Ärzte eine besondere Stellung in der Gesellschaft. Daraus resultiert eine besondere Verantwortung.

Aus dieser recht abstrakten Begriffsklärung seien folgende Arbeitsdefinitionen abgeleitet:

- *Gesundheit – Krankheit von Individuen in ihren primären Lebensgemeinschaften*
- Gesundheit ist die biologische Grundlage offener Handlungsoptionen im Rahmen der zeitbedingten Wertvorgaben – und zwar soweit diese Grundlage zeitgemäß biologisch erklärbar ist;
- Krankheit stört diese Handlungsoptionen. Die Handlungsoptionen werden durch die Medizin wieder hergestellt.

² Zu dem Thema der Soziogenese öffentlicher Gesundheitsleistungen in Deutschland habe ich oft publiziert und vorgetragen, sodass ich im Folgenden auf historische Einzelnachweise verzichten werde. Verwiesen sei auf Alfons Labisch/Wolfgang Woelk: Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: Klaus Hurrelmann/Oliver Razum (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim/München ⁵2012, S. 55–98; Alfons Labisch: Medizin und Medizingeschichte. In: Friedrich Jaeger/Wolfgang Knöbl/Ute Schneider (Hg.): Handbuch Moderneforschung. Stuttgart 2015, S. 166–179.

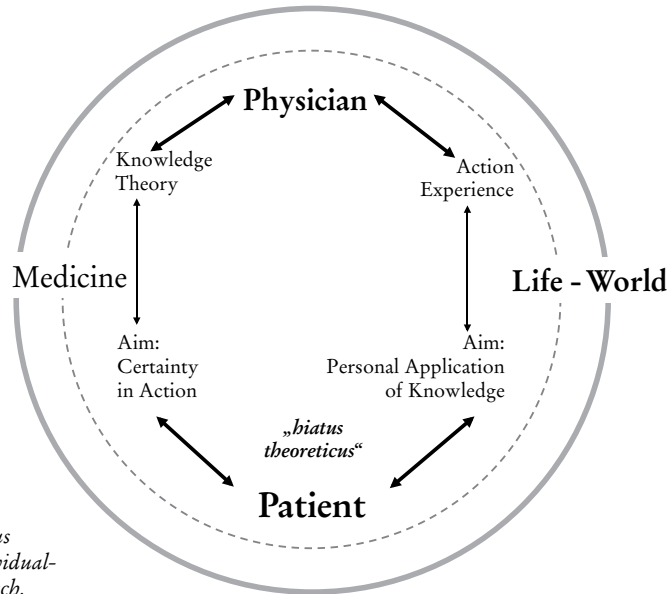


Abbildung 1: Der „biatus theoreticus“ in der Individualmedizin; © Alfons Labisch.

- Gesundheit ist eine teleologische Kategorie: Der Begriff eröffnet einen Diskussions- und Handlungsraum. Krankheit ist eine legitimatorische Kategorie: Dieser Begriff begründet das Eingreifen der Medizin.
- *Öffentliche Gesundheit – öffentliche Krankheit*
 - Öffentliche Gesundheit ist als öffentlicher Wert ein Aspekt der Handlungsoptionen von Gemeinschaften und Staaten, soweit dieser Aspekt biologisch erklärbar ist beziehungsweise erklärt wird.

Dabei ist festzuhalten, dass „skandalisierte Krankheiten“, die öffentliche Gesundheitsleistungen veranlassen oder legitimieren, häufig nicht mit der aus der Epidemiologie folgenden Dringlichkeit öffentlicher Gesundheitsleistungen übereinstimmen! Ein historisches Beispiel dafür ist die Cholera, ein aktuelles Beispiel sind die hämorrhagischen Fieber: Sie sind zwar jeweils durch eine bedrohliche Letalität ausgezeichnet, können folglich also skandalisiert werden, ihre Bedeutung ist mit Blick auf die gesamte Morbidität und Mortalität aber tatsächlich gering oder gar vernachlässigbar. Die reaktive und prospektive öffentliche Gefahrenabwehr und die öffentliche Fürsorge um konsumtive Gesundheitsrisiken oder investive Gesundheitsrisiken sichern die jetzt und in Zukunft gegebenen Handlungsoptionen – und zwar mit den zeitbedingt gegebenen Mitteln. Als Modell für die weiteren Betrachtungen soll die Individualmedizin gelten (vgl. Abb.1). Von Ärzten wird erwartet, dass sie entscheiden und handeln: „ut aliquid fiat“. Sie wenden medizinisches Fachwissen nach einem Hilfsbegehren auf einen individuellen Patienten an. Die

nötige Sicherheit für das Entscheiden und Handeln bilden Wissen und Wissenschaften. Beides – Handeln und Wissen – sind jeweils durch das Hilfsbegehren des Patienten gerichtet. In der naturwissenschaftlichen Medizin stehen Ärzte vor einer einzigartigen Aufgabe: Sie setzen ihr allgemein gültiges naturwissenschaftliches Wissen in ein Handeln um, das den je individuellen Gegebenheiten und Bedürfnissen des Patienten gerecht werden soll. In der Begegnung von Patient und Arzt wird der wissenschaftliche Objektbezug der Medizin in das subjektgerichtete ärztliche Handeln gewendet. Die Medizin ist als angewandte Wissenschaft also keine Naturwissenschaft, sie ist vielmehr eine auf Menschen als eigenständige Individuen gerichtete Handlungswissenschaft oder wie es früher hieß: „Die Medizin ist eine ärztliche Kunst.“ William Osler soll ebenso kurz wie treffend gesagt haben: „Wären die Menschen alle gleich, könnte die Medizin eine Naturwissenschaft werden.“

Im Raum zwischen wissenschaftlichem Wissen und subjektbezogenem Handeln öffnet sich ein theoretischer Spalt, ein *hiatus theoreticus*.³ In diesen Zwischenraum fließen der Stand des wissenschaftlichen Wissens wie auch die persönliche Erfahrung des Arztes, ebenso aber weitere Bedingungen und Umstände, wie etwa Empathie, Übertragung und Gegenübertragung oder die Umgebung seines Handelns ein. Ähnliches gilt für den Patienten, der seine Lebensgeschichte in die Behandlungssituation einbringt. Bestimmend sind hier die aus vielen Botschaften und Erfahrungen gespeisten Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen und -erwartungen.

Dieses Modell sei nun auf die öffentliche Gesundheitssicherung übertragen (vgl. Abb. 2). Angesichts der Diffusion von medizinisch relevantem Fachwissen in unterschiedlichste Disziplinen – von den Sozialarbeits- und den Ingenieurwissenschaften bis zur Mikrobiologie – steht hier nicht unbedingt der Arzt als Akteur, sondern der Experte für die öffentliche Gesundheit, der gegebenenfalls auch ein Arzt sein kann, als Handelnder an zentraler Stelle innerhalb des Systems. Das notwendige Handeln des Experten wird wiederum durch seine wissenschaftliche Expertise legitimiert. Der „Patient“ ist allerdings nicht eine konkrete Person in ihrer Lebenswelt, sondern es handelt sich hier um überpersonale und überlebensweltlich definierte Gruppen, Gemeinschaften, Gesellschaften oder gar übergesellschaftliche Verbände – wie dies in der internationalen Gesundheitssicherung der Fall ist. In dem auch hier gegebenen Hiatus zwischen Wissen und Handeln kommen in allen Bereichen öffentlicher Gesundheitssicherung Fragen von Gewalt und Macht zum Tragen. Diese Fragen sind mit Zielen und Erwartungen der gesellschaftlichen Gruppierungen verwoben, denen die gesundheitssichernden Maßnahmen gelten.

Welche Wahrnehmungsorgane, welche Eingriffsmöglichkeiten, welche Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen, welche Zwecke und Ziele, welche Ängste bringen Gemeinschaften oder Gesellschaften dazu, auf ihrer jeweiligen Handlungsebene mit ihren jeweiligen Mitteln bestimmte Gesundheitsgefahren zu identifizieren und reaktiv abzuwehren oder langfristig prospektiv zu vermeiden?

³ Norbert Paul: Der Hiatus theoreticus der naturwissenschaftlichen Medizin. Vom schwierigen Umgang mit Wissen in der Humanmedizin der Moderne. In: Cornelius Borck (Hg.): Anatomien medizinischen Wissens. Medizin, Macht, Moleküle. Frankfurt a. M. 1996, S. 171–200.

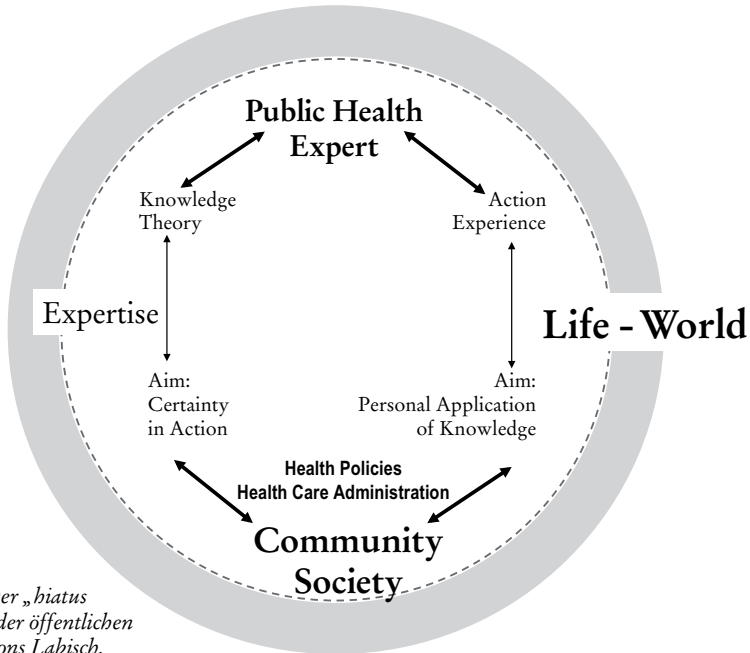


Abbildung 2: Der „biatus theoreticus“ in der öffentlichen Medizin; © Alfons Labisch.

Individuelle und öffentliche Medizin – Historische Grundlagen

In diesem zweiten Abschnitt werden die historischen Stufen herausgearbeitet, in denen sich maßgebliche Verfahren der öffentlichen Gesundheitssicherung entwickelt haben. Dies geschieht mit „Siebenmeilenstiefeln“ – also ohne die Tiefe und die empirische Nachweispflicht historischer Einzeluntersuchungen. Aufgabe ist es vielmehr, langfristige Entwicklungslinien sowie entscheidende Entwicklungsmomente und aus diesen resultierende Strukturelemente öffentlicher Gesundheitssicherung herauszuarbeiten.⁴

Die hellenistischen Städte der Antike führten die kollegial organisierte Selbstkontrolle der Ärzte einschließlich der öffentlichen Pflicht zu ärztlicher Hilfe ein. Es ist dies der durchaus bescheidene Beginn einer Aufsicht über die die Medizin ausübenden Personen. Zudem liegen hier die ersten Anfänge dafür, dass Ärzte im öffentlichen Notfall – wie etwa bei Seuchen – ebenso als Helfer der Kranken wie auch als Berater der städtischen Obrigkeit zur Verfügung standen und vor allem durch ihre Funktion als Stadtärzte verpflichtet waren, im Notfall vor Ort zu bleiben.

In den Handelsstädten des späten Mittelalters und der Frühen Neuzeit wurden gegen ständig wiederkehrende Pestepidemien Maßnahmen rein reaktiver Gefahren-

⁴ Alfons Labisch: Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt a. M. 1992.

abwehr eingerichtet. Daraus entstanden später Quarantäne-Anstalten für Menschen und die sogenannten Contumaz-Anstalten für Waren – zum Beispiel für Pelze oder Stoffe. Die frühen (Personenverbands-)Staaten, so etwa das Königreich Sizilien des hohen Mittelalters, schufen gerichtsmedizinische Einrichtungen, um im Rahmen von Zivil- und Strafrechtsprozessen/-verfahren Ärzte als Gutachter heranziehen zu können.

Die die Gesundheit betreffenden Maßnahmen der Handelsstädte umfassten allgemeine Vorschriften mit gesundheitlichen (Neben-)Wirkungen, darunter zum Beispiel solche, die die öffentliche Ordnung der Stadt, die Wasserversorgung oder die Straßenreinigung betrafen, sowie die Lebensmittel- und Marktordnungen. Seitens der Handlungsträger ist zunächst kein Gedanke an die „öffentliche Gesundheit“ des Gemeinwesens zu erkennen. Auch die Medizin war keine öffentlich orientierte Wissenschaft samt einem daraus resultierenden Handlungsspektrum. Erst der Stadtstaat Venedig lässt 1485 mit der Einrichtung der *Proveditori alla Sanità* den Gedanken einer *sanitas terre* erkennen. Gegenstände und Ziele dieser öffentlichen Gesundheitsmaßnahmen sind wiederum die öffentliche Ordnung, die Regulation sozialer Hierarchien und die Reichweite von städtischen oder staatlichen Eingriffen in Markt- und Lebensverhältnisse. Gelegentliche Versuche von Ärzten, über ihre öffentliche Bestallung als Berater hinaus in städtische oder staatliche Verhältnisse einzugreifen, wurden von den Führungsschichten der Städte und Territorialstaaten stets ebenso energisch wie strikt zurückgewiesen.

Die administrative Durchgestaltung der Territorialstaaten im ausgehenden 17. und frühen 18. Jahrhundert führte zu einer zur *Medizinalaufsicht* als Kontrolle der die Medizin ausübenden Personen, zum anderen zur *Sanitätsaufsicht*, und damit zu einer ständigen Kontrolle der Natalität, der Morbidität und der Mortalität sowie wiederum der die Medizin ausübenden Personen. Auch diese öffentlichen medizinischen Maßnahmen waren primär auf die öffentliche Ordnung gerichtet.

Die „Vernaturwissenschaftlichung“ der Medizin generell erfasste – vorangetrieben durch den raschen Wandel der Lebensverhältnisse vom Ständestaat zur Industriegesellschaft – auch die öffentliche Medizin. Erst in dem Moment, in dem in einer bürgerlichen Gesellschaft das Staatsvolk als Souverän sich selbst zum Gegenstand einer öffentlichen Gesundheit wurde, entstand auch ein eigener Gedanke der öffentlichen Gesundheit des Staates. Ausschlaggebend auf medizinischer Seite waren mit der Zunahme des weltweiten Handels und Wandels die ab 1831 regelmäßig auch über Europa hereinbrechenden Cholera-Pandemien. Es entwickelten sich die (Medizinal-)Statistik, Epidemiologie, Physik, Geografie, Meteorologie etc. Angetrieben durch einen paternalistischen Wohlfahrtsgedanken entstanden zunächst in England und Frankreich, dann in Deutschland die ersten modernen – das heißt sowohl an die Natur- als auch an die Sozial- und Wirtschaftswissenschaften angebundenen – Gesundheitswissenschaften.

Mit dem Beginn der Industrialisierung wurde eine umfassende Gesundheitssicherung vermög des „öffentlichen Werthes“ der Gesundheit (im deutschen Sprachraum staatstheoretisch durch Lorenz von Stein; medizinisch durch Max

von Pettenkofer) entwickelt. Die modernen, das heißt hier naturwissenschaftlich ausgerichteten Gesundheitswissenschaften formulierten in einer biologischen Kausalkette eine geschlossene Hygiene des Menschen: Die *Umgebungs- oder Konditionalhygiene* (Michel Levy, Jules Guérin, Edmund Parkes, Max von Pettenkofer), die Mikrobiologie oder Bakteriologie als *Auslösungshygiene* (Louis Pasteur, Robert Koch), die dynamische Theorie der *Konstitutionshygiene*, die *Rassenhygiene* und schließlich die *Sozialhygiene*. Damit waren im ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhundert prinzipiell sämtliche Bereiche des menschlichen Lebens erfasst. Dies gilt insbesondere auch für das noch nicht geborene, zukünftige Leben. Gesundheit wurde zwar zu einem Recht, aber ebenso wurde sie zu einer individuellen und öffentlichen Pflichtaufgabe.

Das staatstragende Ziel der Weimarer Republik war eine soziale Sicherung, die die gesamte Bevölkerung einschloss: Die vormalige Arbeiterversicherung wandelte sich zu einer Volksversicherung. Als Teil dieser sozialstaatlichen Inklusion wurde eine eigene „Planwirtschaft im Gesundheitswesen“ entwickelt. Abgesehen von den immer dichter werdenden Regeln staatlicher Gesundheitssicherung wandte sich die kommunal organisierte Gesundheitsfürsorge im Sinne der Gefahrenabwehr den „konsumtiven Gesundheitsrisiken“ zu – also etwa den an Geschlechts- oder Tuberkuloseerkrankungen Leidenden. Intensiv befasste sich die Gesundheitsfürsorge nun zudem mit den „investiven Gesundheitsrisiken“, das heißt insbesondere mit der Fürsorge für Schwangere, Gebärende, Stillende, Säuglinge und Kinder.

Die Gedanken einer umfassenden Gesundheitsfürsorge des inkludierenden Rechts- und Sozialstaats Weimarer Prägung wurden im Nationalsozialismus durch die rassenhygienisch und vor allem rassenkundlich legitimierte Exklusion mit dem Ziel ersetzt, einen „erbgesunden“, „rassisch reinen“ „arisch-deutschblütigen Volkskörper“ heranzuzüchten, der dem „säkularen Rassenkampf“ gewachsen sein sollte. Um diesen zu erreichen, kam es zu

- Exklusion der als „rassefeindlich“ oder „rassefremd“ bezeichneten Menschen aus dem „Volkskörper“ (Reichsbürgerrecht, „Nürnberger Gesetze“ etc., durchgeführt durch die Standesämter, gegebenenfalls mit Hilfe der 1934 neu geschaffenen Gesundheitsämter);
- Exklusion der Erbkranken aus der verbleibenden „arisch-deutschblütigen Bevölkerung“ (Sterilisierungsgesetz, Ehegesundheitsgesetz, „Euthanasie“ etc., organisiert durch die Gesundheitsämter unter Hilfe sämtlicher ambulanter und stationärer Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens);
- Selektion unter der verbleibenden „rasse reinen“ und „erbgesunden“ „arisch-deutschblütigen“ Bevölkerung;
- Einrichtung eines umfassenden Systems von Arbeit und Erholung beziehungsweise von Kampf und Erholung für den „Rassenkampf“ („Kraft durch Freude“, Gesundheitspolitik der Deutschen Arbeitsfront, der NSV etc.).

Es hat noch nie in der deutschen Geschichte eine derartige Explosion öffentlicher Gesundheitsleistungen stattgefunden wie in der NS-Zeit! Die Medizin im Natio-

nalsozialismus stellte – idealtypisch gesehen – die Apotheose einer nach biologischen und medizinischen Kriterien durchorganisierten Gesellschaft dar: Ein ganzes Volk sollte in einer auf mehrere Jahrhunderte angelegten Perspektive einem jenseits von Persönlichkeitsrechten agierenden, gewaltsamen, teils exkludierenden, teils inkludierenden und deshalb vornehmlich öffentlichen Gesundheitsregime unterworfen werden. Dies ist nur in Denk- und Administrationsformen der Moderne möglich. Die Medizin im Nationalsozialismus ist nicht als Atavismus, sondern als das janusköpfige Gegengesicht einer ebenso fortschrittsbesessenen wie fortschrittsgeblendeten Moderne zu verstehen. Der Themenkomplex „NS-Medizin‘ und Moderne“ ist noch nicht ausreichend erforscht.⁵

In der Bundesrepublik Deutschland wurde die öffentliche Gesundheitssicherung durch zwei Vorgänge maßgeblich bestimmt. Zum einen wandelte sich in vielen Bereichen des öffentlichen Lebens das Bild von der klassen- oder schichtspezifischen Definition von Risiken – „Arbeiterversicherung“ – hin zum selbstverantwortlichen Individuum und damit zur „Sozialversicherung“, die für die gesamte Bevölkerung gelten sollte. Mit einer gewissen zeitlichen Versetzung konnte die Medizin immer weitere therapeutisch wirksame Maßnahmen auch für epidemiologisch relevante Gesundheitsrisiken anbieten. Das Resultat war, dass die Gesundheitsvorsorge immer weiter individualisiert wurde – so zum Beispiel die „Früherkennungsuntersuchungen“ der 1970er-Jahre – und dass nach und nach geeignete Felder der Gesundheitsvorsorge, sofern und sobald entsprechende Therapien zur Verfügung standen, ganz der Individualmedizin überantwortet wurden. Dies ist besonders bei der Entwicklung der Perinatalmedizin sowie der immer engeren Kooperation von Pädiatrie und Geburtshilfe zu erkennen, die letztlich die Mutter-und-Kind-Fürsorge individualisiert hat. Auch die Vorsorge für die immer auffälliger werdenden „Zivilisationskrankheiten“ – Herz- und Kreislauferkrankungen, bösartige Neubildungen, Stoffwechselkrankheiten etc. – wurde individualisiert.

Eine neue Situation trat ein, als im Zuge der AIDS-Epidemie der 1980er-Jahre sämtliche historischen Interventionsmechanismen gegen infektiöse Krankheiten diskutiert wurden – von den insbesondere von Vertretern der politischen Rechten propagierten Modellen einer generellen Seuchenabwehr im Sinne der Quarantäne („Sidatorien“/Jean-Marie Le Pen, 1987) bis hin zur Geschlechtskrankenfürsorge der Weimarer Zeit und der frühen Nachkriegszeit. Letztlich setzte sich unter maßgeblichem Einfluss der damaligen Gesundheitsministerin Rita Süßmuth – der Name muss hier genannt werden – ein völlig neues System der Gesundheitsfürsorge durch: Diese wurde gänzlich den „people at risk“ überantwortet. Damit ging zugleich eine massive Aufklärung über die möglichen Ansteckungsgefahren

⁵ Vgl. hierzu in ersten Ansätzen Alfons Labisch: Die „hygienische Revolution“ im medizinischen Denken. Medizinisches Wissen und ärztliches Handeln. In: Angelika Ebbinghaus/Klaus Dörner (Hg.): Vernichten und heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen. Berlin 2001, S. 68–89; Volker Roelcke: Medizin im Nationalsozialismus. Radikale Manifestation latenter Potentiale moderner Gesellschaften. Historische Kenntnisse, aktuelle Implikationen. In: Heiner Fangerau/Igor J. Polianski (Hg.): Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Theorie und Ethik. Schlüsselthemen für ein junges Querschnittsfach. Stuttgart 2012, S. 35–50.

für die gesamte Bevölkerung einher. Die abnehmende und stets niedrige Inzidenz und Prävalenz von HIV-Infektionen in Deutschland bestätigt vor allem auch im internationalen Vergleich, dass diese Organisationsform erfolgreich wirkt. Zur „skandalisierten“ Krankheit selbst ist festzuhalten: Die AIDS-Inzidenz betrug in der Hochphase der Infektionen im Jahr 1985 circa 6 000 Ansteckungen pro Jahr und hat sich jetzt auf unter 3 000 Neuinfektionen pro Jahr eingependelt.⁶ Zum Vergleich sei angemerkt: Die Zahl der Sepsis-Fälle dürfte derzeit bei circa 280 000 pro Jahr liegen, bei annähernd 50 % davon handelt es sich um schwere Fälle; die Gesamt-Letalität beträgt circa 25 %, das heißt es sind annähernd 70 000 Tote pro Jahr zu verzeichnen.⁷

Die neuen Gefahren durch hämorrhagische Fieber – wie zum Beispiel „Vogelgrippe“, „Schweinepest“ oder „Ebola“ –, verbreitet durch den modernen Flugverkehr, erfordern keine prinzipiell neuen Konzepte öffentlicher Gesundheitssicherung. Vielmehr müssen die bekannten Verfahren der Seuchenabwehr – wie etwa „Surveillance-“ oder „Containment-“Strategien – erheblich intensiviert werden.

Eine neue Situation für die öffentliche Gesundheitssicherung ergibt sich durch die molekulare Transition der Medizin einerseits und durch die raschen Änderungen durch die Globalisierung und Digitalisierung der Arbeits- und Lebenswelt andererseits. Das klassische „Mensch-Maschine-Modell“ der iatro-technologischen Medizin wird durch ein dynamisches molekularbiologisches Modell ersetzt. Maßgeblich für die individuelle und öffentliche Interaktion von Arzt und Patient, der jetzt als „Merkmalsträger“ erscheint, wird eine im Genom des jeweiligen Individuums beziehungsweise entsprechend definierter Gruppen vorgegebene biologische Potenzialität, die sich im Laufe des Lebens unter dem Einfluss innerer und damit subjektiver Faktoren sowie äußerer und damit lebensweltlicher und sich im Laufe des Lebens auch biologisch akkumulierender Faktoren in jeweils individueller Weise äußert (cave: Geno-/Phänotyp) und durch entsprechende Maßnahmen beeinflusst werden kann.⁸

Individuelle und öffentliche Medizin – Versuch einer historischen Systematik

Auf der Grundlage dieser bereits abstrahierend herausgearbeiteten Entwicklungslinien und Entwicklungsmomente öffentlicher Gesundheitssicherung werden im Folgenden zunächst in einer weiteren Abstraktion an ausgewählten Beispielen die

⁶ Robert-Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin, 14. November 2016/Nr. 45, Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland, Stand Ende 2015 (DOI 10.17886/EpiBull-2016-066.1).

⁷ Carolin Fleischmann u. a.: Fallzahlen und Sterblichkeitsraten von Sepsis-Patienten im Krankenhaus. Analyse der deutschlandweiten fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik von 2007 bis 2013. In: Deutsches Ärzteblatt 113/10 (2016), S. 159.

⁸ Vgl. dazu den Beitrag von Rainer Müller, Karl-Heinz Wehkamp und Joachim Larisch in diesem Band.

maßgeblichen Gesundheitswissenschaften, deren Bezugsdisziplinen, die jeweils „skandalisierten“ Krankheiten, die Interventionsobjekte, die Interventionsmittel, die Interventionssubjekte und die jeweiligen gesellschaftlichen Handlungsebenen herausgearbeitet. In Analogie zur Untersuchung der Entwicklung der individuellen Medizin ist die Frage zu stellen, welche Wahrnehmungsorgane und welche Handlungsmöglichkeiten ein gesellschaftlicher Handlungsträger hat, um einen gegebenenfalls historisch-spezifischen Begriff öffentlicher Gesundheit zu formulieren und die in diesem Begriff einer öffentlichen Gesundheit verborgenen Ziele zu verwirklichen.

Für die frühe Entwicklung städtischer Gesundheitsleistungen von der späten Antike bis ins hohe Mittelalter sind akute epidemische Krankheiten, darunter in erster Linie die Pest, als ursächlich anzusehen. Sofern es sich nicht um eine Pandemie handelte – wie etwa die Justinianische Pest des 6. Jahrhunderts oder den „schwarzen Tod“ des 14. Jahrhunderts –, kehrte die Pest, sobald sie endemisch geworden war, in regelmäßigen Abständen von 15 bis 20 Jahren wieder. Die Humoralpathologie bot mit dem Konzept des Miasma zwar eine Erklärung, aber nur bedingt eine entsprechende Vorsorge an. Diese bestand vor allem darin, vor der nahenden Seuche so schnell, so weit, so hoch und so lange wie möglich zu fliehen. Die Stadtärzte dagegen konnten diesen „Vorsorgeweg“ nicht wählen, sie wurden zur Ortsständigkeit verpflichtet, damit sie den Erkrankten halfen und die Obrigkeit berieten.

Im Mittelalter wurden aufgrund der Erfahrung, dass eine Seuche innerhalb einer Stadt die Produktion und außerhalb der Stadt jedweden Verkehr von Waren und Menschen zum Erliegen brachte, Pesthöfe eingerichtet, in denen die Erkrankten isoliert werden sollten. Es war auch möglich, ein Haus, in dem Erkrankte waren, zu sperren. Nach außen hin richteten die Handelsstädte die Quarantäne ein und ergriffen weitere ähnlich exkludierende Maßnahmen: Waren oder Menschen, die aus einem gefährdeten Gebiet kamen, wurden so lange konfisziert beziehungsweise eingesperrt, bis Waren als nicht mehr ansteckungsfähig galten und verdächtige Menschen entweder erkrankten und gegebenenfalls verstarben oder aber als nicht erkrankt nach gebührender Zeit entlassen werden konnten. Des Weiteren wurden befallene Orte gereinigt, das Miasma in der Stadt, soweit überhaupt möglich, durch entsprechende Lüftungen – etwa durch Kanonenschüsse (ohne Kugeln) – zu vertreiben versucht. Zwar wurde im Laufe der Zeit der Ansteckungscharakter solcher Erkrankungen deutlich; die Ärzte lernten aus ihren Erfahrungen sich, etwa durch Pestmasken, zu schützen. Im öffentlichen Bereich bedeutete eine Seuche indes durchweg, dass der Handel und Wandel sowohl außerhalb als auch innerhalb des befallenen Ortes für längere Zeit zum Erliegen kam. Das war gänzlich gegen die Interessen sowohl der Händler als auch der Produzenten. Da die öffentlich-medizinischen Maßnahmen meist auf Absperrung hinausliefen, war der Konflikt zwischen der Obrigkeit und den Ärzten vorprogrammiert.

Der absolutistische Wohlfahrtsstaat sah in der Zahl und dann auch in der Qualität seiner Einwohner ein Machtmittel und setzte auf eine Peuplierungspolitik. Daraus resultierten gleichsam als öffentliche Wahrnehmungsorgane der staatli-

chen Interessen eine stets verbesserte Medizinal- und Sanitätsaufsicht sowie eine immer feinere Demografie samt einer Sterblichkeits- und Krankheitsstatistik. Diese Entwicklungen beförderten zugleich das Vorhaben, die Herrschaftsinstrumente von der Person des Herrschers zu lösen und bis in die territoriale Peripherie durchzugestalten. Die Ziele öffentlicher Gesundheitssicherung lagen gänzlich im staatlichen Interesse. Seuchenzüge sollten – selbstredend meist vergeblich – mit staatlichen Gewaltmitteln, also beispielsweise durch Militär, mit Seuchenkordons abgewehrt werden. Unter dem Gesichtspunkt der Peuplierung ist die Geburtshilfe, die in öffentlichen Musteranstalten verbessert werden sollte, ebenso zu sehen wie die Pockenimpfung, da der Erkrankung vorwiegend kleine Kinder zum Opfer fielen.

Die „skandalisierte“ Krankheit der frühen Industrialisierung war die Cholera. Während der endemische Typhus und die hohe Kindersterblichkeit nicht nur hin-, sondern nicht einmal wahrgenommen wurden, war die Letalität an der Cholera so hoch und die Krankheit so grässlich, dass die pandemischen Seuchenzüge Angst und Schrecken auslösten. Nachdem die Seuchenkordons gegen den ersten europäischen Cholerazug der späten 1820er- und frühen 1830er-Jahre völlig versagt hatten, wurde aus den verschiedenen Theorien über die Ursachen der Krankheit ein ganzes Bündel von Beobachtungsmaßnahmen entwickelt, die über Gesundheitsgefahren aufklären sollten. Die Meteorologie, hygienische Ortsbeschreibungen oder eine stets verfeinerte Statistik bis hin zu den ersten Fall-Kontroll-Studien etc. wurden in diesem Sinne genutzt.

Die erste Gesundheitswissenschaft, die sich entschieden an die neuen Naturwissenschaften anschloss, war die experimentelle Hygiene. Deren Bezugsdisziplinen waren die Chemie und die Physik. Im Laufe der Zeit wurden – von der Ernährung und Kleidung über die Wohnungen und Schulen bis hin zum Städtebau – sämtliche Umstände untersucht, die Auswirkungen auf die Gesundheit hatten, die mit entsprechenden Maßnahmen gesichert werden konnte. Die öffentliche Wirkung der experimentellen Hygiene im Kampf gegen die Cholera zeigte sich vor allem darin, dass die üblichen Absperrmaßnahmen und damit das Stilllegen jedweden „bürgerlichen“ Verkehrs nicht länger als erforderlich galten. Durch die zu dieser Zeit entstehenden Leistungsverwaltungen wurde die Infrastruktur in den (Industrie-)Städten – etwa durch Wasserent- und -versorgung – insgesamt saniert. Diese Maßnahmen beinhalteten – das sollte nicht übersehen werden – auch ein missionarisches Moment: Es galt nicht nur, die hygienischen Umgebungsverhältnisse zu verbessern; vielmehr ging es zugleich darum, mit dem Wasser auch die moralischen Gefahren und die Zerwürfnisse der neuen Industriestädte zu bannen. Die Gesundheitsverhältnisse in den Städten verbesserten sich also durch allgemeine horizontale hygienische Maßnahmen.

Mit dem Schritt zur experimentellen Hygiene, zur hygienischen Infrastruktur und zur entsprechenden Leistungsverwaltung wurden jetzt neue öffentliche Gesundheitsgefahren offenkundig. Nachdem die epidemischen akuten Infektionskrankheiten durch die allgemeine Assanierung zumindest ansatzweise beherrscht werden konnten, traten die endemischen akuten Infektionskrankheiten in den

Blick, darunter vornehmlich der Typhus und die Durchfallerkrankungen, die die Hauptursache für die hohe Kindersterblichkeit waren. Die neue Bakteriologie, deren Bezugsdisziplin die Mikrobiologie war, machte es möglich, in einem gezielten, gleichsam chirurgischen vertikalen hygienischen Eingriff die entsprechenden Krankheitskeime beziehungsweise gesunde Keimträger – ein Konzept, das damals erst entstand – ausfindig zu machen und zu sanieren. Anlass waren in Deutschland aber keineswegs die hohe Kindersterblichkeit oder die Tuberkulose – Robert Koch hatte zwar den Erreger der Tuberkulose entdeckt, aber keinerlei öffentliche Interventionen gegen die Tuberkulose entwickelt. Maßgeblich waren vielmehr militärisch-strategische Gründe für die nachhaltige Sanierung südwestdeutscher Aufmarschgebiete gegen den „Erzfeind“ Frankreich vom endemischen Typhus. Die langfristige Folge war die Einrichtung von Medizinaluntersuchungsämtern auf der mittleren staatlichen Ebene.

Die chronisch-endemischen Infektionskrankheiten, darunter vornehmlich die Tuberkulose und die Geschlechtskrankheiten, wurden zum besonderen Gegenstand der Sozialhygiene. Die Sozialhygiene wandte sich in der zugehenden Gesundheitsfürsorge besonders den Schwangeren, den stillenden Müttern, den Säuglingen und den Klein- und Schulkindern zu. Bezugsdisziplinen waren die Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, treibendes Moment war in der Weimarer Republik der Sozialstaatsgedanke als Staatsziel. Die Beseitigung sozial pathogener Faktoren war eine Aufgabe, der sich zunächst Vereine, später insbesondere die führenden Schichten in den Industriestädten zuwandten.

Die NS-Gesundheitssicherung war auf generelle Selektion unter rassenhygienischen und rassenkundlichen Gesichtspunkten ausgelegt. Unter der oben ausgeführten Zielvorgabe des „erbgesunden“ und „rassenreinen“ Volkskörpers wurde ein staatliches Gesundheitswesen aufgebaut, das gleichsam wie ein Rechen die angeblich erblichen und rassischen Gesundheitsrisiken identifizierte und entsprechenden Maßnahmen zuführte. Dies endete notwendig mit dem Auslöchen der entsprechenden Merkmalsträger – wie dies bereits Sozialhygieniker der Weimarer Zeit vorausgesehen hatten.

In der Zeit nach dem Krieg spaltete sich die öffentliche Gesundheitssicherung in Deutschland auf. In der Weimarer Zeit hatte sich ein großer Strauß von Gesundheitstheorien, Gesundheitsmaßnahmen und gesellschaftlichen Handlungsebenen von intermediären Instanzen über Kommunen bis hin zum Staat entwickelt, der selbstredend immer auch erbgesundheitlich-rassenhygienische Aspekte umfasste. In der NS-Zeit waren die erbgesundheitlichen und rassischen (!) Aspekte gleichsam verstaatlicht worden, während viele Bereiche der Gesundheitsfürsorge weiterhin intermediären Instanzen und den Städten und Gemeinden überantwortet wurden. In der Deutschen Demokratischen Republik wurde die sozialhygienische Version der Gesundheitsfürsorge aufgegriffen, und zwar im Wesentlichen staatlich organisiert. In der Bundesrepublik blieb vorerst das überkommene System der Gesundheitsämter – allerdings je nach Bundesland mit starken kommunalen Anteilen – bestehen. Im Zuge des Sozialstaatsgedankens wurde Gesundheit zu einem öffentlichen Gut. Durch neue medizinische Möglichkeiten konnten immer

weitere Gesundheitsmaßnahmen aus dem öffentlichen Bereich in die private Verantwortung und damit in den Bereich der Individualmedizin verlagert werden. Diese Entwicklung fand mit den Maßnahmen gegen AIDS ihr Ende: Die Verantwortlichkeit wurde gänzlich aus der Zuständigkeit der öffentlichen Organe in die Lebenswelt der Individuen verlagert. Dies wurde allerdings durch erheblichen öffentlichen Aufwand in der gesundheitlichen Aufklärung begleitet.

Aus dieser historischen Abstraktion lassen sich in einer weiteren systematischen Abstraktion Eckpunkte herausarbeiten, die gleichsam das Bedingungsgefüge darstellen, in dem öffentliche Gesundheitsleistungen geplant, durchgesetzt und durchgeführt werden:

- *Unterschiedliche Arten von Krankheiten/unterschiedliche Bedrohungspotenziale*
 - akut bedrohliche Krankheiten versus schleichende chronische Krankheiten
 - akute epidemische Infektionskrankheiten/Seuchen
 - akute endemische Infektionskrankheiten/Seuchen
 - chronische epidemische/endemische Infektionskrankheiten/Seuchen
 - Zivilisations-/Mangel-/Überfluss-/Verschleiß-Krankheiten
- *Unterschiedliche Gesundheits-/Ordnungs-Vorstellungen*
 - jetzt und in Zukunft gegebene Handlungspotenziale mit Blick auf die als biologisch definierten Grundlagen sozialen Handelns
 - differenzierte, divergierende Gesundheitskonzepte unterschiedlicher gesellschaftlicher Handlungsebenen
 - gesellschaftliche Ordnungsvorstellungen mit impliziten Gesundheitsdeutungen
- *Unterschiedliche gesellschaftliche Handlungsebenen*
 - Individuen in ihren primären Lebensgemeinschaften
 - intermediäre Instanzen: Laien/Selbsthilfe, Vereine, Verbände, NGOs
 - Gruppen/Gemeinschaften/Gemeinden/Städte
 - Staaten
 - überstaatliche gesundheitsrelevante Einrichtungen
- *Differenzierte/divergierende Wahrnehmungspotenziale*
 - Gesundheits-/Krankheitswissen der primären Lebensgemeinschaft: Selbst- und Laienhilfe
 - Bevölkerungs-/Mortalitäts-/Morbidity-Statistiken (berichtend)
 - Epidemiologie (populations-/krankheitsspezifisch; retro- und prospektiv)
 - nationale Zentren, Monitoring von Interventionen, prospektive Kohortenstudien
- *Medizinische/gesellschaftlich-relevante Expertise*
 - Konditional-/Umgebungshygiene
(horizontale Maßnahmen: Verbesserung der Gesamtsituation)

- Auslösungshygiene/Infektiologie
(vertikale Maßnahmen: zum Beispiel Impfen, Isolierung etc.)
- Konstitutionshygiene
(das ist: Differenzierung zum Beispiel nach Geschlecht, Alter, Ethnie etc.)
- Sozialhygiene/Sozialmedizin
(das ist: Relevanz des sozialen Umfeldes)
- *Handlungs-/Organisationsformen*
 - reaktives Verhalten versus gesundheitssichernd prospektives Verhalten
 - Gefahrenabwehr (Isolation, Quarantäne/Containment/Sensitivität und Spezifität der Interventionen)
 - vorgegreifende Gesundheitssicherung (Verhältnis-Prävention/Verhaltens-Prävention)
 - horizontale versus vertikale Eingriffe
 - öffentlich gerichtete Maßnahmen versus neue individual-therapeutische Potenziale

Diese stufenförmigen Zusammenfassungen sind dem empirisch arbeitenden und auf den einzelnen historischen Fall gerichteten Historiker gewiss ein Graus. Aus der Sicht des historischen Sozialwissenschaftlers wurde indes aus den Entwicklungslinien und Entwicklungsmomenten öffentlicher Gesundheitssicherung ein Gerüst von Aufmerksamkeitshorizonten erarbeitet. Die Frage „Was bringt eine Gesellschaft dazu, gesund sein und bleiben zu wollen?“ wurde damit zwar aus der historischen Perspektive erarbeitet, aus den Ergebnissen lassen sich jedoch Eckpunkte ableiten, die in jeder Diskussion zur Frage, wie die Situation öffentlicher Gesundheitssicherung einzuschätzen ist und ob neue Maßnahmen öffentlicher Gesundheitssicherung etabliert werden können, bedacht werden müssen.

Individuelle und öffentliche Medizin – Eckpunkte der aktuellen Diskussion

Die beiden Pole für die aktuelle Situation öffentlicher Gesundheitssicherung in Deutschland sind einerseits die Akteure der gesellschaftlichen Handlungsebenen, die entweder eine Gesundheitsgefahr wahrnehmen oder langfristig Gesundheit sichern wollen, andererseits sind es die Vertreter derjenigen Wissenschaften, die für die wahrgenommenen und gesundheitspolitisch thematisierten Gesundheitsgefahren angemessene Interventionsformen anbieten.

Zwischen diesen beiden Polen ist nach den Bezugsdisziplinen – diese bestimmen letztlich die Einsatzmöglichkeiten –, den Interventionsobjekten, den Interventionszielen und den Interventionssubjekten zu fragen. Von der Ebene oberhalb der primären Lebensgemeinschaften bis hin zu internationalen Organisationen werden alle gesellschaftlichen Handlungsebenen als mögliche Interventionsräume angesprochen.

Wichtig ist ferner die Frage nach den „skandalisierten“ Krankheiten beziehungsweise Gesundheitsgefahren. Die These, dass eine Maßnahme öffentlicher Gesundheitssicherung noch nie nach den epidemiologisch dringlichen, sondern stets nach den öffentlich am meisten gefürchteten und diskutierten Gefahren und damit nach den „skandalisierten Krankheiten“ eingerichtet worden ist, scheint zwar gewagt. Aber sie lässt sich bis in unsere Tage belegen. So bilden etwa die chronisch-obstruktive pulmonale Krankheit (COPD) und weitere Erkrankungen des Atmungssystems, die in der Öffentlichkeit kaum bekannt sind und vornehmlich unter Experten oder Aktivisten diskutiert werden, heute die dritthäufigste Todesursachengruppe. An der seinerzeit hoch diskutierten Ebola-Epidemie 2014 erkrankten nach Angaben der WHO – einschließlich der Verdachtsfälle – weltweit (!) bisher (Stand: März 2016) 28 639 Menschen, von denen 11 316 starben.⁹ An der ebenso heftig diskutierten „Vogelgrippe – N5H1“ erkrankten nach Meldung der WHO im Zeitraum von 2003 bis 2017 weltweit (!) 856 Menschen, davon starben 452.¹⁰ Betrachtet man hingegen die Todesfälle in Deutschland, so sterben an Erkrankungen des Atmungssystems jährlich annähernd 6 % aller Frauen und annähernd 7,5 % aller Männer; die Prävalenz beträgt je nach Altersgruppe bis an die 70 %.¹¹

Für die aktuelle Situation lassen sich aus der historischen Systematik folgende Bereiche herausarbeiten, die es im Einzelnen zu diskutieren gilt – und die hier nur stichwortartig aufgeführt werden können.

- *Zunahme und Verdichtung der Akteure (Staat, Städte, intermediäre Instanzen etc.)*
 - Verlagerung von Verantwortlichkeit vom Rechtssubjekt „Staat“ und dessen Rechtsobjekt „Untertan“ auf das Rechtssubjekt „Bürger“ im ausgebildeten Sozialstaat
 - Ausdifferenzierung/Pluralisierung von Lebensformen
 - Balance zwischen den Akteuren
 - divergierende Staatsverständnisse (historisch; international: zum Beispiel USA, Großbritannien, Deutschland)
 - divergierende Verständnisse von „öffentlicher Gesundheit“ und/versus „Public Health“
 - Was soll/welche Konnotationen transportiert der Begriff „Public Health“ im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen?
 - Gesellschaftsbild/Menschenbild: Welchen Menschen wollen wir in welcher Art von Gesellschaft haben?

⁹ https://de.wikipedia.org/wiki/Ebolafieber-Epidemie_2014 (letzter Zugriff am 2. 5. 2018).

¹⁰ https://de.wikipedia.org/wiki/Vogelgrippe_H5N1 (letzter Zugriff am 2. 5. 2018); vgl. auch http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/2018_01_25_tableH5N1.pdf (letzter Zugriff am 2. 5. 2018).

¹¹ http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/lungenerkrankungen/lungenerkrankungen_node.html (letzter Zugriff am 19. 3. 2017).

- „*Öffentliche Gesundheit*“ als Teilaspekt der gesamten Sozialstaatssicherung
 - Was ist die (Rest-)Größe einer teils privat, teils intermediär, teils staatlich geregelten Gesundheitssicherung?
 - Wo ist der Platz für „Public Health“ in Deutschland (im Gegensatz etwa zu Großbritannien oder den USA)?
 - Gesamtaufgabe: Wahrnehmen und Gestalten „gesundheitsrelevanter“ Aspekte des Systemfunktionierens des ausgeformten Sozialstaats auf „öffentlichen Ebenen“ unterschiedlichen Organisationsgrades
- *Marktfunktionieren des Sozialstaats im Sinne vergleichbarer Lebensverhältnisse* zum Beispiel
 - Gefahrenabwehr, Arbeitssicherheit etc.
 - Markt/Marktregulation im Sozialstaat
 - Eingriffsmöglichkeiten des Sozialstaats (F.-X. Kaufmann): Recht, Geld, Infrastruktur, Kommunikation/Information
 - zu sicherndes Humanvermögen des Rechtssubjektes „Mensch“ im Sozialstaat: Arbeit, Fortpflanzung, soziale Teilhabe etc.
- *Gesundheit als Teilaspekt des (Sozial-)Staatsverständnisses*
Alter, Arbeit, Armut, Krankheit als klassische Versicherungsbereiche und deren institutionell-organisatorische Umsetzung
- *Differenzierung intermediärer Instanzen*
 - „hetero-staatlich“: Unfall- und Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen
 - Bürger-Aktivitäten: Selbsthilfe, Laienhilfe, „Aktivisten“
- *Medizin und Technik, Technik und Medien*
- „*Public Health*“ als Wissenschaft und als Interventionsform
„öffentliche Gesundheitssicherung“ versus „Public Health“
 - Was heißt hier Gesundheit?
 - Was heißt hier öffentlich?
 - Wer sind die personalen Akteure/Experten öffentlicher Gesundheitssicherung?

Zusammenfassung und Thesen

Allgemein-theoretisch/konzeptionell

Der Begriff „Gesundheit“ definiert die biologisch gedeuteten Grundlagen des Handelns in jeweils zivilisationsadäquater Weise. Der Gesundheitsbegriff vermittelt zugleich zwischen der Gesellschaftlichkeit und der Natürlichkeit der Menschen und ordnet so die „natürlich“-biologischen Grundlagen menschlichen

Daseins in das soziale Handeln ein. Der Begriff „öffentliche Gesundheit“ definiert die biologisch gedeuteten Grundlagen des Handelns von gesellschaftlichen Verdichtungsformen oberhalb der Individuen und ihrer primären Lebensgemeinschaften. Mehr noch als die individuelle Gesundheit ist die öffentliche Gesundheit in spezifisch zivilisationsadäquater Form sozial konstruiert und organisiert.

Gesundheitsvorstellungen – ob individuell oder öffentlich – sind Ordnungsvorstellungen, enthalten also explizite und vor allem implizite Verhaltensanweisungen. Im privaten und fortschreitend im öffentlichen Raum sind diese Ordnungsvorstellungen machtdurchsetzt und gehen in Teilen mit Anwendung von Gewalt einher. Für den Blick auf die Bedingungen öffentlicher Gesundheitsleistungen ist erhellend, wenn die Wahrnehmung und Gestaltung der Gesundheit von Individuen und ihren Lebensgemeinschaften in einer heuristischen Analogie auf die öffentliche Gesundheit übertragen werden: Was wird mit welchen Wahrnehmungsorganen und welchen gefährdenden beziehungsweise zukunftsichernden Zwecken und Zielen als gesundheitsrelevant angesehen? Welche Handlungsoptionen werden gesichert oder eröffnet? Mit welchem spezifischen Handlungspotenzial und auf welcher gesellschaftlichen Ebene kann es umgesetzt werden?

Allgemein-historisch

Jede (historisch neue) gesellschaftliche Verdichtungsstufe bringt eine eigene Interpretation ihrer „öffentlichen Gesundheit“ hervor. Diese Interpretation führt in einem gesellschaftlichen Aushandlungsprozess zu einer jeweils historisch- und zivilisationsspezifischen Form öffentlicher Gesundheitssicherung (Wahrnehmungsformen, Problemdefinitionen, Eingriffsmittel, Reichweite etc.). Für jeweils neue gesellschaftliche Verdichtungsstufen sind die überkommenen Formen öffentlicher Gesundheitssicherung nur bedingt brauchbar. Bestimmte Aktionsformen werden zum Standardrepertoire (zum Beispiel Kontrolle und Aufsicht, Infrastruktur), andere werden nach und nach de-thematisiert oder dezidiert aufgegeben. Unter den aktuellen Bedingungen des ausgebildeten Rechts- und Sozialstaats sind Vorstellungen öffentlicher Gesundheit dann wirksam, wenn sie für die Bürger als Rechtssubjekte nachvollziehbar Handlungsoptionen offen halten oder gegebenenfalls verbessern oder vermehren.

Essenziell für die mögliche Implementierung öffentlicher Leistungen unter den aktuellen Bedingungen ist die Problemwahrnehmung öffentlicher Gesundheit generell und speziell auf der Ebene der Adressaten in einem Beziehungsgeflecht von gesellschaftlichen Wertesystemen, Menschenbild, gesellschaftlichen Handlungsebenen mit je spezifischer Problemwahrnehmung, spezifischem Problemlösungspotenzial und spezifischen Eingriffsformen.

Speziell bezogen auf die Eingangsfrage

Auf die aktuelle Public Health-Debatte bezogen lautet der Schluss aus den historisch-systematischen Überlegungen: Aufgrund des fehlenden gesellschaftlich skan-

dalisierten beziehungsweise skandalisierbaren Bedrohungspotenzials, aufgrund der divergierenden Konzepte öffentlicher Gesundheit und öffentlicher Gesundheitssicherung, aufgrund der stets wachsenden Möglichkeiten, auch massenhaft auftretende Krankheiten und häufig vorkommende Todesursachen im Bereich der Individualmedizin zu behandeln, wird es, sofern nicht eine neue und unerwartete kollektive gesundheitliche Bedrohung auftritt, in absehbarer Zeit auf keiner gesellschaftlichen Handlungsebene einen hinreichenden Handlungsdruck geben, eine neue Ära öffentlicher Gesundheitssicherung einzuleiten. Die aktuelle Diskussion ist und bleibt rein akademisch.

Abstract

A society is ultimately responsible for the health of its fellow citizens. This idea can be traced back to the very first considerations of antiquity, what a “polis”, what a state should be. These proposals and the historically realized institutions diverged, of course, widely in different societies depending on the degree of social organization, possibilities for action, and historical situations of pestilence and mass diseases.

In this chapter, based on historical examples, an idealtypical comparison with the environmental conditions of doctors in individual medicine and medical scientists/experts in public health care is developed: “public”, communities, cities, state as “patients”—those societal organizations who are healthy or want to stay healthy in the future. What are the fundamental differences for a public health, when individual medicine is taken as a heuristic model: power and power gradients; divergent and competing decision-makers; economy and public investments asf. The basic question is: what causes a society or parts of a society to want to be healthy? Which role can an expert in public health achieve? This model is exemplified in times when public interventions in health were given: experimental hygiene and cholera; microbiology/bacteriology and typhoid; social hygiene and tuberculosis; racial hygiene and NS-public health reforms; “people at risk” and AIDS.

The conclusion is a question: what happens if the model, which is developed here, is transferred to the current situation? Are there any connections, to recognize and to implement public health services in our special historical situation? What would be necessary to get the “public” to invest in its health?

Rainer Müller/Karl-Heinz Wehkamp/Joachim Larisch

Public Health – Global Health: neu denken, neu konzipieren

Einleitung

Mit der Stellungnahme „Public Health in Deutschland: Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen“, die im Juni 2015 von der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina und anderen herausgegeben wurde, wurde eine Auseinandersetzung über Public Health und Global Health angeregt.¹ Vom Robert Koch-Institut wurde daraufhin am 8. und 9. November 2016 in Berlin ein Symposium „Zukunftsforum Public Health“ durchgeführt. Vertreter aller Bereiche von Public Health konnten in einen Diskurs eintreten. Dieser umfasste sowohl eine Bestandsaufnahme der Wirkungsbereiche, Strukturen und Aufgaben von Public Health in Deutschland als auch die Entwicklung eines Zukunftsmodells. Die nachfolgenden Überlegungen stehen im Kontext dieses Diskurses. Es soll gefragt werden, welchen Herausforderungen sich Public Health gegenüber sieht angesichts der Entwicklungen in den Biowissenschaften, der Biomedizin, den Biotechnologien und den weltwirtschaftlich eingebundenen digitalen Informationstechnologien. Skizziert werden soll, was diese Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften, die sich als die Wissenschaften von Public Health verstehen, konzeptionell, theoretisch wie methodologisch bedeuten. Auf die organisatorischen und institutionellen Dimensionen, die sich aus dieser Konstellation ergeben, wird nicht eingegangen.

Da hier die Öffentliche Gesundheitssicherung als Teil von Sozialstaatlichkeit angesehen wird, muss auf die Diskussion zum Stand der Sozialpolitik-Forschung kurz eingegangen werden. Denn die dramatischen Veränderungen, die sich im Sektor „Gesundheit“ deutlich erkennbar abzeichnen, werden nicht ohne Konsequenzen bleiben für die Konzeptionen und Praktiken in den klassischen Institutionen der Sozialpolitik wie Kranken-, Renten-, Unfall-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung beziehungsweise weitere auf Erwerbsarbeit bezogene Politikfelder. Wenn denn mit den modernen Möglichkeiten die bio- und informationstechnische (Selbst-)Optimierung der Person voranschreitet, dann wird die Begutachtung von Leistung in sozialversicherungsrechtlichen Kategorien wie Arbeits- bezie-

¹ Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina u. a. (Hg.): Public Health in Deutschland. Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen. [Stellungnahme]. Halle a. d. S. 2015.

hungsweise Erwerbsfähigkeit eine daran ausgerichtete Reformulierung durch die Leistungs- und Versicherungsmedizin erfahren. Im Sport ist der zu olympiareifen Höchstleistungen fähige „homo protheticus“ längst angekommen.² Dieses Menschenbild, um den „homo algorithmus“ erweitert, wird der Pflicht zur Leistung in der digitalen Arbeits- und Lebenswelt einen neuen Schub verschaffen.

Public Health als Öffentliche Gesundheitssicherung ist Teil des Sozialstaates

Die Ermöglichung von individueller Gesundheit und der Ausbau der Institutionen der Öffentlichen Gesundheitssicherung sind eng verknüpft mit der Entwicklung von Sozialpolitik in den Nationalstaaten mit ihren jeweiligen eigenen historisch geprägten Formierungen. Sicherheit und Gesundheit wurden in den Industriegesellschaften in den vergangenen 150 Jahren zu normativen Konzepten, die gestaltende Kraft entfalteten. Sie wurden zu allgemein verbindlichen Lebens- und Verhaltensrichtlinien im privaten, öffentlichen und im privatwirtschaftlich betrieblichen Zusammenhang. Soziale Sicherheit wird als Teil des gesellschaftlichen Wertes „Sicherheit“ verstanden, welcher öffentliche Sicherheit, technische Sicherheit, Rechtssicherheit, Gewissheit als sicheres Wissen zum Handeln und Selbstsicherheit umfasst. Dabei besteht zwischen Systemsicherheit und Selbstsicherheit eine Spannung, die ohne Paradoxien nicht auskommt.³ Die jeweiligen nationalen Wohlfahrtsregime haben verschiedene Ausprägungen erfahren aufgrund historisch unterschiedlicher Gewichtung der zentralen Wohlfahrtsproduzenten „Staat“, „Markt“ und „Familie“. Je nach dem Verhältnis der drei Bereiche zueinander haben die Grundprinzipien „Teilhabe“, „Gerechtigkeit“ und „Solidarität“ ihre Ausgestaltung bekommen. Sie unterliegen einem dynamischen politökonomischen Gestaltungsprozess im Spannungsfeld von Marktfreiheit und Bürgerfreiheit. Ihre jeweilige historische Ausprägung ist darüber hinaus Ergebnis des Zusammenwirkens von Wirtschaftsordnung, dem Modus der Vergesellschaftung, den Konzepten zum Personenbegriff und zum Bürgerstatus wie auch zum Freiheitsverständnis.

Gesundheit kann in einer sozialgeschichtlichen Verortung verstanden werden als Fähigkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe im Lebensverlauf in den je konkreten lebens- und arbeitsweltlichen Situationen. Gesundheit soll hier als Humanvermögen im Lebenslauf konzipiert werden. Damit wird die wechselseitige Beziehung von individueller und öffentlicher Gesundheit herausgestellt. Zum Humanvermögen zählen neben dem wirtschaftlichen Humankapital, also dem Arbeitsvermögen, die Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Elternverantwortung, zum politischen und gemeinnützigen Engagement, zur Betreuung von nahestehenden Alten und Kranken sowie zu anderen sozialen Aktivitäten.

² Karin Harrasser: Körper 2.0. Über die technische Erweiterbarkeit des Menschen. Bielefeld 2013, S. 9.

³ Franz-Xaver Kaufmann: Sozialstaat als Kultur. Wiesbaden 2015.

Das Konzept „Humanvermögen im Lebenslauf“ bietet die Chance, für die wissenschaftliche Arbeit wie für die praktische Gestaltung von Lebens- und Arbeitswelten eine tragfähige Fundierung zu liefern und den Anforderungen nach einer inter- beziehungsweise transdisziplinären Kooperation nachzukommen.⁴ Prinzipiell sollte ein solches Konzept synergetische Potenziale für die Verknüpfung von Politikbereichen aufzeigen. Beim Konzept „Humanvermögen im Lebenslauf“ ist dies der Fall. Für die weitere Ausarbeitung des Konzeptes können aus den Diskursen im Forschungsfeld „Interdisziplinäre Anthropologie“ wichtige Erkenntnisse genutzt werden.⁵ In Verbindung mit Denktraditionen der Phänomenologie lassen sich erlebte und intendierte Lebensäußerungen in ihrer „situativen Kohärenz von Organismus und Umwelt“ analysieren und verstehen.⁶ Mit dem Konzept „Humanvermögen“ können sowohl die biologischen als auch die subjektiven personalen Dimensionen und die gesellschaftlichen sowie die staatlichen Bedingungen in ihren wechselseitigen Dynamiken im Lebenslauf veranschaulicht werden. Arbeitsvermögen als Teil des Humanvermögens ist als die subjektive Komponente von Arbeits- beziehungsweise Beschäftigungsfähigkeit anzusehen. Mithilfe des Konzepts „Humanvermögen“ kann mikrotheoretisch die Bezeichnung der individuellen Fähigkeiten und makrotheoretisch die Bezeichnung der Summe aller in einer Bevölkerung vorhandenen Fähigkeiten benannt werden. In dieser doppelten Perspektive gelingt die Verbindung des Begriffs „Humanvermögen“ mit dem Gesundheitsbegriff als individueller und zugleich als kollektiver Größe.

Mit dem Konzept „Humanvermögen im Lebenslauf“ kommt die Bedeutung von Public Health in der Doppelperspektive, nämlich ein individuelles und zugleich öffentliches Gut auch in ökonomischer Sicht zu sein, ins Spiel. Außerdem erhält Medizin mit ihren personenbezogenen Dienstleistungen einen öffentlichen Stellenwert. Medizin wird in ihrer Public Health-Relevanz wahrgenommen, und es wird nach ihrem Beitrag zur Sicherung des Humanvermögens im Lebenslauf gefragt.

Öffentlichkeit als theoretische und praktische Referenzgröße der Gesundheitssicherung

Eine zeitgemäße Reformulierung von Öffentlicher Gesundheitssicherung/Public Health kann nicht ohne eine theoretische Auseinandersetzung mit der Kategorie „öffentlich“ und „Öffentlichkeit“ geführt werden. Public Health hat eine geschichtliche Entwicklung durchlaufen und dabei sowohl in der theoretischen Konzipierung als auch in der konkreten praktischen Ausgestaltung von öffentlich/Öffent-

⁴ Rainer Müller u. a.: Public Health und die Welt der Arbeit – ein Memorandum. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 70 (2016), S. 126–136.

⁵ Gerald Hartung/Matthias Herrgen (Hg.): Interdisziplinäre Anthropologie. Soziale Kognition. Wiesbaden 2014.

⁶ Thomas Fuchs: Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart 2009, S. 127.

lichkeit eine spezifische zeitgenössische Formulierung und Gestalt bekommen. Es ist zu fragen nach dem „Strukturwandel der Öffentlichkeit“⁷ und was das Öffentliche heute für Public Health bedeutet, denn unbestreitbar ist, „dass das Öffentliche auch heute noch sowohl als begriffliche Sonde hermeneutische Kraft wie auch als Realität Wirkungsmacht besitzt“.⁸ Das Öffentliche kann nicht verkürzend als die Summe staatlicher Interventionen dargestellt werden.

Im 19. Jahrhundert drängte die bürgerliche Öffentlichkeit über die Herstellung von öffentlicher Meinung zur Teilhabe an den öffentlichen politischen Angelegenheiten und wurde zur Instanz, vor der sich öffentliche staatliche Gewalt legitimieren musste und kontrollieren lassen sollte. In diesem Jahrhundert wurde Gesundheit als öffentliches soziales Gut definiert und Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens wurden in Gemeinden und im Zentralstaat etabliert. Mit den Sozialgesetzgebungen und den geschaffenen Institutionen wurden in der Kaiserzeit die Rahmenbedingungen in Deutschland für die Entwicklung von Public Health gelegt. Gesundheit wurde als individuelles wie öffentliches Gut in der Sphäre des Öffentlichen in den Dimensionen öffentliches Wohl, öffentliche Meinungs- und Willensbildung sowie in der Verantwortung der öffentlichen Staatsgewalt thematisiert und zum Gegenstand von Politik. Das Gemeinwohl wurde zur öffentlichen Aufgabe und damit wurde Gesundheit als privates und öffentliches Gut mit Gerechtigkeit verknüpft.

Was für alle mit verbindlicher Anerkennung als öffentliche (Gemeinwohl-)Interessen zu gelten hat, ist durch demokratisch legitimierte politische Prozesse zu klären. Es bedarf allerdings eines Grundkonsenses zum Beispiel über eine gerechte sozialstaatliche Ordnung und einer Akzeptanz von Unterschieden in heterogenen Lebensentwürfen. Public Health als öffentliche Gesundheitssicherung wurde so Teil der „politische[n] Öffentlichkeit im Prozess der sozialstaatlichen Transformation des liberalen Rechtsstaates“.⁹ Das Öffentliche ist dialektisch beziehungsweise komplementär mit dem Privaten verbunden. Es wird von der Polarität von Öffentlichkeit und Privatheit als einem zentralen Element gesprochen.¹⁰ Diese Polarität zeigt sich gerade in der europäischen Stadt mit ihren öffentlichen und privaten Räumen und Sphären. Die europäische Stadt war in dieser Polarität ein zentraler Entwicklungsraum von Öffentlicher Gesundheit in konzeptioneller wie institutioneller Hinsicht. Aktuell zeigt sich eine besondere Gefährdung des Öffentlichen in einer Entdifferenzierung, einer Entpluralisierung, einer Vermachtung und in der Entmachtung des Öffentlichen durch eine globale Ökonomisierung in Verbindung mit der Digitalisierung aller Lebens- und Arbeitsbereiche.¹¹ Eine subtile und schleichende Entmachtung des Öffentlichen und die Aushöhlung des Pri-

⁷ Jürgen Habermas: Strukturwandel der Öffentlichkeit. Untersuchungen zu einer Kategorie der bürgerlichen Gesellschaft. Neuwied/Berlin 1969.

⁸ Gerd Winter (Hg.): Das Öffentliche heute. Baden-Baden 2002, S. 2.

⁹ Habermas: Strukturwandel (wie Anm. 7), S. 242.

¹⁰ Walter Siebel: Die Kultur der Stadt. Frankfurt a. M. 2015, S. 59-96.

¹¹ Alfred Rinke: Geschichte und heutige Valenzen des Öffentlichen. In: Winter (Hg.): Das Öffentliche (wie Anm. 8), S. 7-74.

vaten wird in der extensiven Erhebung, Speicherung und Auswertung von Daten jeglicher Art von Individuen und ihren Bewegungsumwelten offenkundig. Digitale globale Konzerne gewinnen an Macht und Einfluss ohne demokratische, öffentliche Kontrolle. Die virtuellen Räume in den Netzen sind keine öffentlichen, sondern private Räume; sie sind der öffentlichen Kontrolle entzogen. Die plurale Öffentlichkeitsordnung, beruhend auf Respekt, Neutralität sowie Toleranz, wird aktuell zunehmend in den digitalen Medien durch fundamentalistische Ideologien, Drohpositionen, Unwahrheiten und Hassreden untergraben.

Herausforderungen für Public Health

Die Entwicklungen der Systembiologie, der Biomedizin, der Informationstechnologien, der Robotik und der künstlichen Intelligenz in einer globalisierten Wirtschaft provozierten Herausforderungen für die politischen und wissenschaftlichen Akteure von öffentlicher Gesundheitssicherung, die diese in ihrer umwälzenden Mächtigkeit bislang eher wenig oder gar nicht wahrgenommen haben. Verabschieden sollten sich Vertreter von Public Health von der irrigen Vorstellung, Gesundheit und Krankheit könnten zwischen Public Health und der Medizin aufgeteilt werden. Gesundheit und Krankheit können nur gemeinsam thematisiert und behandelt werden. Eine „reine“ Gesundheitswissenschaft ist ebenso unmöglich wie eine ausschließlich auf Krankheit bezogene Wissenschaft. Die genannten Entwicklungen sind so tiefgreifend und folgenreich, dass der Kuhn'sche Terminus vom „Paradigmenwechsel“¹² viel zu schwach ist, um die Aufgabe zu beschreiben, vor die die sich auf Gesundheit beziehenden Wissenschaften gestellt sind.

Paradigmawechsel in den Lebenswissenschaften

Der Begriff „Lebenswissenschaft“ leitet sich aus dem Begriff „Life Sciences“ ab, wie er von der biomedizinischen Industrie benutzt wird. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung subsumiert unter Lebenswissenschaften Systembiologie, Computational Neuroscience und Medizinische Genomforschung.¹³ Mit der Forschungsförderung soll ein Wachstumsmarkt in der Pharma- und Gesundheitsforschung, in der Medizintechnik, Biotechnologie mit vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten in der Medizin, hier besonders bei den multifaktoriellen Volkskrankheiten, in Landwirtschaft und Industrie entfesselt werden.¹⁴ Durch die Verknüpfung neurowissenschaftlicher Erkenntnisse mit Computertechnologie werden die Entwicklung neuronaler Implantate und Prothesen sowie die Konstruktion

¹² Thomas S. Kuhn: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt a. M. 1973.

¹³ Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF): Impulsgeber Lebenswissenschaften. Forschung für Innovationen der Zukunft. Bonn/Berlin 2009.

¹⁴ Ebd., S. 3.

von lernfähigen Robotern vorangetrieben. Die wissenschaftlichen und technischen Fortschritte mit ihren breiten Anwendungen auf das Leben werden „nicht zuletzt auch das Selbstverständnis des Menschen verändern“.¹⁵

Dass sich die Lebenswissenschaften seit Beginn des 21. Jahrhunderts im Umbruch befinden, hat die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina in ihrem ersten Zukunftsreport zum Ausdruck gebracht.¹⁶ Die Systembiologie, die einen vollständigen Einblick in die zeitlichen und strukturellen regulatorischen Prozesse über alle Ebenen vom Genom über Proteome, Metabolome, Mikrobiome bis zum Verhalten und zur Biomechanik des Gesamtorganismus zum Ziel hat, ist mithilfe sogenannter Omics-Technologien in der Lage, in kurzer Zeit riesige Datenmengen über Lebensprozesse zu ermitteln. Hier stellt sich ein sogenanntes Big-Data-Problem, denn zurzeit kann aus der Fülle an Daten nur ein Bruchteil ausgewertet werden. Deshalb kommt es zu einer Zusammenarbeit mit Informatik, Mathematik und Ingenieurwissenschaften. Diese Kooperation wird mit dem Begriff „Data-Mining“ umschrieben. Beziehungen ergeben sich zum Bereich der künstlichen Intelligenz und darüber zum maschinellen Lernen. Da die Kosten für die Genom-Sequenzierung sinken, werden die Omics-Technologien bald sehr breit in der Medizin eingesetzt werden. Hier setzen die Praxis und das Versprechen der personalisierten Präzisionsmedizin an,¹⁷ die erlaubten, den 32. Deutschen Krebskongress im Jahr 2016 unter das Motto zu stellen „Krebsmedizin heute: präventiv, personalisiert, präzise und partizipativ“. Auch international werden diesbezügliche Initiativen verstärkt. So hat Präsident Obama am 20. Januar 2015 ein großangelegtes Forschungsprogramm zur Präzisionsmedizin auf den Weg gebracht.¹⁸ Die euphorischen, programmatischen Feststellungen des Krebskongresses stützen sich insbesondere auf die bahnbrechenden Erkenntnis- und Interventionsfortschritte der Genetik beziehungsweise der Epigenetik und der Stammzellforschung in Kooperation mit Big Data.¹⁹

Japanischen Forschern ist es erstmals gelungen, Eizellen aus embryonalen Stammzellen von Mäusen und aus induzierten pluripotenten Stammzellen zu züchten. Diese Eizellen wurden dann im Reagenzglas befruchtet und die dabei entstandenen Nachkommen konnten sich erneut fortpflanzen.²⁰ So könnten bei

¹⁵ Ebd., S. 4.

¹⁶ Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina: Lebenswissenschaften im Umbruch. Herausforderungen der Omics-Technologien für Deutschlands Infrastrukturen in Forschung und Lehre. Halle a. d. S. 2014.

¹⁷ Deutscher Ethikrat (Hg.): Personalisierte Medizin – der Patient als Nutznießer oder Opfer? Berlin 2013.

¹⁸ National Institutes of Health: The Precision Medicine Initiative Cohort Program – Building a Research Foundation for 21st Century Medicine. September 17, 2015; online zugänglich unter: <https://acd.od.nih.gov/documents/reports/DRAFT-PMI-WG-Report-9-11-2015-508.pdf> (letzter Zugriff am 31. 7. 2018).

¹⁹ Joachim Müller-Jung: Das Ende der Krankheit. Die Versprechen der Medizin. München 2014; Peter Spork: Der zweite Code. Epigenetik – oder wie wir unser Erbgut steuern können. Hamburg 2009.

²⁰ Orié Hikabe u. a.: Reconstitution in Vitro of the Entire Cycle of Mouse Female Germ Line. In: Nature 539 (2016), S. 299–303, 10.11. 2016 (DOI: 10.1038/nature20104).

der Entwicklung von Keimzellen aus Körperzellen Spermien aus den Zellen einer Frau und Eizellen aus den Zellen eines Mannes gewonnen werden. Der Mensch aus der Retorte ist damit nicht mehr nur denkbar. Es wird ebenfalls im Bereich der Lifestyle-Medizin der Weg bereitet für Selbstoptimierung und Prävention.²¹

Ein weiterer brisanter Schritt im Zuge des Paradigmawechsels zum Verständnis von Leben und im Selbstverständnis des Menschen wurde im Jahr 2015 mit der CRISPR/Cas-Methode gemacht. Diese Methode (Genome Editing) ermöglicht einfache Eingriffe zur kontrollierten Veränderung im Erbgut.²² DNA- und RNA-Sequenzen können damit verändert werden. Lebewesen – Pflanzen, Tiere oder Menschen – können in ihrer biologischen Ausstattung so verändert werden, wie sie ihre natürliche Evolutionsgeschichte nicht hervorgebracht hat. Mit der Methode ist ein Eingriff in die Keimbahn möglich. In Großbritannien hat die zuständige Behörde Forschern am Londoner *Francis Crick Institute* solche Interventionen an Embryonen bis zum Alter von sieben Tagen erlaubt. Die veränderten Embryonen dürfen keiner Frau eingepflanzt werden.²³

„Neue Menschen? Na klar! Die amerikanische Akademie wirbt für Gen-Eingriffe“ – unter dieser Überschrift berichtete am 17. Februar 2017 in der FAZ Joachim Müller-Jung über den Report der US-amerikanischen *National Academy of Sciences and National Academy of Medicine*, der unter dem Titel „Human Genome Editing, Science, Ethics, and Governance“ erschienen ist.²⁴ Für ihn rütteln die zwei der weltweit einflussreichsten Gelehrtenesellschaften „an den moralischen Grundfesten zivilisierter Gesellschaften“.²⁵ Mit den neuen Gentechnikmethoden wie „CRISPR/Cas“ wird das Tabu der Keimbahntherapie „eleganter, aber eben auch endgültig beseitigt“.²⁶ Genetische Manipulationen von Embryonen und damit aller nachfolgenden Generationen sind unter bestimmten Prämissen möglich.

Für den „Deutschen Ethikrat“ zählt die Synthetische Biologie zu den Lebenswissenschaften und er fragt nach der Bedeutung dieser Biologie für Wissenschaft und Gesellschaft.²⁷ Es werden die Chancen und Risiken diskutiert. Empfehlungen zu einem gesellschaftlichen Monitoring werden aufgelistet. Ausführlich hat sich

²¹ Markus Jansen: Digitale Herrschaft. Über das Zeitalter der globalen Kontrolle und wie der Transhumanismus und Synthetische Biologie das Leben neu definieren. Stuttgart 2015.

²² Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina/Deutsche Forschungsgemeinschaft/academtech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften/Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften: Chancen und Grenzen des genome editing. The Opportunities and Limits of Genome Editing. Halle a. d. S. 2015.

²³ Kathrin Zinkant: Erstmals Eingriffe ins menschliche Erbgut erlaubt. In: Süddeutsche.de, 1.2.2016; online zugänglich unter: <http://www.sueddeutsche.de/politik/2.220/gentechnik-erstmal-eingriffe-ins-menschliche-erbgut-erlaubt-1.2844242> (letzter Zugriff am 7.5.2018).

²⁴ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (Hg.): Human Genome Editing, Science, Ethics, and Governance. Washington 2017 (DOI: 10.17226/24623).

²⁵ Joachim Müller-Jung: Neue Menschen? Na klar! Die amerikanische Akademie wirbt für Gen-Eingriffe. In: FAZ, 17.2.2017, S. 9.

²⁶ Ebd.

²⁷ Deutscher Ethikrat (Hg.): Werkstatt leben. Bedeutung der Synthetischen Biologie für Wissenschaft und Gesellschaft. Berlin 2013.

das „Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag“ (TAB) mit Synthetischer Biologie – die nächste Stufe der Bio- und Gentechnologie – beschäftigt.²⁸ Dieser Bericht kann zusammen mit der Publikation des Deutschen Ethikrates als Regieanweisung für eine inhaltliche Debatte zur Entwicklung einer interbeziehungsweise transdisziplinären Public beziehungsweise Global Health-Konzeption gelesen werden. Es wird gerade mit Verweis auf die bahnbrechenden Genome-Editing-Entwicklungen eine neue forschungspolitische Programmatik für eine prospektive Biosicherheitsforschung für notwendig erachtet. Sicherheit bezieht sich hier auf Schutz vor unerwünschten ökologischen und gesundheitlichen Folgen (Biosafety) und Schutz vor Missbrauch (Biosecurity: Biocrime, Bio-terror, Biowaffen). Damit wird das oben schon angesprochene sozial- und gesundheitspolitische Leitbild zur Beherrschung von Komplexität als Thema von Öffentlichkeit zur Zukunftsgestaltung angesprochen, ohne allerdings auf die Paradoxien in diesem Feld hinzuweisen.²⁹ Jedoch wird im Bericht des „Büros für Technikfolgen-Abschätzung“ die Relevanz von Öffentlichkeit unter der Formel „Vom Nichtwissen zur Mitgestaltung“ unter Aspekten von Governance erläutert. Als Einladung an eine inter- und transdisziplinäre Public Health-Forschung ist die Schlussforderung zu lesen: „Da bei der Risikobewertung von GVO (Gentechnisch veränderte Organismen) die (natur)wissenschaftlichen Aspekte nur einen Teil der relevanten Fragen abdecken, müsste ein zukünftiges Biosicherheitsprogramm von vornherein auch sozial- und geistes-, wirtschafts- und rechtswissenschaftlich ausgerichtet sein, langfristig und ressortübergreifend konzipiert, und dabei echte Beteiligungsmöglichkeiten für die Kompetenz und Interessen aller relevanten gesellschaftlichen Akteure bieten.“³⁰ Eingeschlossen werden auch Repräsentanten aus der Szene der Freizeitforschung (Do-it-yourself-Biologie, Biohacker, die hobbymäßig mit Erbinformationen und Organismen experimentieren und diese auch verändern).

Einen Paradigmawechsel in Wissenschaft und Technik konstatiert die Kulturwissenschaft und beobachtet die Etablierung einer neuen Forschungslogik. War die bisherige Logik von analytischen Methoden geprägt, so kommen jetzt zunehmend synthetische Methoden zur Anwendung. Mit der Verschränkung von Technologien werden „Design und Engineering als neue Formen der Erkenntnisproduktion genutzt“.³¹ Ausgegangen wird von der Annahme einer Kompatibilität der Grundelemente Nano (Atom), Bio (Gen), Info (Bit) und Cogno (Neuron), die als Bedingung der Erschließung neuer technischer Möglichkeiten und Entwicklung neuer Produkte wie Nano-Bio-Prozessoren und intelligenter Materialien vo-

²⁸ Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB): Synthetische Biologie – die nächste Stufe der Bio- und Gentechnologie. Berlin 2015.

²⁹ Kaufmann: Sozialstaat (wie Anm. 3), S. 265–293.

³⁰ Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB): Biologie (wie Anm. 28), S. 23.

³¹ Gabriele Gramelsberger: Einleitung – Synthesis. Neue Logik der Forschung? In: dies. u. a. (Hg.): Synthesis. Zur Konjunktur eines philosophischen Begriffs in Wissenschaft und Technik. Bielefeld 2010, S. 10.

rausgesetzt wird.³² Die Begriffe „Maschine“ und „Organismus“ würden sich nach dieser Auffassung in ihren jeweiligen Charakteristiken wechselseitig annähern. Es sei zu fragen, ob biologischen Maschinen und künstlichen Lebewesen nicht eine subjektive Qualität zugeschrieben werden könne.³³

Das Vorzeigebeispiel für Synthetische Wissenschaften sind „Converging Technologies“, die die Verbindung von Nano-, Bio-, Informationstechnologie und Neurowissenschaft schaffen. In der Medizin werden sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie biotechnische Maschinen bereits angewandt.³⁴ Gefördert wird diese Forschung unter der Rubrik „Lebenswissenschaften“ im EU-Forschungsprogramm „Horizont 2020“. Paradigmenwechsel zeichnen sich ebenfalls in der reproduktiven Biologie und der Regenerativen Medizin mit der Stammzellforschung ab. Ob es zur „Neuaushandlung von Natur und Kultur in den Technik- und Lebenswissenschaften“³⁵ kommt, ist selbstverständlich nicht nur eine Frage an die wissenschaftlichen und politischen Akteure im Feld von Public und Global Health.

Globaler Gesundheitsmarkt als Wachstumsmarkt

In einer groben Skizzierung soll gezeigt werden, wie das Thema „Gesundheit/Krankheit“ zu einem zentralen Feld der globalen Wirtschaft geworden ist.³⁶ Der universelle Wunsch nach einem langen guten Leben ohne Krankheiten oder zumindest nur mit unvermeidbaren, aber die Lebensqualität wenig beeinträchtigenden Krankheiten hat neben der Pharmaindustrie und Medizintechnik weitere „Gesundheitsindustrien“ und Firmen aus traditionell anderen Branchen wie Elektronik, Optik, Lebensmittelindustrie, Telekommunikation, Sportartikelhersteller und vor allem die großen und kleinen Unternehmen der IT-Branche auf dieses profitable Feld gebracht. Nahezu alle Elektronik- und Optik-Konzerne, unter ihnen Philips, IBM, Olympus, Samsung, Sony, Huawei und Siemens, haben den globalen Gesundheitssektor für sich entdeckt. Einige engagieren sich eher in der Medizintechnik, andere verfolgen eine Gesundheitsförderung durch Lebensstiländerung. Personalisierte Gesundheits-Apps, sogenannte *wearables* und Fitnessstra-

³² Christopher Coenen: Converging Technologies. In: Gramelsberger u. a. (Hg.): Synthesis (wie Anm. 31), S. 209–230.

³³ Georg Trogemann: Synthese von Maschine und Leben. Organische Maschinen und die Mechanisierung des Lebens. In: Gramelsberger u. a. (Hg.): Synthesis (wie Anm. 31), S. 171–192.

³⁴ Hanjoong Jo u. a.: Biomedical Engineering: Frontier Research and Converging Technologies. Heidelberg u. a. 2016.

³⁵ Diego Compagna (Hg.): Leben zwischen Natur und Kultur. Zur Neuaushandlung von Natur und Kultur in den Technik- und Lebenswissenschaften. Bielefeld 2015.

³⁶ Joachim Kartte/Karsten Neumann: Weltweite Gesundheitswirtschaft – Chancen für Deutschland. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Roland Berger Consultants 08/2011; online zugänglich unter: <http://www.exportinitiative-gesundheitswirtschaft.de/EIG/Redaktion/DE/Publikationen/PDF/weltweite-gesundheitswirtschaft-chancen-fuer-deutschland.html> (letzter Zugriff am 11.12.2017).

cker sind die technischen Medien. Körperdaten werden über Mikrosensoren gewonnen, via Bluetooth an Smartphone-Apps weitergeleitet und mit Kontrollzentren verbunden. Der IBM-Supercomputer „Watson Health“, der Ärzte unterstützt und teilweise ersetzt, hält Einzug in die Medizin.³⁷ Google Health, Google Genomics, Google Deep Mind, Google Ventures sind im Feld der Gesundheit aktiv.³⁸ Die Supercomputer von Google haben die Ausbreitung von Epidemien schneller und besser vorhergesagt als die Gesundheitsbehörden.

Lazer und andere haben bereits 2014 das unkritische Vorgehen von Google kritisiert. Sie zeigen methodische Defizite auf und warnen vor „Big Data Hubris“.³⁹ Daten für „Big Data“ werden aus allen verfügbaren Quellen aufgesogen, wobei die Nutzer von Smartphones wichtige Datenlieferanten sind; öffentliche, gemeinnützige und kommerzielle Biobanken kommen hinzu. Die *National Institutes of Health* (NIH) bauen für die USA eine nationale Datenbank mit genetischen Profilen und klinischen Daten von einer Million US-Bürgern auf. Die britische UK-Biobank verfolgt ähnliche Aktivitäten. Bemerkenswert ist, dass die vom Staat und einer öffentlichen Stiftung (*Wellcome Trust*) finanzierte Einrichtung ihren Etat durch den Handel mit Ergebnissen und Daten erweitern kann. Im sogenannten Biokapitalismus kommt es zu einer Koproduktion von Lebenswissenschaften und politisch-ökonomischen Systemen.⁴⁰ Über Internet basierte soziale Netzwerke, Großrechner wie Google oder über patentgeschützte Monopole zur Diagnostik beispielsweise von genetisch begünstigtem Brustkrebs (BRCA 1 und 2) werden hier gewaltige Datenpools gewonnen, ver- und gekauft und gehandelt. Hinzu kommt der Einkauf von Biomaterialien in armen Ländern oder von Gesundheitsdaten ganzer Bevölkerungen durch privatwirtschaftliche Unternehmen.⁴¹

Diese Form von Gesundheitsförderung liegt vollständig in der Hand der Privatwirtschaft und setzt einen Kunden im Sinne eines „Health Care Consumers“ voraus.⁴² Die Gesundheits-Krankheitsprognostik muss dabei gar nicht als „Medizin“ bezeichnet werden, denn sie wendet sich an Gesunde, jedenfalls nicht primär an Patienten. Sie muss nicht von Ärzten ausgeführt werden und auch ein sozialstaatliches Gesundheitssystem wird nicht zwingend benötigt. Die Zentren dieses Gesundheitscoachings sind international arbeitende, börsennotierte Unternehmen. Die kapitalistische Gesundheitswirtschaft ersetzt unter der Fahne der Gesundheitsförderung tendenziell die herkömmlichen Gesundheitssysteme. Über Internet und Social Media wurde durch privatwirtschaftliche Kräfte unter Einsatz effektiver

³⁷ Matthias Reumann/Barbara Böttcher: Cognitive Computing – Essenzieller Teil der Medizin 2020. In: *Kliniker* 2016, S. 238–242 (DOI: 10.1055/s-0042-107561).

³⁸ Gerd Gigerenzer u. a.: *Digitale Welt und Gesundheit. eHealth und mHealth – Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitsbereich*. Berlin 2016, S. 24–36.

³⁹ David Lazer u. a.: The Parable of Google Flu: Traps in Big Data Analysis. In: *Science* 343 (2014), S. 1203–1205; online zugänglich unter: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1248506> (letzter Zugriff am 5. 4. 2017).

⁴⁰ Kaushik S. Rajan: *Biokapitalismus. Werte im postgenomischen Zeitalter*. Frankfurt a. M. 2009.

⁴¹ Ebd., S. 190–249.

⁴² Regina E. Herzlinger: *Market-Driven Health Care*. New York 1997.

Kapitalfonds eine neue Zielgruppe geschaffen, die weder als krank noch als gesund gelten kann. Es ist die Gruppe der „Noch-Nicht-Kranken“, deren Risiken errechnet und die gezielter Werbung oder Steuerung (beispielsweise durch Versicherungen) zwecks Gesundheitsförderung oder Gesundheitscoaching ausgesetzt werden.

Die beschriebenen Entwicklungen werden für Deutschland in einem Trendreport, in Auftrag gegeben von der „Deutschen Apotheker- und Ärztebank“, als die sich deutlich abzeichnenden quasi naturwüchsigen alternativlosen Konfigurationen der Medizin beschrieben.⁴³ In zwei qualitativen Befragungsrunden wurden Experten aus der Gesundheitsbranche, Technologieanbieter und „Angreifer außerhalb der klassischen Branche“⁴⁴ interviewt. Es wird festgestellt, dass riesige Datenmengen entstehen und die individuellen Daten sich zu Profilen verdichten lassen, die eine personalisierte Medizin geradezu verlangen. Die Lösungen zur Verarbeitung und Auswertung der Daten werden die „Strukturen im Gesundheitsmarkt“ beeinflussen. Als wichtigste Aspekte werden genannt:

- „1. Die Gesundheitsdaten übernehmen die Lead-Funktion.
2. Spezialisten arbeiten in übergreifenden Teams.
3. Die Grenzen zwischen Krankheit und Gesundheit verschwimmen.
4. Das Veränderungstempo steigt.“⁴⁵

Die Aussagen bleiben nicht auf den Gesundheitsmarkt beschränkt, sondern richten sich auf das ganze Leben im Lebenslauf und den Lebensort und stellen Beziehungen her, wie sie in den Visionen und praktizierten Anfängen zu Smart City⁴⁶ und mittlerweile auch zu Smart Village zu finden sind. „Neue Orte werden mit Gesundheit verbunden: Smart Homes, Autos, Arbeitsplätze. [...] Ziel ist es, Menschen zu ermöglichen, persönliche Gesundheitsnetze für sich zu schaffen.“⁴⁷ Auch auf die Potenziale von 3D-Druck wird verwiesen, denn sie werden in der gesamten Wertschöpfungskette innovative Versorgungsformen bereitstellen.

„Big Data“

Mit den bisherigen Ausführungen ist eindrücklich deutlich geworden, dass dem Thema „Big Data“, gekennzeichnet durch Größe (Volume), Geschwindigkeit (Velocity), Vielfalt (Variety), Wahrhaftigkeit (Veracity) und Wert (Value),⁴⁸ in der privaten und öffentlichen lokalen, nationalen und globalen digitalisierten Lebens-

⁴³ Michael Carl u. a.: Personalisierte Medizin der Zukunft. Trendstudie des 2b AHEAD Think-Tanks. Leipzig 2015; online zugänglich unter: https://www.apobank.de/content/dam/g8008-0/ueber_uns/news/trendstudie-personalisierte-medizin-der-zukunft.pdf (letzter Zugriff am 5. 4. 2017).

⁴⁴ Ebd., S. 9.

⁴⁵ Ebd., S. 6.

⁴⁶ Michael Jaekel: Smart City wird Realität. Wegweiser für neue Urbanitäten in der Digitalmoderne. Wiesbaden 2015.

⁴⁷ Carl u. a.: Medizin (wie Anm. 43), S. 7.

⁴⁸ Reumann/Böttcher: Computing (wie Anm. 37).

und Arbeitswelt eine macht- und herrschaftspolitische Funktion zukommt. An diesem Thema wird sich entscheiden, ob eine demokratische, rechtsstaatliche „Kultur der Digitalität“⁴⁹ oder eine „digitale Herrschaft“⁵⁰ weniger globaler Konzerne die Zukunft bestimmen und „Sozialstaat als Kultur“⁵¹ ein auslaufendes Modell ist. Deshalb ist eine sehr kritische Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten, Chancen und Gefahren von „Big Data“ notwendig; eine euphorische Begeisterung, wie sie aus den hochgesteckten Erwartungen der Epidemiologie entspringt, scheint eher nicht angebracht. Möglicherweise sind die informationstechnischen Entwicklungen mit lernenden Maschinen und ihren selbst generierten Algorithmen im Kontext von „Big Data“ die Triebkräfte für die oben angesprochenen Paradigmenwechsel in den Wissenschaften vom Leben. Nicht die Forscherpersönlichkeit, sondern die Forschungsmaschine bestimmt synthetische Wissenschaft und damit verbundene Technik.

Grimm und andere haben als Kommunikationswissenschaftler nach dem Stand der theoretisch-konzeptuellen Reflexion zu dem Themenfeld gefragt.⁵² Sie fanden 43 Publikationen in einer systematischen Literaturschau englischsprachiger Artikel mit Peer Review für den Zeitraum 1995–2015. Zwei Drittel (n=29) der Veröffentlichungen hatten keinen empirischen Bezug, sondern diskutierten Chancen und Risiken beziehungsweise juristische Aspekte. Eine umfassende, empirisch gestützte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Themenfeld stehe noch aus, so das Fazit, mache aber eine interdisziplinäre Bearbeitung notwendig. Boyd und Crawford⁵³ definieren „Big Data“ als kulturelles, technologisches und wissenschaftliches Phänomen, das auf dem Zusammenspiel von drei Bereichen beruht: erstens *Technologie*, wobei Rechenleistung und Algorithmen maximiert werden; zweitens *Analyse*, bei der Muster identifiziert werden für Aussagen über wirtschaftliche, soziale, technologische und juristische Sachverhalte (zu ergänzen sind ebenso solche biologischer, medizinischer und persönlicher Art); drittens *Mythologie* mit dem Glauben, darüber gelänge eine höhere Form der Intelligenz und des Wissens in der Aura Wahrheit, Objektivität und Genauigkeit.

Es werden sechs Provokationen ausgesprochen:

1. Mit „Big Data“ wird die Definition von Wissen verändert mit der Konsequenz eines tiefgreifenden Wandels auf den Ebenen der Epistemologie und der Ethik.
2. Ansprüche auf Objektivität und Genauigkeit sind irreführend. Es wird auf Subjektivität bei Beobachtung und Entscheidung verwiesen.
3. Mehr Daten heißt nicht automatisch bessere Daten.

⁴⁹ Felix Stalder: Kultur der Digitalität. Frankfurt a. M. 2016.

⁵⁰ Jansen: Herrschaft (wie Anm. 21).

⁵¹ Kaufmann: Sozialstaat (wie Anm. 3).

⁵² Michael Grimm u. a.: Big, Small, Or Many Data? Eine systematische Literaturschau zu digitalen Daten in der Gesundheitskommunikation. In: Anne-L. Camerini u. a. (Hg.): Gesundheitskommunikation im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. Baden-Baden 2016, S. 321–339.

⁵³ Danah Boyd/Kate Crawford: Big Data als kulturelles, technologisches und wissenschaftliches Phänomen. In: Heinrich Geiselberger/Tobias Moorstedt (Hg.): Big Data. Das neue Versprechen der Allwissenheit. Berlin 2013, S. 187–218.

4. Die Aussagekraft großer Datenmengen hängt vom Ursprungskontext ab.
5. Nur weil die Daten zugänglich sind, ist es ethisch nicht immer vertretbar, sie auszuwerten.
6. Eine neue digitale Kluft entsteht, wenn der Datenzugang eingeschränkt wird.

Dabrock postuliert eine „Big-Data-getriebene Medizin“.⁵⁴ Er verkennt nicht die aktuell bereits bestehenden enormen Vorteile für die Krankheitsbekämpfung in der Onkologie. Allerdings sei zu bedenken, dass die wachsenden Datenberge, eben nicht nur rein medizinischer Art im engeren Sinne, nie mehr abgetragen werden.⁵⁵ Wenn mächtige Forschungsförderer wie die *National Institutes of Health* in den USA oder die *Royal Society* in Großbritannien dazu übergehen, eine „open data policy“ zu betreiben, so erhalten die in immer mehr Lebensbereiche eindringenden „kalifornischen Datenoligarchen, die über die besten Big-Data-gestützten Verfahren verfügen“ einen bedeutenden Machtzuwachs.⁵⁶ Diese Konzerne betreiben keine solche „open data“ Politik.

Als soziale Folgen der auf Biomarkern basierten und Big-Data-getriebenen Medizin sind für Dabrock folgende Trendaussagen recht plausibel. Neben der klassischen biomedizinischen Reparaturmedizin hat sich unter dem Schlagwort 4-P-Medizin (prädiaktiv, präventiv, personalisiert, partizipativ) eine neue Art der Medizin nicht nur etabliert, sondern semantisch die Dominanzposition eingenommen. „Big Data“ ist das Versprechen einer biomedizinischen Individualdiagnostik und -therapie. Immer mehr Menschen können und müssen sich als „healthy ill“ charakterisieren mit entsprechenden Folgen für Volkswirtschaft und das soziale Verhalten. Präventionschancen werden sozial- und individualpsychologisch zu Präventionsimperativen. Verweigerungen im geforderten Lebensstil werden beweislasterig. Gesundheitliche Ungleichheit und das Präventionsdilemma erhalten einen neuen Stellenwert. Als besonders beunruhigend erscheint Dabrock der Präventionsaspekt durch das Zusammenwachsen von 4-P-Medizin mit den datengetriebenen Selbsttracking-Aktivitäten. War bislang Prävention einem aufgeklärten Selbst- und Politikverständnis mit Orientierung auf Gemeinwohl verpflichtet, so führt die Selbstvermessung zu einer religionssubstitutiven Körperkultur oder zu Healthismus. Es kann hier kein Freiheitsgewinn durch Partizipation erwartet werden, wenn dem nicht politisch und rechtlich entgegengesteuert wird. Die gelieferten Daten können gegen den Datenlieferanten verwandt werden. Als „Rehybridisierungstendenz“ bezeichnet Dabrock die nicht auszuschließende Wahrscheinlichkeit, dass Daten nun zwischen Funktionssystemen, die bislang operativ geschlossen waren, hin- und hergeschoben werden: „Für den Bereich der hier skizzierten Medizin bedeutet dies, dass technisch alle Voraussetzungen gegeben sind, dass

⁵⁴ Peter Dabrock: Soziale Folgen der Biomarker-basierten und Big-Data-getriebenen Medizin. In: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden 2016, S. 287–300.

⁵⁵ Ebd., S. 293.

⁵⁶ Ebd., S. 294.

Forschung, Public Health, klassische Medizin, Fitness- und Wellnessrends in einem nie gekanntem Maße in der Selbst- und Fremdwahrnehmung der jeweiligen Akteure im Feld, einschließlich der skizzierten ökonomischen Interessen der datenverarbeitenden Unternehmen, engstens zusammenrücken.“⁵⁷

Mit der massenhaften Nutzung von Gesundheits-Apps⁵⁸ und den dadurch gelieferten Daten in Verbindung mit eHealth und mHealth⁵⁹ zeichnet sich eine Selbstsorge der Individuen um Gesundheit ab, die dem Diskurs über Biopolitik⁶⁰ eine neue weitergehende Interpretation abverlangt. Die biosoziale Gouvernentalisierungsthese, wonach nicht äußerer Zwang, sondern innerer Drang zu präventiver Selbstbeobachtung und präventivem Verhalten sowie Eigenverantwortung führt, „muss also noch schnöder, nämlich ökonomischer und nicht politisch geschrieben werden“.⁶¹ Hier „Empowerment“ beziehungsweise „Gesundheitskompetenz“ oder sogar „Risikokompetenz“ zu empfehlen⁶² und an das Individuum zum verantwortlichen Umgang mit Gesundheitsdaten zu appellieren, sei zwar nicht völlig verkehrt, aber, so Dabrock, es erscheinen diese Forderungen wie „symbolische Kapitulationsanzeigen“, die zeigen, „dass den Verantwortlichen wenig einfällt“.⁶³ Der Einzelne kann nicht Souverän seiner Daten sein. Die alten Datenschutzregime sind nicht mehr hinreichend. Auch die Europäische Datenschutz-Grundverordnung vom Mai 2016 wird als nicht ausreichend angesehen.⁶⁴ Ob das globale Netz rechtlich reguliert werden kann, ist die Frage. Die Bürger haben sich darauf eingelassen; „nun müssen sie feststellen, dass dieser Raum beinahe rechtsfrei und undurchschaubar wirkt“.⁶⁵

Subjektivität, Personalität und Leiblichkeit in digitaler synthetischer Techno-Welt

Eher interdisziplinär angelegte Diskurse zu Saluto- beziehungsweise Pathogenese gehen von der dynamischen Interaktion zwischen Individuum und Umwelt in der personalen Entwicklungsgeschichte aus. Die Persönlichkeits- und Lebenslaufentwicklungspsychologie unterscheidet Evokation, Selektion und Manipulation als Formen der Interaktion, die es ermöglichen, über die Zeit die Passung zwischen Person und Umwelt zu vergrößern. In der sozialen Umwelt werden immer wieder

⁵⁷ Ebd., S. 296.

⁵⁸ Urs-V. Albrecht (Hg.): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover 2016; online zugänglich unter: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/App-Studie/CHARISMHA_gesamt_V.01.3-20160424.pdf (letzter Zugriff am 11.12.2017).

⁵⁹ Gigerenzer u. a.: Welt (wie Anm. 38).

⁶⁰ Andreas Folkers/Thomas Lemke (Hg.): Biopolitik. Ein Reader. Berlin 2014.

⁶¹ Dabrock: Folgen (wie Anm. 54), S. 296.

⁶² Gigerenzer u. a.: Welt (wie Anm. 38), S. 39.

⁶³ Dabrock: Folgen (wie Anm. 54), S. 297.

⁶⁴ Vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Datenschutz-Grundverordnung> (letzter Zugriff am 8.1.2017).

⁶⁵ Udo Di Fabio: Grundrechtsgeltung in digitalen Systemen. München 2016, S. 11.

ähnliche Reaktionen hervorgerufen. Durch Selektion von Umwelten und Situationen nach eigenen motivationalen Präferenzen und Kompetenzen wird die Nahumwelt mitgestaltet und beeinflusst.⁶⁶ Diese Überlegungen lassen sich mit dem subjektiven Kohärenzgefühl von Antonovsky,⁶⁷ bestehend aus Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit beziehungsweise Sinnhaftigkeit, verbinden. Das Kohärenzgefühl entsteht durch zwischenmenschliche Kommunikation. So konstituiert sich das Selbst und Selbstwirksamkeit wird als Zeichen von Gesundheit gedeutet. Das Selbst als lebendige Person wiederum ist als Einheit von Leib und Körper, als verkörperte Subjektivität zu verstehen,⁶⁸ wie es im Konzept „Humanvermögen“ zum Ausdruck gebracht wird. Über den „Leib“-Begriff erschließt sich die Intersubjektivität und die Einbindung in Kultur und damit die Erfahrungs- und Handlungsfähigkeit der Person.⁶⁹ Er stellt eine Absage an Konzepte von Körpermaschine oder psychophysischen Parallelismus dar⁷⁰ und ermöglicht es, den Zusammenhang von Identität, Leiblichkeit und Normativität zu verstehen.⁷¹

In der skizzierten digitalen, synthetischen, biotechnischen Welt ist nun eine neue Stufe der Optimierung des Selbst erreicht, die die bisherigen anthropologischen Konzepte der Geistes-, Kultur- und Sozialwissenschaften mit ihren Verständnissen von subjektiver wie situativer Kohärenz für die Fragen nach Gesundheit und Krankheit eindrücklich herausfordert. Überlegungen zur konzeptuellen Entfaltung des Begriffs „Humanvermögen“ haben sich dieser neuen Aufgabe zu stellen. „Leib sein – Leib haben“⁷² erfordert heute eine neue Antwort. Der Leib ist im Lebenslauf zu einer hybriden Struktur, zu einer bio-techno-psycho-sozio-Komposition eingewoben in digitale Netze geworden. Das „Umwelt – Individuum“-Konzept ist neu zu konzipieren. Zur alltäglichen Umwelt gehört die virtuelle semiotische Welt. Die im Lebenslauf gelieferten massenhaften psychophysischen Daten in Verbindung mit den Daten über Bewegung in Zeit und Raum kreieren nicht bloß einen Schatten in den Clouds und „Big-Data“-Bänken. Wenn die Person zu ihrer eigenen Selbstvergewisserung anamnestische Erinnerungsarbeit unter Nutzung ihrer vielfältigen Daten über einen langen Zeitraum betreibt, stellen sich Fragen: Was ist das personale Gedächtnis? Wie konstruiert das Individuum mit Bezug auf seine informationstechnisch gespeicherten Lebenslaufdaten die eigene Biografie? Das Gehirn vergisst oder deutet um, der Computer beziehungsweise die Datenbank tut dies nicht. Die semiotische Computeridentität lässt sich jedoch je nach Typ von

⁶⁶ Claudia M. Haase/Jutta Heckhausen: Motivation. In: Wolfgang Schneider/Ulman Lindenberger (Hg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim/Basel 2012, S. 477–496.

⁶⁷ Aaron Antonovsky: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997.

⁶⁸ Fuchs: Gehirn (wie Anm. 6), S. 95.

⁶⁹ Rainer Müller: Zur Unhintergebarkeit von Leiblichkeit, Körperlichkeit bei der Gestaltung von Arbeit. In: Guido Becke/Eva Senghaas-Knobloch (Hg.): Erwartungskonflikte in betrieblichen Veränderungsprozessen – Psychosoziale Gesundheitsgefährdungen und Gestaltungsansätze. Universität Bremen, artec-paper Nr. 198, April 2014, S. 48–60.

⁷⁰ Emmanuel Alloa u. a. (Hg.): Leiblichkeit. Geschichte und Aktualität eines Konzeptes. Tübingen 2012.

⁷¹ Annette Barkhaus u. a. (Hg.): Identität, Leiblichkeit, Normativität. Frankfurt a. M. 1996.

⁷² Helmuth Plessner: Die Frage nach der *Conditio humana*. Frankfurt a. M. 1976.

Algorithmus manipulieren. Was meint personale Identität? Mit Lifelogging oder Self-Tracking lässt sich beim Quantified-Self nicht nur das eigene Leben über einen Zeitraum von 100 Jahren speichern. Es können in der weiteren Zukunft die Lebensläufe der Kinder und Enkelkinder in den nachfolgenden Generationen in Daten niedergelegt werden. Es werden alle Daten genutzt, die das Individuum im Laufe seines Lebens informationstechnisch aufgenommen und als Spuren hinterlegt hat, so Texte, Bilder, Sprache, Bewegungen, jeweilige medizinische, schulische und andere Umgebungsbedingungen. Es werden bereits in 3D gescannte Körperabbilder gesammelt, die in den von den Kunden gewünschten Zeitabständen ermittelt wurden. Nicht nur Hollywood erschafft den digitalen Menschen,⁷³ dies kann ebenso mit den Gesundheits-Apps und Omics-Technologien in Eigenregie im Lebenslauf erfolgen. Es versteht sich, dass sich für diese Form der Gedächtnisspeicherung und Biografisierung oder für das Verfassen von individuellen und genealogischen Memoiren ein profitables neues Geschäftsfeld eröffnet.⁷⁴ Die Europäische Kommission fördert das Forschungsprojekt „Recall: Enhanced Human Memory“ mit dem Ziel „[to] develop a new paradigm for memory augmentation technologies that are technically feasible, desired by users, and beneficial to society“.⁷⁵

Die mit hohem Tempo im Aufbau befindliche Technostruktur wird für vielfältige Interessen nicht nur der Natur- und Technikwissenschaften erstellt. Von diesen neuen ungeheuren Möglichkeiten für Langzeitstudien haben nicht nur Epidemiologen schon früher geträumt. Die 4-P-Medizin steht dem nicht nach. Der Körper selbst erfährt mit den biotechnischen Prothesen, mit 3D-Implanten und Verfahren des Neuro-Enhancement eine technische Erweiterbarkeit neuen Ausmaßes.⁷⁶ Von Public Health-Interesse sind ebenfalls die gesundheitlichen Gefährdungen von Internetabhängigkeit in Form von Sucht⁷⁷ oder durch erfahrene psychische Traumata – wie zum Beispiel Cyber-Mobbing.⁷⁸

Gesundheitswissenschaft: nur inter- beziehungsweise transdisziplinär und außerordentlich anspruchsvoll

Eine Gesundheitswissenschaft, die ihren eigenen Anspruch ernst nimmt und ihn auch gegen Fachegoismen in deutschen Hochschulen behauptet, ist ein außerordentlich anspruchsvolles inter- und transdisziplinäres Fach. Geht man nach dem Gewicht der Einflussfaktoren, so hätte es zunächst eine politisch-ökonomische

⁷³ Vgl. <http://thecreatorsproject.vice.com/de/blog/so-erschafft-hollywood-den-digitalen-menschen-554> (letzter Zugriff am 5.2.2017).

⁷⁴ Carl u. a.: Medizin (wie Anm. 43).

⁷⁵ Europäische Kommission: Recall: Enhanced Human Memory; http://cordis.europa.eu/project/rcn/110730_en.html (letzter Zugriff am 12.1.2017).

⁷⁶ Harrasser: Körper (wie Anm. 2).

⁷⁷ Petra Bühring: Internetabhängigkeit. Dem realen Leben entschwinden. In: Deutsches Ärzteblatt 114 (2017), S. 26–29.

⁷⁸ Nayla Fawzi: Cyber-Mobbing. Ursachen und Auswirkungen von Mobbing im Internet. Baden-Baden 2015.

Ausrichtung, weil die Regeln und Bewegungen der Weltwirtschaft und ihrer Finanzmärkte wahrscheinlich die bedeutendsten Einflussgrößen für das Leben und damit für die Gesundheit der Menschheit darstellen. Global Health müsste eine zentrale Rolle spielen und eng mit Global Health Ethics⁷⁹ verbunden sein, denn es sind Fragen von Ungleichheit und Gerechtigkeit, die bei der Erwirtschaftung und Verteilung der Lebenschancen im Mittelpunkt stehen.

Eine Gesundheitswissenschaft ist auch eine Sozial- und Kulturwissenschaft mit kritischer Methodologie, Theorie und Empirie, wozu eine Prise Philosophie nicht schaden würde. Es geht um angemessene konzeptionelle Grundlagen; das weit verbreitete binäre Denken, der Neo-Cartesianismus, ein unreflektierter Positivismus und das leichtfertige Reden über Ursachen oder Grundlagen sind hier nicht hilfreich. Die Ausführungen von Taleb⁸⁰ zur „Antifragilität“ sind nur wenigen Gesundheitswissenschaftlern bekannt, gleiches gilt für die Kritik von Latour⁸¹ an den Denkweisen der Sozialwissenschaften. Schließlich muss die Gesundheitswissenschaft zudem eine Naturwissenschaft sein, denn die Biowissenschaften und die Biomedizin werden auch in Zukunft zu den wichtigsten Einflussfaktoren weltweit gehören. Eine Gesundheitswissenschaft muss darüber hinaus die Technologien im Fokus haben und über mathematische und ingenieurwissenschaftliche Kompetenzen verfügen. So anspruchsvoll gedacht, kann sie nur als inter- beziehungsweise transdisziplinäres Projekt konzipiert werden, weil sie letztendlich nur eine interdisziplinäre Anthropologie sein kann. Auch deswegen müssen ethische Aspekte berücksichtigt werden, denn außer dem Wissen um sogenannte Fakten und Funktionen muss eine Gesundheitswissenschaft auch Sollensfragen stellen und diskutieren.⁸²

Es geht nicht, eine Trennung und Aufteilung von Gesundheit und Krankheit vorzunehmen, bei der Gesundheit als Domäne der Gesundheitswissenschaft(en) und Krankheiten als Domäne der Naturwissenschaften und der Medizin verstanden werden. Natur- und Kulturwissenschaften sind enger zu verbinden, um die Koproduktion von Lebenswissenschaften und politisch-ökonomischen Systemen zu verstehen.

Aus dieser Skizze wird deutlich, dass eine zu entwerfende Gesundheitswissenschaft eine sehr breite Perspektive einzunehmen hat. Die bisherige Medizin ist zu der erforderlichen Metaperspektive und Interprofessionalität nicht in der Lage. Die Herausforderung besteht darin, die Entwicklung von Medizin, Humanbiologie, Anthropologie, Neurowissenschaften, Nanotechnologie, Informationstechnologie und letztlich aller Humanwissenschaften aus der Metaperspektive zu begleiten, zu analysieren und zu bewerten und dabei die gedankliche Vernetzung

⁷⁹ Karl-H. Wehkamp: Global Health und Ethik – Versuch einer Annäherung. In: Peter Schröder-Bäck/Joseph Kuhn (Hg.): Ethik in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim/Basel 2016, S. 332–343.

⁸⁰ Nassim Nicholas Taleb: Antifragilität: Anleitung für eine Welt, die wir nicht verstehen. München 2013.

⁸¹ Bruno Latour: Wir sind nie modern gewesen – Versuch einer symmetrischen Anthropologie. Frankfurt a. M. 2008.

⁸² Wehkamp: Global Health (wie Anm. 79).

und Übersetzung der verschiedenen Disziplinen zu leisten. Damit wird an der Überwindung der Kluft zwischen den zwei beziehungsweise drei Wissenschaftskulturen gearbeitet. Wenn die Wechselwirkungen zwischen Bio-, Geistes- und Gesellschaftswissenschaften beachtet werden, werden gleichzeitig die disziplinären Selbstverständnisse in Frage zu stellen sein, die sich mehr den Interessen von Berufsgruppen und Hochschuleinrichtungen verdanken als den Erfordernissen des Gegenstands. Die Begriffe „Inter-“ beziehungsweise „Transdisziplinarität“ sind nicht einheitlich definiert. Sie werden synonym gebraucht oder es wird eine Differenzierung vorgenommen. Für Mittelstraß geht Interdisziplinarität nicht zwischen den Fächern und Disziplinen hin und her oder schwebt über ihnen, sondern „hebt vielmehr fachliche und disziplinäre Engführung, wo diese der Problementwicklung und einem entsprechenden Forschungshandeln im Wege stehen, wieder auf; sie ist in Wahrheit Transdisziplinarität“.⁸³

Die Aufforderung Public Health und Gesundheitsforschung inter- beziehungsweise transdisziplinär zu betreiben, hat zu bedenken, wie in dem Feld, in das Public Health eingebunden ist, nämlich Sozialpolitik, die wissenschaftliche Bearbeitung und Lehre aufgestellt ist. Wenn Sozialpolitik eine schwindende wissenschaftliche Disziplin ist,⁸⁴ dann wird die These erlaubt sein: Auch Public Health-Forschung wird keine große Zukunft in Deutschland haben, wenn nicht die universitäre interdisziplinäre Sozialpolitikforschung ausgebaut und die Gesundheitsforschung darin eingebettet wird.

Abstract

In 2015, Leopoldina, acatech, and Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften initiated a discussion on further scientific initiatives related to Public Health in Germany, following their statement on “Public Health in Germany. Structures, Developments and Global Challenges”. Practically and theoretically, Public Health has strong ties to Social Policy. We address major challenges for Public Health such as biomedicine, systems biology, information technology, robotics and artificial intelligence in the context of a globalized economy, topics mostly neglected by the Public Health scientific community. We are convinced that the fundamental paradigm shift in life sciences has a strong impact on Public Health. We discuss the implications of these developments in connection with Big Data and social networks on the micro and macro level. It seems that in theory and methodology health sciences are not adequately prepared for these developments. Finally, we suggest a broad interdisciplinary framework for Public Health in social policy research.

⁸³ Jürgen Mittelstraß: Transdisziplinarität – wissenschaftliche Zukunft und institutionelle Wirklichkeit. Konstanz 2003, S. 9.

⁸⁴ Stephan Leibfried/Christina Stecker: Sozialpolitik: Bilanz und Perspektiven für Forschung und Lehre an den deutschen Universitäten – eine Einführung. In: Deutsche Rentenversicherung 1/2015, S. 42–52.

Georg Marckmann

Ethische Bewertung von Public Health-Maßnahmen

Methodische Grundlagen und praktische Anwendung

Einleitung

Bevölkerungsbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention gewinnen in einer alternden Gesellschaft mit einer steigenden Prävalenz chronischer Erkrankungen eine zunehmende Bedeutung. Auch aus ethischer Sicht sind solche Public Health-Maßnahmen *prima facie* geboten, da sie das Potenzial besitzen, Krankheiten zu verhindern, ihr Auftreten zu verzögern oder zumindest ihre Auswirkungen zu lindern. Sie leisten damit einen Beitrag zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, die wiederum eine wichtige Voraussetzung für die Lebenschancen der Menschen ist.¹ Allerdings werfen Public Health-Maßnahmen auch ethische Fragen auf, die sich von den ethischen Herausforderungen der Individualmedizin zum Teil unterscheiden.²

Public Health nimmt eine Perspektive ein, die über das einzelne Individuum hinausgeht, und befasst sich mit der Gesundheit in Populationen und Subpopulationen. Dabei können Konflikte insbesondere mit der Autonomie des Einzelnen entstehen, die gegenüber dem populationsbezogenen Nutzen abzuwägen sind. Public Health beschränkt sich dabei nicht auf die empirisch-deskriptive Analyse der bevölkerungsbezogenen Bestimmungsfaktoren von Gesundheit und Krankheit, sondern entwickelt Strategien zur Verbesserung des Gesundheitszustands von Bevölkerungsgruppen. Damit greifen Public Health-Maßnahmen in die Autonomie und das Wohlergehen der betroffenen Menschen ein, was grundsätzlich der Legitimation – auch in ethischer Hinsicht – bedarf.

Wie bereits erwähnt, geht es den Public Health-Disziplinen vor allem um die Förderung der Gesundheit und die Vermeidung von Krankheiten. Diese *präventive* Ausrichtung bedingt eine besondere ethische Relevanz, da Public Health-Interventionen auch beim (noch) gesunden Menschen ansetzen, dabei dessen Autonomie beeinflussen und ihn den (häufig weniger öffentlich bekannten und diskutier-

¹ Georg Marckmann: Gesundheit und Gerechtigkeit. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51 (2008) 8, S. 887–894.

² Ders./Daniel Strech: Konzeptionelle Grundlagen einer Public Health Ethik. In: dies. (Hg.): Public Health Ethik. Berlin 2010, S. 43–65.

ten) Risiken und Nebenwirkungen von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung aussetzen. Die kontroversen Diskussionen über Krebsfrüherkennungsprogramme sind hierfür ein gutes Beispiel.³ Insbesondere die Nutzen-Schadens-Abwägung von Public Health-Maßnahmen wirft besondere Probleme auf, da der potenzielle gesundheitliche Nutzengewinn auf der Ebene der Population gegen möglichen Schaden auf individueller Ebene abgewogen werden muss. Nicht zuletzt kann bei der Orientierung an populationsbezogenen Durchschnittswerten von gesundheitlichem Nutzen und Schaden die ethisch bedeutsame Frage nach der gerechten Verteilung von Nutzen und Schaden der Public Health-Maßnahmen aus dem Blick geraten. In vielen Fällen wird es sogar unvermeidlich sein, einigen Personen Risiken und Belastungen zuzumuten, um den angestrebten Nutzen für die Bevölkerungsgruppe zu erzielen.⁴

Es ist kein Wunder, dass sich die Public Health-Ethik zunehmend als eigenständige Bereichsethik neben der Medizinethik etabliert.⁵ Die übergreifende Zielsetzung einer Public Health-Ethik besteht dabei darin, zu ethisch besser begründeten Entscheidungen beziehungsweise Handlungen im Bereich von Public Health zu gelangen. Der vorliegende Beitrag bietet zunächst eine Einführung in die ethischen Grundlagen und das methodische Vorgehen einer Public Health-Ethik und veranschaulicht dann dieses Vorgehen am Beispiel der Influenza-Impfung des Gesundheitspersonals.

Begründungstheoretische Grundlagen einer Public Health-Ethik

Da sich die Public Health-Ethik nicht auf die Analyse und Beschreibung moralischer Phänomene im Zusammenhang mit Public Health-Maßnahmen beschränkt, sondern zu einer normativen Orientierung im Anwendungsbereich beitragen möchte, kann sie sich dem Begründungsdiskurs einer normativen Ethik nicht entziehen: Auf der Basis welcher ethischen Begründung erfolgen die Bewertungen und Empfehlungen? Dabei trifft die Public Health-Ethik auf das Problem, dass sich bislang noch keine der unterschiedlichen ethischen Theorien als allgemein verbindliche normative Orientierung in der Praxis durchsetzen konnte. Die ihnen zugrunde liegende Moralphilosophie ist geprägt von einer Vielzahl konkurrierender, ihrem Anspruch nach oft exklusiver Ansätze, die sich in ihren Begründungs-

³ Georg Marckmann/Jürgen in der Schmitt: Ethische Fragen bei der Krebsfrüherkennung. In: Georg Marckmann (Hg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin. Berlin 2015, S. 367–376.

⁴ Vgl. z. B. die Diskussionen um das Nutzen-Schadens-Verhältnis von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen: Georg Marckmann/Jürgen in der Schmitt: Krebsfrüherkennung aus Sicht der Public-Health-Ethik. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 57 (2014) 3, S. 327–333.

⁵ Ronald Bayer u. a. (Hg.): Public Health Ethics. Theory, Policy, and Practice. Oxford 2007; Dan E. Beauchamp/Bonnie Steinbock: New Ethics for the Public's Health. New York 1999; Angus Dawson (Hg.): Public Health Ethics. Key Concepts and Issues in Policy and Practice. Cambridge 2011; Angus Dawson/Marcel Verweij (Hg.): Ethics, Prevention, and Public Health. Oxford 2007; Daniel Strech/Georg Marckmann: Public Health Ethik. Berlin 2010.

strategien zum Teil erheblich unterscheiden. Je nachdem welches Begründungsverfahren man wählt, kann es zu unterschiedlichen ethischen Bewertungen und korrespondierenden Handlungsempfehlungen kommen.

Bislang konnte sich in der angewandten Ethik keine ethische Theorie durchsetzen, die sich auf eine der klassischen moralphilosophischen Theorien bezieht. Im Bereich der praktischen Ethik weit verbreitet und auch für die Public Health-Ethik am ehesten angemessen ist ein kohärentistisches Begründungsverfahren. Der *Kohärentismus* beruft sich nicht auf ein einziges, letztgültiges Moralprinzip, sondern knüpft an die in einer bestimmten Gemeinschaft vorgefundenen moralischen Überzeugungen an und entwickelt daraus ein kohärentes Rahmengerüst.⁶ Man kann deshalb auch von einer rekonstruktiven Ethik sprechen: „Ihr primäres Interesse gilt der *Anwendung* weitgehend konsensfähiger Prinzipien und weniger der Begründung dieser Prinzipien durch ihrerseits umstrittene Basisprinzipien. Gewöhnlich belässt sie es bei einer Pluralität von Prinzipien auf einem mittleren Abstraktionsniveau.“⁷ Diese Prinzipien dienen als Grundlage für die Bewertung konkreter Handlungsoptionen. So finden zum Beispiel die vier Prinzipien „Wohltun“, „Nichtschaden“, „Achtung der Autonomie“ und „Gerechtigkeit“ als ein kohärentistisch begründeter Prinzipienkanon für die Medizin international Anerkennung und Anwendung.⁸

John Rawls hat mit seinem Konzept des „Überlegungsgleichgewichts“ die Debatte um den ethischen Kohärentismus wesentlich geprägt. Nach diesem Modell der ethischen Rechtfertigung sind unsere wohl abgewogenen moralischen Urteile mit den relevanten Hintergrundüberzeugungen und ethischen Grundsätzen in ein – dynamisches – Gleichgewicht der Überlegung zu bringen.⁹ Obgleich die wohl überlegten moralischen Urteile in unsere moralische Alltagserfahrung eingebettet sind, handelt es sich dabei keineswegs bloß um moralische Intuitionen. Aus den in einer Gemeinschaft weithin akzeptierten moralischen Normen, Regeln und Überzeugungen werden die „mittleren“ Prinzipien rekonstruiert, die den normativen Grundbestand des kohärentistischen Ethikansatzes ausmachen. Die ethische Reflexion beginnt zwar mit den alltäglichen moralischen Überzeugungen, endet aber nicht mit ihnen. Die ethische Theoriebildung hat vielmehr die Aufgabe, (1) den Gehalt dieser moralischen Überzeugungen zu klären und zu interpretieren, (2) verschiedene Überzeugungen in einen kohärenten Zusammenhang zu bringen sowie (3) die gewonnenen Prinzipien (auch in Form von handlungsleitenden Regeln) zu konkretisieren und gegeneinander abzuwägen. Damit wird der Status quo der faktisch verbreiteten moralischen Überzeugungen nicht festgeschrieben, sondern weiterentwickelt. Das Überlegungsgleichgewicht bleibt ein Ideal, das

⁶ Jens Badura: Kohärentismus. In: Marcus Düwell u. a. (Hg.): Handbuch Ethik. Stuttgart 2006, S. 194–205.

⁷ Dieter Birnbacher: Welche Ethik ist als Bioethik tauglich? In: Johann S. Ach/Andreas Gaidt (Hg.): Herausforderung der Bioethik. Stuttgart 1993, S. 45–70.

⁸ Tom L. Beauchamp/James F. Childress: Principles of Biomedical Ethics. New York/Oxford 2013.

⁹ John Rawls: Eine Theorie der Gerechtigkeit. Frankfurt a. M. 1975.

zwar angestrebt, aber niemals wirklich erreicht wird, mithin eine dauerhafte Aufgabe ethischer Theoriebildung und somit ein wesentlicher Grund für die anhaltende Überprüfung der unter Praxisbedingungen getroffenen normativen Entscheidungen. Unsere Alltagsüberzeugungen sind dabei nicht nur Ausgangspunkt, sondern auch Prüfstein und notwendiges Korrektiv. Es besteht somit eine Wechselbeziehung zwischen ethischer Theorie und moralischer Praxis: Die ethische Theorie bietet Orientierung in der Praxis, gleichzeitig muss sich die ethische Theorie in der Praxis bewähren.

Im Gegensatz zu den obersten Prinzipien in einer konsequentialistischen oder deontologischen Ethiktheorie handelt es sich bei den rekonstruierten mittleren Prinzipien um *prima facie* gültige Prinzipien, die nur so lange verpflichtend sind, wie sie nicht mit gleichwertigen oder stärkeren Verpflichtungen kollidieren.¹⁰ Sie bilden allgemeine ethische Orientierungen, die im Einzelfall jedoch noch einen erheblichen Beurteilungsspielraum zulassen. Für die Anwendung müssen diese Prinzipien deshalb konkretisiert und gegeneinander abgewogen werden. Das praktische Vorgehen hierbei wird weiter unten erläutert. Die Vorteile des kohärentistischen Ansatzes liegen auf der Hand: Trotz ungelöster moralphilosophischer Grundlagenfragen wird eine Konsensfindung auf der Ebene mittlerer Prinzipien ermöglicht, da diese auf unseren moralischen Alltagsüberzeugungen aufbauen und mit verschiedenen ethischen Begründungen kompatibel sind. Zugleich wird die Transparenz moralischer Kontroversen erhöht, da sie sich als Konflikte zwischen verschiedenen gewichteten Prinzipien darstellen lassen. Eine klare Benennung des ethischen Konfliktes kann oft der erste Schritt auf dem Weg zu einer Problemlösung sein.

Normatives Framework einer Public Health-Ethik

Mittels des kohärentistischen Begründungsverfahrens lässt sich ein normatives Rahmengerüst (framework) mit sechs zentralen Kriterien für die Bewertung von Handlungsfeldern im Bereich von Public Health entwickeln.¹¹ Tabelle 1 zeigt die ethischen Bewertungskriterien im Überblick jeweils mit ihrer ethischen Begründung, das heißt mit der Benennung desjenigen Prinzips einer mittleren Begründungsebene, aus dem sich das jeweilige Kriterium ableiten lässt.

Jede ethische Bewertung muss mit einer kritischen Beurteilung des *Nutzenpotenzials* (1. Kriterium) der Public Health-Maßnahme beginnen. Hierzu müssen die Interventionsziele (zum Beispiel Identifizierung von Krebserkrankungen im Frühstadium) und ihre Bedeutung für eine gesundheitliche Verbesserung von Individuen beziehungsweise gesellschaftlicher Gruppen (zum Beispiel Senkung der

¹⁰ William David Ross: *The Right and the Good*. Oxford 1930.

¹¹ Georg Marckmann u. a.: *Putting Public Health Ethics into Practice: A Systematic Framework*. *Frontiers in Public Health* 2015, online zugänglich unter: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2015.00023/full> (letzter Zugriff am 3. 5. 2018).

Bewertungskriterien	Ethische Begründung
1. <i>Nutzenpotenzial</i> für die Zielpopulation <ul style="list-style-type: none"> • Bestimmung der Interventionsziele • Grad der Zielerreichung • Relevanz für Morbidität, Lebensqualität und Mortalität • Validität (Evidenzgrad) des Nutznachweises 	Prinzip des Wohltuns, Prinzip der Nutzenmaximierung
2. <i>Schadenspotenzial</i> für die Teilnehmer <ul style="list-style-type: none"> • Belastungen (individuell und gruppenbezogen) • Gesundheitliche Risiken • Validität (Evidenzgrad) 	Prinzip des Nichtschadens
3. <i>Selbstbestimmung</i> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Gesundheitskompetenz des Einzelnen (Empowerment) • Möglichkeit zur informierten Einwilligung • Auswirkungen auf die Entscheidungsfreiheit • Schutz der Privatsphäre (personelle Integrität, Vertraulichkeit, Datenschutz) 	Prinzip der Achtung der Autonomie, Prinzip des Wohltuns
4. <i>Gerechtigkeit</i> <ul style="list-style-type: none"> • (Nicht-diskriminierender) Zugang zur Public Health-Maßnahme • Verteilung der gesundheitlichen Nutzen- und Schadenspotenziale • Ausgleich bestehender Ungleichheiten in den Gesundheitschancen • Bedarf an Kompensation/Reziprozität 	Prinzip der Gerechtigkeit
5. <i>Effizienz</i> <ul style="list-style-type: none"> • (Inkrementelles) Kosten-Nutzen-Verhältnis • Validität der Effizienzmessung 	Prinzip der Nutzenmaximierung, Prinzip der Gerechtigkeit
6. <i>Legitimität</i> <ul style="list-style-type: none"> • Legitimierte Entscheidungsinstanz • Fairer Entscheidungsprozess (Transparenz, Partizipation, rationale Begründung, Möglichkeit der Revision, Regulierung) 	Prinzip der Gerechtigkeit, Achtung der Autonomie

Tabelle 1: Kriterien zur ethischen Beurteilung von Handlungsfeldern im Public Health-Bereich

krebsspezifischen Mortalität oder der Gesamtmortalität) klar definiert sein. Lässt sich ein Nutzen im Sinne einer gesundheitlichen Verbesserung nachweisen, ist als Nächstes zu fragen, welches Ausmaß dieser Nutzen hat. Des Weiteren sind der Evidenzgrad beziehungsweise die Glaubwürdigkeit des Nutznachweises und dessen Anfälligkeit für Verzerrungen (bias) relevant. Erst wenn ein *relevanter* gesundheitlicher Nutzen aufgrund hinreichend *valider* und *nicht-selektiv* publizierter Studienergebnisse aufgezeigt werden kann, ist eine Überprüfung weiterer ethisch relevanter Aspekte der jeweiligen Public Health-Maßnahme sinnvoll.

In der Regel sind Public Health-Maßnahmen auch mit gesundheitlichen und sozialen Risiken und Belastungen verbunden (zum Beispiel falsch-positive Ergebnisse mit anschließend unnötiger Therapie bei Früherkennungsmaßnahmen oder Stigmatisierung bei Aufklärungskampagnen). Es ist deshalb wichtig, das *Schadens-*

potenzial (2. Kriterium) für die direkt und indirekt Betroffenen abzuschätzen und dem zu erwartenden Nutzen für die Zielpopulation gegenüberzustellen. Idealerweise stehen einem großen populationsbezogenen Nutzenpotenzial geringe Belastungen und gesundheitliche Risiken für den Einzelnen gegenüber. Wie bei der Nutzenbewertung sind auch bei der Schadensbewertung das Ausmaß und die wissenschaftliche Validität des Schadens zu berücksichtigen. Ein Ziel der ethischen Bewertung sollte dabei auch darin liegen, Empfehlungen dafür zu entwickeln, wie das – möglicherweise unvermeidbare – Schadenspotenzial für den Einzelnen durch geeignete Vorkehrungen reduziert werden kann.

Aus dem ethischen Prinzip *Achtung der Autonomie* (3. Kriterium) lassen sich zwei für die Public Health-Ethik relevante Bewertungsperspektiven ableiten: Zum einen sollten die Public Health-Maßnahmen die Gesundheitskompetenz und die Fähigkeit zur gesundheitlichen Eigenverantwortung – im Sinne von Sorge für die eigene Gesundheit – der Betroffenen stärken (Empowerment). Zum anderen sollten die Teilnehmer aufgrund der meist nicht zu eliminierenden Belastungen und Risiken selbst nach entsprechender Aufklärung über die Teilnahme an der Public Health-Maßnahme entscheiden (*informierte Einwilligung*).

Public Health-Maßnahmen beeinflussen den Gesundheitszustand der Teilnehmer und haben damit auch Auswirkungen auf die Chancengleichheit in der jeweiligen Gesellschaft.¹² Aus Gründen der *Gerechtigkeit* (4. Kriterium) ist folglich zu prüfen, ob alle Personen, die von der Public Health-Maßnahme profitieren könnten, auch einen uneingeschränkten Zugang zu ihr haben. Dabei sind finanzielle und nicht-finanzielle (zum Beispiel geografische, kulturelle, geschlechtsbedingte) Zugangsbarrieren zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist die Verteilung der gesundheitlichen Nutzen- und Schadenspotenziale unter den von einer Public Health-Maßnahme betroffenen Individuen zu prüfen. Da von einer ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen innerhalb einer Gesellschaft ausgegangen werden muss,¹³ sollten Public Health-Maßnahmen zur Reduktion bestehender gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen.

Angesichts begrenzt verfügbarer öffentlicher Ressourcen ist die *Effizienz* (5. Kriterium) der Public Health-Maßnahme zu prüfen. Hierzu sollte das inkrementelle Kosten-Nutzen-Verhältnis bestimmt werden, das heißt das Verhältnis zwischen den Zusatzkosten und dem Zusatznutzen im Vergleich zu alternativen Maßnahmen, sofern solche verfügbar sind. Dabei sind die im Nettonutzen der Public Health-Maßnahmen berücksichtigten Nutzen- und Schadensdimensionen explizit zu definieren. Wie bei den Nutzen- und Schadenspotenzialen ist die interne und externe Validität der Effizienzeinschätzung zu bewerten.

Da sich Public Health-Maßnahmen auf das Wohlergehen und die Entscheidungsautonomie von Individuen in der Zielpopulation auswirken, müssen sie

¹² Zum Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Chancengleichheit vgl. Norman Daniels: *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge 2008.

¹³ Andreas Mielck: *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern 2005.

Arbeitsschritte einer ethischen Bewertung von Public Health (PH)-Maßnahmen	
1. <i>Beschreibung</i>	Charakterisierung der zu untersuchenden PH-Maßnahme: Zielsetzung, Methodik, Zielpopulation etc.
2. <i>Spezifizierung</i>	Spezifizierung der Bewertungskriterien (Tabelle 1) für die vorliegende PH-Maßnahme
3. <i>Einzelbewertung</i>	Bewertung der PH-Maßnahme anhand der einzelnen, in Schritt 2 spezifizierten Kriterien im Vergleich zu alternativen Optionen
4. <i>Synthese</i>	Übergreifende Beurteilung der PH-Maßnahme durch Synthese, Gewichtung und Abwägung der Einzelbewertungen aus Schritt 3
5. <i>Empfehlungen</i>	Erarbeitung von Empfehlungen für die Entwicklung und Implementierung der PH-Maßnahme

Tabelle 2: *Methodisches Vorgehen einer Public Health-Ethik*

durch eine hierzu explizit legitimierte Entscheidungsinstanz im Rahmen eines fairen Entscheidungsprozesses implementiert werden – *Legitimität* (6. Kriterium). Wie in den Kriterien 1 bis 5 aufgezeigt, gehen die abschließenden ethischen Bewertungen mit komplexen Abwägungen zwischen vielschichtigen gesundheitlichen und sozialen Nutzen- und Schadenspotenzialen sowie weiteren ethischen Prinzipien einher. Da das relative Gewicht der einzelnen Kriterien nicht hinreichend genau aus einer ethischen Theorie ableitbar ist, sind hier faire Entscheidungsverfahren erforderlich, um zu konkreten Regelungen bezüglich der Public Health-Maßnahmen zu kommen.

Methodisches Vorgehen einer Public Health-Ethik

Die im vorangehenden Abschnitt dargestellten ethischen Kriterien bieten nun die Grundlage für die Bewertung von Public Health-Interventionen. Die Kernelemente des methodischen Vorgehens umfassen (i) die Konkretisierung der Bewertungskriterien, (ii) die Anwendung der einzelnen Bewertungskriterien sowie (iii) die zusammenfassende Bewertung beziehungsweise Abwägung auf Basis der in (i) und (ii) geleisteten Vorarbeiten (zur Übersicht vgl. Tabelle 2).

In den meisten Fällen wird die übergreifende ethische Beurteilung nicht in einer kategorischen Ablehnung oder uneingeschränkten Befürwortung der Public Health-Maßnahme münden, sondern verschiedene aus ethischer Sicht möglicherweise problematische Aspekte und Konfliktkonstellationen aufzeigen. Anschließend an diese Beurteilung erscheint es deshalb sinnvoll, *Empfehlungen* zu formulieren, wie die positiven Auswirkungen der Public Health-Maßnahme (Nutzenpotenzial) optimal genutzt und die negativen Auswirkungen (gesundheitliche und soziale Schadenspotenziale, Einschränkungen der Entscheidungsautonomie) auf ein möglichst geringes Ausmaß reduziert werden können.

In Abhängigkeit von der individuellen Argumentationskonstellation, die sich aus der Anwendung der einzelnen Bewertungskriterien ergibt (vgl. Schritt 3), sind

unterschiedlich starke Empfehlungen für oder gegen eine Public Health-Maßnahme gerechtfertigt, die mit jeweils unterschiedlichen Anreizen und Kostenübernahmeregelungen durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verbunden werden können. Idealtypisch könnte man fünf Empfehlungsstufen unterscheiden, bei denen die Empfehlungsstärke von der Stufe 1 bis zur Stufe 5 zunimmt:¹⁴ Während bei der Stufe 1 („abraten“) gute Argumente gegen die Durchführung der Präventionsmaßnahme sprechen, gibt es bei Stufe 5 („gesetzlich verpflichtend“) hinreichende Gründe, die Teilnahme an der Präventionsmaßnahme gesetzlich vorzuschreiben (zum Beispiel eine allgemeine Impfpflicht).

Die verschiedenen Empfehlungsstufen stellen sich im Einzelnen folgendermaßen dar:

- *Stufe 1*: Von der Präventionsmaßnahme *abraten*, keine Kostenübernahme durch die GKV.
- *Stufe 2*: Präventionsmaßnahme *anbieten*, keine explizite Empfehlung, eventuell Kostenübernahme durch die GKV. In diesem Fall obliegt es wesentlich der Entscheidung des Einzelnen, ob die Präventionsmaßnahme durchgeführt werden soll oder nicht.
- *Stufe 3*: Präventionsmaßnahme *anbieten* und *empfehlen*, eventuell proaktive Maßnahmen (zum Beispiel Informationskampagnen) zur Erreichung einer höheren Teilnehmerate, Kostenübernahme durch die GKV.
- *Stufe 4*: Präventionsmaßnahme *anbieten*, *empfehlen* und *mit* (monetären und nicht-monetären) *Anreizen* (für Versicherte oder Ärzte) *versehen*, um eine höhere Teilnehmerate zu erreichen, Kostenübernahme durch die GKV.
- *Stufe 5*: Präventionsmaßnahme *gesetzlich vorschreiben*, Nichtbefolgung wird gegebenenfalls sanktioniert, Kostenübernahme durch die GKV oder Steuerfinanzierung.

Die Empfehlungsstufen 1 bis 5 decken *idealtypisch* das Spektrum möglicher Argumentationskonstellationen bei Public Health-Maßnahmen ab, durch die sich jeweils auch eine unterschiedlich starke Beeinflussung der Entscheidung des Einzelnen rechtfertigen lässt. In der Praxis sind individuell an den Einzelfall abgestimmte Empfehlungen zu erarbeiten. Dies wird nun im zweiten Teil des Beitrags an einem Beispiel erläutert.

¹⁴ Georg Marckmann: Impfprogramme im Spannungsfeld zwischen individueller Autonomie und allgemeinem Wohl. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51 (2008) 2, S. 175–183.

Anwendungsbeispiel: Influenza-Impfung des Gesundheitspersonals

Saisonale Influenza-Epidemien verursachen Jahr für Jahr weltweit drei bis fünf Millionen schwere Erkrankungsverläufe und 250 000 bis 500 000 Todesfälle.¹⁵ In Deutschland verursachen saisonale Influenza-Wellen jährlich zwischen 1 und 5 Millionen Arztkonsultationen, schätzungsweise 5 000 bis 20 000 Krankenhauseinweisungen und etliche Todesfälle.¹⁶ Ältere Menschen tragen ein wesentlich höheres Risiko, wegen Influenza ins Krankenhaus eingewiesen zu werden.¹⁷ Zudem hat die Erkrankung in dieser Patientengruppe besonders häufig einen tödlichen Ausgang. Eine effektive Möglichkeit zur Reduzierung der influenza-assoziierten Morbidität und Mortalität ist die Influenza-Schutzimpfung.¹⁸ Bei älteren Menschen reagiert jedoch das Immunsystem nicht mehr so gut auf die Impfung, sodass nur bei 43 % bis 68 % der Geimpften dieser Personengruppe entsprechende Antikörpertiter nachgewiesen werden können.¹⁹ Die Exposition vulnerabler Personengruppen könnte deshalb insbesondere durch die jährliche Influenza-Impfung des Gesundheitspersonals verringert werden, durch die bei bis zu 90 % der Geimpften ausreichende Antikörpertiter gegen Influenza-Viren erreicht werden.²⁰ Seit Anfang der 1980er-Jahre benennt das Robert Koch-Institut das medizinische Personal explizit als eine Risikogruppe, die gegen Influenza geimpft werden sollte. Trotz internationaler und nationaler Empfehlungen sowie überzeugender ethischer Argumente für die jährliche Influenza-Impfung des Gesundheitspersonals bleiben die Impfraten jedoch auf einem niedrigen Niveau.²¹ Weniger als ein Viertel der Mitarbeiter des Gesundheitswesens in Deutschland lässt sich gegen Influenza impfen, obwohl die Influenza-Impfung sicher und effektiv ist und nachweislich grippeartige Erkrankungen in Gesundheitseinrichtungen und damit auch Todesfälle verhindert.²²

Im Folgenden wird die Frage erörtert, welche Maßnahmen bis hin zur Impfpflicht aus ethischer Sicht legitim sind, um die Impfraten beim Gesundheitspersonal zu erhöhen.

¹⁵ WHO Fact sheet No. 211, April 2009.

¹⁶ Robert Koch Institut (Hg.): Influenza (Saisonale Influenza, Neue (pandemische) Influenza A/H1N1, Aviäre Influenza). In: RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte 2009.

¹⁷ Lone Simonsen u. a.: The Impact of Influenza Epidemics on Hospitalizations. In: *The Journal of Infectious Diseases* 181 (2000), S. 831–837.

¹⁸ Chong-Shan Wang u. a.: Impact of Influenza Vaccination on Major Cause-Specific Mortality. In: *Vaccine* 25 (2007), S. 1196–1203.

¹⁹ Theophile Maria Eduard Govaert (Hg.): Immune Response to Influenza Vaccination of Elderly People. A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. In: *Vaccine* 12 (1994), S. 1185–1189.

²⁰ Andrew C. Hayward u. a.: Effectiveness of an Influenza Vaccine Programme for Care Home Staff to Prevent Death, Morbidity, and Health Service Use among Residents: Cluster Randomised Controlled Trial. In: *British Medical Journal* 333 (2006), S. 1241.

²¹ Gregory A. Poland/Pritish Tosh/Robert M. Jacobson: Requiring Influenza Vaccination for Health Care Workers: Seven Truths We Must Accept. In: *Vaccine* 23 (2005), S. 2251–2255; Sabine Wicker u. a.: Influenza Vaccination Compliance among Health Care Workers in a German University Hospital. In: *Infection* 37 (2009), S. 197–202.

²² Hayward u. a.: Effectiveness (wie Anm. 20).

	Bewertungskriterium	Spezifizierung
1.	Nutzenpotenzial	Nutzen für ältere Patienten/Bewohner von Alten-/Pflegeheimen: reduzierte Morbidität und Mortalität; (Nutzen für HCW)
2.	Schadenspotenzial	Belastung/Risiken für geimpfte HCW
3.	Selbstbestimmung	Möglichst wenig restriktive Strategien zur Erhöhung der Impfraten
4.	Gerechtigkeit	Kompensation bei Impfschäden für geimpfte HCW
5.	Effizienz	Kosten-Nutzen-Verhältnis der HCW-Impfung
6.	Legitimität	Fairer Entscheidungsprozess zur Einführung eines Impfprogramms für HCW

Tabelle 3: Spezifizierte Bewertungskriterien für die Influenza-Impfung des Gesundheitspersonals (Health Care Workers/HCW)

Spezifizierung der ethischen Bewertungskriterien

Nach der *Beschreibung* (Schritt 1 des methodischen Vorgehens, vgl. Tabelle 2) der Impfmaßnahme erfolgt nun als zweiter Schritt die Spezifizierung der Bewertungskriterien (vgl. Tabelle 3).

Nutzenpotenzial von Influenza-Impfungen des Gesundheitspersonals

Beschäftigte im Gesundheitswesen haben zum einen eine erhöhte Infektionsgefährdung und können zum anderen hochkontagiöse Influenza-Viren auf Patienten und Arbeitskollegen übertragen und so nosokomiale Influenza-Ausbrüche verursachen. Aus diesem Grunde ist neben dem individuellen Schutz der Beschäftigten eines der wesentlichen Ziele der Impfung des Gesundheitspersonals, die Influenza-bedingte Morbidität und Mortalität bei den vulnerablen Patienten und Heimbewohnern zu reduzieren. Lässt sich dieses Ziel auch tatsächlich erreichen? Zwei britische randomisierte kontrollierte klinische Studien untersuchten die Wirksamkeit der Influenza-Impfung des Personals in Langzeit-Pflegeeinrichtungen.²³ Nach der Studie von Carman und anderen lag die Sterblichkeit in der Einrichtung mit einem Influenza-Impfprogramm für die Mitarbeiter (Impftrate 50,9 %) bei 13,6 %, in den Einrichtungen ohne Impfprogramm (Impftrate 4,9 %) hingegen bei 22,4 %.²⁴ Der Anteil nicht-tödlicher Influenza-Infektionen unterschied sich hingegen nicht zwischen den Einrichtungen. In der Studie von Potter und anderen reduzierte die Impfung des Personals (Impftrate von 61 %) die Gesamt-Sterblichkeit in den Langzeit-Pflegeeinrichtungen von 17 % auf 10 %, auch die Häufigkeit

²³ William F. Carman u. a.: Effects of Influenza Vaccination of Health-Care Workers on Mortality of Elderly People in Long-Term Care: A Randomised Controlled Trial. In: *The Lancet* 355 (2000), S. 93-97; Jan Potter u. a.: Influenza Vaccination of Health Care Workers in Long-Term-Care Hospitals Reduces the Mortality of Elderly Patients. In: *The Journal of Infectious Diseases* 175 (1997), S. 1-6.

²⁴ Carman u. a.: Effects (wie Anm. 23).

grippeartiger Infektionen sank. Die Impfung der Bewohner hatte hingegen keine signifikante Senkung der Mortalität zur Folge. Eine weitere, cluster-randomisierte Studie aus Großbritannien mit mehr als 1 700 Beschäftigten und 2 600 älteren Patienten in 44 Altenpflegeheimen zeigte eine signifikante Reduktion der Inzidenz grippaler Infekte, der Mortalität (minus 5 bei 100 Bewohnern) und Morbidität bei den Heimbewohnern durch eine auf knapp 50 % erhöhte Impfrate beim Personal.²⁵ Daten eines amerikanischen Krankenhauses belegen, dass durch die Erhöhung der Influenza-Impfquote des Personals von 4 % in 1987/1988 auf 67 % in 1999/2000 sowohl laborbestätigte Influenza-Erkrankungen beim Personal als auch nosokomiale Influenza-Fälle bei stationären Patienten signifikant verringert werden konnten.²⁶

In einer weiteren cluster-randomisierten Studie in Pflegeheimen in der Region Paris zeigte sich eine um 20 % reduzierte Gesamtmortalität in den Einrichtungen mit einem Influenza-Impfprogramm (durchschnittliche Impfquoten 69,9 % vs. 31,8 %).²⁷ Auch die Rate der Influenza-ähnlichen Erkrankungen unter den Bewohnern war signifikant reduziert.

Insgesamt geben die verfügbaren Studien einen relativ verlässlichen Hinweis darauf, dass vor allem die Gesamtmortalität in Langzeit-Pflegeeinrichtungen durch die Impfung des Personals gesenkt werden kann. Nicht sicher belegt ist hingegen der Effekt auf das spezifischere primäre Behandlungsergebnis, eine verringerte Mortalität und Morbidität durch nachgewiesene Influenza-Infektionen: Die beobachteten Effekte auf die Gesamtmortalität könnten auch auf eine erhöhte Aufmerksamkeit und damit möglicherweise einhergehende Verhaltensänderungen (zum Beispiel vermehrtes Händewaschen und Tragen von Mundschutz) bedingt sein. Ebenfalls noch nicht abschließend zu beurteilen ist die Frage, wie die Impfquoten und die Mortalität beziehungsweise Morbidität quantitativ zusammenhängen: Gibt es bei der Impfquote einen Schwellenwert, der mindestens zu erreichen wäre? Lässt sich die Mortalität und Morbidität der Bewohner mit Impfquoten über 60 % beim Gesundheitspersonal noch weiter senken? Von den Antworten auf diese Fragen hängt es unter anderem ab, welcher Zielwert bei den Impfquoten anzustreben ist – und damit auch, ob möglicherweise eine Impfpflicht erforderlich ist, um einen ausreichenden Infektionsschutz bei den Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen und Patienten von Kliniken zu erreichen.

Schadenspotenzial der Influenza-Impfung des Gesundheitspersonals

Public Health-Maßnahmen sollten nach Möglichkeit ein günstiges Verhältnis zwischen populationsbezogenem Nutzen und den Belastungen für die Teilnehmer

²⁵ Hayward u. a.: Effectiveness (wie Anm. 20).

²⁶ Cassandra D. Salgado: Preventing Nosocomial Influenza by Improving the Vaccine Acceptance Rate of Clinicians. In: *Infection Control and Hospital Epidemiology* 25 (2004), S. 923–928.

²⁷ Magali Lemaître u. a.: Effect of Influenza Vaccination of Nursing Home Staff on Mortality of Residents: A Cluster-Randomized Trial. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 57 (2009), S. 1580–1586.

aufweisen. Allgemein ist die Influenza-Impfung mit einer vergleichsweise geringen Belastung verbunden, auch wenn sie jedes Jahr erneut durchgeführt werden muss. Die mit der Influenza-Impfung verbundenen Risiken sind in der Regel ebenfalls gering. Eine Befragung des geimpften Personals am Universitätsklinikum Frankfurt am Main belegt die relativ gute Verträglichkeit des Impfstoffs. Subfebrile Temperaturen ($<38,5^{\circ}\text{C}$) gaben 1,6 % der geimpften Befragten an, keiner berichtete über Fieber ($>38,5^{\circ}\text{C}$), Kopf- und Gliederschmerzen gaben insgesamt 8,5 % der Befragten an, wobei letztendlich nicht hinreichend geklärt ist, ob die Influenza-Impfung ursächlich für die Beschwerden war oder ob es sich nur um ein zeitliches Zusammentreffen zweier unabhängiger Ereignisse gehandelt hat.²⁸ Nur extrem selten treten nach einer Influenza-Impfung schwerwiegende Komplikationen wie eine Vaskulitis, eine Enzephalomyelitis oder ein Guillain-Barré-Syndrom auf.²⁹ Sofern überhaupt ein Risiko für Guillain-Barré-Syndrom nach der Anwendung saisonaler Grippeimpfstoffe besteht, ist es ausgesprochen gering (es wird von einem zusätzlichen Fall pro 1 Million Dosen ausgegangen), und es überwiegt nach weithin geteilter Auffassung nicht den individuellen Nutzen der Impfung.

Insgesamt stehen dem Nutzen für die älteren Patienten und Heimbewohner (gesenkte Mortalität und eventuell auch Morbidität) vergleichbar geringe Belastungen und Risiken für das geimpfte Gesundheitspersonal gegenüber, das zudem selbst auch von der Impfung profitieren kann. Da einzelne schwere Nebenwirkungen nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden können, sollte bei deren Auftreten eine entsprechende Entschädigung der Betroffenen vorgesehen sein.³⁰

Selbstbestimmung: Möglichst geringe Restriktivität

Bevölkerungsbezogene Gesundheitsziele sollten mit einer möglichst geringen Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Einzelnen erreicht werden. Bezogen auf die Influenza-Impfung des Gesundheitspersonals bedeutet dies, dass zunächst versucht werden sollte, über freiwillige Maßnahmen eine ausreichend hohe Durchimpfung des Gesundheitspersonals zu erreichen. Verschiedene Strategien wurden hierfür vorgeschlagen: Information und Fortbildung; kostenfreier und einfacher Zugang zur Impfung; Programme, die nicht die Impfung vorschreiben, sondern eine Rechtfertigung für die Verweigerung fordern. Von diesen Strategien führen ein einfacher Zugang zu einer kostenfreien Impfung und Informationsprogramme zu den höchsten Impfraten.³¹ Diese verbleiben aber dennoch meist unter den

²⁸ Wicker u. a.: Influenza Vaccination (wie Anm. 21).

²⁹ David N. Juurlink u. a.: Guillain-Barré Syndrome after Influenza Vaccination in Adults. A Population-Based Study. In: Archives of Internal Medicine 166 (2006), S. 2217–2221; Ates Kara u. a.: Influenza Vaccine Adverse Event and Effect on Acceptability in Pediatric Residents. In: The Journal of Infectious Diseases 60 (2007), S. 387f.

³⁰ Vgl. Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 60.

³¹ Friedrich Hofmann: Influenza Vaccination of Healthcare Workers: A Literature Review of Attitudes and Beliefs. In: Infection 34 (2006), S. 142–147.

angestrebten Werten, wofür ein falsches Verständnis der Influenza und ihrer Risiken, der Rolle des Gesundheitspersonals bei der Übertragung der Infektion sowie der Bedeutung und Risiken der Impfung verantwortlich sind.³²

Durch umfangreiche Aufklärungsmaßnahmen konnten die Impfraten beim medizinischen Personal in Deutschland in den letzten Jahren insgesamt gesteigert werden, sie verbleiben jedoch nach wie vor auf einem zu niedrigen Niveau, um einen ausreichenden Schutz vulnerabler Patienten und Heimbewohner zu gewährleisten.³³ Nur ungefähr jeder vierte Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen in Deutschland lässt sich gegen Influenza impfen, damit liegen die Influenza-Impfraten beim Gesundheitspersonal in der Regel sogar noch niedriger als in der deutschen Allgemeinbevölkerung.³⁴ Das medizinische Personal begreift seinen Beruf somit nicht unbedingt als eine Motivation zur Influenza-Impfung – denn sonst müssten dessen Impfraten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung tendenziell höher und nicht niedriger liegen.³⁵ Über zwanzig Jahre Aufklärung und Information der Mitarbeiter im Gesundheitswesen zeigen bislang keine nachhaltigen Erfolge. Am Universitätsklinikum in Frankfurt am Main konnte mit Informationskampagnen (Plakate, Handzettel etc.), Email-Aufforderungen und Impfungen vor Ort auf den Stationen sowie in der Kantine innerhalb von sechs Jahren eine signifikante Steigerung der Impfrate des Personals von 3,5 % auf 33,1 % erreicht werden.³⁶ Trotz aller Bemühungen verblieb die Impfrate des Gesundheitspersonals auf einem unzureichenden Niveau. Als zu Beginn des Jahres 2009 erste Influenza-Patienten aufgenommen und weitere Infektionen bei immunsupprimierten Patienten labordiagnostisch bestätigt wurden, wurde eine Dienst-anweisung erlassen, dass alle Mitarbeiter, die nicht gegen Influenza geimpft sind, einen chirurgischen Mundschutz tragen müssen. Dadurch sollten Infektionsketten innerhalb des Universitätsklinikums unterbrochen werden. Durch diese Maßnahme stieg die Durchimpfungsrate des Personals innerhalb von zehn Tagen von 33,1 % auf 51,7 %.³⁷ Die höchste Akzeptanz zeigte dabei das ärztliche Personal, das sich zu 95,4 % impfen ließ, die Impfrate des Pflegepersonals lag mit 49,6 % zwar deutlich niedriger, im internationalen Vergleich aber ebenfalls sehr hoch.

Insgesamt zeigen die Erfahrungen im In- und Ausland, dass mit freiwilligen Informations- und Impfkampagnen nur schwer eine ausreichende Durchimpfung des Gesundheitspersonals zu erreichen ist, sodass es zumindest legitim erscheint,

³² Ebd.

³³ Wicker u. a.: Influenza Vaccination (wie Anm. 21).

³⁴ Patricia R. Blank/Matthias Schwenkglenks/Thomas D. Szucs: Disparities in Influenza Vaccination Coverage Rates by Target Group in Five European Countries: Trends over Seven Consecutive Seasons. In: *Infection* 37 (2009), S. 390–400.

³⁵ Daniela Müller/Peter Wutzler/Thomas D. Szucs: Influenza Vaccination Coverage Rates in Germany. A Population-Based Cross-Sectional Analysis of the Seasons 2002/2003 and 2003/2004. In: *Medizinische Klinik* 100 (2005), S. 6–13.

³⁶ Sabine Wicker u. a.: Impfung gegen die klassische Influenza bei medizinischem Personal. Selbstschutz und Patientenschutz. In: *Deutsches Ärzteblatt International* 2009, S. 567–572.

³⁷ Ebd.

über eine stärkere Einflussnahme in die Entscheidung des Einzelnen bis hin zur verpflichtenden Influenza-Impfung nachzudenken.

Effizienz: Kosten-Nutzen-Verhältnis der Influenza-Impfung des Gesundheitspersonals

Neben dem Nutzen-Risiko-Verhältnis ist bei insgesamt begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Influenza-Impfung des Gesundheitspersonals zu berücksichtigen. Nichol und andere konnten zeigen, dass geimpfte Beschäftigte 25 % weniger Infekte des oberen Respirationstraktes, 44 % weniger Arztbesuche aufgrund von Infekten des oberen Respirationstraktes und 43 % weniger Krankheitstage aufgrund von Infekten des oberen Respirationstraktes aufwiesen als ungeimpfte Mitarbeiter.³⁸ Krankheitsbedingte Ausfälle und die Gefahr wechselseitiger Infektionen von Personal durch Patienten und umgekehrt konnten vermieden werden.

Eine gesundheitsökonomische Evaluation im Vereinigten Königreich Großbritannien kam zu folgendem Ergebnis: Mit der Influenza-Impfung des Gesundheitspersonals konnten im Mittel Kosten in Höhe von 12 £ pro Fall durch eine geimpfte Person eingespart werden. Auch unter ungünstigsten Annahmen war die Kosteneffektivität im Vergleich zu anderen medizinischen Maßnahmen mit 405 £ pro gewonnenem Lebensjahr sehr günstig.³⁹

Auch wenn es bislang nur wenig Studien gibt, die die Influenza-Impfung des Gesundheitspersonals gesundheitsökonomisch evaluiert haben, ist davon auszugehen, dass das Verhältnis von Kosten zu Nutzen als günstig einzuschätzen ist, möglicherweise lassen sich sogar Ressourcen sparen. Damit wäre die Impfung des Gesundheitspersonals auch im Hinblick auf eine effiziente Nutzung von Gesundheitsressourcen geboten.

Legitimität: Faire und transparente Entscheidungsverfahren

Wenn Influenza-Impfprogramme für das Gesundheitspersonal etabliert werden, sollte ausreichend Information über Nutzen und Risiken der Impfung zur Verfügung gestellt werden. In der Regel werden Entscheidungen über die Implementierung von Impfprogrammen über die Betriebsärzte der Einrichtungen getroffen. In diesen Fällen können die Mitarbeiter das Impfprogramm nur in sehr beschränktem Ausmaß selbst mitgestalten. Es wäre zu prüfen, ob sich die Impfraten steigern lassen, wenn die Mitarbeiter bereits im Vorfeld in die Planung des Influenza-Impfprogramms eingebunden werden, beispielsweise in die Absprachen darüber,

³⁸ Kristin L. Nichol: Influenza Vaccination and Reduction in Hospitalizations for Cardiac Disease and Stroke among the Elderly. In: The New England Journal of Medicine 348 (2003), S.1322–1332.

³⁹ Amanda Burls u. a.: Vaccinating Healthcare Workers against Influenza to Protect the Vulnerable – Is It a Good Use of Healthcare Resources? A Systematic Review of the Evidence and an Economic Evaluation. In: Vaccine 24 (2006), S. 4212–4221.

in welcher Form eine Influenza-Impfung an der jeweiligen Einrichtung durchgeführt werden sollte. Auch zu möglichen Anreizen oder Sanktionen könnten die Mitarbeiter im Vorfeld von Maßnahmen befragt werden.

Interessant sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse einer Umfrage am Universitätsklinikum Frankfurt am Main. Um die Einstellungen des medizinischen Personals hinsichtlich verpflichtender Influenza-Impfungen zu erheben, wurde im Jahr 2009 eine anonyme Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Es zeigte sich, dass beinahe 70 % der Befragten verpflichtenden Impfungen des Gesundheitspersonals zustimmten, wobei die Zustimmung bei den ärztlichen Mitarbeitern mit 78,1 % deutlich höher ausfiel als bei den Pflegenden mit 63,1 %. Allerdings variiert die Zustimmung nicht nur in Abhängigkeit von den Berufsgruppen, sondern auch in Abhängigkeit von der jeweiligen Erkrankung, gegen die sich die Impfung richtet. Hinsichtlich einer Impfung gegen Hepatitis B lag die Zustimmung mit insgesamt 86 % am höchsten, während die Mitarbeiter einer Influenza-Impfung deutlich skeptischer gegenüberstanden. Nur 43,5 % der Befragten hielten verpflichtende Influenza-Impfungen für das Gesundheitspersonal für richtig (Ärzte: 52,9 %, Pflegende: 38,4 %). 40,4 % der befragten Mitarbeiter, die eine verpflichtende Influenza-Impfung für das Gesundheitspersonal generell nicht befürworteten, sprachen sich jedoch für verpflichtende Influenza-Impfungen für Beschäftigte, die immunsupprimierte Patienten betreuen, aus. Lediglich 24,8 % der Befragten lehnten verpflichtende Influenza-Impfungen ab, 9,4 % waren unentschlossen.⁴⁰ Die Ergebnisse dieser Umfrage zeigen, dass das Gesundheitspersonal verpflichtenden Impfungen nicht grundsätzlich ablehnend gegenübersteht, wobei die Akzeptanz von Impfungen tendenziell höher ist, wenn der Selbstschutz der Mitarbeiter gegen Erkrankungen im Vordergrund steht.

Offenbar ist der Zusammenhang zwischen der eigenen Infektion, der Influenza-Impfung und den möglichen Folgen für die Patienten bei vielen Mitarbeitern noch nicht ausreichend im Bewusstsein verankert. Kontinuierliche, nachhaltige Maßnahmen auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene sollten die Bedeutung der Influenza-Impfung für das medizinische Personal vermehrt ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken. Zudem erscheint es sinnvoll, die Mitarbeiter in die Entscheidung über die Einführung eines Influenza-Impfprogramms zu involvieren. Möglicherweise würde bei entsprechender Aufklärung über das Nutzen-Risiko-verhältnis sogar eine Mehrheit der Beschäftigten einer verpflichtenden Influenza-Impfung zustimmen.

Synthese: Übergreifende Bewertung und Empfehlung

Welche übergreifende Schlussfolgerung lässt sich nun aus den Argumenten zu den einzelnen Legitimationsvoraussetzungen ziehen? Die Influenza-Impfung des Ge-

⁴⁰ Sabine Wicker u. a.: Healthcare Workers' Perceptions of Mandatory Vaccination. Results of an Anonymous Survey in a German University Hospital. In: *Infection Control and Hospital Epidemiology* 31 (2010), S. 1066-1069.

sundheitspersonals stellt möglicherweise eine effektive Möglichkeit dar, um die Influenza-assoziierte Morbidität und Mortalität von vulnerablen Patienten und Heimbewohnern zu reduzieren. Wenn dies so ist, dann stehen diesem populationsbezogenen Nutzen vergleichsweise geringe Belastungen und Risiken für das Gesundheitspersonal gegenüber. Hinzu kommt ein sehr günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis in Bezug auf das Gesundheitspersonal selbst: Möglicherweise kann neben einer reduzierten Morbidität und Mortalität auch noch eine Einsparung von knappen Gesundheitsressourcen erzielt werden.

	Bewertungskriterium	Ergebnis
1.	Nutzenpotenzial	Evidenz für Senkung der Gesamt-, nicht aber der spezifischen Mortalität ⇒ ausreichend?
2.	Schadenspotenzial	Relativ geringe Belastung und Risiken für HCW
3.	Selbstbestimmung	Begrenzte Effektivität von Impfkampagnen ⇒ alles ausgereizt? Erforderliche Impftrate?
4.	Gerechtigkeit	Kompensation bei Impfschäden für geimpfte HCW
5.	Effizienz	Kosten-Nutzen-Verhältnis sehr günstig; Kostensparend oder sehr kosteneffektiv
6.	Legitimität	Einbeziehung der Mitarbeiter in Entscheidungsfindung ist zu prüfen!

Tabelle 4: Ethische Bewertung der Influenza-Impfung des Gesundheitspersonals

Allerdings bleiben bei der empirischen Evidenz zur Effektivität der Influenza-Impfung des Gesundheitspersonals noch Fragen offen: Während es einige Evidenz gibt (wenn auch nicht der besten Qualität), dass die Gesamtmortalität reduziert werden kann, fand das Cochrane Review keinen nachgewiesenen Effekt auf die spezifischeren Outcomes, die „labor-bestätigte Influenza, Lungenentzündung oder Todesfall durch Lungenentzündung“.⁴¹ Weitere empirische Evidenz ist folglich erforderlich, um die Effektivität der Influenza-Impfung des Gesundheitspersonals verlässlicher zu bestimmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese empirische Unsicherheit auch Implikationen für andere ethische Kriterien hat, wie zum Beispiel das Nutzen-Schadens-Verhältnis oder das Kosten-Nutzen-Verhältnis.

Angesichts der unzureichenden Evidenz zur Effektivität der Influenza-Impfung des Gesundheitspersonals auf die Mortalität und Morbidität älterer Patienten, kann die Implementierung einer Impfpflicht für das Gesundheitspersonal zum aktuellen Zeitpunkt nicht empfohlen werden (Empfehlungsstufe 5). Angesichts der Evidenz für eine reduzierte Gesamtmortalität erscheint es jedoch gerechtfertigt, wenn nicht sogar geboten, die Impfung anzubieten und zu empfehlen (mindestens Empfehlungsstufe 3).

⁴¹ Roger E. Thomas/Tom Jefferson/Toby J. Lasserson: Influenza Vaccination for Healthcare Workers Who Work with the Elderly: Systematic Review. In: *Vaccine* 29 (2010), S. 344–356.

Die Erfahrungen im In- und Ausland stimmen eher skeptisch, ob mit freiwilligen Impfprogrammen (Empfehlungsstufe 3) eine ausreichende Durchimpfung des Personals erreicht werden kann, zumal nicht sicher ist, ob die von verschiedenen Autoren geforderte Impfrate von mindestens 50 %⁴² des Gesundheitspersonals ausreicht. Mathematischen Modellrechnungen zufolge verbessert jede zusätzliche Impfung eines Beschäftigten im Gesundheitswesen den Schutz der Patienten, sodass die Steigerung der Impfrate von 80 % auf 90 % ebenso wichtig ist wie die Steigerung der Impfrate von 10 % auf 20 %. Das zugrunde liegende mathematische Model zeigte eine lineare Beziehung zwischen der Anzahl der geimpften Mitarbeiter und der Anzahl der erwarteten Influenza-Erkrankungen der Patienten. Es konnte jedoch kein Schwellenwert für eine Herdimmunität gefunden werden, selbst wenn die Impfraten bei den Beschäftigten hoch sind, könnte es aufgrund stochastischer Effekte zu nosokomialen Infektionsausbrüchen kommen.⁴³ Zwar ersetzt ein mathematisches Modell keinesfalls eine empirische Studie: Es bewahrt aber auf jeden Fall vor dem vorschnellen Schluss, dass eine Impfrate von 50 % des Gesundheitspersonals ausreichen könnte.

Angesichts der geringen Belastungen und Risiken für das geimpfte Gesundheitspersonal und des Potenzials, die Morbidität und Mortalität unter Altenheimbewohnern und älteren Patienten zu reduzieren (bei vermutlich zugleich niedrigeren Kosten), erscheint es ethisch gerechtfertigt, die Influenza-Impfung für das Gesundheitspersonal nicht nur anzubieten und zu empfehlen, sondern zudem positive Anreize für erhöhte Impfraten zu implementieren (Empfehlungsstufe 4).

Angesichts der offenbar hohen Akzeptanzraten unter dem Gesundheitspersonal,⁴⁴ sollten die Mitarbeiter in die Entwicklung und Implementierung von Anreizsystemen zur Erhöhung der Impfraten einbezogen werden. Idealerweise könnte dieser partizipatorische Entscheidungsprozess selbst die Impfraten erhöhen, da er die professionelle Autonomie des Personals steigert. Maßnahmen – wie die Verpflichtung zum Tragen eines Mundschutzes für ungeimpfte Mitarbeiter oder eine Begründungspflicht für Impfverweigerer – könnten das Gesundheitspersonal weiter anregen, über ihre professionellen Verpflichtungen gegenüber Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen und Patienten nachzudenken. Schließlich stehen den deutlichen Risiken für die betreuten Menschen vergleichbar geringe Belastungen und Risiken für das geimpfte Gesundheitspersonal gegenüber.

Abstract

Compared to medical care, population-based interventions to promote health and prevent diseases have some distinctive features from an ethical perspective, like

⁴² Z. B. Johannes van Delden u. a.: The Ethics of Mandatory Vaccination Against Influenza for Health Care Workers. In: *Vaccine* 26 (2008), S. 5562-5566.

⁴³ Carline van den Dool u. a.: The Effects of Influenza Vaccination of Health Care Workers in Nursing Homes: Insights from a Mathematical Model. In: *Plos Medicine* 10 (2008), S. e200.

⁴⁴ Wicker u. a.: Healthcare (wie Anm. 40).

e. g. the inevitable balancing of the collective benefit for the target population and the individual burdens and risk for the participants, the application of interventions with health risks on persons without any disease and conflicts between public health goals and individual autonomy. In developing public health interventions, it therefore seems mandated to analyze the possible ethical implications early on, so that they can be taken into account in the implementation process. For this purpose, this article presents a methodological approach to analyze ethical issues in the field of public health, to evaluate public health interventions from an ethical perspective and to develop ethical recommendations for the design and implementation of public health interventions. The approach includes a normative framework based on a coherence theory of justification and a methodological approach for the application of the ethical criteria to certain public health interventions. In the last part of the chapter, the approach will be applied in an exemplary way to the influenza immunization of health care personnel. The main focus will be the following ethical issue: Which influence of individual autonomy is justified to achieve a sufficiently high immunization rate among the health care personnel?

Hygienische Stadtreform und Epidemiekontrolle

Friedrich Lenger

Stadthygiene: Gesundheit und städtischer Raum in Europa während der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts¹

Sucht man nach einer inhaltlichen anstelle einer bloß kalendarischen Bestimmung für den Beginn der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, bietet sich aus der Perspektive unseres Themas Edwin Chadwicks „Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain“ aus dem Jahre 1842 an. Dieser Bericht ist vor einiger Zeit als Dokument einer „doppelte(n) Ermächtigungsstrategie“ interpretiert worden: „1. die *Ermächtigung der Regierung*, des Staates und der Gesetzgebung, eine einheitliche und zentralgesteuerte hygienetechnische Modernisierung der sanitären Bedingungen der Stadt, der Wohnviertel und Wohnhäuser einzuleiten; 2. die *Ermächtigung des individuellen Willens*, d. h. des männlichen Lohnarbeiters, sich selbst und seine Familie zu regieren, dadurch vorzubereiten und zu unterstützen, dass man ein an das ‚weibliche Geschlecht‘ gebundenes soziales Familienregime etabliert.“² Die Tragfähigkeit einer solchen an Foucault orientierten Lesart wird im Folgenden zu prüfen sein; schon hier sei indessen vorausgeschickt, dass insbesondere mit Blick auf die angesprochenen und im Zusammenhang dieses Bandes ja besonders interessierenden Techniken der Selbstkontrolle und der Selbstoptimierung die für Foucault und seine Gefolgsleute typische Präferenz für normative Textquellen die beobachtbaren Praktiken gelegentlich zu verzeichnen droht.

Städtische Gesundheitspolitik im Zeichen der Miasmatheorie

Doch beginnen wir mit dem ersten Aspekt der von Matthias Bohlender vorgeschlagenen Interpretation und lassen dabei für den Moment außer Acht, dass die Rede von Staat, Regierung und Gesetzgebung die Bedeutung der städtischen Zivilgesellschaft unterschätzt, auch wenn Äußerungen aus dem Umfeld Chadwicks

¹ Der Beitrag stützt sich weitgehend auf Friedrich Lenger: *Metropolen der Moderne. Eine europäische Stadtgeschichte seit 1850*. München ²2014. Deshalb sind im Folgenden nur darüber hinausgehende Informationen und wörtliche Zitate nachgewiesen.

² Matthias Bohlender: *Metamorphosen des liberalen Regierungsdenkens. Politische Ökonomie, Polizei und Pauperismus*. Weilerswist 2007, S. 365 (alle Hervorhebungen im Original).

tatsächlich explizit auf die Gesetzgebung rekurrierten: „Die Krankheitswolke“, so etwa William Farr, „die aus dem Atem von zwei Millionen Menschen, aus den Abwasserkanälen und Jauchegruben, aus den Gräbern und Schlachthäusern aufsteigt, wird beständig aufrechterhalten und verändert sich. In einer Jahreszeit ist sie von der Cholera, in einer anderen von der Grippe durchdrungen; zu einem bestimmten Zeitpunkt bringt sie die Pocken, die Masern, den Scharlach und den Keuchhusten unter Deine Kinder; zu einem anderen trägt sie das Fieber auf ihren Flügeln. Wie ein Todesengel schwebt sie seit Jahrhunderten über London. *Doch sie kann durch Gesetzgebung davon getrieben werden.* [...] Der giftige Dunst über London und über allen anderen Städten des Königreichs kann jetzt aufgelöst werden. Es ist die entscheidende Stimme der Gesetzgebung, die den dankbaren Einwohnern der Städte Sonnenschein, klares Wasser, frische Luft und die Gesundheit des Landes schenken kann.“³

Das Zitat enthält neben der Diagnose und einer Therapie auch die Behauptung der Kontinuität. Sie war um die Mitte des 19. Jahrhunderts durchaus plausibel, kam doch der allmähliche Rückgang der Sterbefälle je tausend Einwohner noch einmal zum Stillstand und lag die Sterbeziffer in den Städten immer noch über der in den Landgemeinden. Erst gegen Ende des Jahrhunderts und im Kontext stark rückläufiger Geborenenzahlen sowie der epidemiologischen Transition änderte sich das, und Edwin Cannans Prognose aus dem Jahr 1894 wurde glaubhaft: „In the future our great towns will be regarded as the cradle rather than the grave of population.“⁴ Das konnte William Farr ebenso wenig ahnen wie die kurzfristig deutlich zunehmende Gefährdung durch die Cholera. Denn mit dem Vordringen der Dampfschiffahrt intensivierten sich die weltweiten Verflechtungen, und die Cholera war immer weniger auf den indischen Subkontinent beschränkt. Schon zuvor, seit 1851 beschäftigten sich internationale Sanitätskonferenzen mit ihrer Verbreitung und mit ihrer Bekämpfung.⁵ Im selben Jahr begann auch der Reigen von Weltausstellungen, die thematisch sehr viel weniger spezifisch ebenfalls als globale Wissensbörsen fungierten. Zugleich glichen sie, wie Marx und Engels spöttisch kommentierten, „einem großen Examen“, bei dem die teilnehmenden Länder „nachweisen sollen, wie sie ihre Zeit benutzt haben“.⁶ Bei diesem Wettstreit um die Krone der Modernität kam den Veranstaltungsorten eine Schlüsselrolle zu, weil diese eben nicht allein durch besonders zahlreiche Exponate des

³ Zit. nach ebd., S. 347 (dort auch die Hervorhebung).

⁴ Zit. nach Geoffrey Crossick: Urbanisation, Migration and Arcadian Myths in Late-Victorian Britain, 1875–1900. In: Heinz-Gerhard Haupt/Peter Marschalck (Hg.): Städtische Bevölkerungsentwicklung in Deutschland im 19. Jahrhundert. Soziale und demographische Aspekte der Urbanisierung. St. Katharinen 1994, S. 41–71, hier: S. 50.

⁵ Vgl. Jürgen Osterhammel: Die Verwandlung der Welt. Eine Geschichte des 19. Jahrhunderts. München 2009, S. 282–288.

⁶ Karl Marx/Friedrich Engels: ‚Revue. Mai bis Oktober (1850)‘. In: dies.: Werke. Bd. 7. Berlin 1960, S. 421–463, hier: S. 430f.; vgl. Friedrich Lenger: Metropolenkonkurrenz. Die Weltausstellungen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In: Journal of Modern European History 11 (2013), S. 329–349.

eigenen Landes eine nationale Führungsrolle untermauern, sondern diese zugleich durch ihre eigene weltstädtische Ausgestaltung dokumentieren konnten. In den 1850er- und 1860er-Jahren war diesbezüglich Paris unangefochten.

Auch deshalb lohnt es, in unserem Zusammenhang auf den Umbau von Paris unter Napoléon III. und Baron Haussmann einzugehen, dessen allgemeinere Bedeutung Friedrich Engels 1872 folgendermaßen charakterisiert hat: „Ich verstehe hier unter ‚Haussmann‘“, heißt es in „Zur Wohnungsfrage“, „die allgemein gewordene Praxis des Breschelegens in die Arbeiterbezirke, besonders die zentral gelegenen unserer großen Städte, ob diese nun durch Rücksichten der öffentlichen Gesundheit und der Verschönerung oder durch Nachfrage nach großen zentral gelegenen Geschäftslokalen oder durch Verkehrsbedürfnisse [...] veranlaßt worden.“⁷ Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass neben Paris, wo Napoléon III. seinen Präfekten Haussmann mit weitreichenden Enteignungs- und Kreditschöpfungsrechten ausgestattet hatte, nur Wien, wo Kaiser Franz-Joseph das persönliche Eigentum an den durch den Ring ersetzten Befestigungsanlagen beansprucht hatte, in diesen Jahren einen radikalen innerstädtischen Umbau erlebte. Uns aber müssen die von Engels ins Feld geführten „Rücksichten der öffentlichen Gesundheit“ näher interessieren. Zu ihrem Verständnis ist es wichtig daran zu erinnern, dass Farris „Krankheitswolke“, also die Überzeugung von der Krankheitsübertragung durch ungünstige Ausdünstungen, die sogenannten Miasmen, unangefochten das Feld behauptete.

Wenn man aber der Miasmentheorie folgte, so hatte die Wasserentsorgung Vorrang vor der Wasserversorgung. Die zu diesem Zwecke gebauten frühen Kanalisationssysteme beschränkten sich zumeist auf den Abtransport des Regen- und Haushaltswassers und ließen daneben die althergebrachten Senkgruben bestehen. Das galt etwa für die anlässlich der Weltausstellung von 1867 in Paris präsentierte Kanalisation, in der Zar Alexander II. und Wilhelm I. wie nach ihnen zahllose andere Besucher Rundfahrten unternahmen. Wie das Kanalsystem selbst war auch die monarchische Rundfahrt stilbildend, wie zum Beispiel ein Hamburger Holzschnitt von 1895 belegt.⁸ Zu diesem Zeitpunkt waren in einigen europäischen Großstädten aber bereits Schwemmkanalisationen eingeführt worden, wobei die Entwicklung zum einen ein von West nach Ost und von Nord nach Süd verlaufendes Gefälle aufwies und zum andern immer wieder erst massive Choleraausbrüche den Anstoß zu den nötigen Investitionen lieferten. Mitte der 1880er-Jahre reichten etwa 3 000 Choleratote in Mailand und einige weniger in Marseille aus, um die Stadtväter aktiv werden zu lassen, während die 7 000 neapolitanischen Opfer weitgehend folgenlos blieben. In Neapel wurde noch 1911 versucht, die 2 500 Opfer eines erneuten Cholera-Ausbruchs zu beschönigen, während die Stadtduma von Kiew den Ausbruch der Seuche im Jahre 1907 endlich zum Anlass genommen hatte, die nötigen Schritte zum Bau einer modernen Kanalisation einzu-

⁷ Friedrich Engels: Zur Wohnungsfrage. In: Karl Marx/ders.: Werke. Bd. 18. Berlin 1981, S. 209–287, hier: S. 260f.

⁸ Das Bild ist abgedruckt in: Lenger: Metropolen (wie Anm. 1), S. 166.

leiten. Insgesamt beobachteten sich die europäischen Städte sehr aufmerksam und notierten Differenzen hinsichtlich der Sterbeziffern kritisch. Die Öffentlichkeit Dublins etwa war entsetzt, als sie erfuhr, dass ihre Stadt diesbezüglich Prag, Budapest und Moskau ähnlicher war als London, Glasgow oder Edinburgh. Und in diesem Sinne einer europaweit anerkannten Verbindlichkeit sanitärer Standards ist auch die Äußerung Robert Kochs zu verstehen, der im Cholerajahr 1892 in Hamburg gesagt haben soll: „Meine Herren, ich vergesse, daß ich in Europa bin.“⁹

Nun hatte der mit fast 10 000 Opfern besonders verheerende Hamburger Ausbruch der Erkrankung eine Hauptursache sicherlich darin gehabt, dass Fäkalien und andere Abfälle noch ungefiltert in die Elbe geleitet wurden und das aus ihr entnommene Trinkwasser ebenfalls ungefiltert blieb. Es war jedenfalls visionär, dass Haussmann und sein Mitstreiter Eugène Belgrand schon Mitte der 1860er-Jahre der französischen Hauptstadt die Trinkwasserzufuhr aus der 150 Kilometer entfernten Champagne sicherten. Die Wirksamkeit der anlässlich der Weltausstellung von 1867 in Betrieb genommenen Wasserversorgung blieb zwar begrenzt, da mit Rücksicht auf die Hauseigentümer auf eine Anschlusspflicht verzichtet worden war, aber gleichwohl wurden hier Standards etabliert, die Nachfolge fanden. Der „Ruhrtalesperrenverein“, mit dessen Hilfe die Ruhrgebietsstädte das saure und eisenhaltige Ruhrwasser bis zur Trinkbarkeit verdünnten, ist hierfür nur ein Beispiel. Wenn eine verbesserte Wasserversorgung der Einführung der Schwemmkanalisation vorausging, konnte das die Probleme vorübergehend verschärfen, weil dann noch mehr Senkgruben überliefen. Auch ist einzuräumen, dass die infrastrukturellen Verbesserungen verschiedenen Stadtvierteln ganz unterschiedlich zugutekamen. Aber insgesamt kann von einer deutlichen Verbesserung der Lage ausgegangen werden, die auch zu einer „Deodorisierung“ der Städte führte, wie sie Alain Corbin beschrieben hat.¹⁰ In Warschau oder Budapest waren jedenfalls am Vorabend des Ersten Weltkriegs zwei Drittel der Haushalte ans Wasserleitungsnetz angeschlossen, in langsamer wachsenden Städten lag der Prozentsatz etwas niedriger.

Chadwick, der sich 1854 vom „Economist“ als Despot und Bürokrat beschimpfen lassen musste, hatte in seinem „Sanitary Report“ von 1842 vom Recht gesprochen, „gegen Dinge, die sich gegen die Sinne richten, geschützt zu werden, auch wenn weiter keine Verletzung der Gesundheit oder andere Schädigungen bewiesen werden können als die häufig übersehenen aber ernsthaften Beeinträchtigungen wie Unbehagen und tägliche Belästigungen durch widerlichen Anblick, durch fließendes Blut in den Straßen, durch Unrat, widerwärtigen Geruch und Lärm.“¹¹ Die Grenze zwischen Maßnahmen, welche die Großstädte der zweiten Jahrhun-

⁹ Zit. nach Dirk Schubert: Stadthygiene und „Stadtgesundung“ in Hamburg nach der Choleraepidemie 1892 – Die Sanierung der Südlichen Neustadt. In: Dietmar Machule/Olaf Mischer/Arnold Sywottek (Hg.): Macht Stadt krank? Vom Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Hamburg 1996, S. 102–119, hier: S. 111.

¹⁰ Vgl. Alain Corbin: Pesthauch und Blütenduft. Eine Geschichte des Geruchs. Berlin 2005.

¹¹ Zit. nach Bohlender: Metamorphosen (wie Anm. 2), S. 349.

derthälfte hygienischer und gesünder machten und solchen, die sie lediglich in Orte verwandelten, die bürgerlichen Sensibilitäten mehr entsprachen, ist schwer zu ziehen.¹² Das von Chadwick monierte Blut, das durch die Straßen floss, rührte bis zur Einführung zentraler Schlachthöfe nicht zuletzt von den zahlreichen innerstädtischen Schlachthanlagen. In London, wo jährlich Hunderttausende von Schlachttieren durch die Stadt getrieben wurden, zählte man bis in die 1870er-Jahre hinein mehr als 1000, in Berlin zu Beginn der 1880er-Jahre etwa 800 solche Anlagen. Auch war es bis zum Verbot der Hausschlachtung nicht unüblich gewesen, dass Tierkadaver einfach auf die Straße geworfen wurden. Zentrale großstädtische Schlachthöfe – wie der 1867 im Pariser Stadtteil La Villette eröffnete – leisteten also beides: eine Verbesserung der Lebensmittelaufsicht und damit der Lebensmittelqualität und eine Schonung der gegenüber dem lauten und blutigen Szenario des Schlachtens zunehmend empfindlichen Bürger.

Vieles andere könnte und müsste mit Blick auf die „Hygienisierung“ der Stadt in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts angesprochen werden, so etwa die Verbesserung der Straßenreinigung im Zusammenspiel mit einer solchen des Straßenbelags. Wichtiger aber scheint es, noch auf einen ganz zentralen Bereich zu sprechen zu kommen: das Wohnen. Leitbilder zu formulieren, war hier nicht schwer. So forderte etwa der Brüsseler Wohnungsreformer Edouard Ducpétiaux schon 1846: „Der für die in Vorschlag gebrachten Wohnungen zu wählende Ort soll gesund, offen, dem Luftzuge ausgesetzt sein. Das Terrain [...] muß trocken und gegen schädliche Ausdünstungen geschützt sein.“¹³ Das kann angesichts der Dominanz der Miasmentheorie nicht überraschen und sollte sich als Grundbass der Wohnungsreform im Ruf nach „mehr Licht, mehr Luft“ verfestigen.¹⁴ Anders als in den bislang angesprochenen Bereichen städtischer Infrastruktur wurden diese Forderungen aber kaum umgesetzt. Zwar wurde vielerorts eine Wohnungsinspektion eingeführt, die besonders ungesunde Wohnungen leicht identifizieren konnte. Aber selbst dort, wo sie wie in England weitreichende Kompetenzen besaß, die bis zum Abriss von Häusern reichten, kam es kaum zu grundlegenden Verbesserungen der Wohnsituation der breiten Bevölkerungsmehrheit. Denn zum einen machten großzügige Entschädigungsregelungen einen solchen Schritt sehr teuer, was die Gemeinden, bei denen das Initiativrecht lag, sehr zurückhaltend werden ließ. Und zudem standen die Inspektoren vor dem Problem, eine Behausung für „unfit for human habitation“ erklären zu müssen, ohne den dadurch wohnungslos Gewordenen alternativen Wohnraum anbieten zu können.¹⁵

¹² Zur Entwicklung dieser „bürgerlichen Sensibilitäten“ vgl. Patrick Joyce: *The Rule of Freedom. Liberalism and the Modern City*. London 2003, Kapitel 2.

¹³ Zit. nach dem Abdruck bei Juan Rodriguez-Lores (Hg.): *Sozialer Wohnungsbau in Europa. Die Ursprünge bis 1918. Ideen, Programme, Gesetze*. Basel 1994, S. 174–191, hier: S. 174.

¹⁴ Vgl. Marianne Rodenstein: „Mehr Licht, mehr Luft“. *Gesundheitskonzepte im Wohnungsbau seit 1750*. Frankfurt a. M. 1988.

¹⁵ Zit. nach Anthony Stephen Wohl: *The Eternal Slum. Housing and Social Policy in Victorian London*. New Brunswick/New Jersey 2002 [zuerst 1977], S. 116.

Nun kann man angesichts des bis in die Gegenwart reichenden Problems, eine ausreichende Versorgung mit bezahlbarem Wohnraum sicherzustellen, geneigt sein, das diesbezügliche Versagen europäischer Großstädte vor dem Ersten Weltkrieg für nicht eigentlich erklärungsbedürftig zu halten. Es steht indessen in einem eigentümlichen Kontrast zu dem breiten Engagement in den anderen bereits behandelten Bereichen. Denn es waren weniger von nationalen Parlamenten beauftragte Experten wie Chadwick oder von autoritären Herrschern eingesetzte Figuren wie Haussmann, welche die „Hygienisierung“ der europäischen Großstädte auf breiter Front vorantrieben. Vielmehr war es eine schmale Schicht vom jeweiligen Kommunalwahlrecht extrem privilegierter Besitz- und Bildungsbürger, die ihre sonstige liberale Zurückhaltung gegenüber staatlicher Intervention überwand und die städtische Wasserver- und -entsorgung, die Stadtreinigung und die städtische Energieversorgung sowie vieles mehr in kommunaler Regie organisierte. Die Rede vom *gas and water socialism* in Großbritannien oder vom Kommunalsozialismus in Deutschland macht deutlich, dass die Zeitgenossen das für erklärungsbedürftig hielten. Diese Großbürger waren sehr viel ausgabefreudiger als die wenigen Handwerker und Kleinhändler, die es in die städtischen Parlamente schafften, und sie mussten auch nicht von aufgeklärten Verwaltungsbeamten zu Reformen getrieben werden. Wie Brian Ladd für rheinische Großstädte gezeigt hat, gehörten viele Stadtverordnete dem 1869 gegründeten „Niederrheinischen“ oder dem 1873 gegründeten „Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ an, kamen also aus der Mitte der Hygienebewegung.¹⁶

War für sie ihre Zurückhaltung in der sogenannten Arbeiterwohnungsfrage ein Zurückschrecken vor den enormen Kosten, die mit ihrer Lösung verbunden gewesen wären, ein Respektieren der Gewinninteressen privater Haus- und Grundbesitzer oder ein Sichbescheiden angesichts von Strukturen sozialer Segregation, die das Schicksal der Bewohner von Kellerwohnungen etc. dann doch als ein fernes wahrnahm? Es fehlt an gesicherten Kenntnissen, um diese Frage abschließend zu beantworten, auch wenn es nicht an Belegen für große soziale Distanz fehlt. Selbst Friedrich Engels hatte aus Manchesters Armenvierteln berichtet, „dass in diesen Wohnungen nur eine entmenschte, degradierte, intellektuell und moralisch zur Bestialität herabgewürdigte, körperlich kränkliche Rasse sich behaupten und heimisch fühlen kann“.¹⁷ Und Robert Louis Stevenson konstatierte mit Blick auf die hochverdichteten Großstädte Schottlands: „From their smoky beehives, ten stories high, the unwashed look down upon the open squares and gardens of the wealthy.“¹⁸ Die im Zuge der Stadtplanung fortschreitende Zonierung sowie die in Eingemeindungsverträgen fixierte Charakterisierung eines Stadtteils als Villenviertel oder Industriestandort verstärkte solche Segregationsmuster noch und

¹⁶ Vgl. Brian Ladd: *Urban Planning and Civic Order in Germany, 1860-1914*. Cambridge, MA 1990.

¹⁷ Friedrich Engels: *Die Lage der arbeitenden Klasse in England* (1845). In: Karl Marx/ders.: *Werke*. Bd. 2. Berlin 1976, S. 225-506, hier: S. 295.

¹⁸ Zit. nach George Gordon: *Edinburgh: Capital and Regional City*. In: ders. (Hg.): *Regional Cities in the U.K., 1890-1980*. London 1986, S. 149-170, hier: S. 151.

mochte die Bindung der gesundheitlichen Sorge an den städtischen Raum auf einen Teilraum beschränken. Denkbar wurde eine solche Segregation erst, nachdem zwei Voraussetzungen erfüllt waren. Zum einen mussten Wohnen und Arbeiten räumlich auseinandertreten, sodass Statusdifferenzen verschiedener sozialer Schichten nicht länger anhand der Positionierung der Wohnung innerhalb desselben Hauses, im Keller oder unter dem Dach oder eben besser in der Beléstage zur Straße hin, markiert wurden, sondern durch das Wohnen in sozial zunehmend homogenen Stadtvierteln. Zum andern aber musste auch die ältere Auffassung von der typischen Krankheitsverbreitung abgelöst sein, denn der Farr'schen „Wolke“ entkam man verlässlich auch durch den Auszug ins Villenviertel nicht, wenngleich die Massierung von Krankheitsherden in Slumvierteln auch zuvor schon gelegentlich die Forderung nach deren Abriss provoziert hatte und die typische Ansiedlung besserer Viertel im Westen der Großstädte der in Europa dominanten Windrichtung nach Osten immer schon Rechnung getragen hatte.

Die gesunde Familie als Kern liberaler Gouvernamentalität?

Aber fragen wir im zweiten, deutlich kürzeren Teil noch nach den einleitend angesprochenen Techniken der Selbstkontrolle und Selbstdisziplinierung, die Jacques Donzelot oder Nikolas Rose als Teil der liberalen Gouvernamentalität Foucaults beschrieben haben. Ansatzpunkt ist hier eben nicht die Ökologie des städtischen Raums, sondern die Familie und ihre Wohnung: „The government of freedom, here, may be analysed in terms of the deployment of technologies of *private improvement and responsibility*. The home was to be transformed into a purified, cleansed, moralised, domestic space. It was to undertake the moral training of its children. It was to focus and responsabilise the dangerous passions of adults tearing them away from public vice, the gin palace and the gambling hall, imposing a duty of responsibility to each other, to home and to children, and a wish to better their own condition. The family from then on, has a key role in forms of government through freedom. It links public objectives for the good health and good order of the social body with the desire of individuals for personal health and well being.“¹⁹

Inwieweit wurde nun ein solcher Ordnungsentwurf in den europäischen Großstädten des späten 19. Jahrhunderts umgesetzt oder doch zumindest erkennbar angestrebt? Unübersehbar ist zunächst die neue Zentralstellung der Familie. Das gilt vor allem hinsichtlich der Forderung nach familiengerechtem Wohnen, die an die Stelle der hygienischen Forderungen der älteren Reformbewegungen trat. Ihr Inhalt wurde weniger positiv entwickelt als vielmehr in der Form der Skandalisierung der Aufnahme Familienfremder verbreitet. „No form of vice or sexuality causes surprise or attracts attention“, hieß es etwa in einer frühen englischen

¹⁹ Nikolas Rose: *Towards a Critical Sociology of Freedom*. In: Patrick Joyce (Hg.): *Class*. Oxford 1995, S. 213–224, hier: S. 218.

Elendsbeschreibung.²⁰ Und auch anderenorts ließen bürgerliche Stimmen ihrer Fantasie über sexuelle Beziehungen zwischen den sogenannten Schlafgängern, die am Vorabend des Ersten Weltkriegs in Wien oder Budapest in zwanzig beziehungsweise dreißig Prozent der Haushalte zu finden waren, und den Ehefrauen oder auch Töchtern der sie aufnehmenden Familien freien Lauf. Und selbst ein vergleichsweise nüchterner Beobachter wie der Chef der Essener Wohnungsinspektion Otto Wiedfeldt verband seinen Befund mit recht realitätsfernen Überlegungen: „Daß Schlafleute verschiedenen Geschlechts gemeinschaftlich in einem Bett schlafen“, so urteilte er 1904, „kommt leider immer noch vor, ist aber wenigstens in Städten mit zweckmäßig arbeitender Wohnungsinspektion nur noch die seltene Ausnahme.“ Zufrieden mit der Wohnungssituation der Arbeiterschaft war er deshalb aber nicht und monierte das Fehlen eines Ortes, „um ungestört einen Brief zu schreiben, um ruhig ein Buch zu lesen“.²¹ Ob er damit die drängendsten Sorgen des Ruhrgebietsproletariats ansprach, scheint zweifelhaft, doch war seine bildungsgläubige Grundperspektive durchaus typisch für die auf Verhaltensänderung drängenden Moral- und Gesundheitsdiskurse.

Eng verwandt damit war eine weitere Sorge, die sich in Äußerungen bürgerlicher Reformer in verschiedenen Sprachen fast wortgleich formuliert findet und für Donzelot ganz unmittelbar mit dem Schlafgängerunwesen zusammenhängt. Denn die Aufwertung der Frau als Hausfrau erfolgte, „damit sie den Mann aus der Kneipe holt, und dazu gibt man ihr eine Waffe, die Wohnung samt Gebrauchsanweisung: die Fremden rauswerfen, um den Mann und vor allem die Kinder reinzuholen.“²² Das ist nun sehr funktionalistisch gedacht, doch fehlt es nicht an Quellenbelegen für eine zeitgenössisch ganz ähnliche Sicht, wie zum Beispiel diese Einschätzung des Wohnungsreformers Carl Johannes Fuchs: „Kehrt der Arbeiter müde von der Arbeit nach Hause und findet hier keinerlei Behaglichkeit, keinen Familienfrieden, so sucht er das Wirtshaus auf.“²³ Das aber taten großstädtische Arbeiter noch in der Zwischenkriegszeit nahezu täglich, und man wird kaum sagen können, dass die zu den Sorgen bürgerlicher Reformer so gut passende Abstinenzbewegung ein durchschlagender Erfolg gewesen wäre.²⁴ Auch in anderen Lebensbereichen klappten das bürgerlichen Reformschriften abgerungene Modell einer liberalen Gouvernamentalität und der großstädtische Alltag breiter Schichten weit auseinander. Kinder wuchsen weiterhin auf der Straße und nicht in sorgsam abgeschlossenen Familienwohnungen auf, und die Vertreterinnen der Stillbe-

²⁰ Zit. nach Wohl: *Eternal Slum* (wie Anm. 15), S. 210.

²¹ Hier zit. nach dem Teilabdruck in: Klaus Saul u. a. (Hg.): *Arbeiterfamilien im Kaiserreich. Materialien zur Sozialgeschichte in Deutschland 1871–1914*. Düsseldorf 1982, S. 140–142.

²² Jacques Donzelot: *Die Ordnung der Familie*. Frankfurt a. M. 1980, S. 53 f.

²³ Carl Johannes Fuchs: *Wohnungsfrage*. In: *Handwörterbuch der Staatswissenschaft*. Bd. 8. Jena 1911, S. 873–928, hier: S. 890 f.

²⁴ Zu den gleichwohl wichtigen Veränderungen und ihrer nationalgeschichtlichen Ausdifferenzierung vgl. Thomas Welskopp: *Halbleer oder halbvoll? Alkoholwirtschaft, Alkoholkonsum und Konsumkultur in den Vereinigten Staaten und im Deutschen Reich in der Zwischenkriegszeit: Biergeschichte(n)*. In: Michael Prinz (Hg.): *Die vielen Gesichter des Konsums. Westfalen, Deutschland und die USA 1850–2000*. Paderborn 2016, S. 183–207.

wegung hatten große Mühe, proletarische Mütter zu Verhaltensänderungen zu bewegen.

Der von Donzelot behauptete „Übergang von einer Regierung der Familien zu einer Regierung durch die Familie“ traf also allenthalben auf Widerstände.²⁵ Immerhin aber beschreibt er zutreffend eine deutliche Akzentverschiebung bürgerlicher Reformanstrengungen, wie sie nicht zuletzt da deutlich hervortrat, wo die Familie zu scheitern drohte, nämlich bei der Sorge für das Kind. So wurde etwa der Blick auf die Findel- und Waisenhäuser, in denen zuvor zahllose Kinder sehr früh gestorben waren, um die Jahrhundertwende ein sehr viel kritischerer. In Hamburg sank dort nach einer entsprechenden Reform im frühen 20. Jahrhundert das Sterberisiko der Zöglinge unter das von Kindern in Familienpflege. Zudem gab es vermehrt Angebote an werdende Mütter, die in Paris gegen Ende des 19. Jahrhunderts so weit gingen, dass verheiratete wie unverheiratete Mütter gleichermaßen für ein bis zwei Jahre nach der Geburt des Kindes unterstützt wurden, wenn diese gedroht hatten, ihr Kind zu verlassen. In deutschen Großstädten gehörten schulärztliche Dienste zum Standard und Schulspeisungen waren auf dem Vormarsch. Da sie – wie in Mainz die kostenlose Überlassung der Lernmittel – nicht länger an Bedürftigkeitsprüfungen gebunden waren, verloren sie den stigmatisierenden Charakter als armenpflegerische Maßnahmen. Gleichwohl trennten sich Armen- und Sozialpolitik nur zögerlich, wie etwa das Beispiel der den *friendly visitors* nachgebildeten *health visitors* und Bezirkskrankenschwestern englischer Städte zeigt. Aber gerade auf dem Felde der Jugend- und Gesundheitsfürsorge gab es auch die stärksten Ansätze zu einer Professionalisierung, die ihrerseits Frauen neue Berufschancen eröffnete.

Der an den Anfang gestellte Interpretationsrahmen erlaubt also kaum die Einordnung aller Phänomene städtischer Gesundheitspolitik in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, zu der ja nicht zuletzt der Funktionswandel des Krankenhauses vom Aufbewahrungsort für Arme, Alte, Sieche und Geisteskranke zum Aufenthaltsort für heilbar Kranke aller Schichten zu rechnen wäre. Auch erfasst er nicht die Vielfalt der Motive, zu denen ganz maßgeblich die zeitgenössischen Sorgen um eine schrumpfende Bevölkerung und eine nachlassende Wehrkraft zählten. Nicht zufällig waren in Deutschland die 500 000 Mitglieder der „Vaterländischen Frauenvereine“ die hauptsächlichlichen Träger der immer wieder aufgelegten Stillkampagnen. Und schließlich war die Familie nicht für alle gegen Ende des Jahrhunderts verstärkt bekämpften Gesundheitsprobleme der geeignete Ansatzpunkt. An ein intaktes Familienleben als Prävention gegen Alkoholismus und Geschlechtskrankheiten mochte man vielleicht noch glauben. Bei der Tuberkulose war es schon sehr viel schwieriger, sich eine auf eine Stärkung der Familienbande gegründete Prophylaxe vorzustellen. Sie schien an besonders ungünstige, sozial wie räumlich definierte Lebens- und Wohnbedingungen geknüpft. Diese in ihrer Gesamtheit zu beseitigen, überstieg den Ehrgeiz großstädtischer Eliten. Stattdessen bekämpfte man die Krankheit, indem man gefährdeten Jugendlichen einen Aufenthalt in einem See-

²⁵ Donzelot: Ordnung (wie Anm. 22), S. 104.

oder Waldheim ermöglichte und indem man das Angebot städtischer Parks funktional ausweitete. Zur Zeit Haussmanns als „grüne Lungen“ in den Dienst einer „Hygienisierung“ des städtischen Gesamttraums gestellt, wurden sie gegen Ende des Jahrhunderts zunehmend um Badeanstalten ergänzt, die zunächst einmal eine Verbesserung der individuellen Körperhygiene, dann aber auch aktive Körperertüchtigung durch das Schwimmen erlauben sollten.

Abstract

The chapter contrasts two conceptions of a healthy city typical for nineteenth-century Europe. Until very late in the nineteenth century the belief that epidemics and illnesses were spread by so-called miasma, dangerous evaporations to be countered by the sun and fresh air, was clearly dominant. As a consequence improvements could only result from investments in urban hygiene and more specifically in urban infrastructure because sewage systems and water works were key here. While the spatial concentration of health problems was quite conceivable from this perspective and did occasionally prompt demands for slum clearance in principle the measures undertaken made sense only if the city as a whole benefited. Towards the end of the century the miasma theory was abandoned while urban space had become more segregated both functionally and socially. Health measures now became more clearly addressed to specific social strata and age groups, especially children. Nevertheless the thesis popular in the tradition of Foucault that a government of the family was superseded by one working through the family can fully explain neither the manifold motives of urban health movements nor the resistance they encountered.

Christoph Gradmann

Natur, Technik, Zeit

Infektionskrankheiten und ihre Kontrolle im langen 20. Jahrhundert

„The end of modern medicine as we know it“

Zeitschriftengründungen sind nicht selten ein guter Indikator für Veränderungen im Denken der Zeitgenossen. Entsprechend lohnt es sich, die Begründung zu lesen, die Michel Tibayrenc, der Herausgeber der neuen Zeitschrift „Infection, Genetics and Evolution“, seinem Unternehmen im Jahr 2001 gab.¹ Sie beginnt mit einer Reminiszenz: „When I became an MD 26 years ago, the speciality of infectious diseases was often the choice of medical students who wanted to avoid problems and to practise easy medicine with few failures. WHO took pride in its role in eradicating smallpox. Most infectious diseases could be efficiently controlled by antibiotics and vaccination. But this is no longer true.“ Tatsächlich, so Tibayrenc, habe sich die Wahrnehmung von Infektionskrankheiten in den Jahren vor der Jahrtausendwende sehr verändert: nosokomiale Infektionen, *emerging infections* und grassierende Antibiotikaresistenzen nennt er als Beispiele einer Situation, die ebenso neuartig wie bedrohlich war: „Nobody can rule out the possibility of a historical epidemics, such as the Justinian plague, and it is a false dream to believe that preventive measures are already available.“ Wir können hinzufügen, dass dies keine für die Epoche ungewöhnliche Klage war. Im Gegenteil wurden apokalyptische Zustände recht häufig beschworen. Man denke an den Medizin-nobelpreisträger Joshua Lederberg, der 1997 das nahe Ende der Menschheit im soeben angebrochenen postantibiotischen Zeitalter voraussah: „If we were to rely strictly on biologic selection to respond to the selective factors of infectious disease, the population would fluctuate from billions down to perhaps millions before slowly rising again.“²

Es war diese Krise, die Tibayrenc das Thema seiner Zeitschrift vorgab, nämlich die bis dahin allzu häufig getrennten Gebiete der Infektionsmedizin einerseits und der Evolutionsbiologie und Genetik andererseits zusammenzuführen: „This

¹ Michel Tibayrenc: The Golden Age of Genetics and the Dark Age of Infectious Diseases. In: *Infection, Genetics and Evolution*. Journal of Molecular Epidemiology and Evolutionary Genetics in Infectious Diseases 1 (2001), S. 1f.

² Joshua Lederberg: Infectious Disease as an Evolutionary Paradigm. In: *Emerging Infectious Diseases* 3 (1997) 4, S. 417–423, hier: S. 419.

compartmentalization seems all the more regrettable, because all the approaches really touch a single biological phenomenon, which is the co-evolution host/pathogen/vector.“ An eben jener Schnittstelle läge, wie er sich in einer passenden Metapher ausdrückte, die „ökologische Nische“ seiner Zeitschrift. Auch mit diesem Befund war er nicht allein: Der bereits zitierte Joshua Lederberg etwa, ein Meister der griffigen Zuspitzung, beklagte anschaulich, dass die Infektionsmedizin seiner Zeit die Evolutionsbiologie des 20. Jahrhunderts eigentlich zur Gänze verschlafen hatte und nannte sie boshaft eines der letzten Refugien des Kreationismus.³

Aus dieser Eingangsimpression lässt sich das Thema dieses Beitrages entwickeln: Wie kam es dazu, dass die spezifische Variante des technologischen Optimismus in der Medizin, das Versprechen der Kontrolle von Infektionskrankheiten, das Markenzeichen der bakteriologischen Hygiene seit dem späten 19. Jahrhundert, gegen Ende des 20. Jahrhunderts durch anders gartete, dystopische Zukunftserwartungen ersetzt wurde? Im Unterschied zu Kontrolle und Zuversicht, die ehemals dominant waren, finden sich in jüngeren Thematisierungen von Infektionskrankheiten Elemente von Bedrohlichkeit und rascher, diskontinuierlicher Veränderung. Betrachtet man, von den Einschätzungen Tibayrencs und Lederbergs ausgehend, die jüngere Vergangenheit, so fallen vier Phänomene auf, in denen sich die geänderte Haltung zu Infektionskrankheiten und ihrer Kontrolle spiegelt:

1. Seit Anfang der 1990er-Jahre begann sich die Erkenntnis durchzusetzen, dass Antibiotika, anstatt Probleme der Infektionskrankheiten zu lösen, sie im Grunde eher modernisiert haben. In den Worten von Stuart Levy, einem der Pioniere kritischer Antibiotikaforschung, klang das schon 1992 so: „Antibiotic usage has stimulated evolutionary changes that are unparalleled in biologic history. [...] This situation raises the staggering possibility that a time will come when antibiotics as a mode of therapy will only be a fact of historic interest.“⁴
2. Eng damit zusammenhängend finden wir einen Pessimismus, der nicht das Versagen der alten, sondern den Mangel an neuen Antibiotika beklagt. Volkstümlich als *empty pipeline* bekannt, erscheint diese Haltung historisch besehen als Bruch mit einem Optimismus, der bis in die 1970er-Jahre vorherrschte. Als die Generaldirektorin der WHO, Margaret Chan, im Jahr 2015 über „the end of modern medicine as we know it“⁵ sprach, so meinte sie vor allem dies. Für

³ „[One of] the last refuges of the concept of special creationism“; zit. nach Pierre-Olivier Méthot/Samuel Alizon: What is a Pathogen? Towards a Process View of Host-Parasite Interaction. In: *Virulence* 5 (2014) 8, S. 775–785, hier: S. 781.

⁴ Stuart B. Levy: *The Antibiotic Paradox. How Miracle Drugs are Destroying the Miracle*. New York/London 1992, S. 183.

⁵ Margaret Chan: WHO Director-General Addresses G7 Health Ministers Meeting on Antimicrobial Resistance. Remarks at the G7 Health Ministers Meeting, Session on Antimicrobial Resistance: Realizing the „One Health“ Approach. Berlin 2015, online zugänglich unter: <http://www.who.int/dg/speeches/2015/g7-antimicrobial-resistance/en/> (letzter Zugriff am 3. 5. 2018).

den Historiker auffällig ist hier, dass sich das utopische Potenzial zukünftiger Medizin in sein Gegenteil, in eine dystopische Erwartung ihres Ausbleibens verkehrt hat.

3. Des Weiteren ist daran zu denken, dass in den 1990er-Jahren die „Wiederkehr der Seuchen“ diskutiert wurde. Beginnend mit der Ankunft von HIV/AIDS hat die eigentümliche Rhetorik eskalierender Gefahr, die der Literatur über dieses Thema zu eigen ist, uns bis heute begleitet. Zuletzt ließ sich das anlässlich eines erneuten Ebola-Ausbruches in Westafrika beobachten.⁶
4. Schließlich gibt es auch einen wissenschaftlichen Hintergrund dafür, dass der Abstand zwischen der Infektionsmedizin und einigen biologischen Wissenschaften als zunehmend problematisch empfunden wurde. Die evolutionsbiologische Seite der Geschichte ansteckender Krankheiten war lange Zeit als etwas angesehen worden, dass – der langsameren Geschwindigkeit seiner Entwicklung wegen – für Infektionsmediziner von geringem Interesse war, im Grunde eher ein Thema für Epidemiologen oder Biologen. Das hat sich geändert. Wie der Molekularbiologe Stanley Falkow 2006 bemerkte, erschien die Evolution solcher Krankheiten nun als ein diskontinuierlicher, mitunter gar abrupter Vorgang. Nicht zuletzt die Naturgeschichte des HI-Virus habe gezeigt, dass Krankheitserreger sozusagen über Nacht entstehen können.⁷

Damit stellt sich die Frage nach der parallelen Entwicklung von Krankheitsvorstellungen und intendierter Krankheitskontrolle, der ich im Folgenden für das lange 20. Jahrhundert – aus dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts bis zum Ende des 20. Jahrhunderts – nachgehen möchte. Ich werde das in vier Schritten tun, denen ich etwas plakative Titel gegeben habe: „Ein Kontrollversprechen“, „Verspätungen“, „Das Zeitalter der Kontrolle“, „Die Rückkehr der Naturgeschichte“. Für den Untersuchungszeitraum gehe ich nicht von einer einfachen, linearen Entwicklung aus, sondern stelle jeweils die Frage nach Kontinuität oder Diskontinuität. Ein vollständiger Überblick über die Entwicklung wird nicht angestrebt, es geht darum, ein Argument zu entwickeln.⁸ Am Ende werden wir, so hoffe ich, in der Lage sein, auf Basis einer historischen Analyse die dystopische Atmosphäre in der Infektionsmedizin am Ende des 20. Jahrhunderts besser zu verstehen.

⁶ Nicholas B. King: The Scale Politics of Emerging Diseases. In: *Osiris* 19 (2004), S. 62–76.

⁷ Stanley Falkow: The Ecology of Pathogenesis. In: *Ending the War Metaphor: The Changing Agenda for Unraveling the Host-Microbe Relationship. Workshop Summary*. Hg. von Forum on Microbial Threats and Board on Global Health. Washington, D.C. 2006, S. 102–115.

⁸ Als Einstiege mit Literaturhinweisen in die hier behandelte Geschichte eignen sich Christoph Gradmann: *Medical Bacteriology. Microbes and Disease, 1870–2000*. In: Mark Jackson (Hg.): *The Routledge History of Disease*. London 2017, S. 378–401; Malte Thießen: *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert*. München 2014.

Ein Kontrollversprechen

Vielen Menschen dürfte der 24. März als Welttuberkulosestag bekannt sein. Im Jahr 1882 an selbigem Datum präsentierte Robert Koch in Berlin seine Forschungen zur Ätiologie der Tuberkulose. Wie können wir jenseits von Glorifizierungen durch Freunde, Schüler usw. die Bedeutung des Ereignisses erfassen? Einen Zugang bietet ein Preisausschreiben, das ein Jahr später von der Medizinischen Fakultät Leipzig veranstaltet wurde. Thema der einzureichenden Schriften sollte die Tuberkulose und besonders ihre „geschichtliche Entwicklung in den letzten 100 Jahren“⁹ sein. Als Resultat entstand eine ganze Reihe von Büchern, deren bekanntestes wohl August Predöhl's „Geschichte der Tuberkulose“ ist. In den Schriften wurde durchgängig die Auffassung vertreten, dass die Geschichte der Tuberkulose mit Kochs Entdeckung im Grunde zu Ende sei. Das sah auch das Preiskomitee so, für das dies auf zwei Dingen beruhte, die mit Kochs Arbeiten erreicht worden seien: „Mit ihnen [sei] nicht nur das Wesen der Krankheit endgültig geklärt worden [...], sondern auch ihre Bekämpfung in einer Weise möglich geworden [...], wie nie zuvor“.¹⁰ Wir sehen hier die beiden Gründe für das enorme Prestige, das die Bakteriologie in ihrer Zeit genoss: zunächst die Vergegenständlichung der Krankheit im Bakterium; sodann die Überzeugung, dass die Kenntnis der Ursachen eine direkte Kontrolle ermöglichte. Schon Koch selbst hatte 1882 formuliert: „Aber in Zukunft wird man es im Kampf gegen diese schreckliche Plage des Menschengeschlechts nicht mehr mit einem unbestimmten etwas, sondern mit einem fassbaren Parasiten zu tun haben.“ Und er sah für die Bekämpfung der Krankheit jetzt „besonders günstige Aussichten auf Erfolg“.¹¹

Das Preisausschreiben sowie eine Vielzahl anderer Belege, die die jüngere Forschung geliefert hat,¹² sprechen dafür, dass diese Überzeugung von den Zeitgenossen geteilt wurde. In ironischer Brechung findet sich die Auffassung zum Beispiel in einem Feuilleton aus dem Jahr 1890 mit dem schönen Titel „Der letzte Arzt“. Selbigen trafen die Leser im weit in der Zukunft liegenden Jahr 2000 arbeitslos und unter einem Denkmal Robert Kochs sitzend an: „[...] an der Stelle des ehemaligen Hygienischen Instituts erhob sich das überlebensgroße Standbild Robert Koch's. [Im Medizinstudium lernte man], dass nach der Koch'schen Entdeckung die Infektionskrankheiten ausgestorben waren.“¹³

⁹ August Predöhl: Die Geschichte der Tuberkulose. Leipzig 1888 (ND Wiesbaden 1966), S. III.

¹⁰ Ebd.

¹¹ Robert Koch: Die Ätiologie der Tuberkulose. In: Julius Schwalbe (Hg.): Gesammelte Werke von Robert Koch. Leipzig 1912, S. 428–445, hier: S. 444.

¹² Silvia Berger: Bakterien in Krieg und Frieden. Eine Geschichte der medizinischen Bakteriologie in Deutschland 1890–1933. Göttingen 2009; Christoph Gradmann: Invisible Enemies: Bacteriology and the Language of Politics in Imperial Germany. In: *Science in Context* 13 (2000), S. 9–30; Laura Otis: Membranes. Metaphors of Invasion in Nineteenth-Century Literature, Science, and Politics. Baltimore 1999; Thomas Rütten/Martina King (Hg.): Contagionism and Contagious Diseases. Medicine and Literature 1880–1933. Beaverton 2014.

¹³ Dr. L.: Der letzte Arzt. In: *Ulk. Illustriertes Wochenblatt für Humor und Satire*, 12. 12. 1890, S. 2.

Mit der medizinischen Bakteriologie wurden also nicht allein die Bakterien populär, sondern vor allem eine technologisch inspirierte Utopie, die eine Welt ohne ansteckende Krankheiten für machbar hielt. „Find the cause, then find the cure“,¹⁴ so lautet seit diesen Tagen der Schlachtruf der Medizin. Die auch heutzutage noch populäre Jagd auf Mikroben beeindruckt uns vor allem deswegen, weil wir darin das Versprechen der Kontrolle erblicken. Die fortwährende Popularität der sogenannten Koch'schen Postulate, einer Liste von Kriterien, die an einen Erregernachweis zu stellen sind und als deren Autor Koch angesehen wird, erklärt sich nicht zuletzt daraus, dass die Kenntnis des Erregers ein Versprechen seiner Kontrolle zu beinhalten scheint.¹⁵

Entsprechend ist es kaum überraschend, dass die Sternstunden in der Geschichte der medizinischen Mikrobiologie nicht selten Anekdoten über dieses Kontrollversprechen sind: Man denke an Louis Pasteurs Tollwutserum von 1885¹⁶ – das durch die enorme Publizität das Pasteur Institut finanzierte, oder an das Diphtherieheilserum, das die Heilung einer epidemiologisch bedeutenden Infektionskrankheit versprach und zugleich am Beginn der modernen Pharmaindustrie zu stehen scheint.¹⁷ Auch wenn, wie nicht zuletzt Kochs eigene Karriere und das Beispiel des Tuberkulins belegen, der Rausch nicht weit vom Kater entfernt war, so blieb doch die Hoffnung auf scheinbar in unmittelbarer Zukunft zu findende Heilmittel stets unberührt. Betrachtet man die Geschichte der medikamentösen Therapie von Infektionskrankheiten in den Jahrzehnten nach den heroischen Tagen, so fällt auf, dass es mit Ausnahme des Salvarsans und einiger tropenmedizinischer Mittel kaum etwas zu vermelden gab. Die *drug pipeline*, die hier das Licht der Weltgeschichte erblickte, war – welch ein ironischer Kontrast zum späten 20. Jahrhundert – in der Vorstellung der Zeitgenossen des frühen 20. Jahrhunderts stets gut gefüllt, obwohl in Wirklichkeit kaum etwas herauskam.¹⁸

Man sollte dem, was hier mit wenigen Worten skizziert wurde, einige Differenzierungen hinzufügen. So ist es wichtig, die Popularität bakteriologischer Krankheitskonzepte auch durch ihre Kompatibilität mit älteren Vorstellungen zu erklären.¹⁹ Ebenso klar ist, dass das Prestige auch Kompromisse mit klinischer Medizin

¹⁴ Steven Epstein: *Impure Science. Aids, Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley/Los Angeles/London 1996, S. 31.

¹⁵ Christoph Gradmann: *A Spirit of Scientific Rigour. Koch's Postulates and 20th Century Medicine*. In: *Microbes and Infection* 16 (2014), S. 885–892, hier: S. 888.

¹⁶ Gerald Geison: *The Private Science of Louis Pasteur*. Princeton, NJ 1995; Ilana Löwy: *On Hybridizations, Networks and New Disciplines. The Pasteur-Institute and the Development of Microbiology in France*. In: *Studies in the History and Philosophy of Science* 25 (1994), S. 655–688.

¹⁷ Christoph Gradmann: *Locating Therapeutic Vaccines in 19th Century History*. In: *Science in Context* 21 (2008), S. 145–160.

¹⁸ Gradmann: *Bacteriology* (wie Anm. 8), S. 383–386; David Greenwood: *Antimicrobial Drugs. Chronicle of a Twentieth Century Triumph*. Oxford 2008, S. 47–83.

¹⁹ Olaf Briese: *Angst in den Zeiten der Cholera*. 4 Bde. Berlin 2003; Marianne Hänseler: *Metaphern unter dem Mikroskop. Die epistemische Rolle von Metaphorik in den Wissenschaften und in Robert Kochs Bakteriologie*. Zürich 2009.

und öffentlichem Gesundheitswesen beinhaltete. Bakteriologische Diagnosen traten nicht einfach an die Stelle von klinischen Diagnosen, sondern verbanden sich mit diesen und die im öffentlichen Gesundheitswesen praktizierte Umwelthygiene wurde mit dem Aufkommen der Bakteriologie nicht obsolet.²⁰ Schließlich sollte man sehen, dass die anfangs recht einfachen Vorstellungen über Infektionskrankheiten sich zum Ersten Weltkrieg hin ausdifferenzierten. Epidemiologie und Immunologie spielten hierbei die wichtigste Rolle, indem sie vernachlässigte Dimensionen wie den Wirt einer Infektion oder die Population, in der sich eine Epidemie ausbreitet, thematisierten.²¹ In größeren Zusammenhängen gesehen blieb es aber dabei, dass die medizinische Bakteriologie das Versprechen der Naturbeherrschung des technologischen Optimismus für die Medizin ausformulierte. Einer als passiv gedachten Natur standen Menschen und die von ihnen geschaffene Technik als Träger des historischen Prozesses gegenüber.

Verspätungen

Die Wissenschaftsgeschichte ist, vielleicht ihrer Nähe zur Philosophie wegen, reich an Debatten: produktive und unproduktive, mit und ohne Ende. Zu den produktivsten Auseinandersetzungen, die gleichwohl nie ein Ende gefunden haben, führte die Frage, ob es denn eine bakteriologische Revolution in der Medizin gegeben habe. Von der klassischen Historiografie wurde dies emphatisch, wenn auch auf unterschiedliche Weise, bejaht. Wir verdanken diesen Forschungen und hier vor allem denen Andrew Cunninghams die Einsicht, dass die Revolution nicht zuletzt in der Formulierung eines neuen Weltbildes bestand, in dem die Vorstellung einer Ansteckung ohne Mikroben nicht einfach als abweichende, sondern schlicht als unsinnige Auffassung erscheint.²² Ob man diesen Wandel als revolutionär betrachtet, hängt von zweierlei ab: erstens von der zeitlichen Perspektive. Es spricht viel dafür, dass die Bezeichnung „Revolution“ für einen Prozess, der sich über mehrere Jahrzehnte erstreckte, ungleichmäßig verlief und nicht zu einem vollständigen Abschluss kam, irreführend ist.²³ Zweitens stellt sich die Frage, für wie umfassend man den Wandel erachtet. Die Schwierigkeit, hierzu eine Antwort zu finden, liegt im Abstand von Anspruch und Wirklichkeit begraben: Dass der Verbreitung der Bakteriologie im klinischen Alltag erhebliche

²⁰ Sehr anschaulich zum Thema Rosemary Wall: *Bacteria in Britain, 1880–1939*. London 2013.

²¹ Pauline M. H. Mazumdar: *Species and Specificity. An Interpretation of the History of Immunology*. Cambridge 1995; Arthur Silverstein: *A History of Immunology*. San Diego u. a. 1989; Alfredo Morabia (Hg.): *A History of Epidemiologic Methods and Concepts*. Basel 2004.

²² Andrew Cunningham: *Transforming Plague. The Laboratory and the Identity of Infectious Disease*. In: ders./Perry Williams (Hg.): *The Laboratory Revolution in Medicine*. Cambridge 1992, S. 209–244.

²³ Michael Worboys: *Was There a Bacteriological Revolution in Late Nineteenth-Century Medicine?* In: *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 38 (2007), S. 20–42.

Widerstände begegneten, ist seit Christopher Lawrences „Incommunicable Knowledge“ weithin bekannt.²⁴ Allerdings ist es fraglich, ob die Euphorie über die neue Wissenschaft dabei merklichen Schaden nahm. Das lag, wie Paul Weindling, Silvia Berger und andere beschrieben haben, daran, dass die bakteriologische Hygiene zur leitenden Ideologie im öffentlichen Gesundheitswesen wurde.²⁵ Es fällt auf, dass die Euphorie, die sich mit bakteriellen Ätiologien verband, durch das Ausbleiben der implizierten Heilmittel kaum berührt wurde. Als im Jahre 1909 Paul Ehrlich das Salvarsan als Mittel gegen Syphilis auf den Markt brachte, erschien es den Zeitgenossen eben nicht als eine einigermaßen toxische Arsenikalie von zugegebenermaßen guter Wirksamkeit, die kaum für das Fehlen vergleichbarer Mittel gegen alle anderen Volkskrankheiten entschädigen konnte, sondern als Auftakt in eine Epoche des chemotherapeutischen Sieges über Infektionskrankheiten schlechthin.²⁶

Daraus allerdings wurde nichts und als ungefähr 20 Jahre später Ehrlichs eigener Schüler Browning die Entwicklung der Chemotherapeutika resümierte, musste er sich und anderen eingestehen, dass Ehrlichs Vision in den Kinderschuhen steckengeblieben war: Außer einem, wie er es formulierte, mysteriösen Mittel gegen Spirochäten – dem Salvarsan – und ein paar tropenmedizinischen Präparaten, wie dem kulturpolitisch aufgeladenen Germanin gegen Schlafkrankheit, war nichts herausgekommen.²⁷ Das wäre so schlimm nicht gewesen, wären andere wirksame Mittel an die Stelle der Ehrlich'schen Chemotherapie getreten. Das aber war, was industriell produzierte Mittel gegen Infektionskrankheiten betraf, nicht der Fall. Insofern ist es, was die Kontrolle der Infektionskrankheiten betrifft, empfehlenswert, die Zwischenkriegszeit als eine Zeit zu sehen, der etwas fehlte – das aber gleichwohl fast alle erwarteten.

Die in der Nachfolge des Diphtherieantiseraums sich verbreitenden therapeutischen Impfstoffe vermochten übrigens die Lücke nicht zu füllen. Zum einen blieben ihre Zahl und Wirksamkeit recht begrenzt. Zum anderen waren sie keine „Zauberkekeln“ im Ehrlich'schen Sinne, also Medikamente, die Krankheitserreger selektiv treffen und den Organismus ansonsten kaum belasten, sondern ihre Anwendung war zuweilen recht kompliziert. Scott Podolsky hat gezeigt, dass die Anwendung des Antipneumokokkenserums auf gänzlich anderen Bahnen verlief als die der von Ehrlich erträumten Zauberkekeln. Anstatt fertige Medizin zu sein, die Forschung und Industrie der Klinik lieferten, erforderte ihre im Übrigen

²⁴ Christopher Lawrence: Incommunicable Knowledge. Science, Technology and the Clinical Art in Britain 1850–1914. In: JCH 20 (1985), S. 503–520.

²⁵ Berger: Bakterien (wie Anm. 12), S. 27–90; Paul Weindling: Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism 1870–1945. Cambridge 1989.

²⁶ Axel Cäsar Hüntelmann: Paul Ehrlich. Leben, Forschung, Ökonomien, Netzwerke. Göttingen 2011, S. 201–203; Lutz Sauerteig: Ethische Richtlinien, Patientenrechte und ärztliches Verhalten bei der Arzneimittelerprobung 1892–1931. In: MedHist 35 (2000), S. 303–334.

²⁷ Iago Galdston: Some Notes on the Early History of Chemotherapy. In: Bulletin for the History of Medicine 8 (1940), S. 806–818. Zum Germanin vgl. Wolfgang U. Eckart: Medizin und Kolonialimperialismus in Deutschland 1884–1945. Paderborn 1997, S. 509–514.

durchaus erfolgreiche klinische Anwendung eine aufwendige Kalibrierung auf die Serotypen der Bakterien beim jeweils infizierten Patienten. Als Medizin waren sie effektiv, aber nicht effizient.²⁸

Geschichte besteht nicht nur in dem, was passiert, und ein wichtiges Kennzeichen der Zwischenkriegszeit war eben das Ausbleiben der von allen erwarteten antibakteriellen Therapien. In diesem Sinne ist es etwas eng, den Zeitraum unter der Rubrik „Krise der Medizin“ abzulegen. Für den Sonderfall der Bakteriologie können wir festhalten, dass kaum einer der Kritiker (Epidemiologen, Konstitutionspathologen, Immunologen oder Virologen) das Weltbild dieser Wissenschaft, wie es sich vor dem Ersten Weltkrieg entwickelt hatte, grundsätzlich in Frage stellte. Die von Silvia Berger in großer Ausführlichkeit dargestellten Kritiker hatten am „Bakteriozentrismus“ mehr auszusetzen als an der Bakteriologie.²⁹

Gelegentlich waren Phänomene, die später größere klinische Bedeutung erlangen sollten, bereits bekannt, allerdings nur in sozusagen esoterischen Kreisen der Wissenschaft. Antibiotikaresistenz etwa war experimentellen Pharmakologen und Genetikern durchaus geläufig. Den einen diente sie als ex-negativo-Modell der Arzneimittelwirkung in der Zelle, den anderen, um Vererbung im Labor zu erforschen. Klinisch hingegen war das Phänomen gänzlich unbekannt. Entsprechend behandelte das „Handbuch der Infektionskrankheiten“ Anfang der 1930er-Jahre Resistenz mit einer Semantik, die uns ungewöhnlich erscheint: Sie wird beschrieben als eine im Wesentlichen unveränderliche Eigenschaft bakterieller Spezies. Nur im Labor, so scheint es, wird sie variabel und lässt sich dann als veränderliche Eigenschaft bakterieller Stämme beobachten.³⁰

Die medizinische Bakteriologie des späten 19. Jahrhunderts und besonders die der Koch'schen Provenienz hatte sich dem Monomorphismus der Bakterien verschrieben, diese wurden also als in Form und Eigenschaften im Wesentlichen unveränderlich aufgefasst. Auch wenn die Bakteriologie der Zwischenkriegszeit Phänomene wie Variabilität oder Evolution erforschte, so muss man fragen, wie weit sie dabei kam. „Dasselbe Schauspiel bietet die klassische Theorie der Infektionskrankheiten: sie sprach jeder Infektionskrankheit eine Ursache in der Gestalt lebender, winziger ‚Erreger‘ zu, und sah nicht, und konnte nicht sehen, dass dieser ‚Erreger‘ bei Gesunden vorkommt“,³¹ kommentierte Ludwik Fleck bissig zum Thema des bakteriologischen Monomorphismus. Allerdings ist unklar, welche Mikrobiologie aus solchen Kritiken folgte. „The evolution of serological types in

²⁸ Scott H. Podolsky: *Pneumonia Before Antibiotics. Therapeutic Evolution and Evaluation in Twentieth-Century America*. Baltimore, MD 2006, S. 9–50.

²⁹ Berger: *Bakterien* (wie Anm. 12), S. 331–390.

³⁰ Christoph Gradmann: *Magic Bullets and Moving Targets. Antibiotic Resistance and Experimental Chemotherapy 1900–1940*. In: *Dynamis* 31 (2011), S. 305–321, hier: S. 306.

³¹ Ludwik Fleck: *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv* (1935). Hg. von Lothar Schäfer und Thomas Schnelle. Frankfurt a. M. 1980, S. 43.

nature is an interesting subject for speculation“, schrieb Fred Griffith 1934 – und sehr viel weiter, so scheint es, kam man nicht.³²

Das Zeitalter der Kontrolle

Das Ausmaß der Begeisterung, mit der ab 1935 die Sulphonamide und wenige Jahre später Antibiotika aufgenommen wurden, spricht durchaus dafür, dass ihre Ankunft als Einlösung des besagten Kontrollversprechens aufgefasst wurde. Dass man einige Jahrzehnte auf die Erfüllung des Traumes hatte warten müssen, hatte den zugrundeliegenden technologischen Optimismus nicht beschädigt. Im Gegenteil erlebte er nun, wie Robert Bud in seiner Geschichte der Antibiotika gezeigt hat, nicht zuletzt bestärkt durch die Kriegssituation, seine Erfüllung. Überschießende Erwartungen an die neue Medizin, die nun schlechthin alles heilen sollte, waren die Folge. „Penicillin will be like a guardian angel ready to halt any intruder that is unwelcome“, ließ 1946 Alexis Milankovich in seinem Buch „The Conquest of Disease“ verlauten.³³

Für unsere Untersuchung ist dennoch ein anderer Aspekt wichtiger: Im Gefolge der Antibiotika setzte sich, was das Salvarsan nur hatte andeuten können, eine durchgreifende Standardisierung und Industrialisierung der Therapie von Infektionskrankheiten durch. Im Unterschied zur Serumtherapie waren Antibiotika vollständig industrielle Produkte, die massenhafte Anwendung in standardisierten Behandlungsprotokollen erlaubten. Nicht zufällig spielt die Erprobung des Streptomycins eine bedeutende Rolle in der Entwicklung des Doppelblindversuchs.³⁴ Im Verlaufe des Zweiten Weltkrieges verzehnfachte sich die Weltproduktion an Arzneimitteln nahezu und Antibiotika hatten daran einen großen Anteil. Die Geschichte der Antibiotikatherapie steht nicht im Zentrum dieses Textes, aber es sollten doch drei Konsequenzen festgehalten werden, die sie für die hier verfolgte Fragestellung hat. Zum Ersten verschwanden die Infektionskrankheiten, mit denen die Bakteriologie bedeutend geworden war, zunehmend aus dem Fokus des öffentlichen Gesundheitswesens in den Industrieländern. Hierzu leisteten auch Impfkampagnen – wie die gegen Pocken – einen Beitrag, bekräftigten sie doch das Bild einer Natur, die sich besiegen lässt.³⁵ Zum Zweiten veränderten sie die Per-

³² Zit. nach Pierre-Olivier Méthot: Bacterial Transformation and the Origins of Epidemics in the Interwar Period. The Epidemiological Significance of Fred Griffith's „Transforming Experiment“. In: *Journal of the History of Biology* 49 (2016) 2, S. 311–358. Vgl. Olga Amsterdamska: Medical and Biological Constraints: Early Research on Variation in Biology. In: *Social Studies of Science* 17 (1987), S. 657–687.

³³ Zit. nach Robert Bud: *Penicillin: Triumph and Tragedy*. Oxford 2007, S. 63.

³⁴ Harry M. Marks: *The Progress of Experiment. Science and Therapeutic Reform in the United States, 1900–1990*. Cambridge 1997.

³⁵ Bemerkenswerterweise tauchten sie, wie am Beispiel der Tuberkulose gezeigt worden ist, dann im internationalen Gesundheitswesen wieder auf; vgl. Christian W. McMillen: *Discovering Tuberculosis. A Global History, 1900 to Present*. New Haven 2015.

ELECTRON MICROGRAPH
drawing of spirochetes (X18,720).
Ring-form organisms occur
following exposure to an
antagonistic agent.

In Syphilis...

...the Product of Choice is
PENICILLIN

“Penicillin alone far surpasses any previously used antisyphilitic remedy when appraised from the therapeutic, economic, technical, toxicity rate, or prophylactic aspects. And most important, its high index of therapeutic accomplishments is enhanced by the simplicity of administration and its availability.”

Curtis, A.C., Kleiman, D.K., O'Leary, P.A., Rastner, H., Rein, C.R., Schoth, A.G., Shaffer, L.W., and Wile, U.J.:
Penicillin Treatment of Syphilis, *J. A. M. A.* 145: 1221-1226, April 21, 1951.

Merck Penicillin Products

*A complete line of soluble and repository Penicillin Products
is available under the Merck Label*

Abbildung 1: Penicillinwerbung – nach dem im Bild zitierten Text zu urteilen aus den 1950er-Jahren; Herkunft unbekannt.

spektive der Patienten auf diese Krankheiten. Auch ohne bedeutende Veränderungen in der Epidemiologie zu verursachen,³⁶ beeinflussten sie doch das Krankheitserleben. Der technologische Optimismus nahm für die Patienten die Form eines Heilungsversprechens und der Komplexitätsreduktion an. „In Syphilis the Product of Choice is Penicillin“ (Abb. 1) – so ist es in einer Werbeanzeige der Firma Merck aus den frühen 1950er-Jahren formuliert und auf den Punkt gebracht: An die Stelle einer lebensbedrohlichen und langwierigen Krankheit mit unsicherer therapeutischer Perspektive war eine kurze Behandlung getreten.

Zum Dritten standen die geringe epidemiologische Bedeutung der Antibiotika und ihre enorme Verbreitung nur scheinbar im Widerspruch. Es war ein eher auf Effizienz als auf Effektivität zielendes Marketing, das den Erfolg erklärte. Wie am

³⁶ Patrice Bourdelais: *Epidemics Laid Low. A History of What Happened in Rich Countries.* Baltimore 2006; Alexander Mercer: *Infections, Chronic Disease, and the Epidemiological Transition.* Rochester 2014.

Beispiel der Bronchitis gezeigt worden ist, führte die Veränderung der Indikation zu Erfolg am Markt: Anstatt eine geringe Zahl von Patienten mit Lungenentzündung zu heilen, sollte der breite Einsatz von Antibiotika die Kontrolle der Bronchitis ermöglichen.³⁷ Frank McFarlane Burnet, ein australischer Epidemiologe, wird gerne mit einem berühmten Ausspruch zitiert, der den naiven Fortschrittsglauben dieses Zeitalters illustrieren soll: „One can think of the middle of the twentieth century as the end of one of the most important social revolutions in history – the virtual elimination of infectious diseases as a significant factor in social life.“³⁸

Liest man den Satz etwas genauer, so beschreibt er recht genau die Situation der 1950er-Jahre, in der nämlich die Infektionskrankheiten dabei waren, nicht gänzlich, wohl aber als gesellschaftlich bedeutende Phänomene zu verschwinden. Auf Ganze gesehen, war damit das Kontrollversprechen des späten 19. Jahrhunderts durchaus in Erfüllung gegangen.

Die Rückkehr der Naturgeschichte

Man kann die Phase der Einführung der Antibiotika in die Medizin in Anlehnung an die Umwelthistorikerin Linda Nash als einen kurzen Moment modernistischer Amnesie bezeichnen,³⁹ in dem die Technik vollständige Kontrolle der Natur versprach und sich der technologische Optimismus in der Infektionsmedizin zu vollenden schien. Allerdings bekam das schöne Bild bald Risse, die für den interessierten Betrachter die Grenzen der Beherrschbarkeit der Natur aufzeigten. An kaum einem Ort zeigte sich das schneller und deutlicher als in der Krankenhausmedizin und deshalb wird im Folgenden, wenn vom Aufkommen dystopischer Zukunftserwartungen zu reden ist, auf dieses Beispiel Bezug genommen.

Bekanntlich hatte die moderne experimentelle Medizin zu einem enormen Prestigezuwachs des Krankenhauses beigetragen. Was noch zur Mitte des 19. Jahrhunderts als Verwahrinstitution für Gefährliche und Gefährdete galt, deren Therapieversprechen in der Regel wenig glaubhaft waren,⁴⁰ wandelte sich zum 20. Jahrhundert hin zu einer Art Speerspitze des medizinischen Fortschritts. Das galt sowohl für das therapeutische Repertoire von Chirurgie bis Serumtherapie, in dem nun die Krankenhausmedizin führend war, als auch ganz allgemein für die Vorstellung, dass das Krankenhaus als ein durch Antisepsis und Hygiene geprägter Ort gesünder als seine Umwelt sei.⁴¹

³⁷ John T. MacFarlane/Michael Worboys: The Changing Management of Acute Bronchitis in Britain, 1940–1970. The Impact of Antibiotics. In: *Medical History* 52 (2008), S. 47–72.

³⁸ Frank Macfarlane Burnet: *The Natural History of Infectious Disease*. Cambridge 1953, S. III.

³⁹ Linda Lorraine Nash: *Inescapable Ecologies. A History of Environment, Disease, and Knowledge*. Berkeley 2006, S. 6.

⁴⁰ William F. Bynum: *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*. Cambridge 1994; Guenter B. Risse: *Mending Bodies, Saving Souls. A History of Hospitals*. Oxford 1999.

⁴¹ Flurin Condrau/Robert Kirk: Negotiating Hospital Infections. The Debate between Ecological Balance and Eradication Strategies in British Hospitals, 1947–1969. In: *Dynamis* 31 (2011), S. 385–405.

Leider aber erwies sich schon kurz nach der Einführung der Antibiotika in zweierlei Hinsicht das Gegenteil. Zum einen traten resistente Bakterien als spezialisierte Bewohner des Krankenhauses auf; sie fanden sich dort weitaus häufiger als außerhalb. Das große Aha-Erlebnis in dieser Hinsicht war eine Pandemie Penicillin-resistenter Staphylokokken von 1953–1957.⁴² Jetzt zeigte sich, dass Probleme unter der Therapie mit Penicillin nicht einfach im Einzelfall durch Wechsel des Präparats oder durch höhere Dosierung zu lösen waren. Vielmehr begann sich die Erkenntnis abzuzeichnen, dass sich in der technologisch geprägten Umwelt des Krankenhauses eine ganz eigene Dynamik von Biologie und Technologie entfaltete. Deswegen – und dies ist der zweite Punkt – betraf der beobachtete Problemkomplex nicht alleine Antibiotikaresistenzen, sondern gab dem seit alters her bekannten Problem der Krankenhausinfektionen eine neue Wendung.⁴³ Eine typische Erfahrung aus diesen Jahren berichtete etwa der Bakteriologe William Kirby 1956 in einer Arbeit über Harnwegsinfektionen. Hier ließen sich die ursprünglichen Erreger der Entzündung leicht beseitigen – allerdings um den Preis, dass an ihre Stelle nun plötzlich solche traten, die zwar weithin bekannt, aber bislang kaum als Krankheitserreger in Erscheinung getreten waren: „sensitive strains have been eliminated by antibiotics and have been replaced by naturally resistant species, such as *Pseudomonas* or *Proteus*.“⁴⁴ Überaus scharfsinnig interpretierte wenige Jahre später der Internist David Rogers im „New England Journal of Medicine“ die weiteren Zusammenhänge derartiger Beobachtungen. Rogers hatte an seinem Krankenhaus Zugang zu einem einmaligen Set an Informationen: pathologische Untersuchungen zu Todesursachen in Bezug auf Infektionen, durchgeführt von ein und demselben Pathologen von den 1930er-Jahren bis in die 1950er. Er führte einen Vergleich zwischen den Jahren 1938/1940 und 1957/1958 durch, und zwar mit dem Ziel zu verstehen, was genau Antibiotika im Krankenhaus verändert hatten. Sicher hatte es einen Rückgang der Sterblichkeit gegeben. Dieser war allerdings weniger stark als man hätte vermuten können. Infektionen waren auch nach der Einführung von Antibiotika und Sulphonamiden immer noch ein bedeutendes medizinisches Problem. Ein Teil des Phänomens ließ sich durch das steigende Durchschnittsalter der Patienten erklären. Am interessantesten aber war, so Rogers, dass nicht alle Infektionen im gleichen Maße zurückgegangen waren. Klassiker wie Tuberkulose oder Lungenentzündung waren fast verschwunden, aber andere ansteckende Erkrankungen hatten zugenommen. Pilzinfektionen oder solche mit *Staphylococcus aureus* waren nun sowohl in relativen wie auch in absoluten Zahlen häufiger als vorher. Noch überraschender aber waren die Quellen der Infektion. Vor dem Zweiten Weltkrieg verstarben Patienten zumeist an Infektionen, die sie

⁴² Kathryn Hillier: Babies and Bacteria: Phage Typing, Bacteriologists, and the Birth of Infection Control. In: Bulletin of the History of Medicine 80 (2006), S. 733–761.

⁴³ Einführend Graham A. J. Ayliffe/Mary P. English: Hospital Infection From Miasmas to MRSA. Cambridge 2003; Irvine Loudon: Puerperal Fever, the Streptococcus, and the Sulphonamides, 1911–1945. In: British Medical Journal 295 (1987), S. 485–490.

⁴⁴ William M. M. Kirby u. a.: Urinary Tract Infections Caused by Antibiotic-Resistant Coliform Bacteria. In: The Journal of the American Medical Association 162 (1956) 1, S. 1–4.

sich außerhalb des Krankenhauses zugezogen hatten. 1958 hingegen dominierten Krankenhausinfektionen bei den infektiösen Todesursachen. Diese wiederum hatten zweierlei gemeinsam: „disease was produced by microbes, ordinarily of low invasiveness, that commonly form part of the normal human flora. Infections arose in patients already compromised by serious disease who were often receiving therapies known to affect host resistance to infection.“⁴⁵

Als Erklärung operierte Rogers mit einem ökologischen Ansatz: Die Beseitigung einer bakteriellen Spezies eröffnete eine ökologische Nische für die nächste – und ein Krankenhaus voller immungeschwächter Patienten ist eine sehr attraktive Nische! Resultat der Einführung der Antibiotika war also nicht die Ausrottung der Infektionskrankheiten, sondern, wie es Rogers formulierte, „dramatische Veränderungen in der Natur der mikrobiellen Infektionen“.⁴⁶ Die Erkenntnis, die hierin lag, war, dass der massenhafte Einsatz der Antibiotika und die technisierte Umwelt des Krankenhauses dem Unternehmen der Ausrottung der Infektionskrankheiten eine unerwartete Wendung gegeben hatten. Der massenhafte Einsatz von Antibiotika hatte die Leuchttürme der Krankheitsbekämpfung in Treibhäuser beschleunigter Krankheitsevolution verwandelt.

Aus dieser Situation, die sich im folgenden Jahrzehnt durchaus verschärfte,⁴⁷ gab es zwei einander widersprechende Auswege, die aber seltsamerweise dennoch gleichermaßen beschritten wurden. Zum einen entwickelten sich aus der epidemiologisch inspirierten klinischen Mikrobiologie Kontrollstrategien, die darauf hinausliefen, die als dynamisch erkannte Ökologie des Krankenhauses zu beeinflussen. Ob es sich um klinische Experimente zur Resistenzreduktion, wie die Mary Barbers im Hammersmith Hospital in London, handelte oder um den Versuch der Schaffung internationaler diagnostischer Standards durch Hans Ericsson und John Sherris, der Grundgedanke blieb der gleiche: nämlich – angefangen beim begrenzten Einsatz von Antibiotika – populationsbezogene Kontrollstrategien in die klinische Medizin einzuführen – Public Health im Krankenhaus sozusagen.⁴⁸ Barber gelang der Nachweis, dass sich durch präzise Diagnostik und sparsamen Einsatz von Antibiotika die Verbreitung resistenter Stämme auf einer Station deutlich reduzieren ließ. Ericsson und Sherris versuchten unter dem Dach der WHO, die Qualität der Resistenzdiagnostik zu verbessern, und hatten dabei sowohl klinische Medizin als auch Epidemiologie als Nutznießer im Auge. Die hierzu gemeinhin verwendeten Testblättchen sollten, anstatt wie üblich von den

⁴⁵ David E. Rogers: The Changing Pattern of Life-Threatening Microbial Disease. In: The New England Journal of Medicine 261 (1959) 14, S. 677–683, hier: S. 682.

⁴⁶ Ebd., S. 683.

⁴⁷ Maryn McKenna: Suberbug: the Fatal Menace of MRSA. New York 2010.

⁴⁸ Mary Barber u. a.: Reversal of Antibiotic Resistance in Hospital Staphylococcal Infection. In: British Medical Journal 5165 (1960), S. 11–17. Vgl. zum Folgenden Christoph Gradmann: Sensitive Matters. The World Health Organisation and Antibiotics Resistance Testing, 1945–1975. In: Social History of Medicine 26 (2013), S. 555–574; Anne Kveim Lie: Producing Standards, Producing the Nordic Region. Antibiotic Susceptibility Testing, from 1950–1970. In: Science in Context 27 (2014) 2, S. 215–248.

Produzenten der Antibiotika bereitgestellt zu werden, durch das öffentliche Gesundheitswesen kontrolliert und weiterentwickelt werden. Am skandinavischen Vorbild eines staatlich kontrollierten Systems von diagnostischen Laboratorien geformt, scheiterte die weltweite Umsetzung der Initiative am Widerstand der pharmazeutischen Industrie.

Allerdings ließ sich das Problem auch als Marktchance begreifen. Die bedrohliche Umwelt des modernen Krankenhauses wurde beispielsweise in der Entwicklungsabteilung der Firma Bayer als ein Ort begriffen, an dem nicht nur ein hoher Bedarf an modernen Therapien bestand, sondern an dem sich gewissermaßen auch die zukünftige Entwicklung ablesen ließ. Immerhin trafen sich hier die Folgen antibiotischer Behandlung mit allgemein eskalierenden hygienischen Problemen, die durch das steigende Durchschnittsalter der Patienten, Chemotherapien und das Aufkommen der Organtransplantation verursacht worden waren: „In der Humanmedizin stellen Patienten mit geschwächter körpereigener Infektionsabwehr einen bedeutenden Anteil des Krankengutes dar. Die Ursachen hierfür sind mannigfaltig und liegen zum einen in der Schwere der Grundkrankheiten (z. B. Tumoren, Unfälle, Kreislauferkrankungen), zum anderen in der Therapie (Cytostatica-Immunsuppressiva, Bestrahlung, Antibiotikatherapie). Das Konzept der Arbeitsgruppe für Infektionsabwehr ist daher, für Patienten mit beeinträchtigter Immunität neue Wege zur Antiinfektiva-Therapie zu erschließen.“⁴⁹

Und auch wenn Methicillin (Handelsname: Celbenin) im Weiteren dem wohl berühmtesten aller resistenten Bakterienstämme, MRSA, zur weltweiten Verbreitung verhelfen sollte, so wurde es doch anfangs als Lösung der eskalierenden hygienischen Probleme im Krankenhaus vermarktet: „A new penicillin has been prepared which is active against the usual penicillin-sensitive microorganisms and yet resists staphylococcal penicillinase. [...] It will be a means of controlling staphylococcal infections which have plagued hospitals throughout the world during the past ten years.“⁵⁰ (Abb. 2).

In der Situation der späten 1960er-Jahre unterlagen die therapeutischen Rationalisten, und es kam zunächst zu einer Wiedergeburt des antibiotischen Wunderglaubens mit einer Welle von Präparaten, die entweder Breitbandantibiotika waren oder wegen ihrer spezifischen Wirksamkeit gegen ansonsten resistente Bakterien angepriesen wurden.⁵¹ Gleichzeitig aber kann man für die Infektionsmedizin der Zeit ein zunehmendes Interesse an Krankheitsevolution konstatieren. Dies hatte sich bereits in den 1950er-Jahren abgezeichnet, und der von mir zitierte David Rogers war – wie viele seiner Zeitgenossen – ein eifriger Leser von René Dubos „The Mirage of Health“.⁵² Dubos, von Haus aus Biochemiker und später einer der Stammväter der Ökologiebewegung, popularisierte beispielsweise die Arbeiten


⁴⁹ Aus: Statusbericht für 1980, Arbeitsgruppe Immunabwehr, Bayer Unternehmensarchiv, 28.1.1981, BAL, 323/104.

⁵⁰ Penicillinase-resistant Penicillin. In: *The Lancet* 2 (1960), S. 585f., hier: S. 585.

⁵¹ Bud: Penicillin (wie Anm. 33), S. 116–139.

⁵² René Dubos: *Mirage of Health. Utopias, Progress, and Biological Change*. London 1959.

20 THE CHEMIST AND DRUGGIST November, 19, 1960



CELBENIN
REGD. TRADE MARK BRL1241

Sodium 6-(2,6-dimethoxybenzamido)
penicillanate monohydrate

“ A new penicillin has been prepared which is active against the usual penicillin-sensitive microorganisms and yet resists staphylococcal penicillinase. This is a major event in chemotherapy. From the information given in the British Medical Journal last week and in the three papers appearing in our present issue there is good reason to hope that the new BRL 1241 ('Celbenin', Beecham Research Laboratories) will be a means of controlling the staphylococcal infections which have plagued hospitals throughout the world during the past ten years. ”

EDITORIAL (1960) LANCET, II, 585

Seven papers reporting work on Celbenin appeared in the British Medical Journal of September 3rd, 1960, on pages 687, 690, 694, 700, 703, 706 and 708; three in the Lancet of September 10th, 1960, on pages 564, 568 and 569.

CELBENIN is a product of British Research at
BEECHAM RESEARCH Laboratories Ltd. Brentford, England




Abbildung 2: Werbeanzeige für Methicillin (Celbenin) aus dem Jahr 1960; entnommen aus: *Chemist and Druggist*, 19. November 1960.

des Biologen und Epidemiologen Theobald Smith zur Ko-Evolution von Wirt und Erreger. Das von Hospitalinfektionen geplagte Krankenhaus ließ sich so als ein Ort beschleunigter Krankheitsevolution neu begreifen und Kontrollstrategien jenseits der Ausrottung mikrobieller Spezies wurden denkbar. Zeitgenössisch ließ sich das als Aufruf zur Rückkehr zu einer traditionellen, auf Reinlichkeit und Isolation fokussierenden Hospitalhygiene verstehen.

In den 1960er-Jahren entwickelte sich dann das Wissen um bakterielle Evolution in einer für das Verständnis der medizinischen Mikrobiologie folgenreichen Weise: Das kurz zuvor entdeckte Phänomen des horizontalen Gentransfers kam über die Veterinärmedizin und Arbeiten zum Transfer von Resistenzfaktoren zwischen Stämmen von *Salmonella typhimurium* 1967 zu trauriger Berühmtheit. In der Sache ging es darum, dass bakterielle Evolution nun, anstatt über den langsamen Weg von Mutation und Selektion, auch über den vergleichsweise sehr viel rascheren horizontalen Austausch von Genabschnitten, sogenannten Plasmiden, statt-

finden konnte.⁵³ Dies wurde zunächst für sogenannte Resistenzfaktoren beschrieben, in den folgenden Jahren zeigte sich aber, dass es auf eine ganze Reihe anderer Eigenschaften wie Virulenz, Toxinproduktion usw. zutreffen konnte. Hatte man bislang Krankheitsevolution im Grunde als ein Thema für Genetiker und Epidemiologen betrachten können, so änderte sich das jetzt.⁵⁴ Die Stimmung wurde dystopisch, und ohne diesen Einzelfall überbewerten zu wollen, kann man ihn in die Krise des technologischen Optimismus ihrer Zeit einordnen, die dazu führte, dass auch in der Medizin zunehmend die bedrohlichen Seiten der Natur wiederentdeckt wurden. Im Rahmen der Diskussion über das Thema des horizontalen Gentransfers tauchte in einem Editorial im „New England Journal of Medicine“ 1967 der Gedanke an eine Zukunft ohne Antibiotika auf: „It appears that unless drastic measures are taken very soon, physicians may find themselves back in the preantibiotic Middle Ages in the treatment of infectious diseases.“⁵⁵

Von dieser historischen Situation bis in die frühen 1990er-Jahre, als man das Ende der Antibiotika diskutierte, lässt sich eine Linie ziehen: Krankheitsevolution wurde zunehmend als schnell verlaufender Prozess wahrgenommen. Das Bild von Krankheitsevolution war nun ein gänzlich anderes als das einer auf Mutation und Selektion beruhenden, langsamen Entwicklung, wie einer der Doyens infektionsbiologischer Forschung, der Virologe Stanley Falkow, 2006 zusammenfasste: „Pathogenicity in all microbes [...] can occur in big genetic jumps, rather than through slow, adaptive evolution; HIV is the case in point.“⁵⁶ Nun könnte man meinen, derartige Phänomene spielten möglicherweise über die Resistenzproblematik hinaus keine bedeutende Rolle. Um zu veranschaulichen, dass dies nicht der Fall ist, möchte ich ein recht aktuelles Beispiel – das 2011 zu trauriger Berühmtheit gelangte EHEC-Bakterium – aufgreifen.⁵⁷ Ein eigentlich „normales“ E. Coli-Bakterium hatte seine krankheitsregenden Fähigkeiten gesteigert, indem es sich auf dem Wege des horizontalen Gentransfers einen Genabschnitt angeeignet hatte, der es zur Produktion eines Toxins befähigte. Bei näherer Betrachtung erwies es sich dann als die reinste „Cyborgmikrobe“, auf deren Genom sich seine jüngere Evolution als das Resultat eines engen Wechselspiels von Mensch, Natur und Technik ablesen ließ. E. Coli-Infektionen werden standardmäßig nicht mit Antibiotika behandelt. Dennoch zeigte sich, dass EHEC O157:H7 binnen weniger Jahre nicht weniger als zwölf verschiedene Resistenzen aufgesammelt hatte. Was man vor 100 Jahren als exotisches Thema betrachtet hätte, die Evolutionsbiologie der Gattung E. Coli, macht heutzutage sozusagen den Kern der Sache aus.

⁵³ Mathias Grote: Hybridizing Bacteria, Crossing Methods, Cross-Checking Arguments. The Transition from Episomes to Plasmids (1961–1969). In: *History and Philosophy of the Life Sciences* 30 (2008), S. 407–430.

⁵⁴ Stanley Falkow bietet einen guten Einstieg in den zeitgenössischen Wissensstand; Stanley Falkow: *Infectious Multiple Drug Resistance*. London 1975.

⁵⁵ Anon.: *Infectious Drug Resistance*. In: *New England Journal of Medicine* 275 (1966), S. 277.

⁵⁶ Falkow: *Ecology* (wie Anm. 7), S. 113.

⁵⁷ Maryn McKenna: *The Reason Why This Deadly E Coli Makes Doctors Shudder*. In: *The Guardian*, 5. 6. 2011.

Die Wirklichkeit der Dystopie

Wenn zum Abschluss dieser kleinen Revue durch die Infektiologie des 20. Jahrhunderts das Ganze in den Blick genommen wird, so lassen sich einige Schussfolgerungen ziehen, die das Schicksal des eingangs beschriebenen Kontrollversprechens betreffen.

Zunächst einmal ist, was die Epidemiologie ganzer Gesellschaften betrifft, das Kontrollversprechen mehr oder weniger erfüllt. Wir würden ja sonst nicht über den „epidemiologischen Übergang“ reden. Dass sich der Niedergang ganz überwiegend nicht therapeutischer Medizin verdankt, steht zu dieser Erkenntnis nicht im Widerspruch. Vielmehr führt es zu der zweiten Einsicht, dass nämlich das antibiotische Zeitalter, verstanden als ein Zeitraum stürmischer pharmakologischer Innovationen und neuer therapeutischer Perspektiven, historisch gesehen recht kurz war. Es auf einen längeren Zeitraum als die gut 40 Jahre von 1935 bis 1980 zu datieren, ist nicht plausibel. Vor der Mitte der 1930er-Jahre gab es diese Klasse von Medizin im Grunde nicht, und nach 1980 folgte eine langanhaltende Krise der Innovation, die im Grunde bis heute anhält.

In der anhaltenden Klage über das Ende der Antibiotika liegt allerdings eine wichtige Erkenntnis verborgen: Auch in seiner dystopischen Brechung hat das Kontrollversprechen nichts von seinem Charme verloren. Wo Menschen vordem ihren technologisch geprägten Zukunftsoptimismus in Hoffnungen auf die Leistungsfähigkeit von Antibiotika projizierten, scheint unsere Zukunft nun durch das Fehlen neuer Antibiotika bestimmt. Was die medizinische Mikrobiologie betrifft, war das 20. Jahrhundert jenseits teils stürmischer technologischer Innovationen eben auch eine Epoche, in der sich grundlegende Denkmodelle als überaus stabil erwiesen. Hierbei ist vor allem an die Vorstellung krankheitserregender Mikroben zu denken, die nach wie vor unser Denken über ansteckende Krankheiten dominiert. Wie es Andrew Cunningham 1992 formulierte sind wir alle Bakteriologen, ob es uns gefällt oder nicht.⁵⁸

Allerdings haben sich unterhalb dieser Ebene Veränderungen ergeben, die in unserem Blick auf längere Zeiträume zutage treten. Die dem technologischen Optimismus verpflichtete medizinische Bakteriologie des 19. Jahrhunderts betrachtete die Natur der Infektionskrankheiten als etwas im Grunde statisches. Robert Koch etwa träumte als junger Mann davon, ein Museum der krankheitserregenden Bakterien aufzubauen, damals offenbar kein ungewöhnlicher Gedanke. In der Art eines Fahndungskataloges sollte es rein statisch die krankheitserregenden Bakterien auflisten. Demgegenüber räumt die moderne Infektiologie der Zeitlichkeit dessen, was sie erforscht, einen weitaus größeren Wert ein. In der Praxis führt das dazu, dass die zeitlich gebundenen Umstände gegenüber den scheinbar zeitlich ungebundenen Ursachen an Bedeutung gewinnen. Dies wurde am Beispiel der Hospitalinfektionen gezeigt, und es ließe sich leicht durch eine Betrachtung der speku-

⁵⁸ Cunningham: Plague (wie Anm. 22), S. 239.

lativen Pathologie unserer Zeit etwa in Arturo Casadevalls und Liise Pirofskis *Damage-Response Framework* vertiefen.⁵⁹

Wenn einem Historiker eine Bemerkung zur Gegenwart gestattet ist, so halte ich es für wahrscheinlich, dass das bakteriologische Weltbild im Grunde an sein Ende gekommen ist. Wir haben es nur noch nicht so recht mitbekommen.

Abstract

In the course of little over a century the imagined relations of men, medicine and microbes have gone from a technological utopia to a microbiologically inspired dystopia. The text tells this story as one of a gradual erosion of the technological optimism that medical bacteriology of the heroic days was inspired by. It follows the career of bacteriologically inspired infectious disease control from the times when it was a promise in the late 19th century, through the period when it seemed to have been complete after the arrival of antibiotics and down to its crisis in the study of antibiotics resistances or hospital infections in late 20th century medicine. Technically speaking this changing perception of the biology of infection was related to a rising interest in evolutionary biology in medicine. After having long been considered an unworldly subject for basic science, the evolutionary biology of microbes became meaningful for clinical medicine as infectious diseases became more and more protean towards the end of the 20th century.

In terms of the historiography of infection an interesting shift had occurred: Where late 19th century saw man aided by technology as the sole agent of change in that history, late 20th century medicine has come to realize that the history of infectious disease is characterized by dynamic exchanges between men, microbes and technology.

⁵⁹ Arturo Casadevall/Liise-Anne Pirofski: The Damage-Response Framework of Microbial Pathogenesis. In: *Nature Reviews/Microbiology* 1 (2003), S. 17–24. Vgl. auch Méthot/Alizon: Pathogen (wie Anm. 3).

Das Ideal der Prävention und Zielgruppen

Martin Lengwiler

Prävention zwischen Staat und Subjekt

Der sozialmedizinische Aufbruch in der Bundesrepublik und auf internationaler Ebene (1960–1980)

Seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert ist die Gesundheitspolitik in westlichen Industrienationen eng mit dem Vorsorgegedanken verbunden. Im folgenden Beitrag wird die Entwicklung präventiven Denkens in Medizin und Gesundheitspolitik in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts untersucht und nach der Verteilung der damit verbundenen Verantwortlichkeiten zwischen individuellen, zivilgesellschaftlichen und staatlichen Akteuren gefragt. Dies soll an zwei Fallbeispielen illustriert werden: einerseits der Geschichte des sozialmedizinischen Aufbruchs in der Bundesrepublik von den 1960er- bis in die 1980er-Jahre, andererseits den Debatten um Prävention auf internationaler Ebene, insbesondere im Umfeld der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Nationale und internationale Ebenen standen miteinander in Verbindung – angesichts der Wechselwirkungen ist es gerechtfertigt, beide Ebenen zusammen zu untersuchen.

Die hier analysierten Vorstellungen von Vorsorge und Prävention sind meist geprägt von einer idealistischen, bisweilen utopischen Semantik. Der medizinische Präventionsdiskurs reiht sich damit ein in die umfassendere Geschichte moderner Zukunftsvorstellungen, die bis ins 19. Jahrhundert von religiös bestimmten, eschatologischen Erwartungshorizonten geprägt waren und seither zunehmend von sozialpolitischen und sozialutopischen Deutungen überlagert wurden.¹ Einleitend wird deshalb die Epoche der Nachkriegszeit skizzenhaft in die Geschichte des modernen Präventionsdiskurses eingebettet, die bis ins 19. Jahrhundert zurückreicht. Dabei ist aufzuzeigen, in welcher Form sich die allgemeine Entwicklung gesellschaftlicher Zukunftsvorstellungen in der Geschichte medizinischer und gesundheitspolitischer Präventionsvorstellungen manifestiert. Die Darstellung stützt sich einerseits auf publizierte Quellen aus dem Umfeld der untersuchten Disziplinen, andererseits auf neuere medizinhistorische Untersuchungen zum Thema.²

¹ Lucian Hölscher: *Weltgericht oder Revolution. Protestantische und sozialistische Zukunftsvorstellungen im deutschen Kaiserreich*. Stuttgart 1989; ders.: *Die Entdeckung der Zukunft*. Frankfurt a. M. 1999.

² Carsten Timmermann: *Risikofaktoren: Der scheinbar unaufhaltsame Erfolg eines Ansatzes aus der amerikanischen Epidemiologie in der deutschen Nachkriegsmedizin*. In: Martin Lengwiler/Jeannette Madarász (Hg.): *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheits-*

Präventionskonzepte des 19. und frühen 20. Jahrhunderts

Zunächst sind einige begriffshistorische Ausführungen zur langfristigen Geschichte des Vorsorgebegriffs, in dessen Kontext sich der Begriff „Prävention“ seit Mitte des 19. Jahrhunderts konstituierte, notwendig. Die gesundheitspolitisch prägende Begrifflichkeit stammt aus dem frühen 19. Jahrhundert. Der Begriff „Vorsorge“ wurde um 1800 zunächst in einer staatlich-herrschaftlichen Tradition verwendet und stand für das „väterliche“ fürstliche Regiment, etwa wenn es um die Versorgung der Witwen und Waisen von Heeresangehörigen oder anderen Untertanen ging.³ Hinzu kamen kameralistische Deutungen, die den Vorsorgebegriff in verschiedenen Bereichen staatlichen Handelns situierten, insbesondere in der Wirtschafts- und Gesundheitspolitik („medizinische Policey“; Vorsorge im „Irrenwesen“).⁴ Schon in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam zu diesen traditionellen Bedeutungen die Sorge um die schädlichen Folgen der Fabrikindustrie hinzu. Staatlichen Behörden wurde die Verantwortung zugewiesen, Industriearbeiterinnen und -arbeiter durch vorsorgeorientierte Instrumente (insbesondere im Armenwesen) gegen Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit zu schützen.⁵

In diesem Umfeld entwickelte sich seit dem frühen 19. Jahrhundert eine eigenständige Begrifflichkeit der „Prävention“ beziehungsweise des „präventiven“ Handelns. Der Präventionsbegriff wurde aus der zeitgenössischen strafrechtlichen Terminologie entliehen. Prävention bezeichnete dort eine der zentralen Funktionen des modernen Strafwesens: die verbrechensmindernde Wirkung einer Bestrafung, und zwar als „moralische“ (psychologische) Prävention (Verhinderung durch Abschreckung) oder als „physische“ Prävention (Verhinderung durch Gefangennahme eines potenziellen Täters). Im modernen Strafrecht war der Präventionsgedanke konstitutiv. Jede Strafe sollte nicht nur Entschädigung oder Sühne sein, sondern durch ihre vorsorgende Wirkung die Gesellschaft auch vor weiteren Verbrechen schützen.⁶

politik. Bielefeld 2010, S. 251–278; ders: Appropriating Risk Factors: The Reception of an American Approach to Chronic Disease in the Two German States, c. 1950–1990. In: *Social History of Medicine* 25 (2012), S. 157–174; Ralf Forsbach: *Die 68er und die Medizin. Gesundheitspolitik und Patientenverhalten in der Bundesrepublik Deutschland (1960–2010)*. Göttingen 2011; Pierre Pfüsch: *Das Geschlecht des „präventiven Selbst“*. Prävention und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland aus geschlechterspezifischer Perspektive (1949–2010). Stuttgart 2017.

³ Exemplarisch Friedrich Bülow: *Der Staat und die Industrie. Beiträge zur Gewerbepolitik und Armenpolizei*. Leipzig 1834.

⁴ Exemplarisch Eduard Baumstark: *Kameralistische Encyclopädie*. Heidelberg 1835.

⁵ Bülow: *Staat* (wie Anm. 3); Jacob H. Rieger: *Über die Versorgung der Armen, Irren, Taubstummen, Blinden und Gebrechlichen*. Offenburg 1832.

⁶ Explizit Anton Bauer: *Grundlinien des philosophischen Criminalrechts*. Göttingen 1825, S. 17–19; Jakob Friedrich Fries: *Philosophische Rechtslehre und Kritik aller positiven Gesetzgebung*. Jena 1803, S. 163. Vgl. auch Karl Heinrich Ludwig Pölitz: *Die Staatswissenschaften im Lichte unserer Zeit*. Leipzig 1823.

Ab Mitte des 19. Jahrhunderts wurde dieser strafrechtliche Präventionsbegriff schrittweise generalisiert. Die rechtswissenschaftliche Ausweitung des Begriffs spiegelt sich etwa in der Diskussion um das Konzept der „Präventiv-Justiz“, exemplarisch bei Robert von Mohl (1799–1875) und seinem 1834 erschienenen „System der Präventiv-Justiz oder Rechts-Polizei“. Unter „Präventiv-Justiz“ verstand Mohl ein „vorbeugendes“ Rechtssystem, das darauf angelegt war, eine umfassende Rechtssicherheit zu garantieren und Rechtsstörungen präventiv zu verhindern. Ziel war eine stabile Ordnung von Staat und Gesellschaft auf verschiedenen Ebenen, zu denen auch die moralische Ordnung („Sittlichkeit“), die Gesundheitsverhältnisse sowie das Bildungswesen gehörten.⁷ Mohl stand mit seinem Begriff der „Präventiv-Justiz“ auch in der Tradition der obrigkeitlichen „Policey“ und der frühen kameralistischen Staatswissenschaften. In diesem breiteren Umfeld wurde der Präventionsbegriff in der ersten Jahrhunderthälfte auch in gesundheitspolitischen Zusammenhängen („medizinische Policey“) verwendet.⁸ Nach Gründung des Kaiserreichs nahm die „Historische Schule der Nationalökonomie“ diese begrifflichen Fäden auf und schuf einen umfassenden, nationalökonomisch-staatswissenschaftlich begründeten Präventionsbegriff, der in der nachfolgenden Zeit auch für die Gesundheitspolitik wegweisend blieb. Exemplarisch dafür steht Adolph Wagner (1835–1917), Staatswissenschaftler und Vertreter der jüngeren „Historischen Schule“, der in seinem von 1883–1896 erschienenen „Lehr- und Handbuch der politischen Ökonomie“ das „Präventivprinzip“ als Entwicklungsgesetz des modernen „Rechts- und Culturstaate[s]“ postulierte.⁹ Das „Präventivprinzip“ sah Wagner in sämtlichen Bereichen staatlichen Handelns im Vormarsch: sowohl im Heereswesen wie in der Diplomatie, im Justizwesen, aber auch im Gesundheitswesen und generell in der Sozialpolitik.¹⁰ Neben den zivilgesellschaftlichen Akteuren (Genossenschaftswesen und andere), denen Wagner eine wichtige Rolle bei der Ausbreitung des Präventionsgedankens zuwies, sah er vor allem den Staat in der Verantwortung. In dieser etatistischen Perspektive waren staatliche Einrichtungen (Militär, Polizei, Schulen, Sozialversicherungen etc. – generell interventionistische und regulierende Instanzen) die treibenden Faktoren in der Umsetzung des Präventivprinzips.¹¹

⁷ Robert von Mohl: System der Präventiv-Justiz oder Rechts-Polizei. Tübingen 21845, S. 3–6, S. 9f., S. 12–14, S. 16f., S. 21–23, S. 46f.

⁸ Vgl. auch Achim Landwehr: Policey im Alltag. Die Implementation frühneuzeitlicher Policeyordnungen in Leonberg. Frankfurt a. M. 2000; Martin Dinges: Medizinische Policey zwischen Heilkundigen und „Patienten“ (1750–1830). In: Karl Härter (Hg.): Policey und frühneuzeitliche Gesellschaft. Frankfurt a. M. 2000, S. 263–295.

⁹ Adolph Wagner: Lehr- und Handbuch der politischen Ökonomie. In einzelnen selbständigen Abtheilungen. Erste Hauptabtheilung: Grundlegung der politischen Oekonomie. Erster Teil: Grundlagen der Volkswirtschaft. Zweiter Halbband. Leipzig 1893, S. 908–915. Zu Wagner vgl. Erik Grimmer-Solem: The Rise of Historical Economics and Social Reform in Germany, 1864–1894. Oxford 2003, S. 172–175.

¹⁰ Wagner: Lehr- und Handbuch (wie Anm. 9), S. 908f., S. 912.

¹¹ Ebd., S. 892–908.

In den medizinischen Disziplinen des 20. Jahrhunderts institutionalisierten sich Vorsorgekonzepte primär im Umfeld der Sozial- und Präventivmedizin. Diese Fächer entwickelten sich aus älteren Disziplinen, insbesondere der Hygiene (beziehungsweise der Sozialhygiene), der Arbeitsmedizin und der Epidemiologie. Auch zur „Historischen Schule der Nationalökonomie“ bestanden Verbindungslinien. So studierte etwa einer der Begründer der Sozialen Hygiene in Deutschland, Alfred Grotjahn (1869–1931), um 1900 bei Gustav Schmoller, einem Mitstreiter Adolph Wagners.¹² Trotz ähnlichen Bezeichnungen variierten die Definitionen der neuen sozial- und präventivmedizinischen Fächer stark, je nach historischem, institutionellem und fachlichem Kontext. Die Soziale Medizin der frühen Sowjetunion konstituierte sich beispielsweise in Abgrenzung zu kurativen Ansätzen und verstand sich als Leitdisziplin eines revolutionären Gesellschaftsprojekts. Krankheiten wurden darin letztlich auf soziale Faktoren zurückgeführt. Im Alltag dagegen waren die Grenzen zur Sozialhygiene und zur angewandten Bakteriologie fließend.¹³ Die britische *Social Medicine* dagegen entstand im Umfeld des Aufbaus des *National Health Service*, war stark anwendungsorientiert und diente der Ausbildung von NHS-Ärztinnen und -Ärzten – entsprechend stark waren administrative Planungs- und Managementkompetenzen gewichtet.¹⁴

Aufstieg der Sozialmedizin in der Bundesrepublik

Im westdeutschen Gesundheitswesen institutionalisierten sich Präventionsmodelle seit den 1960er-Jahren in zwei Disziplinen: einerseits in der epidemiologisch inspirierten *Sozialmedizin*, andererseits in der sozialkritischen *Sozialen Medizin*.¹⁵ Beide Disziplinen sollen im Folgenden kurz skizziert werden – dabei stehen ihr jeweiliges Verständnis von Prävention und die Frage, welche Akteure für präventives Verhalten verantwortlich sein sollten, im Mittelpunkt.¹⁶

¹² Bruno Harms: Grotjahn, Alfred. In: NDB, Bd. 7 (1966), S. 169.

¹³ Susan Gross Solomon: The Expert and the State in Russian Public Health. Continuities and Changes Across the Revolutionary Divide. In: Dorothy Porter (Hg.): The History of Public Health and the Modern State. Amsterdam 1994, S. 183–223.

¹⁴ Nigel Oswald: Training Doctors for the National Health Service. Social Medicine, Medical Education and the GMC 1936–1948. In: Dorothy Porter (Hg.): Social Medicine and Medical Sociology in the Twentieth Century. Amsterdam 1997, S. 59–80.

¹⁵ Vgl. dazu besonders die Arbeiten von Carsten Timmermann; Timmermann: Risikofaktoren (wie Anm. 2); ders.: Appropriating Risk Factors (wie Anm. 2); vgl. auch Pfütsch: Geschlecht (wie Anm. 2).

¹⁶ Das Folgende bezieht sich u. a. auf Ausführungen anlässlich eines Zeitzeugenworkshops am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) zur Geschichte der Sozialen Medizin in der Bundesrepublik. Der Workshop fand am 4. April 2008 statt, organisiert von Martin Lengwiler und Jeannette Madarász (beide WZB), im Rahmen eines BMBF-geförderten Verbundprojekts mit Stefan Beck (HU Berlin) zur Genese des „präventiven Selbst“. Folgende Zeitzeugen wirkten am Workshop mit: Rolf Rosenbrock (WZB, Berlin); Johannes Siegrist (Düsseldorf); Heiko Waller (Lüneburg); Alf Trojan (Lüneburg); Heinz-Harald Abholz (Düsseldorf).

Beiden Disziplinen gemein war ein idealistischer Grundtenor. Die Sozialmedizin wie die Soziale Medizin versprachen nichts weniger als eine neue Ära der Medizin, beide wurden in Opposition zu kurativen Ansätzen definiert und sollten die Ausdifferenzierung in immer engere medizinische Spezialdisziplinen überwinden. Der Vorsorgeaspekt war für die Abgrenzung gegenüber kurativen oder „schulmedizinischen“ Ansätzen entscheidend. Im Kern verstanden sich beide sozialmedizinischen Richtungen als präventive Medizin. Zudem postulierten sie einen holistischen Zugang, der die Wechselwirkungen zwischen Mensch, Krankheit und Gesellschaft in all ihrer Komplexität zu erfassen suchte. Mit diesem Programm war die Bewegung auch institutionell erfolgreich. Davon zeugen zahlreiche Professuren, die seit den 1970er-Jahren für die Sozialmedizin und die Medizinsoziologie an Universitäten und neuen Fachhochschulen eingerichtet wurden.¹⁷

Die Sozialmedizin entstand früher als die sozialkritische Soziale Medizin. Sie ging in den 1960er-Jahren aus der Epidemiologie der chronischen Krankheiten hervor, wurde ursprünglich als Risikofaktorenmedizin konzipiert und in den 1970er-Jahren zu einem umfassenden Ansatz ausgearbeitet. Als breit verstandene Disziplin beschäftigte sich die Sozialmedizin auch mit der Soziologie der Medizin, den medizinischen Dimensionen der Sozialen Sicherheit und der Systemanalyse des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.¹⁸ Zu den bekanntesten Vertretern gehörten in der Bundesrepublik der Heidelberger Physiologe Hans Schaefer (1906–2000) und die Arbeitsmedizinerin Maria Blohmke (1922–2016). Schaefer leitete seit 1961 das Institut für Sozialmedizin der Universität Heidelberg und war 1962 Mitgründer der „Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin“. Maria Blohmke war Schaefers engste Mitarbeiterin, ab 1975 Ordinaria für Arbeits- und Sozialmedizin, ebenfalls an der Universität Heidelberg, und Co-Autorin vieler gemeinsamer Werke.¹⁹

Die Vertreter der Sozialmedizin sahen sich als Pioniere eines fundamental neuen Verständnisses der Medizin. Für Schaefer stand die Sozialmedizin in einer Linie mit den großen wissenschaftlichen Revolutionen und markierte einen historischen Paradigmenwechsel: „Ja, es bahnt sich eine echte Revolution im medizinischen Denken an, das also, was Th. S. Kuhn einen ‚Paradigmenwechsel‘ nennt.“²⁰ Das ideelle Rüstzeug der Sozialmedizin beruhte auf einer Kombination von Physiologie, Soziologie und Epidemiologie. Die Tradition der Weimarer Sozialhygiene, etwa um Alfred Grotjahn, hatte für Schaefers Denken dagegen keine Bedeutung. Schaefer rezipierte vielmehr die amerikanische Nachkriegssoziologie, insbesondere die Systemtheorie Talcott Parsons, die er vor allem zur Analyse des

¹⁷ Hans Schaefer/Maria Blohmke: Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin. Stuttgart ²1978, S. 1–3.

¹⁸ Schaefer/Blohmke: Sozialmedizin (wie Anm. 17).

¹⁹ Detaillierter zu den Biografien von Schaefer und Blohmke vgl. Timmermann: Appropriating Risk Factors (wie Anm. 2), S. 166–168; August W. Holldorf: Schaefer, Hans. In: NDB, Bd. 22 (2005), S. 505–507.

²⁰ Hans Schaefer: Plädoyer für eine neue Medizin. München 1979, S. 11.

Gesundheitswesens nutzte. Von Ansätzen der kritischen Soziologie oder gar der linken Medizinkritik grenzte er sich dagegen scharf ab. In diesem Sinne verstand Schaefer die Sozialmedizin auch als Antwort auf Ivan Illichs Medikalisierungsthesen.²¹ Seine rechtskonservative Orientierung reicht bis in die Anfänge seiner Karriere in der Zeit des Nationalsozialismus zurück, als Schaefer in physiologische Menschenversuche zur Atmung unter sauerstoffarmen Umständen eingebunden war.²²

Der konzeptuelle Kern der Sozialmedizin bestand aus einem neuen Modell von Krankheitsursachen, dem bereits erwähnten Risikofaktorenmodell, das in der Forschung zu koronaren Herzkrankheiten entwickelt worden war und eine multifaktorielle Genese chronischer Krankheiten als gegeben betrachtete. Das Risikofaktorenmodell ging auf die US-amerikanische Framingham-Studie zurück und wurde seit den 1960er-Jahren auch in die Bundesrepublik übertragen.²³ Basis dieses Modells waren kybernetische, systemanalytische Rückkoppelungs- und Steuerungstheorien, aufgrund derer eine Vielfalt pathologischer Risiken in ein gemeinsames und zusammenhängendes Schema integriert werden konnte. Viele pathologische Einflüsse wurden aufgrund epidemiologischer Daten als statistische und probabilistische Wirkungszusammenhänge modelliert. Daraus resultierte ein Tableau von schier endlosen möglichen Krankheitsrisiken, die von genetischen Faktoren über psychologische Einflüsse (Stress, Angst, Sorgen) bis hin zu gesellschaftlichen Faktoren (sozialer Wandel, Beruf, Sozialprestige) reichten. Ein solcher Zugang hatte den Vorteil, dass die pathologischen Einflüsse nicht organisch hergeleitet werden mussten, sondern allein aufgrund statistischer Wahrscheinlichkeiten – auf aggregierter Ebene – postuliert werden konnten. Die Sozialmedizin präsentierte damit eine plausible Erklärung für zahlreiche Krankheiten – insbesondere die chronischen Pathologien –, für die die medizinische Forschung keine präzisen organischen Ätiologien angeben konnte (vgl. Abb.1). In diesem Sinn sprachen Blohmke und Schaefer auch von einer „gesellschaftlichen Ätiologie“, die es für praktisch alle Krankheiten zu beachten gelte.²⁴

Die Sozialmedizin verhiess auch prognostische Erkenntnisse. Schaefer und Blohmke griffen zeitgenössische Prognosetechniken auf, um zukünftige Szenarien der Krankheitsentwicklung und des medizinischen Fortschritts zu model-

²¹ Ebd., S. 64–70, S. 77–80, S. 95–108; Timmermann: *Appropriating Risk Factors* (wie Anm. 2), S. 169.

²² Ernst Klee: *Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945*. Frankfurt a. M. 2005, S. 523f.

²³ Dazu detaillierter Timmermann: *Risikofaktoren* (wie Anm. 2); ders.: *Appropriating Risk Factors* (wie Anm. 2). Vgl. auch die Studien von Robert Aronowitz zur Genese des Risikofaktorenmodells in den USA (Framingham-Studie); Robert Aronowitz: *Making Sense of Illness: Science, Society, and Disease*. Cambridge 1999, S. 111–144. Vgl. auch: Schaefer: *Plädoyer* (wie Anm. 20), S. 77–80, S. 95–108.

²⁴ Hans Schaefer: *Wo steht die Medizin heute?* In: Maria Blohmke/Hans Schaefer (Hg.): *Erfolge und Grenzen der modernen Medizin*. Frankfurt a. M. 1966, S. 7–24, hier: S. 11–15; Schaefer/Blohmke: *Sozialmedizin* (wie Anm. 17), S. 183.

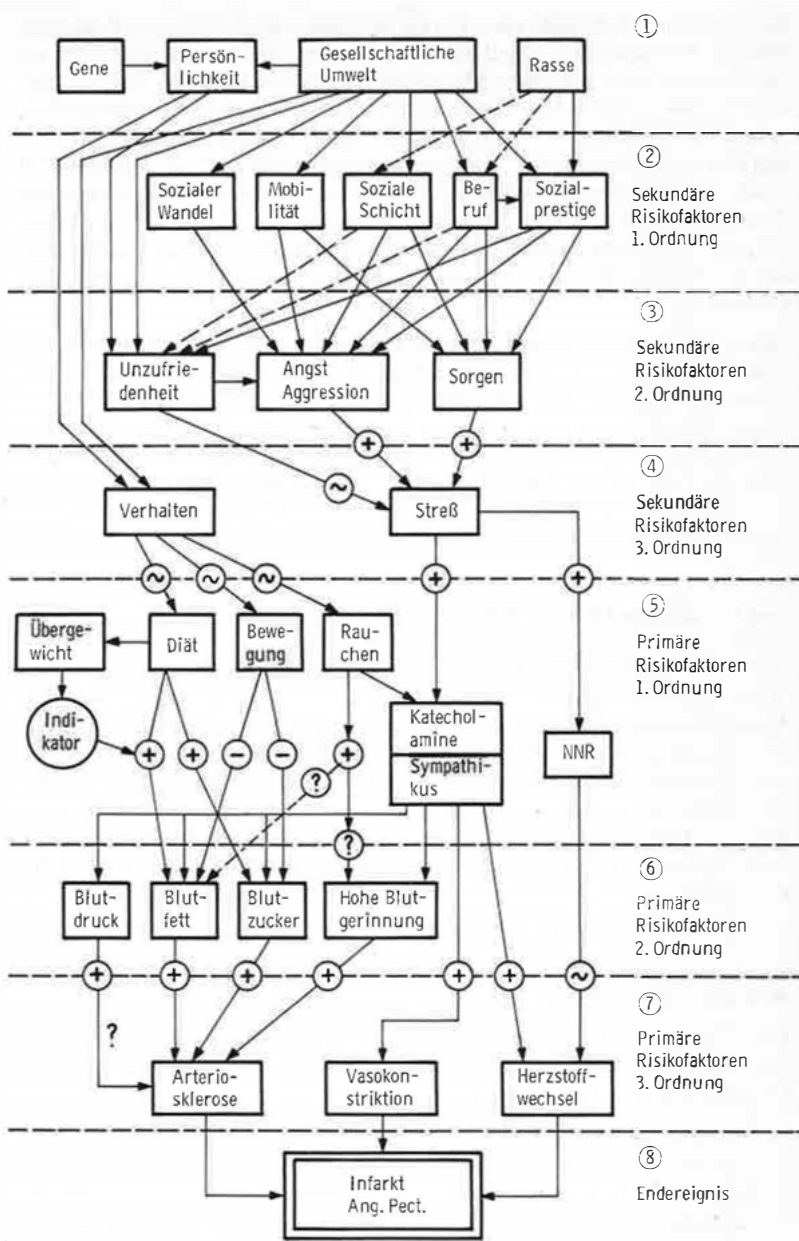


Abbildung 1: Risikofaktorenmodell der Sozialmedizin (1974); entnommen aus: Hans Schaefer/ Maria Blohmke: Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin. Stuttgart 1978, S. 195.

lieren und deren gesundheitspolitische Bedeutung zu analysieren. Zum Einsatz kamen Hochrechnungen, Ansätze der Kombinatorik, Umfragetechniken und generell einschlägige Planungsinstrumente.²⁵ Die Sozialmedizin wurde damit zu einer prognostischen Schlüsselkompetenz stilisiert, die für die sogenannte Gesundheitsplanung unabdingbar schien. „Wir werden entscheiden müssen, ob neue Entwicklungen angenommen werden sollen, die möglich aber auch ablehnbar sind, zugunsten anderer. Es gehört zu den absolut unreflektierten Gegenständen einer Gesundheitspolitik der Gegenwart, wie solche ‚Nomothesis‘ erlangt werden könnte. [...] Vielleicht liegt hier die wichtigste Aufgabe einer Sozialmedizin des kommenden Jahrhunderts.“²⁶

Das Risikofaktorenmodell war so breit angelegt, dass die Verantwortung zur Prävention bei verschiedenen Akteuren angesiedelt werden konnte. Die gesellschaftlichen Faktoren fielen eher in den Verantwortungsbereich von Staat und Politik, die verhaltens- und lebensstilbezogenen Faktoren eher in die individuelle Verantwortung. Obwohl die multifaktoriellen Modelle eine Vielzahl von Risikofaktoren ins Spiel brachten, blieb die öffentliche Wahrnehmung beschränkt und die Präventionsappelle richteten sich meist auf die Vermeidung von Stress, Alkohol, Tabak (Nikotin) und Fett, die für Herzinfarkt- und Krebsrisiken verantwortlich gemacht wurden. Diese Risiken symbolisierten in den 1960er- und 1970er-Jahren die Schattenseiten der expandierenden konsumgesellschaftlichen Lebensstile – in diesem Sinne war die Risikofaktorenmedizin auch eine versteckte Zivilisationskritik an der Ära des Nachkriegsbooms. Dadurch dass die verhaltens- und lebensstilbezogenen Faktoren in den Vordergrund rückten, beruhte das Vorsorgemodell primär auf individuellen Verantwortlichkeiten.²⁷ Die Präventionskampagnen, etwa auf betrieblicher Ebene, zielten auf gesundheitsorientierte Verhaltensweisen, indem sie die Arbeiterinnen und Arbeiter für eine gesunde Ernährung und sportliche Bewegung sensibilisierten.²⁸

²⁵ Schaefer/Blohmke: Sozialmedizin (wie Anm. 17), S. 486–503 (Kapitel 8: Gesundheitsplanung – Medizin von morgen); Hans Schaefer (Hg.): Die Medizin in der Gesellschaft von morgen. Stuttgart 1971; vgl. auch Hans Schaefer (Hg.): Folgen der Zivilisation. Therapie oder Untergang? Bericht der Studiengruppe „Zivilisationsfolgen“ der Vereinigung Deutscher Wissenschaftler. Frankfurt a. M. 1974.

²⁶ Schaefer/Blohmke: Sozialmedizin (wie Anm. 17), S. 486–503, Zitat: S. 503.

²⁷ Für eine zeitgenössische Kritik vgl. exemplarisch die Beiträge im Jahrbuch für Kritische Medizin 16 (1991) zum Schwerpunktthema „Das Risiko zu erkranken“. Vgl. auch Martin Lengwiler: Risikowahrnehmung und Zivilisationskritik: Kulturgeschichtliche Perspektiven auf das Gesundheitswesen der USA. In: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History 10 (2013) 3, S. 479–490, online zugänglich unter: <http://www.zeithistorische-forschungen.de/16126041-Lengwiler-3-2013> (letzter Zugriff am 4. 5. 2018).

²⁸ Zur Schweiz vgl. Niklaus Ingold/Flurin Condrau: Gesundheit am Arbeitsplatz. Betriebliche Fitness in den 1960er- und 1970er-Jahren. In: Brigitta Bernet/Jakob Tanner (Hg.): Ausser Betrieb. Metamorphosen der Arbeit in der Schweiz. Zürich 2015, S. 276–292. Vgl. allgemein Tobias Dietrich: Laufen nach dem Boom. Eine dreifache Konsumgeschichte? In: Anselm Doering-Manteuffel u. a. (Hg.): Vorgeschichte der Gegenwart. Dimensionen des Strukturbruchs nach dem Boom. Göttingen 2016, S. 352–370.

Medizin als Gesellschaftskritik: Der Ansatz der Sozialen Medizin

Der Ansatz der Sozialen Medizin verstand sich explizit als Gegenmodell zur Sozialmedizin und als gesellschaftskritische Disziplin, teilweise im Rückgriff auf die Weimarer Sozialhygiene Grotjahns. In den 1960er-Jahren formierte sich eine Gruppe von kritischen Medizinern, die im Zuge der 68er-Bewegung auf zunehmende Resonanz stieß und die sich hinter dem programmatischen Projekt der Sozialen Medizin versammelte. Mehrere wichtige Personen dieser Gruppe gehörten zum Herausgebergremium des „Jahrbuchs für Kritische Medizin“, so etwa die Mediziner Heinz-Harald Abholz und Dieter Borgers oder der Politikwissenschaftler Rolf Rosenbrock. Das 1976 begründete Jahrbuch erschien im linken Argument-Verlag und entwickelte sich schnell zum bevorzugten Sprachrohr der Vertreter der Sozialen Medizin. Die Kritik am Risikofaktorenmodell und an den Ansätzen der epidemiologischen Sozialmedizin nahm in dem Jahrbuch breiten Raum ein.²⁹ Auch neu gegründete Fachverbände wie etwa die „Deutsche Gesellschaft für medizinische Soziologie“ (1972) oder die gewerkschaftsnahe „Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Ärzte“ standen dem Fach ideell nahe.³⁰

Die Gründer der Sozialen Medizin orientierten sich nicht nur an den Traditionslinien der Sozialhygiene, die in die Weimarer Zeit zurückgingen und nach 1949 insbesondere in der DDR weitergeführt wurden, sondern auch an internationalen medizinischen Strömungen der Zeit. Prägend waren insbesondere das sich in den USA formierende Fach *Public Health*, die britische *Social Medicine* sowie die gewerkschaftsnahen Ansätze der italienischen Arbeitsmedizin, die in emanzipatorischer Absicht die Erfahrungen und Anliegen der Arbeiterinnen und Arbeiter aufnahm.³¹

Im Vergleich mit den physiologischen und epidemiologischen Modellen der Sozialmedizin war das sozialkritische Gegenprojekt breiter angelegt. Es war von einem interdisziplinären Selbstverständnis geleitet, das Ansätze der Psychotherapie, Psychosomatik, Arbeitsmedizin und verschiedener Sozialwissenschaften umfasste. Das fachliche Erkenntnisinteresse zielte primär auf die gesellschaftlichen – und nicht auf die physiologisch-organischen – Bedingungen von Krankheit. Nicht individuelle Verhaltenspraktiken, sondern die gesellschaftlichen Umstände beziehungsweise das kapitalistische Wirtschaftssystem entschieden letztlich darüber, wer gesund oder krank war. Die Vertreter der Sozialen Medizin sprachen in diesem Sinne von einem „sozialepidemiologischen“ Ansatz. Entsprechend zielten ihre Forderungen auch stärker auf gesundheitspolitische Verantwortungsträger in Staat und Gesellschaft – jedenfalls auf kollektive Akteure und nicht auf Individuen.³²

²⁹ Exemplarisch Dieter Borgers: Cholesterin: Das Scheitern eines Dogmas. Die mangelnde Effizienz einer individualmedizinischen Präventionsstrategie. Berlin 1993.

³⁰ Timmermann: Appropriating Risk Factors (wie Anm. 2), S. 169f.; Udo Schagen: Editorial. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 1 (1976), S. 1–6, hier: S. 3.

³¹ Zeitzeugenworkshop WZB (4. 4. 2008, vgl. Anm. 16), Voten von Rosenbrock, Trojan, Waller, Abholz. Zu den angelsächsischen Traditionen vgl. Porter: Social Medicine (wie Anm. 14).

³² Vgl. Jahrbuch für Kritische Medizin 1 (1976) bis 18 (1992), bes. Bd. 16 (1991), Themenschwerpunkt „Das Risiko zu erkranken“.

Die Risikofaktorenmedizin wurde dagegen als medikalisierender Ansatz abgelehnt, der allein aufgrund überschrittener statistischer Schwellenwerte (etwa eines Blutdruckwerts) ein pathologisches Risiko definierte – selbst wenn sich die betroffenen Individuen subjektiv gesund fühlten. Die Erfolgsversprechen der epidemiologischen Sozialmedizin wurden als unrealistisch und überzogen kritisiert.³³

Die Debatten innerhalb der Sozialen Medizin, zumindest wie sie sich im „Jahrbuch für Kritische Medizin“ spiegeln, lassen sich in drei Bereiche unterteilen. Erstens wurden auf *medizinischer Ebene* einerseits die kurativen Ansätze der allgemeinen Medizin kritisiert, andererseits die individualmedizinischen Zugänge der konkurrierenden Sozialmedizin und ihres Risikofaktorenansatzes. Generell wurden die gesellschaftlichen Bedingungen chronischer Krankheiten diskutiert, auch alternative Zugänge zu psychischen Pathologien, in Anlehnung an die zeitgenössische Psychiatriekritik und an psychoanalytische und psychohygienische Traditionen. Auch die Arbeitsmedizin war ein breit diskutierter Gegenstand. Ein weiteres Themenfeld betraf – zweitens – die *Gesundheitspolitik*: etwa die sozialen Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung, generell eine Kritik an bürokratischen Traditionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes („Amtsärzte-Medizin“) und der Krankenhausmedizin, das Verhältnis zwischen kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen sowie Reformanliegen im Bereich der medizinischen Ausbildung und der Approbationsordnung. Ab den 1980er-Jahren rückten zunehmend die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und die Kritik an Forderungen nach Rationalisierung und Ökonomisierung der medizinischen Versorgung in den Vordergrund. Drittens formulierte die Soziale Medizin allgemeine *gesellschaftskritische Positionen*: Kritik am Kapitalismus, an kapitalistischen Arbeitsverhältnissen sowie an den Folgen gesellschaftlicher Ungleichheit.³⁴

Die standespolitischen Auseinandersetzungen zwischen epidemiologischer Sozialmedizin und kritischer Sozialer Medizin waren oft heftig und polemisch, so etwa bei Berufungsverfahren oder in den Auseinandersetzungen um die Reform der Approbationsordnung. Die jeweiligen Fachgesellschaften verfolgten einen teilweise polarisierenden Kurs – bis hin zu verweigerten Mitgliedschaften für Exponenten des gegnerischen Lagers.³⁵ Die Schärfe der Konflikte rührte insbesondere von den ideologischen Gegensätzen des Kalten Krieges und den Polarisierungen im Rahmen der 68er-Bewegung her. Beispielhaft für diese Konflikte steht die gescheiterte Gründung eines Zentralinstituts für Soziale Medizin 1972 an der Freien Universität Berlin.³⁶ Das Kuratorium der Freien Universität beschloss 1970, ein

³³ Timmermann: *Appropriating Risk Factors* (wie Anm. 2), S. 169f.

³⁴ *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 1976 bis 1995; *Zeitzeugenworkshop WZB* (4. 4. 2008, vgl. Anm. 16), Voten von Trojan, Rosenbrock, Abholz; vgl. auch *Jahrbuch für Kritische Medizin* 9 (1983), Themenschwerpunkt „Arbeit, Frauen, Gesundheit“; *Jahrbuch für Kritische Medizin* 12 (1987), Themenschwerpunkt „Medizin, Moral und Markt“; Heinz-Harald Abholz u. a. (Hg.): *Risikofaktorenmedizin: Konzept und Kontroverse*. Berlin 1982.

³⁵ *Zeitzeugenworkshop WZB* (4. 4. 2008, vgl. Anm. 16), Voten von Waller, Abholz.

³⁶ Forsbach: *Die 68er* (wie Anm. 2), S. 117f.; *Zeitzeugenworkshop WZB* (4. 4. 2008, vgl. Anm. 16), Voten von Rosenbrock, Siegrist, Waller.

interdisziplinäres Institut für Soziale Medizin mit vier Professuren aufzubauen. Das ambitionierte, politisch links orientierte Projekt geriet jedoch in Schieflage. Formal wurde das Institut zwar 1972 gegründet, doch die geplanten Berufungen verliefen stockend. Dies lag an Kontroversen innerhalb der Berufungskommissionen – unter anderem zwischen reformorientierten und marxistischen Kommissionsmitgliedern – sowie an Konflikten zwischen der progressiven Universität und dem Berliner Senat, der letztverantwortlichen Behörde. Diese setzte zwei der vier beantragten Berufungen wegen politischer Vorbehalte nicht um. Das geplante Institut blieb damit Stückwerk. Aus dem interdisziplinären Zentralinstitut wurde schließlich ein bescheideneres Institut für Sozialmedizin, geleitet vom neu berufenen Alexander Schuller.³⁷

Auf standespolitischer Ebene konnten die pragmatischeren Vertreter der Sozialen Medizin einige Erfolge verbuchen. Die neue Approbationsordnung von 1970 nahm Anliegen der sozialmedizinischen Bewegungen auf, etwa durch stärkere Berücksichtigung der Arbeitsmedizin, der Sozialmedizin sowie neuerer Ansätze in der Psychiatrie (Psychosomatik und Psychotherapie) innerhalb des Medizinstudiums.³⁸ Auch das Verhältnis zwischen den Vertretern der Sozialen Medizin und den Gewerkschaften, die arbeitsmedizinisch aktiv waren, entwickelte sich produktiv. Der sogenannte Marburger Kongress von 1973 bildete schließlich eine Art Kristallisationspunkt der Bewegung. Die konkrete Idee für den Kongress stammte aus dem „Arbeitskreis Kritische Medizin“, den Hans-Ulrich Deppe, später Professor für Medizinische Soziologie in Frankfurt am Main, an der Universität Marburg gegründet hatte. Der Kongress fand Anfang 1973 statt und stand unter dem Thema „Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt“. Mit 1800 Teilnehmerinnen und Teilnehmern war er ein voller Erfolg. Diskutiert wurden gewerkschaftlich relevante Themen wie soziale Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung und den Gesundheitsverhältnissen der Bevölkerung, der Personalmangel im Gesundheitswesen (unter anderem im Kontext der „Krankenhausreform“), Fragen der Arbeitssicherheit und der Gesundheit am Arbeitsplatz sowie die Gesundheitspolitik des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB).³⁹

Die Geschichte der sozialmedizinischen Bewegungen ist allerdings breiter als die Antagonismen zwischen Sozialmedizin und Sozialer Medizin. Gleichsam in einer Vermittlerposition zwischen den beiden opponierenden Ansätzen stand die

³⁷ Zeitzeugenworkshop WZB (4. 4. 2008, vgl. Anm. 16), Voten von Rosenbrock, Abholz; vgl. auch Forsbach: Die 68er (wie Anm. 2), S. 117f.

³⁸ Zudem wurde die Praxisorientierung des Medizinstudiums durch Einführung eines Praxisjahres stärker gewichtet. Vgl. Zeitzeugenworkshop WZB (4. 4. 2008, vgl. Anm. 16), Votum von Siegrist; vgl. auch Annette Güntert u. a.: Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO), Bundesärzrzteordnung (BÄO). Köln 2003, S. 11–13, S. 17.

³⁹ Forsbach: Die 68er (wie Anm. 2), S. 115f.; Schagen: Editorial (wie Anm. 30), S. 3; Zeitzeugenworkshop WZB (4. 4. 2008, vgl. Anm. 16), Voten von Siegrist, Rosenbrock; Thomas Gerlinger: Geschichte der Soziologie von Gesundheit und Krankheit. In: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden 2016, S. 89–106, hier: S. 92f.

Medizinsoziologie. Ihr führender Kopf war, zumindest während der 1960er- und 1970er-Jahre, Manfred Pflanz (1923–1980). Pflanz hatte Psychologie und Medizin studiert, habilitierte sich in Psychosomatik und Innere Medizin und war seit 1967 Professor für Epidemiologie und Sozialmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Seine Arbeiten wurden sowohl von den Vertretern der Sozialmedizin wie jenen der Sozialen Medizin anerkannt. Hans Schaefer lobte ihn als Pionier;⁴⁰ und in der Sozialen Medizin fanden seine Bemühungen, die Medizinsoziologie im Fach Soziologie zu institutionalisieren, etwa im Rahmen der „Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie“, breite Unterstützung. Auch publizierte er im „Jahrbuch für Kritische Medizin“.⁴¹

Das Renommee von Pflanz beruhte insbesondere auf seiner bahnbrechenden, 1962 erschienenen Habilitationsschrift „Sozialer Wandel und Krankheit“.⁴² Darin entwirft er eine Programmatik für die medizinische Soziologie, im Schnittfeld zwischen Soziologie und Medizin. Pflanz interessierte sich für die soziale Dimension von Krankheit, insbesondere für die Wechselbeziehungen zwischen sozialem Wandel und vegetativen beziehungsweise chronischen Krankheiten. Seine Studie stützte sich einerseits auf eine breit angelegte Sekundäranalyse des internationalen Forschungsstandes, andererseits auf die Auswertung von Daten zu knapp 9500 Patientinnen und Patienten der medizinischen Poliklinik in Gießen. Pflanz korrelierte epidemiologische Daten zu den untersuchten Pathologien mit demografisch-soziologischen Daten der Patientinnen und Patienten (Geschlecht, Alter, Beruf, Schichtzugehörigkeit, Migrationshintergrund, Wohnregion). Dabei verwies er auf eine breite Palette von gesellschaftlichen Einflüssen auf vegetative und chronische Krankheiten, war jedoch zugleich um eine zurückhaltende Deutung bemüht, die insbesondere keine klaren Kausalitäten zwischen spezifischen sozialen Faktoren und Krankheiten unterstellte.⁴³

Aus soziologischer Sicht blieb die Medizinsoziologie allerdings ein marginales Feld. Zwar wurden Anfang der 1970er-Jahre verschiedene medizinsoziologische Lehrstühle geschaffen, darunter jene von Heidrun Kaupen-Haas in Hamburg oder Johann Jürgen Rohde in Hannover. Doch innerhalb der Soziologie fand das neue Fach kaum Unterstützung. Sein primärer Zweck lag darin, die Bedürfnisse im Medizinstudium nach medizinsoziologischen Fachexpertinnen und -experten zu befriedigen.⁴⁴

⁴⁰ Hans Schaefer: Vorwort. In: Manfred Pflanz: Sozialer Wandel und Krankheit. Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie. Göttingen 1986, S. III–V, hier: S. III f.

⁴¹ Vgl. beispielsweise Manfred Pflanz: Die sozialpolitische Lage des Arztes. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 2 (1977), S. 7–13.

⁴² Ders.: Sozialer Wandel und Krankheit. Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie. Stuttgart 1962.

⁴³ Ebd., S. 54–69.

⁴⁴ Zeitzeugenworkshop WZB (4. 4. 2008, vgl. Anm. 16), Voten von Siegrist, Waller; vgl. zu Pflanz auch die Kurzbiografie in: Udo Schagen/Sabine Schleiermacher (Hg.): 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland. Berlin 2005, online zugänglich unter: http://www.100-jahre-sozialmedizin.de/CD_Biographien.htm (letzter Zugriff am 4. 5. 2018).

Sozialmedizinische Konzepte auf internationaler Ebene

Abschließend soll noch ein Blick auf parallel verlaufende sozialmedizinische Debatten auf internationaler Ebene geworfen werden, nicht zuletzt, weil diese Ebene seit den 1980er-Jahren auch für die nationalstaatliche Gesundheitspolitik, etwa im Kontext der Gesundheitsförderung, zunehmend relevant wurde. Sozial- und präventivmedizinische Paradigmen gewannen auf internationaler Ebene vergleichsweise spät, erst ab den 1970er-Jahren, an Bedeutung. Dies zeigt sich exemplarisch an den gesundheitspolitischen Diskussionen in internationalen Organisationen, insbesondere im Rahmen des Völkerbunds und der WHO. Geprägt von den Erfahrungen des Ersten Weltkriegs beschäftigte sich das Gesundheitskomitee (*Health Committee*) des Völkerbunds in der Zwischenkriegszeit vor allem mit Fragen der Seuchenbekämpfung und der Unterernährung. Im Vordergrund standen bakteriologische und hygienische Zugänge.⁴⁵ Im Anschluss an den Zweiten Weltkrieg änderte sich dieser Fokus vorerst kaum. Auch die WHO, in Kooperation mit der UNRRA (*United Nations Relief and Rehabilitation Administration*), verfolgte in den Jahren des Wiederaufbaus klassisch epidemiologische Ansätze.⁴⁶ Später verschob sich das Interesse der WHO zunehmend in die Entwicklungsländer, in denen ebenfalls die Bekämpfung von Infektionskrankheiten und Unterernährung im Vordergrund stand.⁴⁷ Dieser Fokus prägte die WHO – zumindest auf globaler Ebene – noch bis in die 1980er-Jahre. Dies illustriert beispielsweise der sogenannte McKeown-Report von 1986/1988, der im Auftrag der WHO vom bekannten Epidemiologen Thomas McKeown verfasst wurde und primär für eine umfassendere Bekämpfung der Infektionskrankheiten in den Entwicklungsländern plädierte.⁴⁸

Die WHO war allerdings seit den 1950er-Jahren nicht nur global, sondern auch regional aktiv. Im Rahmen der Regionalisierungspolitik gewannen präventive Ansätze auch innerhalb der WHO zunehmend an Gewicht. Das Europabüro der WHO (*Regional Office for Europe*) wurde bereits 1951 gegründet, erhielt ein eigenes (vorerst sehr bescheidenes) Budget und verfolgte ein europaspezifisches Programm.⁴⁹ Zunächst beschäftigte sich das Büro mit den Herausforderungen des Wiederaufbaus, bald auch mit vergleichenden Politikanalysen über die staatlichen

⁴⁵ Dasselbe galt auch für dem Völkerbund nahestehende internationale medizinische Kongresse; Norman Howard-Jones: *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences 1851-1938*. Genf 1975; ders.: *La santé publique internationale entre les deux guerres. Les problèmes d'organisation*. Genf 1979. Vgl. auch Josep L. Barona: *The Problem of Nutrition. Experimental Science, Public Health and Economy in Europe, 1914-1945*. Brüssel 2010.

⁴⁶ Jessica Reinisch: *Internationalism in Relief. The Birth (and Death) of UNRRA*. In: *Past & Present, Supplement 6* (2011), S. 258-289; Jessica Reinisch/David Feldman (Hg.): *Post-war Reconstruction in Europe. International Perspectives, 1945-1949*. Oxford 2011.

⁴⁷ World Health Organization: *Research and the World Health Organization. A History of the Advisory Committee on Health Research 1959-1999*. Genf 2010, S. 44f.

⁴⁸ Ebd., S. 52-54.

⁴⁹ Leo A. Kaprio: *Forty Years of WHO in Europe. The Development of a Common Health Policy*. Genf 1991, S. 4f.

Gesundheitswesen in Europa. Die Arbeitsschwerpunkte der 1950er-Jahre lagen in den Bereichen „Umwelt und Gesundheit“ (unter anderem Wasserversorgung, Kanalisationswesen, Nahrungsmittelhygiene, Luftverschmutzung), der Malariaforschung (vor allem zu südeuropäischen Ländern) und der Psychohygiene („mental health“).⁵⁰ In den 1960er-Jahren kamen, auf Druck der Sowjetunion und der Ostblockländer, Fragen der Planung und Organisation des Gesundheitswesens hinzu.⁵¹

Die Vorsorge vor chronischen Krankheiten – *das* entscheidende Thema der Sozialmedizin – rückte seit Ende der 1950er-Jahre zunehmend ins Blickfeld des europäischen Regionalkomitees. Das Komitee nahm sich vor, die auf WHO-Ebene bislang vernachlässigte Forschung zu chronischen Krankheiten voranzutreiben und damit innerhalb der WHO eine Vorreiterrolle einzunehmen. Diese Politik fand auch seitens der WHO Unterstützung.⁵² In den 1960er-Jahren erklärte das Regionalfürsorgebüro die Forschung zur Vorsorge vor Herz-Kreislaufkrankheiten zu einem von drei Schwerpunkten (neben Untersuchungen zu psychiatrischen Einrichtungen und der Umwelthygiene). Dabei stützten sich das Büro und sein beratendes Komitee auf die einschlägigen zeitgenössischen Ansätze innerhalb der Sozialmedizin. Dieses Engagement wurde in den 1970er-Jahren noch intensiviert – unter anderem durch erhöhte finanzielle Unterstützung seitens der WHO. Gefördert wurden Forschungsprojekte des *European Committee on Medical Research*, etwa zur Prävention chronischer Krankheiten, zu präventiven Kontrolluntersuchungen und zu kardiovaskulären Krankheiten. Das Komitee setzte sich aus Professoren für Sozialmedizin und Epidemiologie aus verschiedenen europäischen Staaten zusammen.⁵³

In den 1970er- und 1980er-Jahren verstärkte die WHO diese Präventionspolitik weiter, wobei insbesondere die Idee der individuellen Verantwortlichkeit für die Vorsorge akzentuiert wurde. Angesichts des gebremsten Wirtschaftswachstums erhielt auch die Problematik knapper finanzieller Ressourcen zusätzliches Gewicht. Insbesondere für die Entwicklungsländer forderte die WHO eine Abkehr von einer teuren, nur beschränkt zugänglichen Spitalversorgung und eine Hinwendung zu einer kostengünstigeren, breiter verankerten Grundversorgung, etwa im Rahmen der „Health for all“-Resolution der World Health Assembly von 1977. Die internationale WHO-Konferenz in Alma Ata nahm sich 1978 dieser Postulate an und formulierte davon ausgehend eine vielbeachtete Deklaration zur primären Grundversorgung, die auch in Europa breit rezipiert wurde.⁵⁴

Insbesondere der Appell der WHO, für eine stärkere Kosteneffizienz und Sparsamkeit im Gesundheitswesen Sorge zu tragen, wurde vom europäischen WHO-Büro in ein Programm übersetzt, das einen gesundheitspolitischen Fokus auf Krankheitsprävention und Gesundheitsaufklärung setzte und das die Verantwor-

⁵⁰ Ebd., S. 12–18.

⁵¹ Ebd., S. 18–20.

⁵² Ebd., S. 21.

⁵³ Ebd., S. 29–31, S. 35–37; World Health Organization: *Research* (wie Anm. 47), S. 65f.

⁵⁴ Kaprio: *WHO in Europe* (wie Anm. 49), S. 55f.

tung des Individuums für die Prävention unterstrich – in Abgrenzung von den traditionellen kurativen Ansätzen.⁵⁵ Das Büro setzte 1980 ein Beratungsgremium (*Regional Health Development Advisory Council*, RHDAC) zur Umsetzung der Alma Ata-Deklaration ein. Deren Vorsitzender lancierte im gleichen Jahr ein Programm, das gesundheits- und präventionsorientierte Lebensstile zu fördern und einen breiteren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu sichern versprach. Unter dem Vorsitz von Brian Abel-Smith (1926–1996), einem einflussreichen britischen Gesundheitsökonom und Schüler von Richard Titmuss, definierte der RHDAC 1981 einen Aktionsplan, der sich an nationale Regierungsbehörden richtete und neben der Förderung gesunder Lebensstile (auf individueller und gesellschaftlicher Ebene) auch die Weiterführung klassischer Vorsorgeprogramme sowie einen breiten Zugang zur medizinischen Grundversorgung verlangte. Auch wenn diese Strategie weitgehend programmatisch blieb, war sie in den 1980er-Jahren gleichwohl einflussreich, indem sie etwa auf nationaler Ebene, unter anderem in der Bundesrepublik Deutschland, zur Legitimation entsprechender Initiativen – wie jener der Gesundheitstage – genutzt wurde.⁵⁶

Schluss

Wie hat sich die Verantwortlichkeit für präventives Gesundheitsverhalten zwischen individuellen, zivilgesellschaftlichen und staatlichen Akteuren im untersuchten Zeitraum verändert? Die Analyse der sozialmedizinischen Debatten in der Bundesrepublik der 1960er- und 1970er-Jahre zeigt, dass die Verantwortung für präventives Handeln zunehmend dem Individuum zugewiesen wurde. In den sozialhygienischen Traditionen des Wilhelminischen Zeitalters und der Weimarer Republik waren es häufig der Staat oder die Kommunen gewesen, denen die Verantwortung für die Gesundheitsvorsorge zukam. Dieses teils paternalistisch-konservative, teils sozialdemokratische Vorsorgemodell wurde nach dem Zweiten Weltkrieg zunehmend von individualisierenden Ansätzen, die gleichsam auf ein „präventives Selbst“ zielten, abgelöst. Die Sozialmedizin und ihr Risikofaktorenmodell setzten auf ein bewusstes individuelles Konsumverhalten und veränderte Lebensstile: weniger Alkohol- und Tabakkonsum sowie eine weniger cholesterinhaltige Ernährung. Das Gegenmodell zu diesem Ansatz, die Soziale Medizin, betonte dagegen die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Krankheitsauslöser. Die gesellschaftskritische Soziale Medizin erreichte allerdings im Vergleich zur individualisierenden Sozialmedizin nur eine geringere Breitenwirkung. In den 1970er- und 1980er-Jahren setzte sich diese Entwicklung angesichts des zunehmenden Drucks zur Ökonomisierung und Rationalisierung des Gesundheitswesens weiter

⁵⁵ Ebd., S. 59f.

⁵⁶ Ebd., S. 60–62; Rolf Rosenbrock: Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Berlin 1998, online zugänglich unter: <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/1998/p98-201.pdf> (letzter Zugriff am 4. 5. 2018); Zeitzeugenworkshop WZB (4. 4. 2008, vgl. Anm. 16), Votum von Trojan.

fort. Individuelle Prävention erhielt als vermeintlich kostengünstiges Vorsorgemodell nicht zuletzt aus wirtschaftlichen Gründen Auftrieb. Dasselbe galt zunehmend auch für zivilgesellschaftliche Formen der Vorsorge wie etwa die Organisationen der Gesundheitsbewegung der 1980er-Jahre. Allerdings blieb der Staat weiterhin aktiv – die verstärkte Individualisierung der Vorsorge führte nicht automatisch dazu, dass sich die staatlichen Akteure ganz in den Hintergrund zurückzogen.

Abstract

The chapter analyses the history of social medicine and related preventive approaches in the Federal Republic of Germany and on the international level in the 1960s and 1970s. At that period, preventive approaches played an increasing role in public health, a development mirrored by the rise of social medicine as a new discipline. The chapter discusses the development of social medicine in Western Germany, which was marked by two competing approaches: an individualistic approach based on the risk factor model and stressing individual responsibilities for prevention; and a critical approach stressing the social and political dimensions of prevention. The argument also reflects parallel debates on the international level, namely around the WHO's Regional Office for Europe.

Martin Dinges

Die späte Entdeckung der Männer als Adressaten der öffentlichen Gesundheitsfürsorge und -förderung in Deutschland

Im aktuellen Gesundheitsdiskurs werden die Männer durchgehend als defizitär beschrieben: Sie spüren angeblich ihren Körper und seine Signale nicht, interessieren sich nicht für ihre Gesundheit, gehen angeblich nicht oder viel zu spät zum Arzt und auch nicht zur Vorsorge. Es sei dahingestellt, inwieweit das überhaupt zutrifft.¹ In meinem Beitrag soll lediglich analysiert werden, wie dieser Diskurs und ein solches Verhalten entstanden sein könnten. Entsprechend dem Schwerpunkt dieses Bandes werden vorrangig die (frühere) öffentliche Gesundheitsfürsorge und die (heutige) öffentliche Gesundheitsförderung betrachtet.² Eine umfassendere Rekonstruktion der Entstehung des (männlichen) präventiven Selbst wäre durchaus möglich.³ Dass dazu weitere Bereiche wie die Arbeitsmedizin und andere Diskurse, wie etwa über Depression, Neurasthenie, Kriegsheimkehrer oder generell psychische Schwäche zu beachten wären, steht außer Frage.⁴ Auch

¹ Martin Dinges: Männer, die beratungsresistenten Gesundheitsidioten? In: *Blickpunkt der Mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit* 7 (2009) 1, S. 19–23, auch online zugänglich unter: <http://www.kup.at/kup/pdf/7681.pdf> (letzter Zugriff am 7. 5. 2018).

² Siehe dazu insgesamt Sigrid Stöckel/Ulla Walther (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland*. Weinheim 2002, bes. S. 274–299; Brigitte Ruckstuhl: *Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public-Health-Perspektive*. Weinheim 2011; Joseph Kuhn/Martin Heyn (Hg.): *Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst*. Bern 2015.

³ Martin Lengwiler/Jeannette Madarász: *Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik*. In: dies. (Hg.): *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*. Bielefeld 2010, S. 11–28.

⁴ Die Arbeitsmedizin befasst sich traditionell mit Krankheiten und Risiken, ihre Historiografen analysieren neuerdings allenfalls Subjektivierungsprozesse ohne Subjekte, allerdings nie kranke Subjekte. Gender spielt dort außerdem offenbar weiterhin keinerlei Rolle. Siehe dazu: Dietrich Milles/Rainer Müller (Hg.): *Berufsarbeit und Krankheit. Gewerbehygienische, historische, juristische und sozialepidemiologische Studien zu einem verdrängten sozialen Problem zwischen Arbeitnehmerschutz und Sozialversicherung*. Frankfurt a. M. 1985; Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Hg.): *Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland*. Bremerhaven 1984; Lars Bluma/Karsten Uhl (Hg.): *Kontrollierte Arbeit – disziplinierte Körper? Zur Sozial- und Kulturgeschichte der Industriearbeit im 19. und 20. Jahrhundert*. Bielefeld 2012. Als Beispiel für die in der Arbeitsmedizin völlig selbstverständliche Vorstellung von der schwachen Frau sei nur zitiert: Ernst Holstein: *Grundriss der Arbeitsmedizin*. Leipzig ³1958, S. 18: „daß die

in diesen Feldern wurden die gesundheitsrelevanten Aspekte von Männlichkeit bisher allenfalls am Rande beachtet, auch wenn man oft über Männer schrieb.⁵ Ich respektiere bei meinem chronologisch-systematischen Durchgang die Vorstellung der damaligen jeweiligen Zeitgenossen, dass ihre Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge und -förderung zweckdienlich seien.⁶ Deshalb ist eine retrospektive Bewertung der erwarteten gesundheitlichen Effekte von Inklusion beziehungsweise Exklusion der Männer nicht geboten. Normativ ist demgegenüber meine Annahme, dass derartige Maßnahmen in etwa gleichem Ausmaß den verschiedenen Teilen einer Gesellschaft zugutekommen sollten. Insbesondere sollten sie – unabhängig von Klasse oder Geschlecht – diejenigen erreichen, deren Gesundheitsstatus besonders schlecht und deren Exposition gegenüber Risiken besonders hoch ist.⁷ Ich werde zunächst die geschlechterspezifische Adressierung der Gesundheitsfürsorge aufgreifen, dann den Diskurs der Sozialhygieniker zur geschlechterspezifischen

Frau [...] durchschnittlich nur zu einer halben Kraftleistung gegenüber dem Manne fähig ist“. Es geht dann weiter mit den psychischen Rückwirkungen von Schwangerschaft, Wechseljahren etc. sowie mit der Feststellung, dass „im Allgemeinen [...] die Empfindlichkeit der Frau größer als beim Manne“ ist. Das wird in der fünften Auflage, Leipzig 1969, S. 25, dann zu „einer geringeren Kraftleistung“, allerdings bleiben die Angaben für das Heben von Gewichten gleich: Frauen heben nur die Hälfte. Der Rest des Textes ist wieder identisch. Eine Analyse der geschlechterspezifischen Adressierung von Männern in der Praxis der Arbeitsmedizin steht noch aus. Siehe aber Sebastian Knoll-Jung: Unfallursache Männlichkeit? – Geschlechterspezifische Aspekte bei Arbeitsunfallopfern zwischen Prävention und Folgenbewältigung in Kaiserreich und Weimarer Republik. In: *MedHist* 50 (2015), S. 66–95; ders.: Vom Maschinenschutz zur Unfallverhütungpropaganda – Paradigmenwechsel präventiver Praktiken in der Unfallversicherung zur Zeit der Weimarer Republik. In: Sylvelyn Hähner-Rombach (Hg.): *Geschichte der Prävention. Akteure, Praktiken, Instrumente*. Stuttgart 2015, S. 17–40. Zur Adressierung psychischer Probleme von Männern siehe Hans-Georg Hofer: *Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920)*. Wien 2004; siehe auch ders.: *Climacterium virile, Andropause, PADAM*. Zur Geschichte der männlichen Wechseljahre im 20. Jahrhundert. In: Martin Dinges (Hg.): *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000*. Stuttgart 2007, S. 123–138.

⁵ Siehe aber Heinz-Peter Schmiedebach: *The Public's View of Neurasthenia in Germany: Looking for a New Rhythm of Life*. In: Marijke Gijswijt-Hofstra/Roy Porter (Hg.): *Cultures of Neurasthenia*. Amsterdam/Atlanta 2001, S. 219–238; Svenja Goltermann: *Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Gewalterfahrungen im Zweiten Weltkrieg*. München 2009; Patrick Kury: *Der überforderte Mensch. Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout*. Frankfurt a. M. 2012, S. 51, S. 122–124, S. 128–140, S. 272–275; Martin Dinges: *Wandel der Herausforderungen an Männer und Männlichkeit in Deutschland seit 1930*. In: Lothar Weissbach/Matthias Stiehler (Hg.): *Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit*. Bern 2013, S. 31–62; Hähner-Rombach (Hg.): *Prävention (wie Anm. 4)*.

⁶ Zur Verkehrung dieser Begriffe in der NS-Zeit siehe weiter unten. Vgl. ansonsten Daniel Schäfer u. a. (Hg.): *Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft*. Stuttgart 2008.

⁷ Grundlegende Überlegungen zu einer sozial adäquaten und geschlechtergerechten Gesundheitsförderung bei Petra Kolip/Thomas Altgeld (Hg.): *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*. Weinheim 2006, S. 17–25; Bettina Schmidt/Petra Kolip (Hg.): *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit*. Weinheim 2007; Bettina Schmidt: *Eigenverantwortung haben immer die Anderen. Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen*. Bern 2008; Petra Kolip/Klaus Hurrelmann (Hg.): *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Bern ²2016.

Differenz in der Lebenserwartung analysieren und schließlich der rezenten Entstehung des Defizitdiskurses über das Gesundheitsverhalten der Männer nachgehen.

Adressaten von Gesundheitsfürsorge und -förderung vor 1918

Seit der Aufklärungsanthropologie galt „das Weib“ als das schwache, von seinem „Körper als Schicksal“ bestimmte Geschlecht. Dementsprechend wurden der Körper von Frauen und seine natürlichen Übergänge – Menstruation, Geburt, Menopause – medikalisiert. Ärzte und das entstehende „Gesundheitssystem“ orientierten sich vorrangig auf die weibliche Hälfte der Bevölkerung. Die Angebote der Geburtshilfe fungierten als Einstieg in die zunehmende (Über-)Versorgung der Frauen. Um 1800 verlangten die hochadeligen Gebärenden den männlichen Geburtshelfer als zusätzliche Sicherheit bei der Geburt, in der nächsten Generation bestellten ihn andere wohlhabende Damen, die Handwerkerstgattinnen folgten ab 1830.⁸ Männer wurden um 1860 zur Minderheit in den Arztpraxen, nachdem sie dort lange zahlenmäßig dominiert hatten.⁹ Frauen erhielten ebenfalls ab diesem Zeitpunkt und bis in die Gegenwart deutlich mehr Arzneimittel verschrieben als Männer.¹⁰ Die private Gesundheitsversorgung richtete sich ab Mitte des 19. Jahrhunderts also vorrangig auf Frauen.

Die ärztliche Gesundheitspropaganda adressierte seit 1800 bei geburtsverbundenen Risiken, Säuglingshygiene und später bei der Hygiene im Haushalt aus naheliegenden Gründen fast ausschließlich die Frauen. Gleichzeitig wurde so ein beachtlicher Teil der Verantwortung für die Gesundheit der in diesen Haushalten lebenden Familienmitglieder, darunter die Männer, an Frauen delegiert.

Dies folgte einer gewissen Selbstläufigkeit des anthropologisch fundierten Gesundheitsdiskurses, der den Frauen nicht nur die größere Anfälligkeit für Krankheit zuschrieb, sondern offenbar auch eine größere Autorität in Gesundheitsfragen. Hinzu kam ein Kompetenzzuwachs aus einem anderen Aufgabenfeld: Da Frauen die Zuständigkeit für Kleinkinder und für die Erziehung der Kinder im Allgemeinen immer ausschließlicher zugeschrieben und die Mutterrolle zu ihrer eigentlichen „Bestimmung“ erklärt wurde, war eine Kompetenzaufwertung für den familiären Gesundheitsbereich nur logisch. Hatten Väter bis ins beginnende 19. Jahrhundert auch bei der Erziehung von kleineren Kindern noch eine Rolle gespielt, so wurden sie nun immer mehr aus diesem Feld verdrängt.¹¹ Eine weitere interne Logik dieses

⁸ Hans-Christoph Seidel: Eine neue „Kultur des Gebärens“. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland. Stuttgart 1998.

⁹ Martin Dinges: Immer schon 60 % Frauen in den Arztpraxen? Zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes (1600–2000). In: ders. (Hg.): Männlichkeit (wie Anm. 4), S. 295–322.

¹⁰ Annika Hoffmann: Arzneimittelkonsum und Geschlecht. Eine historische Analyse zum 19. und 20. Jahrhundert. Stuttgart 2014.

¹¹ Pia Schmid: Vätertagebücher des ausgehenden 18. Jahrhunderts. In: Imbke Behnen/Jürgen Zinnecker (Hg.): Kinder. Kindheiten. Lebensgeschichte. Ein Handbuch. Seelze-Velber 2001,

Diskurses betraf die dichotomische Platzierung von Wissensbeständen: Was Frauen zugerechnet wurde, konnte und sollte nicht gleichzeitig auch Männern attestiert werden. Wenn Frauen als gesundheitskompetent galten, dann sprach das dafür, dass Männer es eher nicht waren.

Man kann sich fragen, welche Art von Gesundheitsfürsorge es überhaupt für Männer im 19. Jahrhundert gab. Drei Bereiche wären zu nennen: erstens der Arbeitsschutz, mit dem die Anzahl der Arbeitsunfälle reduziert werden sollte. Zweitens wurde der Bereich der Geschlechtskrankheiten in dem Moment für die Volksgesundheit wichtig, als die Erkrankungen durch promiskuitives Verhalten auch auf die Ehefrauen übertragen wurden und die Gesundheit des Nachwuchses belasteten. Außerdem beunruhigten sexuell übertragbare Krankheiten das Militär, weil durch sie die Wehrfähigkeit tangiert war. Schließlich ist drittens die „Branntweinpest“ zu nennen, die bürgerliche Öffentlichkeit, Armenbehörde und Arbeiterbewegung gemeinsam bekämpften. Männer waren also als Berufstätige, insbesondere als Arbeiter, und als Erzeuger von gesunden Kindern Ziel von Schutzmaßnahmen und Gesundheitskampagnen.

Sieht man sich die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsförderung genauer an, zeigt sich zunächst, dass viele Maßnahmen allgemein bevölkerungsbezogene Ziele verfolgten. Das galt insbesondere in der Konditionalhygiene Pettenkofer'scher Prägung, dann aber auch für die Bekämpfung der Infektionskrankheiten, für den Gesundheitsschutz sowie für die allgemeine Gesundheitsversorgung. Allerdings wurde etwa bei der Ausgestaltung der Hygienemaßnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten wie seit der Spätaufklärung vorrangig auf Frauen als Adressaten der „Gesundheitserziehung“ gesetzt, die für Reinlichkeit und Sauberkeit zum Beispiel in den Wohnungen sorgen sollten.¹² Ähnliches gilt für die spätere Sozialmedizin, bei Prävention und Gesundheitsförderung.¹³

Man kann das für die Zeit vor der Reichsgründung anhand der historischen Darstellung der „Gesundheitsverhältnisse einzelner Personenklassen“ plausibilisieren, die Alfons Fischer in seiner „Geschichte des deutschen Gesundheitswesens“ nennt. Mit 15 der insgesamt 30 Seiten betrifft die Hälfte dieses Kapitels Mütter und Säug-

S. 325–339, hier: S. 328. Männer sollten die Frauen allenfalls im Hintergrund bei der Erziehung anleiten – während Frauen übrigens die Väter als Drohpotenzial zur Bestrafung der Kinder mobilisierten. Gewalt delegierten und delegieren Mütter häufig – aber dafür brauchten und brauchen Männer keine Gesundheitskompetenz.

¹² Siehe etwa Ingo Tamm: Die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens an Beispielen aus Hannover und Linden (1850–1914). Ein Beitrag zur Urbanisierungsforschung. Tecklenburg 1992, S. 56–58. „Die Hausfrau als Garantin fast aller Hygiene“ zitiert Sabine Schleiermacher: Die Frau als Hausärztin und Mutter. Das Frauenbild in der Gesundheitsaufklärung. In: Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation. Hg. vom Deutschen Hygiene-Museum und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Marburg 1998, S. 48–58, hier: S. 49.

¹³ Alfred Grotjahn: Die hygienische Forderung. Der hygienische Mensch, die hygienische Familie, die hygienische Siedelung, das hygienische Volk. Königstein 1917, S. 133, S. 158, S. 178–185. Siehe auch ders.: Das Gesundheitsbuch der Frau. Mit besonderer Berücksichtigung des geschlechtlichen Lebens. Berlin ⁴1927.

linge. Es folgen sieben Seiten über Schulkinder. Dort heißt es, die Schulträger seien gefordert, für bessere Schulbauten zu sorgen. Der Gesetzgeber müsse entschiedener gegen Kinderarbeit vorgehen. Männer kommen mit fünf Seiten über Wehrpflichtige und Soldaten sowie fast ausschließlich auf den drei Seiten über Arbeiter vor.¹⁴ Dabei benennt Fischer die Erhaltung der Wehrkraft als zentrales Ziel der Gesundheitsfürsorge: „Die Anzahl militärtauglicher Jünglinge und gesunder Soldaten ist überdies der Prüfstein für den Stand der Kinderpflege, der Siedlungs- und Berufsverhältnisse, der medizinischen und hygienischen Wissenschaft, des Krankenhauswesens und der militärärztlichen Verwaltung.“¹⁵ Männer sollten vor allem als Soldaten, allenfalls noch als Arbeiter funktionieren.

Das gleiche Bild zeigt eine Analyse der personenbezogenen Maßnahmen in der maßgeblichen Publikation der preußischen Medizinalverwaltung für die Zeit kurz vor dem Ersten Weltkrieg.¹⁶ Von den 510 Seiten betrifft nur ein kleiner Teil (etwa 50 Seiten) direkt solche Interventionsziele.

Geschlechtergeschichtlich interessant ist die Unterscheidung zwischen den Adressaten der Maßnahmen und den Begünstigten: Weibliches oder männliches Fachpersonal (Hebammen beziehungsweise Lehrer) wird als Multiplikator angesprochen; bei der Prostitution werden nur die Dirnen, nie die Freier kontrolliert.¹⁷ Zur gesundheitsunschädlichen Unterbringung von Arbeitern wird an Unternehmer und Gutsbesitzer appelliert. Bei der Säuglings- und Kinderhygiene werden die Mütter angesprochen.¹⁸ Ansonsten zielt die Gesundheitsaufklärung auf Schüler oder die Gesamtbevölkerung. Nur bei der gewünschten Reduzierung des Alkoholkonsums sollen Männer durch den Fabrikausschank nichtalkoholischer Getränke indirekt auf den Weg gesundheitsförderlichen Verhaltens dirigiert werden. Demgegenüber sind Frauen als Gebärende, als Mütter und als Arbeiterinnen Ziel ge-

¹⁴ Alfons Fischer: *Geschichte des deutschen Gesundheitswesens*. 2 Bde. Berlin 1933, hier: Bd. 2, S. 523–553.

¹⁵ Ebd., S. 546.

¹⁶ Zu deren Geschichte siehe Alfons Labisch: *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt a. M. 1992, S. 156–163. Siehe auch zur spezifischen Nähe des Reichsgesundheitsamtes zum Militär Axel Cäsar Hüntelmann: *Hygiene im Namen des Staates. Das Reichsgesundheitsamt 1876–1933*. Göttingen 2008, S. 285–293.

¹⁷ Zu den Gründen siehe Lutz Sauerteig: *Moralismus versus Pragmatismus. Die Kontroverse um Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten zu Beginn des 20. Jahrhunderts im deutsch-englischen Vergleich*. In: Martin Dinges/Thomas Schlich (Hg.): *Neue Wege in der Seuchengeschichte*. Stuttgart 1995, S. 207–247.

¹⁸ Zu Personal und Klientel siehe Sigrid Stöckel: *Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Das Beispiel Berlins im Kaiserreich und in der Weimarer Republik*. Berlin 1996, S. 215–220; zum Aufbau der Schwangerenfürsorge ab 1917, ebd., S. 285f.; zum Ausbau in Berlin, ebd., S. 326f.; besonders profitierten die unehelichen Kinder, ebd., S. 364. Siehe zu den Umsetzungsproblemen z. B. bei der Säuglingshygiene Wolfgang Woelk: *Von der Säuglingsfürsorge zur Wohlfahrtspflege: Gesundheitsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet am Beispiel des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf*. In: Jörg Vögele/ders. (Hg.): *Stadt, Krankheit und Tod. Geschichte der städtischen Gesundheitsverhältnisse während der epidemiologischen Transition (vom 18. bis ins frühe 20. Jahrhundert)*. Berlin 2000, S. 339–359, bes. S. 350–352.

Bereich	Seiten	Hauptthemen	Maßnahme/ Seiten	Adressaten	Begünstigt
Krankheiten: Kindbettfieber	9	Todesfälle	Meldepflicht 1 Hebammen- kontrolle 2	Hebammen	Mütter
Syphilis, Prostitution	20	Prostitution	Dirnenkontrolle 12	Dirnen (!)	Männer, Frauen
Ortschafts- hygiene: Wohnungen	30	Arbeiter- wohnungen -quartiere, Schlafstellen Obdachl.-asyle	Neubau 5 Beanstandun- gen 2 Kontrolle 2 Kontrolle 3	Arbeitgeber Betreiber (Männer)	Männer, Familien
Nahrungs- mittel Missbrauch von Alkohol, (Äther, Tabak)	8	Säuferwahnsinn Alkoholismus	Merkblätter 2, Fürsorgestellen 2, Kaffeeküchen 2	Bevölkerung	Männer 7:1 mehr Männer
Kinderhygiene	32	Stillen	Milchküchen, -anstalten 4 Belehrungen 7	Mütter	Kinder
Schulhygiene	23	Bauten	Unterweisung 2	Lehrer	Schüler
Gewerbehyg. Wohlfahrt f. Arbeiter	18 4	Wohnungen gg. Alkoholis- mus Haushaltsfüh- rung	Wohnungsfürs. 2 Ausschank 1 Kochunterricht 1	Arbeitgeber Arbeiter Arbeiterin	Arbeiter + Fami- lien

Tabelle 1: Personenbezogene Maßnahmen; erstellt nach: Medizinal-Abteilung des Ministeriums des Inneren: Das Gesundheitswesen des Preussischen Staates im Jahre 1910. Berlin 1912.

sundheitserzieherischer Ansprache durch Ärzte, Hebammen, Fürsorgerinnen und Haushaltslehrerinnen. Begünstigt werden soll dadurch die Gesundheit aller – der Säuglinge, Kinder, Haushaltsangehörigen und der Arbeiter – sowie diejenige der Frauen selbst, nicht zuletzt auch indirekt durch die Senkung der Ansteckungsgefahr mit Geschlechtskrankheiten dank der Prostitutionskontrolle.

Wichtig für die gesellschaftliche Verankerung von Kompetenzzuschreibungen dürfte zudem das Personal sein, das Gesundheitsbotschaften verbreitete und die Gesundheitserziehung betrieb. Im öffentlichen Raum mögen vor allem die Ärzte wahrgenommen worden sein – von den in der Presse heroisierten Bakteriologen über die Mediziner in den Krankenhäusern bis hin zu den Ärzten in den Gesundheitsverwaltungen und den für immer mehr Versicherte relevant werdenden Kasenärzten und Hausärzten.¹⁹ Aber auch die Sichtbarkeit von Frauen in Gesund-

¹⁹ Männer wirkten auch dominant in der Krankenkassenselbstverwaltung: um 1900 war jedes fünfte Gewerkschaftsmitglied Vorstandsmitglied einer Krankenkasse; Labisch: Homo (wie Anm. 16), S.155.

heitsberufen stieg stetig an: Im Krankenhaus ging die Zahl der (männlichen) Pfleger im 19. Jahrhundert zurück, Krankenschwestern wurden der „Normalfall“. Deren Erklärungen verstanden die Patienten oft besser als die Äußerungen des Arztes. In der Säuglingspflege blieben die um 1900 circa 37 000 Hebammen wichtig, in der Säuglingsfürsorge übernahmen Schwestern die neuen Aufgaben.²⁰ Die Zahl allein dieser Fürsorgestellten wuchs innerhalb von nur zehn Jahren bis 1915 auf 1 000 an.²¹ In Gesundheitsvereinen wie dem „Deutschen Verein für Volkshygiene“ waren Frauen aus der Oberschicht keineswegs nur in der Führungsebene, sondern wie Frauen aus anderen Schichten auch in der praktischen Arbeit engagiert.²² Das Konzept der „geistigen Mütterlichkeit“ aus der bürgerlichen Frauenbewegung sollte eine besondere Befähigung aller Frauen für jede Art sozialer Arbeit begründen.²³ So galten Frauen auch ohne leibliche Mutterschaft als die idealen Fürsorgerinnen oder Kindergärtnerinnen. Tuberkuloseschwestern wirkten bereits 1905 in circa 1 000 Tuberkulosefürsorgestellten im Reich.²⁴ Nach der vom Arzt erstellten Diagnose betreuten sie die Kranken weiter und berieten die Familien. Fabrikpflegerinnen und Arbeiterinnenfürsorgerinnen sind ebenfalls zu nennen.²⁵ 1907 sollen im Gesundheitswesen 130 000 Frauen beschäftigt gewesen sein.²⁶

Demnach wurden also parallel zur Aufwertung der ärztlichen Kompetenz Frauen in vielen medizinischen Bereichen – von der Krankenpflege über die Fürsorge bis insbesondere zur Gesundheitserziehung – mit teilweise neu formulierten Kompetenzen zunehmend sichtbarer.²⁷ Dementsprechend müsste man anders als in der gängigen Geschichte des Verlusts von zugeschriebener Gesundheitskompetenz der Frauen durch den Aufstieg der Ärzte zumindest eine doppelte Neuverteilung von Kompetenzen beachten: Im Haushalt mag die medizinische Laienzuständigkeit durch die leichtere Erreichbarkeit von Hausärzten etwas reduziert worden sein, dafür wurden gleichzeitig Mutter- und Hausfrauenkompetenzen ge-

²⁰ Brigitte Kerchner: Beruf und Geschlecht. Frauenberufsverbände in Deutschland 1848–1908. Göttingen 1992, S. 86.

²¹ Gabriele Moser: „Im Interesse der Volksgesundheit ...“. Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte des deutschen Gesundheitswesens im 20. Jahrhundert. Frankfurt a. M. 2002, S. 54.

²² Labisch: Homo (wie Anm. 16), S. 162.

²³ Christoph Sachße: Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871–1929. Frankfurt a. M. 1986, S. 110–115; zu den Arbeitsfeldern der Freiwilligen, ebd., S. 120.

²⁴ Labisch: Homo (wie Anm. 16), S. 159; Moser: Sozialhygiene (wie Anm. 21), S. 55, gibt für 1911 320 Tuberkulosefürsorgestellten in Preußen an.

²⁵ Reichsausschuß für das Ärztliche Fortbildungswesen (Hg.): Gesundheitswesen und soziale Fürsorge im Deutschen Reich. Eine Sammlung von Ausarbeitungen und Leitsätzen für die von der Hygieneorganisation des Völkerbundes veranstaltete internationale Studienreise für ausländische Medizinalbeamte in Deutschland 1927. Berlin 1928, S. 441.

²⁶ Kerchner: Beruf (wie Anm. 20), S. 170; zu den Kindergärtnerinnen, die auch als Gesundheits-erzieherinnen wirkten, ebd., S. 130.

²⁷ Silke Fehlemann: Die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsfürsorge in der Weimarer Republik: Das Beispiel der Kinder und Jugendlichen. In: Wolfgang Woelk/Jörg Vögele (Hg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Berlin 2002, S. 67–91, hier: S. 76f.

sundheitsspezifisch aufgewertet. Im öffentlichen Raum dominierten zwar, vor allem symbolisch, die Ärzte, aber in der Gesundheitserziehung wirkten zumeist Frauen, nur anfangs überwiegend ehrenamtlich.²⁸ Die Entwicklung ihrer fachlichen Kompetenzen begann schon während der 1890er-Jahre. Mit der Professionalisierung der Gesundheitsfürsorge während der Weimarer Zeit rückte Fachlichkeit immer mehr in den Vordergrund.²⁹ Die Anzahl der 2 300 haupt-, neben- und ehrenamtlichen Fürsorgerinnen im kommunalen Gesundheitswesen überstieg 1931 diejenige der haupt-, neben- und ehrenamtlichen Ärzte in den städtischen Gesundheitsämtern, bei den hauptamtlichen Kräften war das Verhältnis 800 Frauen zu 300 Männern.³⁰ In der Perspektive einer Geschichte geschlechterspezifischer Kompetenzzuschreibungen greift meines Erachtens der Blick auf die Professionenhierarchie anhand der Formel „weibliche Sozialarbeit nach männlicher Weisung“ viel zu kurz.³¹

Parallel dazu verringerte sich außerdem die Zuschreibung pflegerischer Kompetenz an Männer.³² Gleichzeitig wurde das Feld der sozialen Arbeit immer stärker feminisiert. Das lässt sich gut an der Trinkerpflege illustrieren. Wie ihre zu 90 % männlichen Klienten waren auch die Pfleger zunächst fast ausschließlich Männer.³³ Die wenigen dort tätigen Frauen betreuten vorrangig die Familien der

²⁸ Sigrid Stöckel: Gesundheitsfürsorge – von der Armenpflege zur Profession. In: dies./Walther (Hg.): Prävention (wie Anm. 2), S. 65–77; zu Frauen in der Armenpflege Andrea Bergler: Von Armenpflegern und Fürsorgeschwestern. Kommunale Wohlfahrtspflege und Geschlechterpolitik in Berlin und Charlottenburg 1890 bis 1914. Stuttgart 2011, S. 164–190; zum Verhältnis zu den Klienten, ebd., S. 135–144. Siehe auch Claudia Brunner: Frauenarbeit im Männerstaat. Wohlfahrtspflegerinnen im Spannungsfeld kommunaler Sozialpolitik in München 1918 bis 1938. Pfaffenweiler 1994, S. 14: berufliche Vorbildung war teilweise Kranken- oder Säuglingspflegerin, siehe auch ebd., S. 31, S. 45–61; zur Bewertung von Krankheit und deren Verlauf als Verarmungsursache, ebd., S. 45f.; zum Schulgesundheitsdienst, ebd., S. 74–76.

²⁹ Sachße: Mütterlichkeit (wie Anm. 23), S. 120f., S. 138–140.

³⁰ Alfons Labisch/Florian Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland. 2 Bde. Düsseldorf 1985, hier: Bd. 2, S. 361. Bis 1930 waren in München nur Fürsorgerinnen tätig, im Reich waren 1933 89 % der Fürsorgerinnen Frauen; Annemone Christians: Amtsgewalt und Volksgesundheit. Das öffentliche Gesundheitswesen im nationalsozialistischen München. Göttingen 2013, S. 99.

³¹ Sachße: Mütterlichkeit (wie Anm. 23), S. 306–308. Eine andere Formulierung ist „weibliche Pflege“ und „männliche Medizin“; vgl. Claudia Bischoff: Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt a. M. 1984, S. 121–123; Stöckel: Gesundheitsfürsorge (wie Anm. 28), S. 71.

³² Bischoff: Frauen (wie Anm. 31), S. 128–133.

³³ Elke Hauschildt: Ein neuer Zweig in der Gesundheitsfürsorge in den 1920er Jahren: die Trinkerpflege. In: Woelk/Vögele (Hg.): Gesundheitspolitik (wie Anm. 27), S. 125–141, hier: S. 138. Das hing bei den Ehrenamtlichen mit ihrer Rekrutierung aus ehemaligen Trinkern zusammen; siehe Elke Hauschildt: „Auf den richtigen Weg zwingen ...“. Trinkerpflege 1922 bis 1945. Freiburg i. Br. 1995, S. 72, S. 56–63. Die Münchener Fürsorgerinnen boten auch Angriffsflächen als Frauen; vgl. Brunner: Frauenarbeit (wie Anm. 28), S. 91–113; ebd., S. 47: Erste männliche Wohlfahrtspfleger setzte man ab 1930 bei „schwer erziehbaren männlichen Jugendlichen, alleinstehenden Arbeitslosen und Kriegsbeschädigten, unverheirateten Trinkern und ‚Asozialen‘ und im Fall unterhaltssäumiger Väter und Ehemänner“ ein.

Trinker. Bereits 1912 gab es etwa halb so viele Trinkerfürsorgestellen wie Tuberkulosefürsorgestellen (158 zu 320) in Preußen. Mit der Kommunalisierung dieses Aufgabengebietes stieg die Zahl der Trinkerfürsorgestellen Mitte der 1920er-Jahre schnell auf 450 im Reich an.³⁴ Das Thema „Alkoholismus“ kam aber nur langsam in die Lehrpläne der Ausbildungsstätten für Fürsorgerinnen. Spezielle Schulen für männliche Fürsorger wurden erst in der zweiten Hälfte der 1920er-Jahre gegründet – bis 1930 waren es erst sechs. Männliches Geschlecht konnte sich hier also als spezifisches Professionalisierungshindernis erweisen, weil zumindest ideologisch „soziale Arbeit“ immer noch als „soziale Mütterlichkeit“ stilisiert wurde.³⁵

Für die Frage, warum die öffentliche Gesundheitsförderung die Männer so spät als Adressaten entdeckte, ist es hier nicht notwendig, die weiteren Entwicklungen der Familienfürsorge, der Frauen im Arztberuf, der Arbeitsmedizin, der Schulärztinnen und dann der spezifischen Umkehrung aller Ziele der Sozialhygiene zur Rassenhygiene während der NS-Zeit zu verfolgen.³⁶ Stattdessen möchte ich eine eher wissenschaftliche Perspektive aufgreifen. Bisher habe ich nämlich ein weiteres Aufgabengebiet der öffentlichen Gesundheitsförderung, „Gesundheitsstatistik und Epidemiologie“, noch nicht beachtet. Meine These dazu ist, dass die vollständige Geschlechterblindheit der Sozialmediziner die entscheidende Rolle dafür spielte, dass Männer als Adressaten übersehen wurden.

Genderspezifische Unterschiede in der Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei der Geburt gilt als wichtigster Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Bekanntlich stieg diese bereits nach der Mitte des 19. Jahrhunderts an. Allerdings gab es dabei erhebliche geschlechterspezifische Unterschiede. Von einem etwa gleich niedrigen Ausgangsniveau im Jahr 1850 an betrachtet, stieg die Lebenserwartung der Frauen bis 1980 schneller als diejenige der Männer. Es ist hier nicht der Ort, die unterschiedlichen Gründe zu analysieren.³⁷ Wichtig ist nur, dass spätestens ab 1880 sehr sichtbar wurde, dass der Unterschied bestand und wuchs, wie Tabelle 2 zeigt.

³⁴ Hauschildt: *Zweig* (wie Anm. 33), S. 134, S. 138.

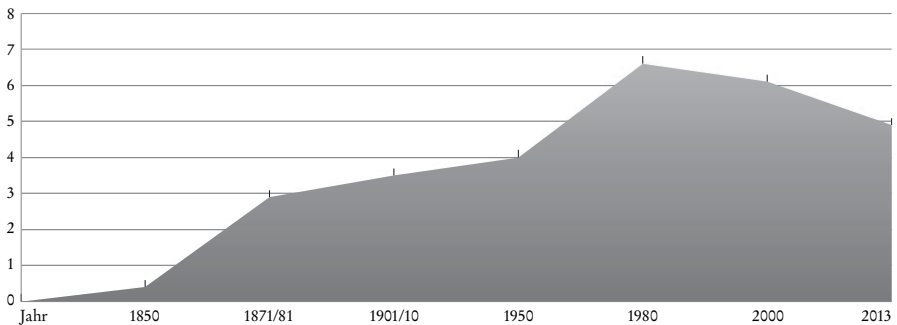
³⁵ Sachße: *Mütterlichkeit* (wie Anm. 23), S. 299–304, S. 310. Zu heutigen spezifischen Problemen von Professionalisierung des ganzen Feldes durch Nichtthematisierung von Gender siehe Mechtild Bereswill/Gerd Stecklina (Hg.): *Geschlechterperspektiven für die Soziale Arbeit. Zum Spannungsverhältnis von Frauenbewegungen und Professionalisierungsprozessen*. Weinheim 2010.

³⁶ Dazu allgemein Robert Jütte: *Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung*. Göttingen 2011; Christians: *Amtsgewalt* (wie Anm. 30), S. 98, S. 103, S. 106, S. 119–121, S. 131; Florian Wimmer: *Die völkische Ordnung von Armut. Kommunale Sozialpolitik im nationalsozialistischen München*. Göttingen 2014, S. 104–114. Zu Frauen im Arztberuf und Schulärztinnen siehe Schleiermacher: *Frau* (wie Anm. 12), S. 50–55; Eva Brinkschulte (Hg.): *Weibliche Ärzte. Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland*. Berlin 1995.

³⁷ Siehe dazu Martin Dinges/Andreas Weigl: *Gender Gap Similarities and Differences in Europe*. In: dies. (Hg.): *Gender-Specific Life Expectancy in Europe (1850–2010)*. Stuttgart 2016, S. 187–216.

Jahr	Männer	Frauen	längere Lebenserwartung der Frauen
1850	39,6	40,0	fast halbes Jahr (0,4)
1871/81	35,6	38,5	fast drei Jahre (2,9)
1901/10	44,8	48,3	dreieinhalb Jahre
1950	64,0	68,0	vier Jahre
1980	69,6	76,2	über sechseinhalb Jahre (6,6)
2000	75,0	81,1	über 6 Jahre (6,1)
2013	78,0	82,9	fast fünf Jahre (4,9)

Tabelle 2: Lebenserwartung in Deutschland bei der Geburt (Deutschland, in Jahren)³⁸



Grafik 1: Zusätzliche Lebenserwartung der Frauen

Nun könnte man etwas zynisch fragen: Wen interessierte schon die Langlebigkeit der Männer? Es kam auf möglichst viele gesunde Geborene an, denn man brauchte Soldaten, Arbeiter und Steuerzahler. Deshalb waren Geburts- und Säuglingshygiene wichtig. Aber vielleicht führt der exemplarische Blick in Standardwerke der Hygieniker weiter.

Carl Flüggés „Grundriß der Hygiene“ wurde seit 1889 veröffentlicht und in erweiterten Auflagen bis 1921, dann ab 1927 von Bruno Heymann und später von Eduard Boecker bis 1940 weitergeführt.³⁹ Carl Flügge (1847–1923) war seit 1881

³⁸ Marc Luy: Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Daten zu Trends und Unterschieden, <http://www.lebenserwartung.info/index-Dateien/ledeu.htm> (letzter Zugriff am 8. 5. 2018) (Periodenberechnungen); 1991 bis 1993 wirkte sich der Höhepunkt der Übersterblichkeit der Männer im Osten nach der Wiedervereinigung auf das Gesamtdifferenzial (1992: 72,6 zu 79,2) noch einmal aus, sodass der Höhepunkt von 6,55 (1980) sogar kurzfristig überschritten wurde (1992: 6,59) und der langsame Rückgang des Differenzials während der 1980er-Jahre aufgehalten wurde; <http://www.lebenserwartung.info/index-Dateien/geschdiff.htm> (letzter Zugriff am 8. 5. 2018).

³⁹ Carl Flügge: Grundriß der Hygiene für Studierende und praktische Ärzte, Medizinal- und Verwaltungsbeamte. Leipzig ⁶1908; ders./Bruno Heymann [Bearb.]: Carl Flüggés Grundriß der Hygiene für Studierende und praktische Ärzte, Medizinal- und Verwaltungsbeamte. Berlin ¹⁰1927.

Direktor des ersten unabhängigen Hygieneinstitutes in Preußen an der Universität Göttingen, hatte 1887 den Lehrstuhl in Breslau und erhielt 1909 einen Ruf an die Charité in Berlin. Er kann als repräsentativ für den Mainstream der deutschen Hygieneforschung gelten. Das Jahr 1900 ist ein guter Startpunkt, da damals der Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung und seine Zunahme in der Statistik bereits sehr deutlich abgebildet wurden. So präsentiert Flügge in der sechsten Auflage des Buches von 1908 eine Tabelle mit den unterschiedlichen Lebenserwartungen von Männern und Frauen in verschiedenen Lebensaltern.⁴⁰ Sie zeigen große Unterschiede, die ihm aber kein kommentierendes Wort wert sind. Stattdessen äußert er sich über die von Dekade zu Dekade wachsende Lebenserwartung. Auch kommentiert er die unterschiedlichen Auswirkungen des Wohnumfeldes auf die Gesundheit. In der Auflage von 1927 werden schichtspezifische Angaben zur Lebenserwartung vertieft, und er verweist dabei erneut auf die Wohnungsausstattung.⁴¹ Die Lebenserwartung wird schichtspezifisch gedeutet, weil sie in der Oberschicht am höchsten ist. Trotzdem sind interessante genderspezifische Effekte sichtbar: Die Nachteile für Jungen und erwachsene Männer sind am stärksten in der untersten Schicht und – erstaunlicherweise – in der Oberschicht, in der Mittelschicht aber nicht sichtbar. Heymann als Herausgeber dieser Neuauflage des „Grundriß“ erachtet auch diese irritierenden Befunde keines Kommentars für würdig. Der Blick dieser Mediziner ist einseitig auf den medizinischen Fortschritt und nur recht oberflächlich auf Klasseneffekte gerichtet.

Alfons Fischer, ein anderer führender Hygieniker, publizierte 1913 einen „Grundriss der sozialen Hygiene“.⁴² Schon in seinem Vorwort⁴³ und dann wieder in der Einführung⁴⁴ unterstreicht er die Bedeutung der Statistik als grundlegendes Werkzeug der Epidemiologie. Er notiert immerhin den genderspezifischen Unterschied in der Lebenserwartung im Deutschen Reich (mit Daten für 1909), geht aber sofort darüber hinweg, um auf die regionalen Unterschiede einzugehen: Danach war der Nachteil der männlichen Bevölkerung am höchsten in Hamburg und Lübeck, am geringsten im ländlichen Waldeck und Hohenzollern.⁴⁵ Er versucht die Unterschiede also mit den Wohnorten, nicht mit der Lebensweise oder den beruflichen Expositionen der Männer zu erklären. Danach betont er wieder die Fortschritte der letzten Jahrzehnte.⁴⁶ Seine Tabelle zeigt den Vorteil der Frauen, der seit Beginn seiner Beobachtungsperiode 1871 bestand und von weniger als drei Jahren auf über dreieinhalb Jahre wuchs⁴⁷ – also ein Zugewinn von über einem

⁴⁰ Flügge: Grundriß (wie Anm. 39), S. 2–4.

⁴¹ Flügge/Heymann: Flügge's Grundriß (wie Anm. 39), S. 1–3.

⁴² Alfons Fischer: Grundriss der sozialen Hygiene. Für Mediziner, Nationalökonomien, Verwaltungsbeamte und Sozialreformer. Berlin 1913; Alfons Fischer: Grundriss der sozialen Hygiene. Karlsruhe 1925.

⁴³ Fischer: Grundriss, 1913 (wie Anm. 42), S. VI.

⁴⁴ Ebd., S. 8.

⁴⁵ Ebd., S. 41.

⁴⁶ Ebd., S. 42–44.

⁴⁷ Ebd., S. 43.

halben Jahr in einer Generation! Dies ist ihm kein Wort wert. Der einzige Kommentar betrifft die ökonomischen Wirkungen einer wachsenden Bevölkerung und die im Vergleich zu Schweden relativ schlechten deutschen Werte – aber nichts zum *gender gap*.

Im Folgenden kalkuliert er die „produktiven Jahre“ der Männer zwischen 15 und 60 Jahren: Der Mann erreiche im Durchschnitt in Deutschland 37,92 von den möglichen 45 „produktiven“ Jahren – demnach beträgt der geschätzte Verlust 7,08 Jahre, was vergleichbar mit anderen europäischen Staaten sei. In lediglich einem Satz am Ende des Abschnitts berechnet er für Frauen die mit einem halben bis zu einem Dreivierteljahr etwas höheren Werte.⁴⁸ Aber auch dieses bessere Ergebnis für Frauen interessiert den Autor nicht, denn er betont nur die möglichen Produktivitätsgewinne durch eine höhere Lebenserwartung für Männer. Weiter werden die Auswirkungen in unterschiedlichen Altersgruppen, Wohnverhältnissen, Einkommen und Berufen auf die Sterblichkeit referiert.⁴⁹ Die genderspezifischen Effekte von Migration auf die Zusammensetzung der Bevölkerung sind das folgende Thema.

Im Ergebnis kann man feststellen, dass diese Autoren hinsichtlich des *gender gaps* blind sind. Sie stellen ihn fest und kommen dann auf die ihnen eigentlich wichtigen Themen des medizinischen Fortschritts, der Effekte der Sozialschicht auf den Gesundheitsstatus und der Bevölkerungsökonomie. Ein Fortschritt in der Lebenserwartung der Männer ist nur als Faktor in der ökonomischen Konkurrenz zwischen Nationen relevant – einer akuten Besorgnis am Vorabend des Ersten Weltkrieges.⁵⁰ Frauen – und ihre höhere Anzahl ökonomisch produktiver Jahre – sind in dieser Konfrontation nicht weiter beachtlich. Männer interessieren nicht als – gesunde oder kranke – Subjekte, sondern nur als Humankapital.

Grundsätzlich ändert sich das auch nicht in der Neuauflage des „Grundriss der Sozialen Hygiene“ von 1925. Fischer präsentiert zwar eine sehr anschauliche Grafik, die die höhere Sterblichkeit der Männer in allen Altersgruppen seit 1908/1913 mit Ausnahme der 5- bis 30-Jährigen zeigt.⁵¹ Erneut stellt er die höhere Sterblichkeit zwar fest, kommentiert sie aber mit keinem Wort. Zwei Seiten weiter konzediert er mit Bezug auf seine Tafel 14, dass man von den Sterblichkeiten auf „eine gesundheitliche Überlegenheit des weiblichen Geschlechts in allen Altersklassen“ schließen könne.⁵²

Aber schon im nächsten Satz wird dagegen betont, dass das männliche Geschlecht in manchen Altersgruppen bessere Werte aufweise. Wie zu erwarten, bezieht Fischer sich dabei auf die Dekade, in der bei Frauen die höchste Wahrscheinlichkeit besteht, an Risiken, die mit der Schwangerschaft und dem Kindbett verbunden sind, zu sterben (25 bis 35 Jahre). Seinen eigenen Befund wertet er dann aber noch dadurch ab, dass er darauf hinweist, dass dies seit den 1830er-Jahren gut bekannt

⁴⁸ Ebd., S. 44.

⁴⁹ Ebd., S. 45–49.

⁵⁰ Ebd., S. 59; Christiane Dienel: Kinderzahl und Staatsräson. Empfängnisverhütung und Bevölkerungspolitik in Deutschland und Frankreich bis 1918. Münster 1995.

⁵¹ Fischer: Grundriss, 1925 (wie Anm. 42), S. 56–61.

⁵² Ebd., S. 58.

Tafel 14.
1000facher Wert der Sterbenswahrscheinlichkeit
in Deutschland.

Alter in Jahren	1910/11	1901/10	1910/11	1901/10
	Männliches Geschlecht		Weibliches Geschlecht	
0	181,45	202,34	153,05	170,48
5	4,40	5,28	4,33	5,31
10	2,18	2,44	2,20	2,56
15	2,70	2,77	2,82	3,02
20	4,66	5,04	3,87	4,22
25	4,72	5,18	4,99	5,37
30	5,05	5,56	5,64	5,97
35	6,14	6,97	6,57	6,86
40	8,23	9,22	7,08	7,71
45	11,01	12,44	7,94	8,54
50	15,40	16,93	10,81	11,26
55	21,65	23,57	15,32	16,19
60	31,20	32,60	24,11	24,73
65	46,33	47,06	38,54	39,60
70	68,75	69,36	61,93	62,06
75	109,28	106,40	98,34	98,31
80	160,57	157,87	151,41	146,50
85	235,89	231,60	218,62	217,39
90	327,21	320,02	302,38	295,66

(Nach Stat. d. D. Reichs Bd. 275.)

Abbildung 1: Tafel 14 von Fischer; die drei Zeilen, die zu der Erwartung männlicher Überlegenheit passen, werden durch Leerzeilen hervorgehoben; Alfons Fischer: Grundriss der sozialen Hygiene. Karlsruhe 1925, S. 59.

sei.⁵³ Trotzdem hebt er diese Altersgruppe in seiner Tabelle hervor, um die angebliche Schwäche des weiblichen Geschlechts deutlicher sichtbar zu machen. Offenbar fühlt sich der Autor zumindest nach dem Ersten Weltkrieg – und während Frauenemanzipationsbewegungen ihre Stimme erheben – veranlasst, explizit den irritierenden Gedanken zurückzuweisen, dass der weibliche Körper besser für ein längeres Leben ausgestattet und sogar gesünder als der männliche sein könnte. Entwickelten sich diese ersten Ansätze zu neuer Erkenntnis nun weiter – vielleicht nach dem Zweiten Weltkrieg? Immerhin hatte 1930 ein Fachmann in der von Grotjahn herausgegebenen, also sehr sichtbaren Publikation zu „Ergebnisse[n]

⁵³ Seit dem Sozialstatistiker Adolphe Quételet (1796–1874); ebd., S. 59.

der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge“ statistisch genau belegt, wie eng die männliche Übersterblichkeit mit dem Alkoholkonsum zusammenhing.⁵⁴

Der Diskurs zur geschlechterspezifischen Lebenserwartung nach dem Zweiten Weltkrieg

1953 wurde ein neues Handbuch der Sozialhygiene von dem Österreicher Alfred Fischer und seinem Co-Autor Ludwig Popper (1904–1984) publiziert. Nun bieten die Tabellen zur Sterblichkeit im Deutschen Reich den Überblick über ein halbes Jahrhundert von 1880 bis 1931. Für all diese Dekaden zeigen sie einen Vorsprung der Frauen von zweieinhalb bis dreieinhalb zusätzlichen Lebensjahren (1900). Die Autoren notieren nunmehr den Dreijahres-Vorsprung der Frauen schlicht als Faktum und wenden sich dann vertieft den Schichteffekten zu.⁵⁵ Man findet keinerlei weitergehende Reflexion mehr wie ansatzweise bei Fischer im Jahre 1925.

Wurden in der DDR mit ihren erklärtermaßen emanzipatorischen Zielen genderspezifische Unterschiede besser beachtet? Tatsächlich wurde 1953 ein neues Lehrbuch der Sozialen Hygiene veröffentlicht. Die renommierten Autoren Alfred Beyer (1885–1961) und Kurt Winter (1910–1987) – der eine damaliger, der andere späterer Leiter des Instituts für Sozialhygiene an der Humboldt-Universität Berlin – ordnen das gesamte Material im Hinblick auf die Verwirklichung des sozialistischen Staates neu.⁵⁶ Mortalität wird im Zusammenhang mit methodologischen Bemerkungen zum Gebrauch/Nutzen von medizinischen Statistiken abgehandelt. Eine Grafik zur Entwicklung der Säuglingssterblichkeit wird einfach abgedruckt – ohne auch nur die offensichtliche Geschlechterdifferenz anzumerken.⁵⁷ Stattdessen betont der Text den Beitrag bestimmter Krankheiten zur Sterblichkeit und die mögliche Senkung der Sterblichkeit durch Verbesserungen in der Versorgung. Auf Seite 351 zeigt eine Tabelle den ziemlich konstanten Unterschied in der Lebenserwartung

⁵⁴ Bandel gewichtet sehr differenziert (städtische) Wohnweise, Arbeitsweise und Lebensweise mit dem Ziel, den Alkoholkonsum der Männer als wesentlichen Grund für die Übersterblichkeit herauszustellen; Rudolf Bandel: Die spezifische Männersterblichkeit als Maßstab der Alkoholsterblichkeit, dargestellt an der Sterblichkeitsstatistik Preußens von den Anfängen der Statistik bis zur Gegenwart. In: Alfred Grotjahn u. a. (Hg.): Ergebnisse der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge. 2 Bde. Leipzig 1929/1930, hier: Bd. 2, S. 424–492, bes. S. 427, S. 446–448.

⁵⁵ Alfred Fischer/Ludwig Popper: Sozialmedizinische Praxis. Düsseldorf/Wien 1953, S. 53: „Die durchschnittliche Lebensdauer der Frauen ist 3 Jahre höher als die der Männer.“

⁵⁶ Alfred Beyer/Kurt Winter: Lehrbuch der Sozialen Hygiene. Berlin 1953. Der Arzt Alfred Beyer war ab 1919 im Preußischen Gesundheitsministerium tätig, wurde 1933 entlassen, 1945 dann Abteilungsleiter Soziale Medizin, ab 1946 zweiter Vizepräsident der Deutschen Zentralverwaltung für Gesundheitswesen, 1947 erhielt er den Lehrstuhl für Sozialhygiene und wurde Direktor des gleichnamigen Instituts an der Berliner Universität. Der Arzt Kurt Winter musste nach Schweden emigrieren, wurde 1947 Leiter des Landesgesundheitsamtes Brandenburg, 1948 Vizepräsident der Deutschen Zentralverwaltung für Gesundheitswesen, 1956 Direktor des Instituts für Sozialhygiene an der Humboldt-Universität Berlin, 1967–1979 Rektor der Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR.

⁵⁷ Ebd., S. 344.

von Männern und Frauen von zwei bis drei Jahren zwischen 1870 und 1933/1935. In der Folge öffnet sich die Schere dann auf bis zu sechs Jahre für 1946/1947. Die Autoren verlieren kein Wort über diesen kontinuierlichen Anstieg des Vorteils der Frauen – verwenden aber eine Menge Raum auf die Darstellung der langfristigen Erhöhung der Lebenserwartung, die als Ergebnis eines alles überstrahlenden medizinischen Fortschritts dargestellt wird. Der *gender gap* wird noch nicht einmal zum Thema, sondern schlicht als Faktum akzeptiert. Das setzt sich ungebrochen fort, zum Beispiel bis in die vierte Auflage des Lehrbuchs aus dem Jahr 1967.⁵⁸

Vor dem Hintergrund, dass die Ärzte den Vorsprung der Frauen als fragloses Faktum darstellten, ist es nicht erstaunlich, dass eine „westdeutsche“ Einführung in die Bevölkerungsstatistik im Jahr 1962 die männliche Übersterblichkeit schlicht als „in erster Linie biologisch bedingt“ erklärt – ohne weitere Diskussion.⁵⁹ Zusammenfassend können wir feststellen, dass die in den 1920er-Jahren aufkeimende Ansicht, dass der Vorteil der Frauen bei der Lebenserwartung mit ihrer Physis oder ihrem Gesundheitsverhalten zusammenhängen könnte, nicht zu weiterem Nachdenken angeregt hat. Eine bewusste Revision des Bildes vom weiblichen als dem schwächeren Geschlecht lag offenbar außerhalb des Denkhorizonts. Stattdessen wird lediglich eine biologische Differenz konstatiert.

Erst in den 1950er-Jahren betrachteten englische und amerikanische Forscher den *gender gap* anders. Nun wurden spezifischere Faktoren wie der Zivilstatus für die Sterblichkeitsrisiken mit beachtet. Der Befund war, dass verheiratete Frauen die höchste Lebenserwartung vor verheirateten und dann unverheirateten Männern hatten. Das war auch schon früher beobachtet worden, erhielt nun aber einen prominenteren Platz in den Handbüchern.⁶⁰ Aber auch hier wird wieder ein biologisches Argument in den Vordergrund gerückt: Die Selektionshypothese, nach der gesündere Partner eher geheiratet würden, könne den Unterschied erklären. Trotzdem kann man sich fragen, ob es ein Zufall ist, dass dieses Ergebnis gerade in einer Zeit verbreitet wurde, die die Bedeutung der Familie besonders hoch hielt. Es war außerdem die Zeit, in der das Risikofaktorenmodell bekannter wurde, das seit den 1970er-Jahren den epidemiologischen Diskurs grundsätzlich veränderte.⁶¹ Auf län-

⁵⁸ „Aus den Kurven ist auch ersichtlich, daß in allen Altersgruppen eine geringere Sterblichkeit des weiblichen Geschlechts besteht.“; Alfred Beyer/Kurt Winter: Lehrbuch der Sozialen Hygiene. Berlin 1967, S. 55, Tabelle 34 auf S. 63 – ohne Kommentar über den *gender gap* der 1960/1961 in der DDR fast fünf Jahre betrug – und Tabelle 36 auf S. 66. Ähnlich knapp: „In fast allen Ländern leben Frauen länger als Männer“, so Ruth Bonita/Robert Beaglehole/Tord Kjellström: Einführung in die Epidemiologie. Bern 2008 (engl. 2006), S. 57.

⁵⁹ Paul Flaskämper: Bevölkerungsstatistik. Hamburg 1962, S. 298.

⁶⁰ Z. B. in Fischer: Grundriss, 1925 (wie Anm. 42), S. 56; Friedrich Oesterlen: Handbuch der medizinischen Statistik. Tübingen 1865, S. 189.

⁶¹ Simone Moses: Prävention und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland (1945–2010) – eine Pilotstudie zu geschlechterspezifischen Forschungsperspektiven. In: MedGG 30 (2012), S. 129–170, hier: S. 131; Carsten Timmermann: Risikofaktoren: Der scheinbar unaufhaltsame Erfolg eines Ansatzes aus der amerikanischen Epidemiologie in der deutschen Nachkriegsmedizin. In: Lengwiler/Madarász (Hg.): Das präventive Selbst (wie Anm. 3), S. 251–277. Vgl. dazu auch den Beitrag von Martin Lengwiler in diesem Band.

gere Sicht schwächten Einsichten über die Gesundheitsbedeutung des Zivilstandes und von risikoreichen Verhaltensweisen das Argument eines ausschließlich biologischen Vorsprungs der Frauen. Schließlich wies dann die systematische Forschung zu Klosterpopulationen in den 1990er-Jahren nach, dass der biologische Vorsprung der Frauen bei nur einem bis höchstens zwei Jahren liegt.⁶²

Die lang andauernde Nichtwahrnehmung statistischer Evidenz, die in jeder Neuauflage der Handbücher wieder den Vorsprung der Frauen bei der Lebenserwartung zeigte, kann nur als Realitätsverweigerung der (Sozial-)Hygieniker bezeichnet werden, die nie vom Gerede über das schwache Geschlecht abgehen wollten. Selbst wenn man konzidiert, dass sie bei Betrachtung der Daten andere Prioritäten hatten, bleibt es ein Rätsel, warum Ärzte um 1890 ebenso wie 1925 oder 1950, im Osten wie im Westen so blind waren, dass sie abweichende Fakten zum geschlechterspezifischen Differenzial der Lebenserwartung in ihre etablierten Geschlechterleitbilder nicht einbauten. Das ist umso erstaunlicher, als die Gründe für Unterschiede der Sterblichkeit in der medizinischen Statistik seit dem 19. Jahrhundert differenziert diskutiert wurden.⁶³ Man kann aus der Blindheit der Sozialhygieniker nur schließen, dass der herrschende Geschlechterdiskurs über Krankheit und Gesundheit so mächtig war, dass diese Mediziner gar nicht anders denken konnten.

Die Männer epidemiologisch nicht als Problemgruppe beziehungsweise Adressaten von Gesundheitsbotschaften wahrzunehmen, war das eine, offen ist aber noch die Frage, wie aus der behaupteten geringeren männlichen Gesundheitskompetenz der eingangs dargestellte umfassende Defizitdiskurs wurde, der Männern jegliches Gesundheitsinteresse vor dem Eintritt einer Krankheit abspricht und ihnen generell unbedachtes Risikoverhalten und die Weigerung, das Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen, unterstellt.

Von der geringen Gesundheitskompetenz der Männer zum Defizitdiskurs

Während der 1950er- und 1960er-Jahre stellten die Behörden der DDR und der BRD, die die Gesundheitsförderung organisierten, Frauen als diejenigen dar, die direkt für die Gesundheit ihrer männlichen Partner zuständig waren.⁶⁴ In dieser Vorstellungswelt paternalistischer Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst brauch-

⁶² Marc Luy: Die geschlechterspezifischen Sterblichkeitsunterschiede. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35 (2002), S. 412–429.

⁶³ Friedrich Prinzing: Handbuch der medizinischen Statistik. Jena 1906, S. 270–278; ders.: Handbuch der medizinischen Statistik. 2 Halbbde. Jena ²1930/1931, hier: Bd. 2, S. 362–371.

⁶⁴ Jenny Linek: Gesundheitsvorsorge in der DDR zwischen Propaganda und Praxis. Stuttgart 2016; Jenny Linek/Pierre Pfütsch: Geschlechterbilder in der Gesundheitsaufklärung im deutsch-deutschen Vergleich (1949–1990). In: MedGG 34 (2015), S. 73–110, S. 95, S. 99f. Siehe auch Jeanette Madarász-Lebenhagen: Geschlechterbilder in Präventionskonzepten: Männer- und Frauenherzen im deutsch-deutschen Vergleich, 1949–1990. In: Hähner-Rombach (Hg.): Prävention (wie Anm. 4), S. 73–105, hier: S. 99.



Abbildung 2: Gesundheitsprobleme des vollzeitbeschäftigten Mannes; BZgA (Hg.): Die Ferien des Herrn Schlapp-Schlapp. Köln 1972 (Abdruck mit freundlicher Genehmigung der BZgA).

ten selbst erwachsene Männer eine Art mütterlicher Sorge in Gesundheitsdingen durch ihren weiblichen Partner. Männer galten in Gesundheitsangelegenheiten gewissermaßen als ewig minderjährig. Das verschob den bisherigen Diskurs über geschlechterspezifische Zuschreibungen von Verantwortlichkeiten hin zu einem Diskurs über geschlechterspezifische Fähigkeiten und Mängel. Langsam sank die Position der Männer von „unterschiedlich“ auf defizient, also mangelbehaftet, ab.

Die frühere Tendenz, Frauen als Vorbild in Gesundheitsdingen darzustellen, verstärkte sich in den Publikationen der BZgA seit den 1970er-Jahren. Diese Broschüren charakterisierten Männer immer häufiger als Gesundheitsidioten – die im besten Fall noch etwas von Frauen lernen konnten, wenn überhaupt.⁶⁵ Ein gutes Beispiel ist der Comicstrip über Herrn Schlapp-Schlapp, der seine Defizite bereits im Namen trägt.⁶⁶ Er ist übergewichtig, während seine Frau schlank ist.

Dieser vollzeitbeschäftigte Mann ist offenbar stark gestresst. Trotzdem möchte er sofort nach der Rückkehr vom Arbeitsplatz mit seiner Familie zu einer langen Autofahrt in die Ferien aufbrechen. Die kluge Ehefrau regt an, sich zuerst auszu-ruhen. Darauf antwortet er, dass er das im Urlaub machen werde. Beim Packen stellt er fest, dass seine Sommerkleidung enger geworden ist. Diese Feststellung ist derart blöd, dass sogar der Hund die Wahrheit aussprechen muss, nämlich dass Schlapp-Schlapp zu viel gegessen hat. Offenbar ist das dem männlichen Gesundheitsidioten entgangen. Der Hund übernimmt hier die Rolle des Chores in dieser komischen Tragödie. Der Comic über Schlapp-Schlapps Ferien geht in diesem Stil

⁶⁵ Pierre Pfütsch: Männerspezifische Gesundheitsaufklärung durch die BZgA. Ein Beitrag zur Verfestigung des Gesundheitsdefizitdiskurses? (1970–1990). In: *Medizinhistorisches Journal* 50 (2015), S. 175–199, hier: S. 184–186.

⁶⁶ Ich danke für den Hinweis auf diese aufschlussreiche Comicserie Pierre Pfütsch: *Das Geschlecht des „präventiven Selbst“*. Prävention und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland aus geschlechterspezifischer Perspektive (1949–2010). Stuttgart 2017.

weiter – und die ganze Schlapp-Schlapp-Comicserie ebenfalls. Dieser Männer abwertende Diskurs wird bis in die 1990er-Jahre weiterentwickelt.⁶⁷ Damit hatte sich die öffentlich geförderte „Gesundheitsaufklärung“ systematisch von männlichen Adressaten distanziert.

Die Abwertung der Männer als Gesundheitsidioten lief parallel zur Rezeption gewisser Thesen der Frauengesundheitsbewegung der 1970er-Jahre. Diese kritisierte grundsätzlich die Medikalisierung des weiblichen Körpers. Ein wichtiges Ziel war deshalb eine größere Autonomie gegenüber den als paternalistisch kritisierten Ärzten. Diese wurden, wie Männer generell, als Vertreter von strukturell gewaltfördernden Machtpositionen abgewertet.

Paradoxerweise strebten Frauen gleichzeitig eine größere Beachtung ihrer Bedarfe im Gesundheitssystem an. Dieses bot dann solche Leistungen an, die sich leicht in die ärztliche Versorgung integrieren ließen – etwa Programme zum Brustkrebsscreening, später die Verschreibung von Hormonbehandlungen bei menopausalen Beschwerden oder vor einigen Jahren die Impfung gegen das humane Papillomavirus. Faktisch wirkte sich dies als verstärkte Medikalisierung aus. Auch die früher sogenannte Gesundheitserziehung reagierte auf den artikulierten Bedarf: Im deutschen Volkshochschulsystem wurde seit den 1980er-Jahren eine Unzahl von einschlägigen Kursen angeboten, die zu 90 % von Frauen besucht wurden.⁶⁸ Deren Gesundheitskompetenz wurde dadurch erneut und weiter gestärkt. Gesundheitssystem und Gesundheitsaufklärung waren also mehr denn je auf Frauen eingestellt.

Ebenfalls seit den 1980er-Jahren erklärten Urologen zunächst insbesondere die älteren Männer zu einer Klientel, die ärztlicher Hilfe bedürfe. Vor allem kritisierten sie die mangelnde Teilnahme von Männern an Präventionsmaßnahmen zur Früherkennung von Prostatakrebs. Internationale Männergesundheitskongresse und eine Fachzeitschriftengründung beförderten seit den 1990er-Jahren die öffentliche Wahrnehmung. Das Sponsoring von Pharmafirmen, die Testosteronsubstitution nicht nur für den älteren Mann propagierten, brachte in der ersten Dekade des zweiten Jahrtausends weiteren Schwung in die Popularisierung des Themas „Männergesundheit“. Der Versuch, den männlichen Körper zu medikalisieren, indem man der natürlichen Reduzierung der Testosteronproduktion und der sinkenden Libido medikamentös begegnete, erreichte mit der Kommerzialisierung von Viagra und anderen Sildenafilprodukten ab 1998 einen Höhepunkt. Aufgeklärtere Urologen setzten dagegen auf ein ganzheitlicheres Gesundheitsverständnis und rieten den Männern zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil.⁶⁹ Eine Fortbil-

⁶⁷ Pfütsch: Männerspezifische Gesundheitsaufklärung (wie Anm. 65), S. 194–196.

⁶⁸ Auch andere Angebote wurden überwiegend von Frauen genutzt; siehe z. B. Ulrich Laaser/Peter Lemke-Goliasch u. a.: Gesundheitsförderung in der Großstadt. Interventionspraxis und Evaluation zur Herz-Kreislauf-Prävention in der Gemeindestudie Stuttgart. Weinheim/München 1994, S. 229f.

⁶⁹ Günther Jacobi/Hans Konrad Biesalski u. a. (Hg.): Anti-Aging für Männer. Strategien für den ganzen Mann. Stuttgart 2004, S. 3; siehe auch Günther Jacobi (Hg.): Männergesundheit. Prävention, schulmedizinische Fakten, ganzheitlicher Zugang. Konstanz 2002.

dung zum „Männerarzt“ sollte den Weg zu einer ebenso umfassenden Kompetenz wie derjenigen des Frauenarztes ebnen. Bei dieser Professionsstrategie kam es zu gewissen Konkurrenzen zwischen Urologen und Andrologen.

Schließlich unterstrichen auch Wissenschaftler aus dem Public Health-Bereich die Unterschiede in Lebenserwartung und Gesundheitsverhalten zwischen Männern und Frauen und beförderten gendersensible Forschung.⁷⁰ Die Bielefelder Forscher Bründel und Hurrelmann veröffentlichten 1999 unter dem sprechenden Titel „Konkurrenz, Karriere, Kollaps“ einen Überblick zur Männergesundheit.⁷¹ Auf der Grundlage einer skandalisierten Typ-A-Männlichkeit brachten sie die Politisierung des Themas erheblich voran. Weil sie behaupteten, ein einzelner Typ Männlichkeit sei repräsentativ oder zumindest hegemonial für alle Männer, beförderten sie einen Diskurs, der Männern generell vorwirft, risikoaffin, aggressiv und gesundheitsschädlich zu handeln. Schließlich wurde trotz durchaus auch anderer Ansätze, die sich in der Ottawa-Charta von 1986 niederschlugen, in den 1990ern in der Gesundheitskommunikation das individuelle Verhalten immer stärker thematisiert.⁷² Gleichzeitig wurde es zur neoliberalen Mode, Arme für ihre Armut verantwortlich zu machen; warum dann nicht auch Männer für ihre geringere Lebenserwartung?

Möglicherweise kann man den großen Erfolg der Zeitschrift „Men's Health“ auch als Antwort auf Verunsicherungen aus diesem Defizitdiskurs deuten. Das Blatt wurde ab 1996 in Deutschland verkauft (in den USA seit 1987), mittlerweile erreicht es eine Verkaufsauflage von fast 162 000 Exemplaren.⁷³ Die Zeitschrift vertritt allerdings ein recht eingeschränktes Konzept männlicher Gesundheit. Die redaktionellen Inhalte sollen vor allem dazu dienen, Männer als erotische Eroberer erfolgreich zu machen. Als Voraussetzung dafür wird ein viriler Körper präsentiert. Dieser bedürfe ständigen Trainings; Kleidung und Accessoires gelten ebenfalls als wichtig.⁷⁴ Mittlerweile wird „Men's Health“ in 31 Ausgaben in 40 Län-

⁷⁰ Die Suche nach den Ursachen, warum Frauen von der Entwicklung zur höheren Lebenserwartung wesentlich mehr profitiert haben, sei „bis heute noch ohne definitive Ergebnisse geblieben“, meint in dem grundlegenden Handbuch zum Neubeginn der Gesundheitswissenschaften in Deutschland Bernhard Badura: Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Klaus Hurrelmann/Ulrich Laaser (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim 1993, S. 63–87, hier: S. 72; zur aktuellen Situation siehe Dirk Ganseforth/Ingeborg Jahn: Geschlechtersensible Forschung – ein Survey unter Epidemiologinnen und Epidemiologen in Deutschland. In: Das Gesundheitswesen 78 (2016), S. 460–466.

⁷¹ Heidrun Bründel/Klaus Hurrelmann: Konkurrenz, Karriere, Kollaps. Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann. Stuttgart 1999.

⁷² Rolf Rosenbrock: Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Berlin 1998; Individualisierung von Gesundheitsrisiken und Ökonomisierung der Gesundheitspolitik, <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/1998/p98-201.pdf> (letzter Zugriff am 8. 5. 2018).

⁷³ https://de.wikipedia.org/wiki/Men%E2%80%99s_Health (IVW für 2/2016) (letzter Zugriff am 22. 11. 2016).

⁷⁴ Michael Meuser: „Ganze Kerle“, „Anti-Helden“ und andere Typen. Zum Männlichkeitsdiskurs in neuen Männerzeitschriften. In: Peter Döge/Michael Meuser (Hg.): Männlichkeit und soziale Ordnung. Neuere Beiträge zur Geschlechterforschung. Opladen 2001, S. 219–234.

dern mit 18 Millionen Lesern angeboten und ist das am stärksten verbreitete Männermagazin der Welt.⁷⁵

Diese verschiedenen professionellen, wissenschaftlichen, industriellen und verlegerischen Agenden, die sich teilweise gegenseitig stützten, führten, zusammen mit Teilen des feministischen Diskurses, im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts zu einer Umkehrung der Positionen von Männern und Frauen im Gesundheitsdiskurs. Dabei war ein entscheidender Schritt, „gute Gesundheit“ durch „Gesundheitskompetenz“ als zentrales Kriterium zu ersetzen. Die 1990er-Jahre waren die entscheidende Dekade.

Jahr	eher gesunde Person		Gesundheitskompetenz	
	Mann	Frau	Mann	Frau
1800	Ja	Nein	wenig	viel
1870/1930	Ja	Nein	fast keine	immer mehr
1950er/1960er	Ja	Nein	immer weniger	viel mehr
1990/2000	Nein	Ja	gar keine	allumfassend

Tabelle 3: Genderspezifische Zuschreibung von Gesundheit und Gesundheitskompetenz

Die staatliche Gesundheitspolitik und der öffentliche Gesundheitsdienst waren die letzten, die die Männer als Adressaten wieder entdeckten. So publizierte die BZgA ihre erste, differenziert an Jungen und Mädchen adressierte Antirauchbrochure erst im Jahr 2003.⁷⁶ Seinen ersten Gesundheitsbericht über Männer brachte das Robert Koch-Institut nach über einem Jahrzehnt aktiver Verweigerung durch die Gesundheitsminister mehrerer Bundesregierungen erst im Jahr 2014 heraus.⁷⁷ Wenn ich heutzutage mit Gesundheitspolitikern oder Ministerialbeamten rede, habe ich immer noch den Eindruck, dass sie gerade erst beginnen, spezifische Gesundheitsbedarfe dieser kleineren Hälfte der Bevölkerung überhaupt wahrzunehmen.⁷⁸

⁷⁵ https://de.wikipedia.org/wiki/Men%E2%80%99s_Health (letzter Zugriff am 22.11.2016).

⁷⁶ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Stop Smoking Girls, Stop Smoking Boys. Köln 2003.

⁷⁷ Robert Koch-Institut (Hg.): Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Berlin 2014. Zum Stand der Gesundheitsberichterstattung in beiden Teilen Deutschlands nach der Vereinigung war interessant, dass lediglich im Teil zur DDR zwei Beiträge (von Hornei und Hollenbach/Dettmann) explizit Männer betrafen; siehe Ulrich Laaser/Friedrich Wilhelm Schwartz (Hg.): Gesundheitsberichterstattung und public health in Deutschland. Berlin 1992.

⁷⁸ Das kontrastiert auffallend mit dem Verhalten der Männer und den Veränderungen in der Versorgung; siehe Martin Dinges: Männergesundheit im Wandel: Ein Prozess nachholender Medikalisierung? In: Bundesgesundheitsblatt 59 (2016) 8, S. 925–931.

Abstract

It used to be that men were presented as strong and healthy in the educational discourse and women as weak and more susceptible to illness. A repositioning has taken place in this respect in the last twenty years: men are now seen as the “weak” sex and as reluctant to concern themselves with health issues, while women are considered “health-competent”. This chapter traces the role of public healthcare over the last two hundred years with a view to this development.

Since the mid-nineteenth century the gender-specific life expectancy at birth in Germany has increased at a faster rate in women than in men. This fact, though evident, has however been overlooked by social hygienists from 1900 to 1960, in West as well as East Germany. It seems that the gender discourse mentioned above stood in the way of new insights.

Also: public healthcare programmes used to be almost exclusively addressed to women. Since the 1970s, the feminist criticism of masculinity, jointed later by the medical and commercial interests in the medicalization of men and, lastly, awareness of the excessive male mortality have led to the repositioning mentioned earlier that highlights structural health deficits in men. That the discourse shifted from “healthy” to “health-competent” has also played a part.

Monika Ankele

„Jede Verhütung des Verfalls von Arbeitskraft ist [...] Gewinn für die Allgemeinheit“ – Arbeit/slosigkeit, Psychiatrie und öffentliche Gesundheit in der Weimarer Zeit

Einleitung

„Jede Verhütung des Verfalls von Arbeitskraft ist ethisch, sozial oder wirtschaftlich gesehen, Gewinn für die Allgemeinheit“,¹ so Oskar Martini im Jahr 1930. Das Zitat ist einer Festschrift entnommen, die anlässlich des zehnjährigen Bestehens der Hamburger Arbeitsfürsorge und der ihr angegliederten Werkstätten für sogenannte Erwerbsbeschränkte erschienen ist.² Diese Werkstätten unterstanden der Wohlfahrtsbehörde und hatten die Aufgabe, erwerbslose oder fürsorgebedürftige Erwerbsbeschränkte zu beschäftigen und sie für den Arbeitsmarkt wieder erwerbsfähig zu machen. Entsprechend hieß es auch in den 1924 aufgestellten „Reichsgrundsätzen über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge“, dass diese „den Hilfsbedürftigen tunlichst in den Stand setzen [soll], sich und seinen unterhaltsberechtigten Angehörigen den Lebensbedarf selbst zu beschaffen“.³

Oskar Martini war der erste Präsident der nach dem Ersten Weltkrieg neu gegründeten Hamburger Wohlfahrtsbehörde. In seiner Aussage findet sich eine zentrale Leitlinie für wohlfahrts-, aber auch für gesundheitspolitisches Handeln in der Weimarer Zeit formuliert, das sich an der Erhaltung von Arbeitskraft orientieren und ausrichten sollte. Das Ziel der Erhaltung von Arbeitskraft lässt sich als Scharnier oder Mittler zwischen Arbeit und öffentlicher Gesundheit beschreiben, es verbindet beide Bereiche und reguliert, abhängig von der jeweiligen historischen Situation, ihre entsprechende Ausgestaltung sowie ihr Verhältnis zueinander. Das Ziel der Erhaltung von Arbeitskraft konnte argumentativ verschieden angereichert werden und mit (staats-)politischen, (national-)ökonomischen, psychologischen,

¹ [Oskar] Martini: Grundsätzliches zur Erwerbsbeschränktenfürsorge. In: Zehn Jahre Arbeitsfürsorge der Hamburger Werkstätten für Erwerbsbeschränkte G.m.b.H. Hamburg 1930, S. 5–40, hier: S. 7.

² Die Arbeitsfürsorge war eine Einrichtung der Wohlfahrtsbehörde, die 1920 mit dem Ziel der Beschäftigung oder Vermittlung fürsorgebedürftiger Erwerbsbeschränkter gegründet wurde.

³ Vgl. Absch. A §1, II. der Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge vom 4.12.1924.

sozialen, gesundheitlichen oder eben auch gesundheitspolitischen Inhalten gefüllt werden. Vor allem ab der Mitte des 19. Jahrhunderts generierten arbeitsspezifische Diskurse zunehmend wichtige Handlungsfelder für den Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die Arbeiterschaft kämpfte dafür, die Arbeitskraft des (männlichen) Arbeiters unter den Schutz des Staates zu stellen – seine Gesundheit war die Basis seiner wirtschaftlichen Existenz. Von ihr hing sozialer Aufstieg, Eigentum, Freiheit und das Wahlrecht ab, und sie war damit die Voraussetzung für die Teilhabe an der bürgerlichen Gesellschaft. Für den Staat wiederum bedeutete eine große Anzahl arbeitsfähiger Frauen und Männer – die möglichst lange arbeitsfähig blieben – Reichtum, Ansehen, Macht, Expansion. Die 1883 eingeführte Krankenversicherung begründete erstmalig einen gesetzlichen Schutz des Arbeiters. Für den Ursprung der modernen Sozialpolitik war diese Entwicklung, durch die ein neues Verhältnis von Arbeit und öffentlicher Gesundheit entstand, maßgebend.⁴

Doch noch einmal zurück zu Oskar Martini: Die von ihm formulierte und an den Reichsgrundsätzen der Fürsorge angelehnte Leitlinie, den Verfall von Arbeitskraft zu verhindern beziehungsweise dafür zu sorgen, die Arbeitskraft zu erhalten, galt erstens für den Bereich der allgemeinen Erwerbstätigkeit (im Sinne von Prophylaxe und Prävention, die in der Weimarer Zeit auch eine stärkere gesetzliche Berücksichtigung fanden),⁵ zweitens für den Umgang mit Arbeitslosigkeit und eingeschränkter Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit (wie das unter anderem der Ausbau an Einrichtungen für Arbeitsvermittlung, aber auch Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen beziehungsweise die Verordnung von Notstandsarbeiten deutlich machen), und sie lässt sich darüber hinaus – und das wird den Kern meines Beitrages bilden – drittens mit den arbeitstherapeutischen Behandlungsansätzen psychiatrischer Anstalten in der Weimarer Zeit verbinden.

Denn ein Ziel der Arbeitstherapie, das vor allem nach dem Ersten Weltkrieg deutlich stärker betont wurde, war die sogenannte „soziale Wiedergeburt“⁶ des Patienten, wie der Psychiater Ostmann es 1925 formulierte, seine „soziale Heilung“:⁷

⁴ Vgl. Christoph Sachsse/Florian Tennstedt: *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Vom Spätmittelalter bis zum 1. Weltkrieg*. Stuttgart 1980, zit. nach Alfons Labisch/Florian Tennstedt: *Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland. Teil 1*. Düsseldorf 1985, S. 22.

⁵ Vgl. Gabriele Moser: *Notverordnungen und Gesundheitspolitik in der Weimarer Republik: Präventionskonzepte und Versorgungsstrukturen in der Krise*. In: Sigrid Stöckel/Ulla Walter (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland*. Weinheim/München 2002, S. 96–109.

⁶ Ostmann: *Zeitgemäße Betrachtungen zur Arbeitstherapie, zum Wirtschaftsdirektor und zur Entlassenfürsorge*. In: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 22/27 (1925), S. 209–211, hier: S. 211.

⁷ M[aximilian] Thumm: *Über Erfahrungen mit „aktiver“ Therapie bei Psychosen*. In: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 103 (1926), S. 225–236, hier: S. 229. Thumm leitete von 1924 bis 1933 die badische Heil- und Pflgeanstalt Konstanz und führte dort die Arbeitstherapie in Kombination mit Frühentlassung und ambulanter Nachsorge ein; vgl. [Geschichte des Zentrums für Psychiatrie in Reichenau], online zugänglich unter: <https://www.zfp-reichenau.de/unternehmen/wer-wir-sind/geschichte/> (letzter Zugriff am 8. 5. 2018).

Im Konkreten bedeutete das die Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit, die durch eine regelmäßige Beschäftigung in der Anstalt angestrebt wurde, eine dadurch bedingte frühere Entlassung aus der Anstalt und eine darauf folgende Rückführung in die erwerbstätige Gesellschaft. Diese therapeutische Zielsetzung konnte mit derjenigen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge in Deckung gebracht werden, schließlich galt es, Arbeitskräfte zu erhalten und Arbeitslosigkeit zu vermeiden. Zu einem „Problem der Volksgesundheit“ erklärte der sozialdemokratische Politiker und Arzt Julius Moses 1931 die Arbeitslosigkeit. Sie könne zu einem Heer an psychisch und körperlich Erkrankten führen und sei daher, so Moses, eine „gesundheitliche Lebens- und Schicksalsfrage des deutschen Volkes“.⁸

In meinem Beitrag werde ich jene Spannungsfelder fokussieren, die sich für die konkrete Anstaltspraxis und ihre Akteure aus der beschriebenen therapeutischen Zielsetzung der Psychiatrie ergaben, die an den Leitlinien der Fürsorge angelehnt war und einen Teilaspekt der öffentlichen Gesundheit darstellte. Dabei interessieren mich vor allem die Praxis der Entlassung von Patienten aus der Anstalt und das dafür entscheidende Kriterium der Arbeitsfähigkeit. Denn an diesem Punkt lässt sich die Schnittstelle zwischen interner Anstaltspraxis und externer öffentlicher Gesundheitsfürsorge besonders gut erfassen. Daran anknüpfend stellt sich die Frage nach den Maßnahmen, derer es bedurfte, um die Arbeitsfähigkeit des Patienten als Ausdruck seiner sozialer Heilung aufrechterhalten zu können, sowie nach den Interaktionen zwischen den Ärzten und jener Gruppe von Patienten, die ihre soziale Anschlussfähigkeit über Arbeit entwickeln konnten. Nur von diesen „arbeitsfähigen“ Patienten handeln die folgenden Ausführungen.

Ich werde eingangs am Beispiel zweier Denkschriften ausführen, wie die Weltwirtschaftskrise zu einer Medikalisierung von Arbeitslosigkeit führte und die Idee, Arbeit als ein quasi „therapeutisches“ Hilfsmittel zur Aufrechterhaltung der „Volksgesundheit“ zu verstehen, breite Zustimmung fand. Anschließend werde ich das Konzept der psychiatrischen Arbeitstherapie vorstellen und am Beispiel der Staatskrankenanstalt Hamburg-Langenhorn der Frage nachgehen, wie sich das Ziel der Erhaltung von Arbeitskraft – auch im Sinne einer Prophylaxe – in der Entlassungspraxis der Anstalt realisieren lassen sollte.

Die Medikalisierung von Arbeitslosigkeit

Mit der Weltwirtschaftskrise von 1929 wurden die gesundheitlichen Implikationen der hohen Arbeitslosigkeit in die politische Diskussion um öffentliche Gesundheit eingebracht: Es kam zu einer Medikalisierung von Arbeitslosigkeit. Politiker wie Julius Moses wiesen mit Nachdruck darauf hin, dass die Arbeitslosigkeit nicht nur unter finanziellen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet werden dürfe, sondern vor allem auch in ihren Auswirkungen auf die körperliche und

⁸ Julius Moses: Vorwort. In: ders.: Arbeitslosigkeit: ein Problem der Volksgesundheit. Eine Denkschrift für Regierung und Parlamente. Berlin 1931, S. 5–14, hier: S. 14.

seelische Gesundheit der Bevölkerung erörtert werden müsse. „Das Wohl des Staatsangehörigen“, so Moses, „ist zu 90 Prozent seine Gesundheit. Fast jedes Gebiet der Staatspolitik wirkt sich in volksgesundheitlicher Beziehung aus.“⁹

Um auf die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die „Volksgesundheit“ aufmerksam zu machen, veröffentlichte Moses 1930 eine Denkschrift mit 29 Gutachten teilweise namhafter Ärzte und Professoren, die er um Stellungnahme gebeten hatte: Unter den Gutachtern waren der Psychiater Robert Gaupp (Leiter der Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten in Tübingen), der Pädiater Ernst Moro (Direktor der Universitäts-Kinderklinik in Heidelberg), der Dermatologe Ernst Friedberger (Direktor des Forschungsinstituts für Hygiene und Immunitätslehre in Berlin) sowie der Physiologe Edgar Atzler (Direktor des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Arbeitsphysiologie in Dortmund).¹⁰

Moses plante, die Denkschrift der Regierung und den Parlamenten vorzulegen, um weitere Leistungsreduzierungen in der Arbeitslosenfürsorge, wie sie 1930 mit den ersten Notverordnungen eingeleitet worden waren, zu verhindern. Auch wenn die Gutachter überwiegend darin übereinstimmten, dass die Arbeitslosigkeit schädigend auf die Gesundheit der Bevölkerung einwirke, da sie den Betroffenen die wirtschaftliche und soziale Lebensgrundlage entziehe, erreichte die Denkschrift ihr Ziel nicht.

Die Gutachter schilderten eindrücklich die verheerenden Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, die sie unter anderem im Bereich der Ernährung, der Wohnverhältnisse, der Kleidung sowie der Körperhygiene feststellen konnten. Auch auf die psychischen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, wie Aufgeregtheit, Reizbarkeit, Verbitterung, Aggressivität, aber auch Lethargie, Apathie und Depression verwiesen sie. Zugleich warnten Gutachter wie Max Berliner vor dem „Verfall der Arbeitskraft“, der mit einer längeren Arbeitslosigkeit einhergehe und der nicht nur den Einzelnen, sondern die Nation im Gesamten dauerhaft schädigen könne.¹¹ Für Berliner kündigte sich hier der „Untergang des Vaterlandes“ an. Dieser Entwicklung müsse der Staat die Stirn bieten, und zwar durch verordnete Arbeit oder die Einführung eines „Pflichtdienstes“, wie ihn Ludolph Brauer, ärztlicher Direktor des Allgemeinen Krankenhauses Eppendorf in Hamburg, empfahl.¹² Brauer war der Meinung, dass die – sowohl in moralischer, als auch in physischer und psychischer Hinsicht – „bedenklichen Folgen der Arbeitslosigkeit“, gegen die Moses als Sozialpolitiker ankämpfte, nur dadurch vermieden werden könnten, dass der Mann „bei der Pflicht“ gehalten werde. Berliner wurde diesbezüglich konkreter und empfahl, das „Heer der Arbeitslosen“ bei „freieren Arbeitsleistun-

⁹ Ebd., S. 5.

¹⁰ Für ausführlichere Informationen zu den einzelnen Gutachtern sowie zur Denkschrift im Allgemeinen siehe Nicole Mayer-Ahaju: Massenerwerbslosigkeit, Reform der Sozialpolitik und die gesundheitlichen Folgen. Die Ärztebefragung des Reichstagsabgeordneten Dr. Julius Moses aus dem Krisenjahr 1931. Pfaffenweiler 1999.

¹¹ Max Berliner: Volksgesundheitliche Gefahren der Arbeitslosigkeit. In: Moses: Arbeitslosigkeit (wie Anm. 8), S. 29–31, hier: S. 30.

¹² Hier und im Folgenden Moses: Arbeitslosigkeit (wie Anm. 8), S. 90.

gen“ wie im Straßen-, Kanal-, Hoch- und Tiefbau einzusetzen. Eine in Aussicht gestellte Entlohnung sollte dabei den Anreiz geben und wäre, so Berliner, weitaus sinnvoller investiert als die Erwerbslosenunterstützung, deren Ausgaben nicht der Allgemeinheit zugute kämen.¹³

1932 veröffentlichte auch die „Hygiene-Sektion des Völkerbund-Sekretariats“¹⁴ eine Denkschrift zu den gesundheitsschädigenden Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise. Die Arbeitslosigkeit wurde darin als eines ihrer „alarmierendsten Symptome“¹⁵ beschrieben, da sie eine „Gefährdung der [Volks-]Gesundheit“ darstelle, vor allem in jenen Ländern wie Deutschland, den Vereinigten Staaten von Amerika, Österreich und Großbritannien, die von der Arbeitslosigkeit am stärksten betroffen waren. Die Verfasser der Denkschrift der Hygiene-Sektion kamen zu ähnlichen Ergebnissen wie die Gutachter in der Denkschrift von Moses, verwiesen aber auch auf Maßnahmen, die in einzelnen Ländern zur Bekämpfung einer längeren Arbeitslosigkeit und damit auch ihrer schädigenden Wirkung in Angriff genommen worden waren: Erwähnung fanden der obligatorische oder freiwillige Arbeitsdienst, Notstandsarbeiten, Lehrgänge für Jugendliche, die Einrichtung von Werkstätten, aber auch die Anlage von Kleingärten oder Siedlungen, die landwirtschaftliche Beschäftigungen boten und eine autarke Versorgung der Arbeitslosen ermöglichen sollten. Was hier gesundheitspolitisch mit dem Argument der schädigenden Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die „Volksgesundheit“ befürwortet wurde, war ein breit angelegtes arbeitstherapeutisches Programm. Die Koppelung von Arbeit und Gesundheit legitimierte zugleich auch Arbeit ohne Entlohnung – wengleich Berliner den Arbeitenden eine Entlohnung, allerdings als Gegenmodell zur Erwerbslosenunterstützung, in Aussicht stellen wollte.

Die psychiatrische Arbeitstherapie

Arbeitstherapie vor und nach dem Ersten Weltkrieg

Arbeit als Therapie war kein Konzept der sogenannten Weimarer Reformpsychiatrie. Bereits die Psychiater des frühen 19. Jahrhunderts erkannten in der Arbeit ein wichtiges Behandlungsmittel, das ab den 1860er-Jahren mit dem Konzept der landwirtschaftlichen Kolonie und der daraus entwickelten kolonialen Irrenanstalt auch die entsprechenden räumlichen Voraussetzungen für eine ausgedehnte An-

¹³ Berliner: Gefahren (wie Anm. 11), S. 31.

¹⁴ Als Bindeglied zwischen Bundesversammlung und Völkerbundsrat hatte das Generalsekretariat des Völkerbundes unter anderem die Aufgabe, die „Verbindung des Bundes mit der Öffentlichkeit aufrechtzuerhalten“. Das Sekretariat war in mehrere Fachabteilungen gegliedert (Hygieneabteilung, Abrüstungsabteilung, Verkehrsabteilung, Abteilung für soziale Fragen etc.); vgl. Die Aufgaben des Völkerbundes und seine Organe. In: Deutsche Liga für Völkerbund (Hg.): Deutschland und der Völkerbund. Berlin 1926, S. 7-17, hier: S. 12f.

¹⁵ Zur Gesundheitspolitik des Völkerbundes vgl. Iris Borowy: Die internationale Gesundheitspolitik des Völkerbundes zwischen globalem Denken und europäischem Führungsanspruch. In: ZfG 54 (2006) 10, S. 864-875.

wendung von Arbeit im Freien gefunden hatte. Die Arbeit der Patienten hatte dabei zwei Funktionen: Sie sollte heilsam auf der einen und nützlich auf der anderen Seite sein, wobei die heilsame Wirkung von Arbeit meist zugleich mit ihrer (ökonomischen) Nützlichkeit (für eine Gemeinschaft, für die Gesellschaft) artikuliert wurde. Um die Kosten für die Anstaltsunterbringung der vor allem chronisch Kranken senken zu können, sollte sich die Anstalt durch die Arbeit der Patienten weitgehend autark versorgen. So wurden beispielsweise in der 1893 gegründeten Irrenanstalt und späteren Staatskrankenanstalt Langenhorn bei Hamburg zahlreiche Nahrungsmittel sowie Gebrauchsgegenstände (Matratzen, Körbe, Schuhe, Strümpfe, Mützen, Jacken, Hosen, Bürsten etc.) in der anstaltseigenen Landwirtschaft und den für die Arbeitstherapie eingerichteten Werkstätten hergestellt.¹⁶ Diese frühen arbeitstherapeutischen Bemühungen waren noch nicht unbedingt auf eine Entlassung oder Rückführung des Kranken in die Gesellschaft gerichtet, sondern konzentrierten sich vor allem auf seine Eingliederung in die Anstaltsgemeinschaft als ein tätiges und produktives Mitglied derselben, der er in vielen Fällen ein ganzes Leben lang erhalten blieb. Daraus ergaben sich für die Gemeinden beziehungsweise den Staat hohe Kosten für Unterbringung und Versorgung, die unter dem ökonomischen Druck, der auf den Anstalten nach dem Ersten Weltkrieg lastete, entsprechende Debatten über Reformansätze in der Psychiatrie auslösten. Den Grundstein für die Reformen legten bereits die Entwicklungen während des Ersten Weltkrieges, als die Psychiatrie sich in ihrem therapeutischen Handeln stärker an den Bedürfnissen der Welt außerhalb der Anstaltsmauern zu orientieren begann und Parameter einer sich entwickelnden Leistungsgesellschaft – wie die Arbeitsfähigkeit – als Behandlungsziel breiten Konsens fanden: Es galt in erster Linie, die erkrankten Soldaten möglichst rasch wieder arbeitsfähig zu machen – wenn nicht für den Einsatz an der Front, so für den Einsatz in der Kriegswirtschaft. Die Idee der Heilung somatischer Krankheitsursachen trat zugunsten einer an der Remission der Symptome orientierten Behandlung in den Hintergrund. Der Erste Weltkrieg kann damit als Wegbereiter für die (sozial-)psychiatrischen Reformen der Weimarer Zeit beschrieben werden.¹⁷ Vor allem die Konzepte der „aktiveren Krankenbehandlung“, die auf älteren, arbeitstherapeutischen Ansätzen basierte, die „Familienpflege“ und die „offene Fürsorge“ wurden nach dem Krieg breit diskutiert. Für den Historiker Bernd Walter sind diese Reformansätze Ausdruck einer Anpassungsleistung der Psychiatrie an die Anforderungen des Sozialstaates.¹⁸ In der Verfassung des neu gegründeten Weimarer Wohlfahrtsstaates

¹⁶ Vgl. Monika Ankele: Innerhalb und außerhalb der Anstalt. Zu den Dynamiken von Arbeit als Therapie in der Weimarer Zeit. Das Beispiel der Staatskrankenanstalt Hamburg-Langenhorn. In: *Medizinhistorisches Journal* 48 (2013), S. 241–272.

¹⁷ Vgl. Paul Lerner: *Hysterical Men. War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890–1930*. Ithaca 2003.

¹⁸ Vgl. Bernd Walter: Fürsorgepflicht und Heilungsanspruch: Die Überforderung der Anstalt? (1870–1930). In: Franz-Werner Kersting/Karl Tepe/ders. (Hg.): *Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert*. Paderborn 1993, S. 67–97; Bernd Walter: *Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime*. Paderborn 1996, Teil 2, S. 169–324.

wurde Arbeit zur staatsbürgerlichen Pflicht erklärt, auf der die soziale Absicherung des Einzelnen beruhte. Ihren gesundheitspolitischen Niederschlag fand diese Entwicklung unter anderem auch in einer stärkeren gesetzlichen Verankerung präventiver Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheit und dem damit verbundenen Ausfall von Arbeitsleistung.¹⁹ Leistete die Arbeitstherapie in der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg vor allem einen wichtigen Beitrag zur inneren Stabilisierung der Anstalt, so erhöhte sie in der Weimarer Zeit ihre Anpassungsfähigkeit an die gesellschaftlichen – und, hier ließe sich präzisieren, ökonomischen wie auch gesundheitspolitischen – Anforderungen.²⁰ Die Weimarer Zeit bildete einen neuen Kontext für die Arbeitstherapie, stellte sie in einen neuen Sinnzusammenhang und fand mit ihrer Ausrichtung auf eine Wiederherstellung der Arbeitskraft einen breiten, gesellschaftlichen und politischen Konsens. Vor allem nach der Niederlage, die das Deutsche Reich im Ersten Weltkrieg erfahren hatte, war Arbeit nun auch das Werkzeug für den Aufbau einer starken, leistungsfähigen Nation, die eine „gesunde“ und damit arbeitsfähige Bevölkerung benötigte und den Staat zu entsprechenden gesundheitspolitischen Maßnahmen motivierte. „Doctors were imbued with a sense of social responsibility to promote the nation’s health and to ensure the survival of the nation as a competitive world power [...]. [...] scientific social planning was to re-build the German economy and the health of the population after the catastrophic defeat of 1918“, so der Historiker Paul Weindling.²¹ Auch die psychiatrische Anstalt war von dieser nationalen Aufgabe nicht ausgenommen.

„Soziale Heilung“ als Ziel der Arbeitstherapie in der Weimarer Zeit

Stärker als in den Jahren vor dem Ersten Weltkrieg wurden arbeitstherapeutische Ansätze nun mit dem Argument einer früheren Entlassung der Patienten aus der Anstalt und ihrer Wiedereingliederung in die erwerbstätige Gesellschaft in die Diskussion eingeführt, wodurch eine Entlastung der öffentlichen Hand in Aussicht gestellt wurde. Auch hier waren die Erfahrungen aus dem Ersten Weltkrieg entscheidend, die zeigten, dass Patienten früher als bisher angenommen aus der Anstalt entlassen werden konnten und die „Anstaltsbedürftigkeit [...] unter den Verhältnissen des Friedens überschätzt wurde“, so der Psychiater Hans Roemer.²² Das Kriterium für eine Entlassung war dabei nicht eine Heilung, die – unter anderem auch mithilfe einer Normalisierung von Blutparametern – im Labor nachgewiesen werden konnte, sondern ein Rückgang der psychischen Symptome. „Der wichtigste und praktisch bedeutsamste Gradmesser des Erfolges“, schrieb der Psychiater Wilhelm Weygandt 1927 bezogen auf die Behandlung der Paralyse,²³

¹⁹ Vgl. Moser: Notverordnungen (wie Anm. 5).

²⁰ Walter: Psychiatrie (wie Anm. 18), S. 267.

²¹ Paul Weindling: *Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism, 1870-1945*. Cambridge 1989, S. 2.

²² Hans Roemer: Die sozialen Aufgaben des Irrenarztes in der Gegenwart. In: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 45/46 (1920/1921), S. 343-351, hier: S. 344.

²³ Bei der Paralyse handelt es sich um die Spätfolge einer Infektion mit Syphilis.

„ist die soziale Tauglichkeit, die Rückkehr zur Berufsfähigkeit. Es wäre weltfremdes Theoretisieren, wollte man einigen Kritikern folgend die Besserung nur als Zurücktreten einer Verschlimmerung bezeichnen und den Nachdruck ganz auf somatische Besserung legen. [...] Ob im Liquor eine Eiweißstrübung oder im Serum ein positiver Wassermann zurückbleibt, ist theoretisch interessant und könnte auch für die Frage eines Rückfalls eine Rolle spielen, für den Patienten selbst ist es nicht drückend; gibt es doch manche behandelte Syphilitiker, die jahrzehntelang positiv reagieren und im Übrigen leistungsfähig und glücklich dahinleben.“²⁴

Da die Arbeitstherapie auf die psychischen Symptome der Erkrankung einwirken sollte, sprach der Psychiater Hermann Simon, der den Begriff der „aktiveren Krankenbehandlung“ prägte, auch von einer symptomatischen Therapie beziehungsweise Psychotherapie. Aus der von ihm geleiteten Anstalt Gütersloh erfolgten die Entlassungen „meist als gebessert“, wie die in Gütersloh tätige Ärztin Helene Silberschmidt anmerkte, „da wir im allgemeinen so früh wie möglich entlassen, ohne eine völlige Heilung abzuwarten“.²⁵

Hier lässt sich eine Zielverschiebung im ärztlichen Handeln feststellen, das sich von der individuellen Gesundheit abwandte und sich zusehends stärker an einer biopolitisch geprägten Orientierung im Sinne von Regulierungsmaßnahmen, die das „Volkswohl“ adressieren sollten, ausrichtete.²⁶ Während individuelle Aspekte einer möglichen Heilung in den Hintergrund traten, rückten Argumente einer Heilung, orientiert am „Volkswohl“, in den Vordergrund: Ausdruck der sozialen Heilung war die gesellschaftliche Anpassungsfähigkeit des Kranken und die Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit. „Es gilt“, schrieb der Psychiater Maximilian Thumm, „unermüdlich darauf hinzuarbeiten, jeden einzelnen Kranken weiter zu führen, [...] der sozialen Heilung immer näher zu bringen, auch wo die klinische nicht möglich ist.“²⁷ Als Ziel der Arbeitstherapie formulierte er „die möglichst rasche Wiedereingliederung im freien Leben“,²⁸ sie war Ausdruck der sozialen Heilung.

Wege zur „sozialen Heilung“: Arbeitstherapie in Stufen

Doch wie sollte der Kranke in der Anstalt an diese soziale Heilung herangeführt werden? Folgt man Simons Konzept der „aktiveren Krankenbehandlung“, so

²⁴ Wilhelm Weygandt: Behandlung der Paralyse. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 24 (1927), S. 377–381, hier: S. 379.

²⁵ Helene Silberschmidt: Ergebnisse einer „aktiveren Krankenbehandlung“ in der Provinzialheilanstalt Gütersloh. Diss. med. Berlin 1930, S. 9.

²⁶ Zum Konzept der „sozialen Heilung“ bei Eugen Bleuler vgl. Brigitta Bernet: Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbildes um 1900. Zürich 2013. Auch Leukotomien als somatische Therapien gründeten auf dem Argument einer sozialen Heilung; vgl. Marietta Maier: „Soziale Heilung“ als Ziel psychochirurgischer Eingriffe. Leukotomie im Spannungsfeld von Individuum, Anstalt und Gesellschaft. In: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 54 (2004), S. 410–425.

²⁷ Thumm: Erfahrungen (wie Anm. 7), S. 229.

²⁸ Ebd., S. 235.

sollte die für die Kranken ausgewählte Beschäftigung „immer an der oberen Grenze der Leistungsfähigkeit gehalten werden“, nur so „können Fortschritte erzielt werden“.²⁹ Sein Ansatz basierte auf der Annahme, dass Arbeitskräfte, die nicht genutzt werden, verfallen, dass Arbeit die Kraft nicht aufbraucht oder verzehrt, sondern dass „der Aufstieg des Arbeitenden in der Entwicklung seiner eigenen Kraft, seiner eigenen Leistungsfähigkeit durch eigene Leistung liegt. Die Arbeitskraft ist das unveräußerliche Kapital des Arbeitenden, das ihm keine Inflation rauben kann und das sich umso stärker vermehrt, je mehr er es gebraucht.“³⁰ Mit diesem Plädoyer für eine stetige Steigerung der Arbeitsleistung wandte sich Simon an den Staat und die Politik, aber auch explizit gegen das 1927 im Reichstag verabschiedete „Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung“, das in seinen Augen nur einen „Parasitismus socialis“ fördere und auf einem falsch verstandenen Konzept von Gemeinschaft beruhe.

Um die „aktivere Krankenbehandlung“ in den Anstalten durchzuführen, sollten die Arbeiten, mit denen die Patienten betraut wurden, ihren jeweiligen Anforderungen entsprechend in eine Stufenfolge gebracht werden, wobei die Arbeiten der letzten der insgesamt fünf Stufen³¹ der „[v]olle[n] normalen Leistungsfähigkeit eines Gesunden“³² entsprachen: Auf dieser letzten Stufe sei es wichtig, dass die Art der Beschäftigung nun den Kranken „mit der gesunden Außenwelt in persönlichen Verkehr bringt“. Je mehr sie dies tue, „desto mehr treten krankhafte Äußerungen [...] zurück“: „Wer sich auf dieser Stufe bewährt“, so Simon weiter, „wird auch unbedenklich der freien Erwerbstätigkeit wiedergegeben werden können.“

„Sinnvolle“ und „sinnlose“ Arbeiten

Für das Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit und der damit verbundenen sozialen Heilung war die Auswahl der Arbeiten nicht unerheblich: „Das Wichtigste wird immer bleiben, daß wir unseren Kranken [...] wieder solche Kenntnisse und Gewöhnungen vermitteln, mit denen sie außerhalb der Anstalt auch etwas anfangen können.“³³ Künstlerische Beschäftigungen, Spielereien oder die „Produktion schi-

²⁹ Hermann Simon: *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt* (1929). Bonn 1986, S. 22.

³⁰ [Hermann] Simon: *Moderne Beschäftigungstherapie*. In: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 32 (1930), S. 141–144, hier: S. 144.

³¹ Zur untersten Stufe zählten Betätigungen, die weder Selbstständigkeit noch Aufmerksamkeit forderten, wie das Anfassen beim gemeinsamen Tragen eines Korbes, Staubwischen, Auseinanderzupfen von Wollresten u. Ä. Zur zweiten Stufe zählte er „[m]echanische Arbeit mit geringen Anforderungen an Aufmerksamkeit und Regsamkeit“, wie Meliorationsarbeiten, Unkraut jäten, Wenden von Briefumschlägen. Die dritte Stufe sah Arbeiten vor, die „mäßige Aufmerksamkeit, Regsamkeit und Intelligenz“ verlangten, wie Kolonnenarbeiten, Besorgung der Ställe, Nähen, Weben. Die Arbeiten der vierten Stufe erforderten „gute Aufmerksamkeit und halbwegs normales Nachdenken“, wie Facharbeiten in den Werkstätten, Arbeiten im Büro, selbstständige Hausarbeit u. Ä.; vgl. Simon: *Krankenbehandlung* (wie Anm. 29), S. 24–26.

³² Hier und im Folgenden ebd., S. 27.

³³ Simon: *Beschäftigungstherapie* (wie Anm. 30), S. 143.

zophrener und paranoider „Kunstwerke“ zählten für Simon nicht dazu.³⁴ Sie sollten in der Anstalt auch nicht gefördert werden, da sie den Kranken in seinen „Verirrungen“ oder „abwegigen Gedankengängen“ bestätigten und weder Zweck noch Nutzen hätten. Es sei therapeutisch wichtig, so Simon, die Arbeitskraft des Einzelnen „nützlich“ zu verwerten, um die „gesunde Logik wieder in das Leben und in die Gedankenwelt des Kranken einzuführen“.³⁵ „Nützlich“ waren in Simons Augen vor allem die Garten- und Feldarbeit, die Arbeiten in der Hauswirtschaft und in den Werkstätten, aber auch ausgewählte Arbeiten im Büro- und Verwaltungsbetrieb – allesamt Arbeiten, die vor allem auch einen ökonomischen Nutzen für den Anstaltsbetrieb hatten. Die Arbeitstherapie, die Arbeitsleistung mit der Aussicht auf Entlassung belohnte, sollte den Kranken daran gewöhnen, „seine Forderungen ans Dasein weniger aus seiner ‚Krankheit‘ [...] abzuleiten, als aus seiner eigenen Leistung“.³⁶

Dass die Ansichten über Zweck und Nutzen der in der Anstalt angebotenen Arbeiten sehr unterschiedlich sein konnten und die Patienten nicht immer die Ansicht der Anstaltsleitung teilten, belegen Einträge aus den Krankenakten. In Langenhorn, einer in die Peripherie ausgelagerten Anstalt mit großen landwirtschaftlichen Flächen, die bearbeitet werden mussten, und einer mit zahlreichen Werkstätten ausgestatteten Einrichtung, wurden die Patienten auch überwiegend mit handwerklichen und landwirtschaftlichen Arbeiten beschäftigt. Doch an das großstädtische Leben und seine Anforderungen gewöhnte Kranke konnten mit diesen Arbeiten oft nur bedingt etwas anfangen:³⁷ Bestimmte Arbeitstechniken waren ihnen nicht vertraut, oder sie weigerten sich, Arbeiten auszuführen, die ihnen für ein späteres Fortkommen in der Großstadt ungeeignet schienen, mit denen sich also aus ihrer Perspektive das Behandlungsziel einer sozialen Heilung nicht realisieren ließ. Die Einträge in den Krankenakten berichten davon, dass Patienten sich in der Anstalt auf eigene Initiative weiterbildeten, Fertigkeiten lernten oder sich mithilfe von Büchern oder Mitpatienten spezielles Wissen aneigneten, um nach einer möglichen Entlassung für das Leben außerhalb der Anstalt gewappnet zu sein oder es nach eigenen Vorstellungen gestalten zu können. Erwähnung fanden der Erwerb von Kenntnissen in Stenografie, Maschinenschreiben und Fremdsprachen. Das Erlernen von Stenografie und Maschinenschreiben erfreute sich auch allgemein, außerhalb der Anstalt, einer großen Nachfrage, wie die Teilnehmerzahlen entsprechender Kurse für arbeitslose Erwachsene, die von der Hamburger Arbeitsverwaltung in den Jahren 1919 bis 1922/1923 durchgeführt

³⁴ Hier und im Folgenden Simon: Krankenbehandlung (wie Anm. 29), S. 18.

³⁵ Ebd.

³⁶ Simon: Beschäftigungstherapie (wie Anm. 30), S. 145.

³⁷ Entsprechende Bedenken wurden bereits in den Gründungsjahren der ehemaligen „Irren-Colonie“ Langenhorn geäußert. Vgl. dazu auch die Überlegungen von Titius: Zum Ausbau der Arbeitstherapie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 36 (1930), S. 426f. Dort heißt es: „Es kommt noch hinzu, daß eine ganze, wenn auch nicht große Anzahl Kranker, und namentlich Angehörige gehobener Schichten, die kein Handwerk erlernt haben und an landwirtschaftliche Arbeiten nicht gewöhnt sind, sich sträuben, in Handwerksstätten zu arbeiten, sich weigern, selbst bei den einfachsten aller Arbeiten [...] mitzuhelfen [...]“; Zitat: ebd.

wurden, zeigen.³⁸ Als ein Patient in Langenhorn dazu aufgefordert wurde, sich mit „nutzbringender Arbeit etwas zu beschäftigen“, lehnte er diese ab und entgegnete dem Arzt: „Sehe ich denn so aus wie ein Arbeiter? Niemals werde ich [...] in diesen Häusern eine Beschäftigung sei es in der Schneiderei, Schusterei oder dergleichen anfangen. Das hat gar keinen Zweck, weil eine solche Arbeit gar keinen Nutzen für mein späteres Fortkommen hat. Ich will mich jetzt mit Stenographie beschäftigen und hoffe darin so flott zu werden, dass ich sie später verwerten kann.“³⁹

Der Blick in die Krankenakten zeigt deutlich, dass in der Frage der sozialen Heilung die Interessen der Ärzte nicht immer mit denen der Patienten in Deckung gebracht werden konnten, dass zugleich aber das Konzept der sozialen Heilung einen Raum für neue Formen der Interaktion und Aushandlung zwischen Arzt und Patient öffnete, sie in ein verändertes Verhältnis zueinander setzte. Denn im Gegensatz zu Laborwerten, die über Gesundheit und Krankheit entschieden und die das Individuum praktisch nicht beeinflussen konnte, erforderte das Konzept der sozialen Heilung eine Beteiligung des Patienten am „Heilungsprozess“ sowie daran, dass die Effekte der Heilung auch erhalten blieben. Indem das Konzept auf Selbstständigkeit und Eigenverantwortung gerichtet war, musste zumindest jenen Patienten, denen eine Entlassung in Aussicht gestellt wurde, diese auch bis zu einem gewissen Grad im Anstaltsalltag zugestanden werden.

Darüber hinaus äußerten Patienten den Wunsch, in der Anstalt jener Arbeit nachgehen zu können, die sie erlernt hatten. So bat ein Patient, der aus dem Gefängnis Fuhlsbüttel nach Langenhorn überwiesen worden war und bei dem Depressionen diagnostiziert wurden, ihn nicht länger in der Pantoffelmacherei, sondern zukünftig in der Lederschuhmacherei zu beschäftigen. Er begründete dies damit, dass er „die Absicht [habe], später selbständig zu werden. Deshalb muß ich meine praktischen Kenntnisse aufrecht erhalten. Ich bitte darum [...] mich in mein[em] Beruf arbeiten zu lassen. [...] Herr Oberarzt wird sehen, dass ich ganz anders werde, und ich besser zu Wege bin, als bisher, wenn ich in mein[em] Beruf arbeiten darf.“⁴⁰ Immer wieder verweigerte der gelernte Schuhmacher die Arbeit in der Pantoffelmacherei, die ihn unterfordere und langweile, und bat um Arbeit in der Lederschuhmacherei. Schließlich wurde dem Wunsch des Patienten nachgegeben, und er leistete als Lederschuhmacher in „guten Zeiten [...] ausgezeichnete Arbeit“.⁴¹ Aus der Perspektive des Arztes stellte sich also der gewünschte therapeutische Effekt ein, dem aber eine Intervention des Patienten sowie eine entsprechende Aushandlung mit dem Arzt vorangegangen war. Nur so konnten die beiderseitigen Interessen schließlich in Deckung gebracht und konnte eine soziale Heilung in Aussicht gestellt werden.

³⁸ Vgl. Sabine Reh: „Man gibt uns Unterricht statt Brot.“ Arbeitslosenbildung zwischen Arbeitsmarktpolitik und Wohlfahrtspflege in Hamburg 1914–1933. Hamburg 1992, S. 155.

³⁹ Eintrag in der Krankenakte vom 7. 10. 1929, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 16052.

⁴⁰ Undatiertes Brief an Dr. Sierau (vermutlich um 1922), StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 13452.

⁴¹ Abschrift eines Schreibens von Dr. Sierau vom 6. 9. 1924, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 13452.

Der Übergang von der Anstaltswelt in die Arbeitswelt – Das Beispiel Hamburg

In Zeiten hoher Arbeitslosigkeit und einer schlechten Wirtschaftslage war soziale Heilung eine äußerst fragile Größe, nach der die Genesung eines Patienten bemessen wurde. Unter dem Eindruck der äußeren Verhältnisse, in die der Patient zurückgeführt werden sollte, konnten die Heilungseffekte auch schnell wieder beschädigt werden. Arbeitsfähigkeit war ein zentrales Kriterium für eine Entlassung, letztere war aber zugleich daran gebunden, dass der als arbeitsfähig zu entlassende Patient auch eine Arbeit in Aussicht hatte. Nur durch Arbeit konnte Arbeitsfähigkeit, die den Grundpfeiler der sozialen Heilung markierte und die Bedingung für eine Rückkehr in die erwerbstätige Gesellschaft darstellte, erhalten bleiben – eine Ansicht, die Hermann Simon mit vielen seiner Zeitgenossen teilte. Vorbereitend auf sowie im Anschluss an seine Entlassung sollte der Patient sich daher in regelmäßiger Arbeit üben – sofern er noch keine Erwerbsarbeit außerhalb der Anstalt gefunden hatte. Die Beschäftigung vielfach schon entlassungsfähiger Patienten in den privaten Haushalten der Ärzte und Angestellten oder die über ihre Entlassung hinausgehende Versorgung der Patienten in den Landhäusern der Anstalt können mit der Idee eines regulierten und begleiteten Übergangs von der Anstaltswelt in die Arbeitswelt verbunden werden. Aber auch Beurlaubungen der Patienten zum Zweck der Arbeitssuche oder das Modell der Familienpflege gehören in diesen Zusammenhang.⁴² Darüber hinaus sollten Einrichtungen wie die 1929 in Hamburg eingeführte „offene Fürsorge“ oder der „Hilfsverein für entlassene Geisteskranke“, der seine Arbeit ebenfalls 1929 wieder aufnahm, die Entlassenen bei der Wohnungs- und Arbeitssuche unterstützen. Das Ziel der Schaffung einer sozialen und wirtschaftlichen Basis, die Julius Moses in seiner Denkschrift als Bedingung für ein gesundes Leben und damit auch als zentrale Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsfürsorge beschrieb, fand in diesen Modellen seine Resonanz. Es war sowohl für die sozialstaatlich organisierte Gesellschaft, für die Ärzte und die Anstalten, als auch für jene Patienten, die ihre Entlassung in Aussicht hatten, von zentraler Bedeutung. Nur über Arbeit konnten mittellose Patienten, wenn überhaupt, in der Welt wieder Fuß fassen, konnte sich die soziale Heilung bewähren und psychiatrisches Handeln legitimieren. Im Folgenden werde ich die genannten Modelle, die in das Feld der öffentlichen Gesundheit hineinwirkten, näher darstellen.

Übergangsmodelle: Vor und nach der Entlassung

Angesichts der schwierigen wirtschaftlichen Gegebenheiten außerhalb der Anstalt hatten die Patienten vermehrt ein ambivalentes Verhältnis zu einer ihnen in Aus-

⁴² Die hier genannten Übergangsmodelle konnten erst über eine qualitative Analyse der Krankenakteinträge erschlossen werden. Im Rahmen eines DFG-Projekts (Projektleitung: Prof. Dr. Schmiedebach, Schm 1311/9-1) wurden Krankenakten von 400 Patienten, die in den Jahren zwischen 1920 und 1929 in die Staatskrankenanstalt Hamburg-Langenhorn aufgenommen wurden, ausgewertet. Davon ausgenommen ist das Modell der Familienpflege, das erst 1929 in Hamburg eingeführt wurde.

sicht gestellten Entlassung. Im Oktober 1929 schrieb ein Patient aus Langenhorn an seinen Vater, dass er noch nicht entlassen werden wolle, „und zwar aus dem einfachen Grunde nicht, weil der Winter vor der Türe steht, und es nicht so einfach ist, Arbeit zu finden, zumal jeder heute seine Arbeit festhält, und es nicht so einfach ist, bei den heutigen Arbeitsverhältnissen irgendwo Arbeit zu finden“.⁴³ Eine möglichst rasche Entlassung, wie sie die Anstalt mit dem Konzept der Arbeitstherapie verfolgte, kam vielen Patienten entgegen. Sie zeigten den Ärzten über die von ihnen geleistete Arbeit, dass sie arbeitsfähig waren und forderten auf dieser Grundlage ihre Entlassung ein.⁴⁴ Wurde ihnen diese nicht in Aussicht gestellt, konnten Unzufriedenheit und Arbeitsverweigerung die Folge sein. Der Hafenarbeiter Arthur S., bei dem als Diagnose „degen. Geistesschwäche (Morphinismus?)“ vermerkt wurde, formulierte dies in einem Gespräch mit dem Arzt so: „[W]enn ich arbeite und sehe kein Vorwärtskommen, dann hat es gar keinen Zweck. Ich habe 18 Monate für die Langenhorner Firma gestrebt und nichts erreicht. Außer wenn Sie mir entgegenkommen, bin ich bereit, die Arbeit wieder aufzunehmen. Aber wenn für mich keine Freiheit ist, ist für mich auch keine Arbeit da.“⁴⁵

Es finden sich in den Krankenakten aber auch zahlreiche Belege dafür, dass Patienten Vorbehalte gegen eine ihnen in Aussicht gestellte Entlassung hatten: Sie äußerten, wie der eingangs zitierte Patient, ihre Bedenken, außerhalb der Anstalt eine Arbeitsstelle finden zu können und zweifelten an den in der Anstalt gelernten Fähigkeiten. „Wer nimmt denn heute einen Mann von 34 Jahren, der direkt aus der Irrenanstalt kommt und nichts gelernt hat?“, klagte der Kostaushelfer Lothar M., der im Januar 1924 wegen Epilepsie in Langenhorn aufgenommen worden war und wenige Wochen später bereits in der Buchbinderei der Anstalt zu arbeiten begann.⁴⁶ Obwohl der betreuende Arzt ihn als eifrigen und regelmäßig arbeitenden Buchbinder beschrieb, räumte dieser gegenüber dem Vater des Patienten ein, dass die „buchbinderischen Leistungen“ seines Sohnes, „wenn auch nicht wertlos, doch noch lange nicht derartig [sind], daß er mit gelernten Fachleuten konkurrieren könnte. Dazu ist er, wie so oft Kranke seiner Art, übertrieben empfindlich und überheblich.“⁴⁷ Doch auch der Patient selbst war von den Fähigkeiten, die er in der Buchbinderei der Anstalt gelernt hatte, wenig überzeugt: „10½ Jahre in der Buchbinderei habe ich ja gearbeitet, aber als Fachmann kann

⁴³ Abschrift eines Briefes an den Vater vom 2. 10. 1929, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 17815.

⁴⁴ Die Krankenakten zeigen, dass die Aussicht auf eine Entlassung auch Einfluss auf das Arbeitsverhalten der Patienten in der Anstalt nehmen konnte, wie bei dem Dienstmädchen Helene B.: „Seit ihr eine eventuelle Entlassung in Aussicht gestellt worden ist, arbeitet sie [...] stetig, ist umgänglich, [...] kaum noch launenhaft, verhält sich geordnet.“; Eintrag vom 21. 7. 1925. Sie wurde daraufhin beurlaubt und dem Wohlfahrtsamt zwecks weiterer Fürsorge und Arbeitsvermittlung zugeführt; StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 15419.

⁴⁵ Exploration mit Dr. Schenk vom 29. 11. 1933, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 15909.

⁴⁶ Brief des Patienten an den Reichsstatthalter vom 21. 6. 1934, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 14854.

⁴⁷ Brief von Dr. Sierau an den Vater des Patienten vom 26. 1. 1927, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 14854.

ich trotzdem nicht gehen“,⁴⁸ schrieb er 1934 an den Hamburger Reichsstatthalter, den er um die Vermittlung einer Arbeitsstelle bat, um seine Entlassung aus der Anstalt zu erwirken. Dabei hatte er konkrete Vorstellungen, für welche Art von Arbeit er geeignet und für welche er weniger geeignet wäre: „Arbeiten wie Briefsortieren, auf der Post, oder Briefträger, leichte Fabrikarbeiten, Packen, oder als Parkaufseher auf Kinderspielplätzen, Botendienste, wären praktisch für mich! Arbeiten in Gärtnereien oder auf dem Lande, wären nicht praktisch für mich, der gebückten Stellung wegen. Gerne würde ich mich zum Arbeitsdienst freiwillig melden, wenn ich dazu fähig bin, dieselben [!] auszuführen.“⁴⁹ Das in der Anstalt erworbene Wissen über Buchbinderei eröffnete Lothar M. keine Aussicht auf Entlassung, es stellte weder für den Arzt noch für ihn selbst eine sichere Basis dar, auf der seine soziale Heilung gedeihen konnte. Die etwaigen therapeutischen Bemühungen der Ärzte, Lothar M. durch die Arbeit in der Buchbinderei ein späteres Auskommen zu ermöglichen, liefen ins Leere. Der Patient wurde schließlich selbst aktiv, indem er das zitierte Schreiben an den Reichsstatthalter verfasste und ihm ein breites Feld an Arbeitsbereichen nannte, in denen er beschäftigt werden könne, um so – wie zu vermuten steht – seine Chancen auf Entlassung zu erhöhen. Erst zwei Jahre später, am 9. August 1936 – nachdem er zwei Jahre zuvor zwangssterilisiert worden war – wurde Lothar M. endgültig entlassen. Biologisches (im Sinne einer biologischen „Prävention“ durch die Sterilisierung) und Soziales (im Sinne einer auf Arbeit basierenden sozialen Heilung) wirkten hier zusammen.⁵⁰

Vielfach standen die Patienten einer Entlassung skeptisch gegenüber: Sie befürchteten, nach Jahren der Anstaltsunterbringung den Anschluss an das Leben außerhalb verloren zu haben und in der Anstalt nicht ausreichend auf ein selbstständiges Leben vorbereitet worden zu sein.⁵¹ Wie Lothar M. fühlte sich auch die mit „dementia praecox“ diagnostizierte Louise S. nach Jahren in der Anstalt stigmatisiert und zweifelte daran, in einem geregelten (Arbeits-)Leben mit den in der Anstalt vermittelten Fähigkeiten oder in dem einst gelernten Beruf bestehen zu können: „Nur sich draußen ihr Brot verdienen zu können, fühle sie sich noch lange nicht wohl genug“, räumte sie dem Arzt gegenüber ein. „Sie wisse ganz ge-

⁴⁸ Brief des Patienten an den Reichsstatthalter vom 21. 6. 1934, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 14854.

⁴⁹ Ebd.

⁵⁰ Wie diese Ambivalenz zwischen der „Erkenntnis der sozialpädagogischen Beeinflussbarkeit von seelischen Erkrankungen“ und der „Verankerung seelischer Erkrankungen im Somatischen“ auf das Leben eines Patienten einwirkte, beschreibt der Historiker Christof Beyer sehr anschaulich. Christof Beyer: „Oder sollen wir etwa geheilt werden, um (...) uns immerdar die Endlosigkeit unseres Aufenthalts hier vor Augen zu halten (...)?“ – Eine Patientenperspektive in der Psychiatrie zwischen Krankheit, Normalisierung und Normalität (1921–1937). In: MedGG 30 (2012), S. 49–83, hier: S. 80.

⁵¹ So lehnte die 1868 geborene Patientin Sophie B. die ihr in Aussicht gestellte Entlassung ab und bat, in der „Irrenanstalt [...] bleiben zu können, weil sie niemanden hätte, wohin sie könnte“. (Eintrag vom 29. 3. 1928). Sophie B. starb im Juni 1943 als Patientin der Anstalt; StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 17253.

nau, dass sie den Anforderungen, die an eine bezahlte Kraft gestellt würden, nicht gewachsen sei. In ihrem Beruf, (Erzieherin) zu Kindern, würde sie kein Mensch nehmen, nachdem sie 8 Jahre in einer Anstalt gewesen sei.“⁵² Der Ort, der auf einem therapeutischen Konzept basierte, das eine Rückführung der Patienten in die Arbeitswelt ermöglichen sollte, zeigte sich hier – vor allem für Langzeitpatienten – zugleich als Ort mit einer Eigenlogik, die dem Erreichen dieses Ziels entgegenstand. Die Anstalt war ein auf sich selbst bezogener Organismus, der sich daher auch nur bedingt kompatibel mit den Anforderungen eines Lebens außerhalb zeigen und die Patienten so auch nur bedingt darauf vorbereiten konnte⁵³ – genau darin lag aber auch die Herausforderung, die das Konzept der sozialen Heilung an die Anstalten stellte und auf die man mit spezifischen Übergangsmodellen, wie ich sie im Folgenden beschreiben werde, eine Antwort zu geben versuchte. Zudem stellt sich die Frage, inwieweit die Anstalt selbst auch ein Symbol der Stigmatisierung war, sodass gewisse Patienten trotz Entlassung mit einem „Etikett“ versehen waren, das ihnen den Weg in ein geregelteres Erwerbsleben erheblich erschwerte oder gar unmöglich machte.

Beschäftigung der Patienten in privaten Haushalten auf dem Anstaltsgelände

Die Praxis, ausgewählte Patienten in den auf dem Anstaltsgelände gelegenen Dienstwohnungen der Ärzte und Angestellten zu beschäftigen, kann als ein anstaltsinternes Übergangsmodell beschrieben werden. Für die Verrichtung von Arbeiten in den privaten Häusern und Gärten sowie für private Besorgungen außerhalb des Anstaltsgeländes wählte man vor allem Kranke, die selbstständig arbeiten, aber noch nicht endgültig entlassen werden konnten, und/oder die langsam an ein Leben außerhalb der Anstalt herangeführt werden sollten. Dies liege „ganz im Sinne der Bestrebung freier Behandlung und offener Fürsorge“, wie Anstaltsdirektor Gerhard Schäfer der Hamburger Gesundheitsbehörde gegenüber einräumte.⁵⁴ Die Beschäftigungen in den privaten Haushalten sollten ein weitgehend „normales“ Arbeitsleben simulieren: Die Patienten wurden bei ihrer Arbeit weder überwacht noch kontrolliert; sie wurden weder von einem Pfleger zur Arbeit begleitet noch abgeholt; sie hatten vermehrt Kontakt mit Personen, die nicht in der Anstalt untergebracht oder beschäftigt waren, und konnten das Anstaltsgelände verlassen; sie erhielten allerdings keinen Lohn und konnten über ihre freie Zeit auch nur bedingt frei verfügen. Die Angestellten und Ärzte hatten

⁵² Ebd.

⁵³ Wie aussichtslos sich diese versuchten Rückführungen gestalten konnten, zeigt das Sitzungsprotokoll des Aufnahme-Ausschusses für Erwerbsbeschränkte vom 19.10.1921: „Dem Arbeitsnachweis wurde ein Herr Carl L[...] überwiesen. L. kann nachdem er 30 Jahre als Geisteskranker in Friedrichsberg und Langenhorn gewesen ist, nur ganz leichte Arbeit verrichten. Im Nachweis besteht keine Aussicht, ihm irgend eine Arbeit zu vermitteln. Herr Sch[...] schlägt vor, als letzten Versuch, L. in die Werkstätten für Erwerbsbeschränkte zu vermitteln. Sollte er auch diese Arbeit nicht ausführen können, dann müsste er von der Wohlfahrt unterstützt werden und käme für unseren Nachweis nicht in Frage.“; StAHH 351-2 II, Sig. 258.

⁵⁴ Schreiben der Direktion der Staatskrankenanstalt Langenhorn an die Gesundheitsbehörde Hamburg vom 24.11.1929, S. 43f., StAHH 352, Sig. II L 15.

einen festgesetzten Betrag für die in Anspruch genommenen Arbeitsleistungen zu zahlen. Das Geld kam bis 1926 der „Unterstützungskasse für Kranke“ zugute.⁵⁵

Die mit der Arbeit in einem privaten Haushalt in Aussicht gestellte Entlassung trat allerdings nicht immer ein. Die Patientin Johanna S., mit „Psychopathie“ diagnostiziert, legte ihre Arbeit im Arzthaushalt schließlich nieder, da sich ihre Entlassung immer wieder verzögerte: „Warum sagt man immer[,] es wird kommen[,] das[s] ich entlassen werde[,] und es wird doch nichts dazu getan. [...] Herr Doktor wir[d] böse sein[,] aber ich kann es nicht[,] ich gehe wieder mit in die Plättstube bis sich etwas in der Familienpflege findet.“⁵⁶ Die Einträge lassen darauf schließen, dass Johanna S. daraufhin in einem anderen Arzthaushalt beschäftigt wurde.⁵⁷ Ihrem Wunsch, in die Familienpflege verlegt zu werden, wurde nicht entsprochen. Im September 1934 wurde sie zwangssterilisiert, im Februar 1935, nachdem sie knapp zehn Jahre in Langenhorn untergebracht gewesen war, „gebessert“ in eine Stellung entlassen.

Als sich die soziale und ökonomische Lage in Hamburg infolge der Weltwirtschaftskrise zuspitzte, verschärfte sich auch die Diskussion um die Praxis der Beschäftigung von Patienten in den privaten Haushalten der Ärzte und Angestellten. Die arbeitenden Patienten wurden zunehmend als Konkurrenz für „gesunde“ Arbeitssuchende kritisiert. Mit 1. Juni 1934 wurde schließlich die „Arbeit von Patienten für Privatzwecke“ – und damit ihre Beschäftigung in den Dienstwohnungen – verboten. Diesem Verbot war ein Schreiben des seit 1933 als Verwaltungsdirektor in Langenhorn tätigen Gerhard Hanko an die Gesundheits- und Fürsorgebehörde vorangegangen, in dem er anmerkte, „daß der gesunde arbeitslose Volksgenosse eine Arbeitstherapie weit nötiger hat, als der Geisteskranke“ und „[e]ine Rücksichtnahme auf den Geisteskranken [...] an sich erst erfolgen [kann], wenn der arbeitslose Volksgenosse wieder in Lohn und Brot steht“.⁵⁸ Damit fiel nicht nur ein wichtiger Arbeitsbereich für die Patienten weg, sondern auch eine zentrale Schnittstelle für den Übergang von der Anstaltswelt in die Arbeitswelt.

Unterbringung der Patienten in den Landhäusern der Anstalt

Die Unterbringung der Patienten in den Landhäusern der Anstalt markierte ebenfalls eine wichtige Vorstufe zu ihrer Entlassung. Die sogenannten Landhäuser zählten zu jenen Gebäuden auf dem Anstaltsterrain, die schon kurz nach der Eröffnung der ehemaligen „Irren-Colonie“ nach dem „Offen-Tür-System“⁵⁹ geführt

⁵⁵ Das Geld auf diesem Konto wurde unter anderem für Tabak (Tabak, Kautabak, Zigarren, Zigaretten) ausgegeben. Vgl. Beschluss der Verwaltungssitzung vom 28.12.1921, StAHH 352-8/7, Sig. 165.

⁵⁶ Undatierter Brief an Doktor Hirsch[?], StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Nr. 16021.

⁵⁷ Vgl. Eintrag vom 15. 2. 1932, ebd.

⁵⁸ Schreiben des Verwaltungsdirektors der Anstalt Langenhorn (Dr. Hanko) an die Gesundheits- und Fürsorgebehörde vom 6. 3. 1934, StAHH 352-8/7, Sig. 166.

⁵⁹ Vgl. Albrecht Paetz: Die Kolonisierung der Geisteskranken in Verbindung mit dem Offen-Thür-System, ihre historische Entwicklung und die Art ihrer Ausführung auf Rittergut Alt-Scherbitz. Berlin 1893.

wurden und auf dem Prinzip einer freien Verpflegung gründeten.⁶⁰ Patienten, die in eines der Landhäuser verlegt wurden, konnten sich frei auf dem Anstaltsgelände bewegen und wurden vor allem mit Arbeiten im Freien – sei es in den Gärten, auf dem Wirtschaftshof oder in der Landwirtschaft – beschäftigt. Auch sie arbeiteten überwiegend ohne Aufsicht. In den Krankenakten aus der Weimarer Zeit findet sich vielfach der Wunsch der Patienten dokumentiert, in ein Landhaus verlegt zu werden. Denn tatsächlich folgte auf die Verlegung meist eine Beurlaubung oder die endgültige Entlassung aus der Anstalt. So wurde der mit „dementia paranoides“ diagnostizierte Kaufmann Paul H. am 25. September 1929, „[d]a die Besserung weiterhin anhält“, in ein Landhaus verlegt, am 3. Oktober beurlaubt und am 9. April des darauffolgenden Jahres endgültig entlassen.⁶¹

Dass eine Entlassung aber durch die Verlegung in ein Landhaus auch hinausgezögert werden konnte, zeigt das Beispiel des mehrfach – unter anderem aus dem Gefängnis Fuhlsbüttel – nach Langenhorn überwiesenen Waldemar M. In einem Brief teilte der Arzt seinen Eltern mit, dass es aufgrund der bisher gemachten Erfahrungen besser sei, ihren Sohn noch nicht zu entlassen, und verwies auf die schlechten Arbeitsverhältnisse und die große Gefahr, „daß er wieder versackt“.⁶² Stattdessen wolle man ihn in ein „freies Landhaus“ verlegen, „wo er freie Bewegung hat und dann werden wir ja sehen, wie er sich dort macht“.⁶³

Einigen Patienten legte die Anstaltsleitung nach ihrer Entlassung nahe, freiwillig in eines der Landhäuser zu ziehen – vor allem dann, wenn sie noch keine Aussicht auf Wohnung oder Arbeit hatten. Diese Patienten wurden zwar offiziell entlassen und nicht mehr als Patienten geführt, konnten aber weiterhin auf dem Gelände der Anstalt leben und arbeiten und sich von hier aus Arbeit und Wohnung außerhalb der Anstalt suchen. Der Berichterstatter Christian K., in dessen Akte als Diagnose „Psychopathie (nicht geisteskrank)“ vermerkt wurde und der ebenfalls nach seiner Entlassung als „freiwilliger Pat[ient]“⁶⁴ in eines der Landhäuser zog, fragte direkt vor Ort um eine Arbeit als Zeichner an. Als solcher war er bereits als Patient im Anatomischen Labor der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg beschäftigt gewesen. Er sei der Auffassung, teilte er dem Direktor in einem Schreiben mit, „wenn ich derartige Arbeiten als Patient machen kann, dann muss ich auch als freie Arbeitskraft gut dazu sein“.⁶⁵

⁶⁰ „Nach Auswahl passender Kranker bekam das erste belegte Männerhaus [...] unbeschränkt Offen-Thür während der Tageszeit [...]. Weiterhin wurden von den vier Wärtern des Hauses einer nach dem anderen herausgenommen, bis schließlich für den Tag nur einer zurückblieb und ein zweiter nur zur Nacht dort mit schläft. Dann wurden die Wärter auch von der Arbeit weggenommen; die Kranken dieses Hauses gehen allein zur Arbeit und beaufsichtigen sich selbst.“ Krankenhaus-Collegium: Landwirtschaftliche Colonie für Geistesranke in Langenhorn. In: Jahresberichte der Verwaltungsbehörden der freien und Hansestadt Hamburg 1893. Hamburg 1894, S. 19–22, hier: S. 22.

⁶¹ StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 18112.

⁶² Hier und im Folgenden Brief von Dr. Sierau an die Eltern vom 23. 12. 1924, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 13107.

⁶³ Ebd.

⁶⁴ Eintrag in die Krankenakte vom 1. 5. 1931, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 17543.

⁶⁵ Brief an den Direktor der Staatskrankenanstalt Langenhorn vom 6. 5. 1931, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 17543.

Dass aber nicht alle Patienten den Vorschlag annahmen, freiwillig in der Anstalt zu bleiben, zeigt der Eintrag in einer Akte vom Juni 1926: „Unser Anerbieten, vorläufig als Landhauskranker freiwillig hier zu bleiben, um sich wieder ans Draußenleben zu gewöhnen und sich dann von hier aus Arbeit und Wohnung zu suchen, lehnt W[...] ab.“⁶⁶

Beurlaubungen

Ein weiteres Übergangsmodell stellte die Beurlaubung dar.⁶⁷ Sie konnte den Patienten aus mehreren Gründen gewährt werden und war in erster Linie als eine Entlassung auf Probe konzipiert. Der Patient sollte die Möglichkeit haben, in einem Leben außerhalb der Anstalt Fuß zu fassen und – vor allem – eine Arbeit zu finden.⁶⁸ Als beurlaubt geführt, konnten die Patienten jederzeit wieder in die Anstalt zurückkehren, ohne erneut aufgenommen werden zu müssen.⁶⁹ Die Einträge in den Krankenakten aus Langenhorn zeigen, dass die Patienten tageweise oder auch länger zum Zweck der Arbeitssuche beurlaubt wurden. Konnten sie schließlich den Nachweis erbringen, Arbeit gefunden zu haben, oder bewährten sie sich über einen längeren Zeitraum auf ihrem neuen Arbeitsplatz, wurden sie entlassen. „[D]arf jetzt zweimal wöchentlich zur Stadt fahren, um sich beim Arbeitsnachweis nach einer Tätigkeit umzusehen“, vermerkten die Ärzte in der Akte von Johannes M., einem, wie sie formulierten, „regelmäßige[n] und fleißige[n] Landarbeiter“.⁷⁰

„[U]m sich eine Beschäftigung zu suchen“, wurde auch der 26-jährige Ludwig B. im November 1927 zweimal wöchentlich von der Anstalt zum Arbeitsamt nach Hamburg beurlaubt.⁷¹ Parallel dazu wurde er als Anstaltspatient in ein Landhaus verlegt.⁷² Anfang Dezember kehrte er „vom Urlaub zum Arbeitsamt *nicht* zurück“,⁷³ seine Krankenakte wurde an das Arbeitsamt geschickt. Als er im März 1928 in Begleitung seiner Mutter niedergeschlagen wieder zurück in die An-

⁶⁶ StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 13456.

⁶⁷ Zur Handhabung der Beurlaubung von Patienten in einzelnen Ländern vgl. Hans Roemer/Gustav Kolb/Valentin Faltlhauser: Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Ein Ratgeber für Ärzte, Sozialhygieniker, Nationalökonomien, Verwaltungsbeamte sowie Organe der öffentlichen und privaten Fürsorge. Berlin/Heidelberg 1927.

⁶⁸ Dass die Beurlaubung in erster Linie zum Zweck der Arbeitssuche eingerichtet worden war, belegt ein Schreiben des Anstaltsdirektors Theodor Neuberger an den Hamburger Bürgermeister Dr. Schröder, Präses des Krankenhauskollegiums, vom 4. 10. 1912, StAHH 352-8/7, Sig. 176.

⁶⁹ In Langenhorn wurde ein beurlaubter Patient erst nach Ablauf von sechs Monaten vom Patientenbestand abgeschrieben. Eine Änderung erfuhr diese Regelung 1931, als im Zuge der Sparpolitik auf Entlassung der Patienten aus den Anstalten gedrängt wurde. Im Zuge dessen verschärfte sich auch die Bedingungen für die als „beurlaubt“ geführten Patienten: Ihre „Probezeit“ wurde nun von sechs Monaten auf drei Monate verkürzt, dann wurden sie vom Bestand abgeschrieben. Ab Februar 1931 sollten alle „über 4 Wochen beurlaubte Kranke endgültig entlassen“ werden. Vgl. Schreiben des Verwaltungsdirektors vom 22. 1. 1931, StAHH 352-8/7, Sig. 176.

⁷⁰ Eintrag vom 25. 5. 1926, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 16194.

⁷¹ Eintrag in die Krankenakte vom 4. 11. 1927, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 14979.

⁷² Eintrag vom 17. 11. 1927, ebd.

⁷³ Eintrag vom 4. 12. 1927, ebd.; Hervorhebung im Original unterstrichen.

stalt kam, erzählte er, dass er „versuchte draußen Arbeit zu bekommen; fand aber vor Weihnachten keine. Als er nach Weihnachten welche fand als Hausdiener, wurde ihm nach Erkundigung des Arbeitsgebers eröffnet, dass er krank sei. Darauf ging er noch eine Weile stempeln.“⁷⁴ In der Anstalt arbeitete er nun im Sommer in der Kolonne und im Winter im Waschhaus. Im Frühjahr 1929 drängte Ludwig B. wieder auf Entlassung. Er wurde erneut beurlaubt, um sich „Arbeitsgelegenheit“ zu suchen, kehrte aber jedes Mal „unglücklich“ zur Anstalt zurück. Als er schließlich doch eine Arbeit gefunden hatte,⁷⁵ wurde Ludwig B. (vorläufig) entlassen⁷⁶ – sollte aber in den folgenden Jahrzehnten noch sechsmal in Langenhorn aufgenommen werden. Ludwig B.s Weg zur endgültigen Entlassung entsprach dem vieler Patienten, die von den Ärzten als entlassungsfähig beurteilt wurden: Auf die Beurlaubung folgte die Arbeitssuche, die sich für (ehemalige) Anstaltspfinglinge vor allem in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit alles andere als leicht gestaltete; wenn eine Arbeit gefunden worden war, erfolgte die Entlassung aus der Anstalt, die aber oft nur eine vorläufige war, denn in vielen Fällen kehrten die Patienten wieder in die Anstalt zurück.

Die „offene Fürsorge“

Ein anstaltsexternes Übergangsmodell, das in der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg intensiv diskutiert wurde, war die „offene Fürsorge“. Bei dem Modell der „offenen Fürsorge“ handelt es sich um eine Entlassenenfürsorge, die den Kranken „bei seinem Austritte mit fachärztlicher Betreuung in das Familien- und Erwerbsleben zurückgeleitet und auf seinem Platz außerhalb der Anstalt erhält“.⁷⁷ Das Modell wurde bereits 1908 von dem Psychiater Gustav Kolb in Kutzenberg eingeführt und 1911 in Erlangen weitergeführt und ausgebaut. Es wurde sowohl als nachgehende als auch als stationäre Fürsorge installiert:⁷⁸ als nachgehende Fürsorge in Form von Hausbesuchen durch den Fürsorgearzt oder Fürsorgepfleger, im Rahmen von Verhandlungen mit Behörden, Ämtern und Ähnlichem und im Sinne einer sozialen und wirtschaftlichen Unterstützung (Arbeits- und Wohnungsvermittlung); als stationäre Fürsorge in Form von Beratungsstunden für Entlassene und Angehörige sowie Ratsuchende. In Hamburg wurde die „offene Fürsorge“ 1929 gemeinsam mit der Familienpflege eingeführt.⁷⁹ Sie richtete sich sowohl an entlassene Kranke als auch – im Sinne einer Prophylaxe – an Personen, die noch

⁷⁴ Eintrag vom 14. 3. 1928, ebd.

⁷⁵ Eintrag vom 1. 4. 1929, ebd.

⁷⁶ Eintrag vom 12. 7. 1929, ebd. Ludwig B. wurde in den nächsten Jahrzehnten weitere Male in Langenhorn aufgenommen.

⁷⁷ Hans Roemer: Zur geschichtlichen Einführung. In: Roemer/Kolb/Faltheuser: Fürsorge (wie Anm. 67), S. 1–21, hier: S. 4.

⁷⁸ Hier und im Folgenden Valentin Faltheuser: Die offene Fürsorge der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen. In: Roemer/Kolb/Faltheuser: Fürsorge (wie Anm. 67), S. 21–30, hier: S. 26f.

⁷⁹ Zum Modell der „offenen Fürsorge“ siehe Roemer/Kolb/Faltheuser: Fürsorge (wie Anm. 67). Für die Provinz Westfalen beschreibt die „Entwicklungsbedingungen und Grenzen“ der offenen Fürsorge ausführlich Walter: Psychiatrie (wie Anm. 18), S. 278, S. 300–324.

nicht in Anstaltsbehandlung waren und die vorbeugend beraten werden sollten. In einem Plädoyer für die Einrichtung der „offenen Fürsorge“ in Hamburg wiesen die Anstaltsleiter Wilhelm Weygandt und Gerhard Schäfer darauf hin, dass die Anstaltsbedürftigkeit vieler Patienten auf ihre sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse zurückzuführen war. Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit, Verarmung zwangen vielfach, „Kranke in der Anstalt zu behalten, deren Geisteszustand an sich eine Entlassung sehr wohl gestatten würde“.⁸⁰ Dem sollte die offene Fürsorge vorbeugen, indem sie die Frühentlassung fördern (und damit die Anstaltskosten senken) und den entlassenen Kranken dabei unterstützen sollte, „sich in der Freiheit zu halten“, daher auch die empfohlene enge Fühlung der „offenen Fürsorge“ mit den Arbeits- und Wohnungsämtern. Durch die „offene Fürsorge“ und ihre Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Behörden dehnte sich zugleich das Netz der Kontrolle und Registrierung auf den Raum außerhalb der Anstalt aus.⁸¹

Familienpflege

Gemeinsam mit der „offenen Fürsorge“ folgte 1929 auch die Einführung der Familienpflege⁸² in Hamburg, für die ebenfalls Kostengründe ausschlaggebend waren. Im Rahmen der Familienpflege vermittelte die Anstalt arbeitsfähige und „ruhige“ Patienten zu Familien im Umland der Anstalt, bei denen sie lebten und mit denen sie arbeiteten. In den meisten Fällen waren das Handwerkerfamilien oder Landwirte, die für die Unterbringung des Patienten eine finanzielle Entschädigung erhielten. Wilhelm Weygandt, Leiter der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, schrieb 1933, dass „[i]n der Familienpflege [...] der Geisteskranke durch Arbeitstherapie Ablenkung erfahren [soll], der Geistesschwache zu nützlicher Arbeit erzogen werden [soll]. Auf diese Weise kann einem Teile der Geisteskranken die Brücke gebaut werden, um im Leben wieder nützlich zu werden, sie können sich, wenn oft auch nicht als vollwertige Arbeitnehmer, dem Leben wieder einreihen.“⁸³

⁸⁰ Hier und im Folgenden Grundsätze und Vorschläge zur offenen psychiatrischen Fürsorge in Hamburg, Gesundheitsbehörde, 28. 5. 1929, StAHH 351-10 I, Sig. GF 32.40, Bd. 1. Diese Tatsache war mit ein Grund dafür, dass 1931 darüber diskutiert wurde, ob die Staatskrankenanstalt Langenhorn nicht der Wohlfahrtsbehörde übergeben werden sollte, deren Einrichtungen kostengünstiger waren. Vgl. StAHH 352-8/7, Sig. GF 32.15, Bd. 1.

⁸¹ Kai Sammet beschreibt die „offene Fürsorge“ als eine „Diffusion der Psychiatrie in die Gesellschaft“. Kai Sammet: Neutralisierung „sozialer“ Folgen psychischer Krankheit oder „Die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen“? Arbeit und die Irrenanstalt als Organisation, ca. 1830–1930. In: Monika Ankele/Eva Brinkschulte (Hg.): Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit als Therapie in der Psychiatrie des frühen 19. Jahrhunderts bis in die NS-Zeit. Stuttgart 2015, S. 29–47, hier: S. 44.

⁸² Zum Modell der Familienpflege vgl. u. a. Thomas Müller: Rückführung der Irren in die Gesellschaft? In: Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.): Entgrenzungen des Wahnsinns. Psychopathie und Psychopathologisierung um 1900. Berlin/Boston 2016, S. 161–184.

⁸³ Denkschrift über die Familienpflege der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, zur Familienpflege/Sterilisation, Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, 26. 10. 1933, StAHH II L 15.

Verglichen mit anderen deutschen Regionen, in denen die Familienpflege bereits Ende des 19. Jahrhunderts eingeführt worden war, blieb sie in Hamburg nahezu bedeutungslos. Bis zum 1. Juli 1931 befanden sich insgesamt 95 Patienten in Familienpflege, davon 64 aus der Anstalt Friedrichsberg und 31 aus der Anstalt Langenhorn.⁸⁴ Bei einer Belegung mit knapp 2 000 Patienten, die in Langenhorn untergebracht waren, fiel diese Zahl kaum ins Gewicht. Auch schwankte die Zahl der in Familienpflege Untergebrachten in den einzelnen Monaten sehr stark, wie aus einer weiteren Übersicht hervorgeht. Die höchste Anzahl an Patienten in Familienpflege gab es im August,⁸⁵ wenn die Landwirte für die Ernte Hilfskräfte suchten – vor allem solche, die nicht entlohnt werden mussten.

Der Verein „Die Brücke“

Seit 1867 fungierte der Hilfsverein mit dem bezeichnenden Namen „Die Brücke“ als Anlaufstelle für „entlassene geistig Erkrankte“ in Hamburg.⁸⁶ Seine Aufgabe sah der Verein darin, die „Arbeitskraft der Kranken nach Möglichkeit zu heben und ihnen Arbeitsgelegenheit zu verschaffen, um sie möglichst [...] vom Staate unabhängig zu machen“.⁸⁷ Zum einen vermittelte der Verein erwerbsbeschränkte Entlassene als Arbeitskräfte, in den frühen 1920er-Jahren vor allem in Privathaushalten, zum anderen gab er Näh-, Strick- und Heimarbeiten aus, für die er Arbeitsmaterialien und Arbeitsgeräte zur Verfügung stellte.⁸⁸ Bis 1922 finanzierte sich der Verein ausschließlich aus Schenkungen und Sammlungen. Zu diesem Zeitpunkt betreute er zwischen 60 und 70 Erwerbsbeschränkte, die ihm aus den Staatskrankenanstalten Friedrichsberg und Langenhorn zugewiesen wurden. Um seine Arbeit weiter durchführen zu können, erhielt der Verein 1923 erstmalig, beauftragt durch das Hamburger Wohlfahrtsamt, einen Zuschuss vom Reichsarbeitsministerium für die Beschaffung von Arbeitsmaterialien.⁸⁹ Dennoch musste der Verein seine Tätigkeit in den folgenden Jahren aus Mangel an Mitteln einstellen. Erst 1929, im Zuge der Einrichtung der „offenen Fürsorge“ in Hamburg, nahm der Hilfsverein seine Arbeit wieder auf. Vorgesehen war unter anderem, eine Nähstube für entlassene Frauen aus der Anstalt Friedrichsberg einzurich-

⁸⁴ Übersicht vom 6. 7. 1931, StAHH 351-10, Sig. GF 32.15, Bd. 1.

⁸⁵ Schreiben der Gesundheitsbehörde an das Rechnungsamt des Hamburgischen Staates vom 5. 5. 1931 (Abschrift), StAHH 351-10, Sig. GF 32.15, Bd. 1. In diesem Schreiben teilte die Gesundheitsbehörde dem Rechnungsamt auf Anfrage mit, dass die Einführung der Familienpflege augenblicklich keine Ersparnis für die Ausgabenseite des Etats bedeute.

⁸⁶ Entsprechende Hilfsvereine und Unterstützungskassen wurden bereits im frühen 19. Jahrhundert vielerorts gegründet. Zur Geschichte einzelner sowie der Hilfsvereine im Allgemeinen vgl. Die Deutschen Hilfsvereine für Geistesranke, ihre Entstehung und ihr gegenwärtiger Stand. Berlin/Leipzig 1930.

⁸⁷ Abschrift eines Schreibens des Gesundheitsamtes an das Wohlfahrtsamt vom 27. 12. 1922, StAHH 351-10, Sig. GF 44, Bd. 2.

⁸⁸ Hier und im Folgenden Abschrift eines Schreibens des „Vereins für entlassene geistig Erkrankte“ an das Wohlfahrtsamt, 15. 11. 1922, StAHH 352-10, Sig. GF 44, Bd. 2.

⁸⁹ Schreiben an den „Verein für entlassene geistig Erkrankte“, 18. 5. 1923, StAHH 351-10, Sig. GF 44, Bd. 2.

ten.⁹⁰ Darüber hinaus sollte der Verein nicht nur Arbeitsstellen, sondern auch Wohnungen an Entlassene vermitteln und dabei in enger Fühlung mit dem Wohlfahrtsamt stehen. Hier realisierte sich zusehends, was der Psychiater Friedrich Koster 1859 bereits anstrebte: „ein vielmaschiges und festgeknotetes Netz [...] über ein Land geworfen“, das ein mächtiges Mittel darstellen sollte, um „das Ungetüm des Wahnsinns zu fesseln“.⁹¹

Resümee

Mein Beitrag sollte veranschaulichen, auf welche Weise das Verhältnis von Psychiatrie und öffentlicher Gesundheit in der Weimarer Zeit über Arbeit artikuliert wurde. War die Arbeitstherapie in der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg auf eine Stabilisierung der internen Anstaltsprozesse gerichtet, so orientierte sich die Psychiatrie der Weimarer Republik mit dem Konzept der Arbeitstherapie an den Leitlinien einer öffentlichen Gesundheit, die den Erhalt von Arbeitskraft in den Mittelpunkt stellte. Die historische Situation der Weimarer Zeit, in den Anfangs- sowie den Endjahren gekennzeichnet von einer schlechten Wirtschaftslage und hoher Arbeitslosigkeit, förderte die Entstehung sowie den Ausbau von Übergangsmodellen, die den Patienten von der Anstaltswelt in die Arbeitswelt begleiten sollten, um die Effekte der sozialen Heilung, auf die sich die Therapie richtete, nach Möglichkeit zu bewahren. Arbeitsfähigkeit bezeugte soziale Heilung und wurde zu einem zentralen Kriterium für die Entlassung aus der Anstalt. Im Rahmen der Arbeitstherapie eröffnete das Konzept der sozialen Heilung einem Teil der Patienten einen (wenn auch begrenzten) Raum für Selbstverantwortung und Beteiligung, aus dem sich neue Formen der Interaktion und Aushandlung zwischen Patienten und Ärzten entwickeln konnten. Grundlegend dafür war ein Gesundheitsbegriff, der wirtschaftliche und soziale Faktoren berücksichtigte, der Krankheit nicht als persönliche Schuld definierte und der soziale Einflussfaktoren höher als biologische gewichtete. Ein entsprechender Gesundheitsbegriff legitimierte aber auch eine Ausweitung des Macht- und Einflussbereiches der Psychiater, wie die Beispiele der anstaltsexternen Modelle zeigen. Zugleich machen die Beispiele auch die Ambivalenz dieses Gesundheitsbegriffes deutlich, der über Arbeit zwar den Weg nach draußen öffnete, zugleich aber auch mit dem Diktat der Arbeitsfähigkeit, das zur Bedingung einer sozialen Heilung erklärt wurde, Hürden errichtete. So kam es zu einer immer stärkeren Ausdifferenzierung zwischen arbeitenden und nicht-arbeitenden Patienten in den Anstalten. In der Zeit des

⁹⁰ Auszug aus der Niederschrift der Referentenbesprechung am 26. 2. 1929 (Abschrift), StAHH 351-10 (1), Sig. GF 32.16.

⁹¹ Redaktionelles Nachwort [Friedrich Koster] zu [Caspar Max] Brosius: Über die häuslichen Verhältnisse der Irren. In: Der Irrenfreund 2 (1859), S. 22f., hier: S. 22. Herting nennt Friedrich Koster als Verfasser des Nachwortes; Herting: Zur Geschichte der deutschen Hilfsvereine für Geisteskranke bis 1870. In: Hilfsvereine (wie Anm. 86), S. 5–11, hier: S. 10.

Nationalsozialismus entschied Arbeitsfähigkeit schließlich nicht über Entlassung oder Internierung, sondern über Leben und Tod der Patienten.

Abstract

The chapter focuses on the intersection of un/employment, psychiatry and public health during the Weimar Republic (1918–1933). One of the guidelines of public health care at the time was to preserve manpower and to avoid unemployment. Unemployment was perceived as a risk for public health. With the concept of work therapy as a popular method of treatment after the First World War mental hospitals aligned that guideline. So the aim of work therapy was the “rebirth” of the patient, that meant to rehabilitate his manpower by constant occupation and to bring him back to employment after his deinstitutionalization from hospital, what posed a challenge in times of high unemployment. The chapter raises the question after the measures that mental hospitals took to preserve patients ability to work after or in the course of their deinstitutionalization as well as after the interactions between doctors and those patients, who were able to work and could be dismissed.

Formen und Medien der Gesundheitsaufklärung

Eva Brinkschulte

Der „Medizinische Sonntag“ – eine Form der Ritualisierung der Gesundheitsaufklärung in der DDR?

Elfriede Paul (1900–1981) und das „Magdeburger Modell“

1959 wurde der „Medizinische Sonntag“ in Magdeburg als eine gesundheitspolitische Veranstaltung eingeführt, die sich in den folgenden Jahrzehnten zu einem der erfolgreichsten Formate in der Gesundheitserziehung und Präventionsvermittlung in der DDR entwickeln sollte. Worin bestand das Erfolgsrezept dieser Vortragsreihe, zu der regelmäßig, einmal im Monat am Sonntag mehrere hundert Besucher kamen?

Im Folgenden soll in einer Mikrostudie das Konzept des „Medizinischen Sonntags“ in das Spektrum der Veranstaltungen, Maßnahmen und Aktivitäten eingeordnet werden, die zur medizinischen Volksaufklärung und prophylaktischen Gesundheitspolitik der DDR zählten. Die Initiatorin dieser Vortragsveranstaltungen soll vorgestellt und die Rahmenbedingungen und Abläufe der Implementierung sowie Themen und Inhalte sollen erläutert, aber auch Wirkungsweise und die Resonanz auf die Veranstaltungen untersucht werden. Dabei soll auch der Frage nachgegangen werden, inwiefern man das sonntägliche Vortragszeremoniell, die Besetzung des Sonntags – des freien Arbeitstages – als eine Form von gesundheitspolitischer Ritualisierung interpretieren kann. Bevor auf die konkrete Veranstaltung des „Medizinischen Sonntags“ eingegangen wird, ist es notwendig, sich das Konzept der Vorsorge im Gesundheitswesen und speziell in der DDR anzusehen.

Mit dem sozialistischen Gesellschaftsmodell schien endlich die Möglichkeit gegeben, das DDR-Gesundheitswesen nach dem Leitprinzip einer „umfassenden Prophylaxe“ neu zu strukturieren. Was dieses Konzept der „umfassenden Prophylaxe“ beinhaltete, soll im Folgenden zunächst kurz skizziert werden.¹

Das Konzept der „umfassenden Prophylaxe“ oder das DDR-Präventionsregime

Der Umbau des Gesundheitswesens in der SBZ und der frühen DDR ging mit tiefgreifenden Veränderungen einher, die dem Leitprinzip der „umfassenden Pro-

¹ Jenny Linek: Gesundheitsvorsorge in der DDR zwischen Propaganda und Praxis. Stuttgart 2016, S. 39f.

phylaxe“ geschuldet waren. Winfried Süß hat in einem Aufsatz zur Gesundheitspolitik die DDR als ein „präventionsorientiertes Gesundheitsregime“ bezeichnet.² Martin Lengwiler und Jeannette Madarász haben 2010 in dem Tagungsband „Das präventive Selbst“ die Entwicklung der Gesundheitsprävention als Teil eines institutionellen Umbruchs interpretiert. Demnach ging die Gesundheitspolitik „alten Stils“ primär von staatlichen Einrichtungen aus und versuchte spezifische Krankheiten bei entsprechenden Risikogruppen zu bekämpfen. Das „System des neuen Typs“ betonte hingegen das Leitbild einer auf die Gesamtbevölkerung abzielenden Gesundheitsförderung, die das Individuum verstärkt für die Vorsorge verantwortlich machte.³ Lengwiler spricht von einer „Wahlverwandtschaft zwischen Vorsorge und Moderne“, die Krisen und Konjunkturen unterworfen ist, und fordert, dass dieses Verhältnis im jeweiligen historischen Kontext untersucht und erklärt werden muss.⁴ Eine Geschichte der Prophylaxe muss also nach den gesellschaftlichen und kulturellen Bedingungen fragen, unter denen sich spezifische Präventionspraktiken herausbildeten. Präventionsregime folgen nationalstaatlichen Pfaden, aus ihnen entwickeln sich staatliche Regulierungen und sie unterliegen zeittypischen Normen und Wertsystemen. Das, was als Gesundheitsrisiko betrachtet wird, ist außerdem geprägt von der Ökonomie des Gesundheitswesens und insofern verbunden mit der Verantwortung des Subjekts für sein präventives Handeln. Zudem kann der Vorsorgegedanke als Anliegen des Staates als Herrschaftstechnik gelesen werden, bei der es darum geht, die Bevölkerung als ökonomische und militärische Ressource möglichst effizient und nachhaltig zu mobilisieren. In diesem Fall wird der Schutz des individuellen Lebens unmittelbar mit dem kollektiven Wohl verknüpft.⁵ Lengwiler versteht Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik. Er hat in einer Studie die Gesundheitsrisiken „Ernährung (Fett)“, „Tabak“ und „Alkohol“ in den USA⁶ ab den 1950er-Jahren untersucht und knüpft für sein Vorhaben unter anderem an die kulturanthropologischen und kulturtheoretischen Ansätze von Mary Douglas an, die darauf hingewiesen hat, dass „gesellschaftliche Risikowahrnehmungen, die Präventionsmodellen unterlegt sind, eine identitäts- und gemeinschaftsbildende Funktion besitzen“.⁷ Dieser An-

² Winfried Süß: Gesundheitspolitik. In: Hans Günter Hockerts (Hg.): Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich. München 1998, S. 55–97, hier: S. 60.

³ Martin Lengwiler: Risikowahrnehmung und Zivilisationskritik. Kulturgeschichtliche Perspektiven auf das Gesundheitswesen der USA. In: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History, Online-Ausgabe, 10 (2013) 3, online zugänglich unter: <http://www.zeithistorische-forschungen.de/3-2013/id=4584> (letzter Zugriff am 9. 5. 2018), in der Druckausgabe: S. 479–490.

⁴ Ebd., S. 479.

⁵ Martin Lengwiler/Jeannette Madarász: Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik. In: dies. (Hg.): Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik. Bielefeld 2010, S. 11–28.

⁶ Lengwiler: Risikowahrnehmung (wie Anm. 3), S. 479.

⁷ Mary Douglas/Aaron Wildavsky: Risk and Culture. An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers. Berkeley 1982, S. 7–15; Mary Douglas: Risk and Blame. Essays in Cultural Theory. Milton Park 1992, S. 10–16.

satz, der in der bisherigen Forschung zum Präventions-/Prophylaxegedanken noch wenig angewendet wird, soll hier für die Analyse des „Medizinischen Sonntags“ genutzt werden.

Die tragenden Prinzipien der „sozialistischen Umgestaltungen“ der Gesundheitsversorgung in der SBZ/DDR waren: die Verstaatlichung der medizinischen Einrichtungen, die Unentgeltlichkeit der Zugänge zur medizinischen Versorgung, das Primat der Prophylaxe, die Einheit von Vorbeugung, Behandlung und Nachsorge sowie die Steuerung durch eine zentrale Gesundheitsverwaltung.⁸ Dieses Modell knüpfte einerseits eng an die Reformbestrebungen der Weimarer Zeit an, andererseits wurden Elemente der in der Sowjetunion praktizierten Gesundheitsversorgung adaptiert. Eine eindeutige Zuordnung der „Herkunft“ der einzelnen Elemente – aus der Gesundheitspolitik der Weimarer Republik oder aus der der Sowjetunion – ist allerdings schwierig. Denn die Sowjetunion orientierte sich in den 1920er-Jahren ihrerseits stark an der Weimarer Republik, sodass sich eine „vermeintliche Sowjetisierung“ bisweilen auch als „Reimport“ entpuppen kann.⁹

In der sozialistischen Gesundheitsversorgung verschob sich das Schwergewicht von kurativen hin zu prophylaktischen Maßnahmen. Dem entsprach ein – sowohl an der Tradition der Arbeiterbewegung der Weimarer Zeit als auch an der Lehre Pawlows orientierter – Krankheitsbegriff, der Krankheiten als eine Anpassungsschwierigkeit des Menschen an seine Umwelt definierte.¹⁰ Die Prophylaxe reduzierte sich nicht auf Früherkennung, sondern im Rahmen der Krankheitsverhütung nahm sie das gesamte Lebensumfeld der Menschen in den Blick. Gesundheitspolitik definierte sich als eine die Lebensverhältnisse gestaltende Politik. Ziel war es, nicht nur gesundheitsgerechte Arbeits- und Lebensbedingungen herzustellen, sondern auch Einfluss auf die Lebensgewohnheiten und das Verhalten zu gewinnen. Mittels Aufklärung und Unterweisung, sprich Erziehung, sollten gesundheitsbewusstes Verhalten und Handeln als ein „Kernanliegen“ der allseits entwickelten „sozialistischen Persönlichkeit“ verankert werden.¹¹

⁸ Anna-Sabine Ernst: „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“. Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945–1961. New York 1997, S. 25. Vgl. hierzu ebenso Gabriele Moser: „Die Zukunft gehört der prophylaktischen Medizin“ – Sozialhygiene, medizinisches Präventionsverständnis und Gesundheitsbegriff Ende der 1920er Jahre. In: Udo Schagen/Sabine Schliermacher (Hg.): Sozialmedizin, Sozialhygiene und Public Health. Konzepte und Visionen zum Verhältnis von Medizin und Gesellschaft in historischer Perspektive. FU Forschungsstelle Zeitgeschichte. Berlin 2002, S. 15–20.

⁹ Gabriele Moser: „Im Interesse der Volksgesundheit...“. Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte des deutschen Gesundheitswesens im 20. Jahrhundert. Frankfurt a. M. 2002; Ernst: Prophylaxe (wie Anm. 8), S. 25f.

¹⁰ Ernst: Prophylaxe (wie Anm. 8), S. 36. Vgl. auch Thomas Elkeles u. a. (Hg.): Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990. Berlin 1991.

¹¹ Jens-Uwe Niehoff: Anmerkungen zu präventionskonzeptionellen Diskussionen in der DDR. In: Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 31 (1999), S. 103–126, hier: S. 114.

Mit der Orientierung auf die „umfassende Prophylaxe“ änderten sich zwangsläufig auch die Anforderungen an den Arztberuf: „Arzt sein heißt in der sozialistischen Gesellschaft gleichzeitig Erzieher zu sein.“¹² Das neue verbindliche Leitbild für Ärzte war das des „Volksarztes“ – ein von Paul Konitzer (1894–1947) geprägter Begriff, der in den 1950er-Jahren wieder verschwand. Dieser „Volksarzt“ sollte die Tätigkeitsbereiche von Amts-, Fürsorge- und praktischem Arzt in sich vereinen.¹³

In diesem Sinne hatte Elfriede Paul, Leiterin des Lehrstuhls für Sozialhygiene an der Medizinischen Akademie Magdeburg (MAM) und Initiatorin des „Medizinischen Sonntags“ 1960 auf einem Symposium über philosophische Fragen der Medizin postuliert: „Zu einer allseitig gebildeten Nation gehört auch eine hohe hygienische Bildung. Erst wenn der befreite Mensch, und zwar jeder, auch auf dem Gebiet der Medizin in der Lage ist, seine Umwelt, sein persönliches Leben bewußt so zu gestalten, daß er die Erhaltung seiner Gesundheit und Leistungsfähigkeit bis in ein hohes Alter selbst mit in die Hand nimmt, ist die humanistische Aufgabe des Arztes im wesentlichen gelöst.“¹⁴

Die reine Wissensvermittlung und Aufklärung wandelte sich in den 1960er-Jahren hin zur Gesundheitserziehung, die darauf abzielte, das Verhalten in eine erwünschte Richtung zu steuern. Methoden und Formen der Beeinflussungsstrategien spielten dabei eine bedeutende Rolle. Mit Materialien versorgt wurden die „Gesundheitserzieher“ in erster Linie durch das Deutsche Hygiene-Museum in Dresden. Es gab Merkblätter, Broschüren, Zeitschriften und Wanderausstellungen, in den 1960er-Jahren wurden auch Film- und Fernsehbeiträge produziert.¹⁵

Akteure: Die Protagonistin – Elfriede Paul¹⁶

Elfriede Paul hatte 1956 die Leitung des Instituts für Sozialhygiene an der Medizinischen Akademie Magdeburg übernommen. Sie war zunächst als Dozentin und ab 1958 als „Professor mit vollem Lehrauftrag für Sozialhygiene“ tätig. Als sie 56-jährig die Lehrtätigkeit aufnahm, lag bereits ein bewegter Lebensweg hinter ihr. In bescheidenen Verhältnissen in Hamburg aufgewachsen war es ihr dennoch gelungen, 1920 die Reifeprüfung abzulegen und eine Lehrerinnenausbildung zu

¹² Arzt sein heißt Erzieher sein. Gedanken zur Gesundheitskonferenz. In: *Deine Gesundheit* (1960) 4, S. 10.

¹³ Ernst: *Prophylaxe* (wie Anm. 8), S. 37.

¹⁴ Elfriede Paul: *Die Gesundheitserziehung als Aufgabe des Arztes in der sozialistischen Gesellschaft*. In: Friedrich Jung u. a. (Hg.): *Arzt und Philosophie. Humanismus – Erkenntnis – Praxis. Verhandlungen auf dem Symposium über philosophische Fragen der Medizin anlässlich des 150jährigen Jubiläums der Humboldt-Universität und des 250jährigen Jubiläums der Charité*, Berlin, 7.-9. 11. 1960. Berlin 1961, S. 59–61, hier: S. 60.

¹⁵ Linek: *Gesundheitsvorsorge* (wie Anm. 1), S. 71.

¹⁶ Die folgenden Ausführungen basieren auf dem umfangreichen Archivbestand Stiftung „Archiv der Parteien und Massenorganisationen der DDR im Bundesarchiv Berlin“ (BA-SAPMO). Nachlass Elfriede Paul und Walter Küchenmeister, NY 4229 und der Autobiografie von Elfriede Paul: *Ein Sprechzimmer der Roten Kapelle*. Berlin 1981.

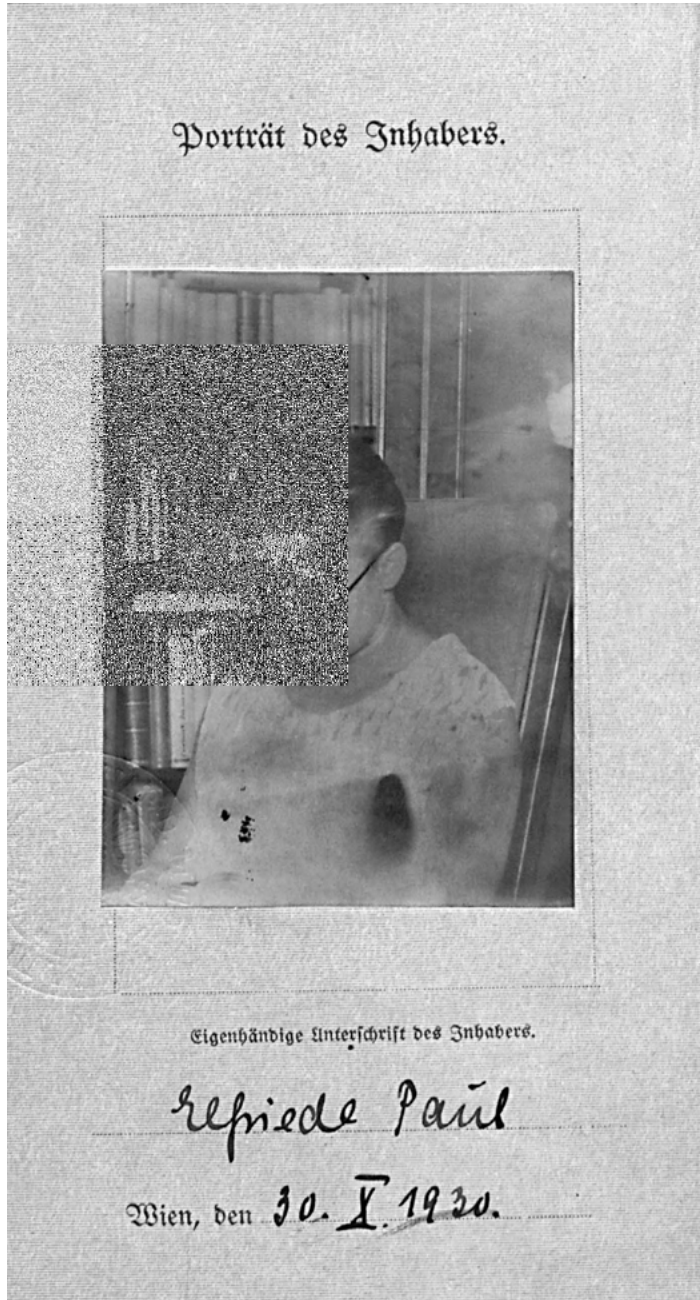


Abbildung 1:
Elfriede Paul als
Werkstudentin in
Wien 1930¹⁷

¹⁷ BA-SAPMO, Nachlass Elfriede Paul und Walter Küchenmeister, NY 4229/1, Bl. 96.

absolvieren. Mit 18 Jahren war sie aus der Kirche aus- und mit 21 Jahren der KPD beigetreten. Sie arbeitete in verschiedenen Schulen und Kinderheimen. Weil sie dort immer wieder mit medizinischen und gesundheitlichen Fragen konfrontiert wurde, begann sie 1926 das Medizinstudium als „Werkstudentin“, zunächst in Hamburg, dann in Berlin und Wien.

1934 erhielt sie die Approbation. Sie arbeitete als Volontär-Assistentin in der Säuglingsfürsorge und als Schularztin. 1936 promovierte sie und ließ sich in eigener Praxis in Berlin-Wilmersdorf nieder. Im selben Jahr lernte sie Walter Küchenmeister (1897–1943) kennen und bekam über ihn Kontakt mit der Widerstandsgruppe um Arvid Harnack (1901–1942) und Harro Schulze-Boysen (1909–1942), der Teil der sogenannten Roten Kapelle¹⁸ war. Die Wilmersdorfer Praxis wurde zum Treffpunkt und zum Umschlagsort für Nachrichten, was sie ausführlich in ihren 1981 erschienenen Memoiren „Ein Sprechzimmer der Roten Kapelle“ schildert.¹⁹ 1942 wurden die meisten Mitglieder der Roten Kapelle verhaftet und vom „Volksgerichtshof“ zum Tode verurteilt; Walter Küchenmeister wurde umgehend hingerichtet, Elfriede Paul zu sechs Jahren Zuchthaus verurteilt. Nach Kriegsende war sie zunächst in Hannover tätig und dort bis zur Bildung des Landes Niedersachsen im November 1946 als Vertreterin der KPD Ministerin für Aufbau, Arbeit und Wohlfahrt.²⁰ Im Frühjahr 1947 siedelte sie in die Sowjetische Besatzungszone nach Berlin über und war dort von 1947 bis 1950 Abteilungsleiterin für Betriebsgesundheitsfürsorge der Deutschen Wirtschaftskommission (DWK) der Zentralverwaltung Gesundheitswesen und ärztliche Leiterin in der Versicherungsanstalt Berlin (VAB) beschäftigt. Von 1950 bis 1953 war sie Assistentin am Hygienischen Institut der Universität Berlin und habilitierte sich hier als erste Frau in der DDR im Fach Sozialhygiene mit der Arbeit „Untersuchungen über Ursachen,

¹⁸ Die Gestapo fasste unter dem Sammelnamen „Rote Kapelle“ Widerstandsgruppen zusammen, die sie als Spionageorganisation der Sowjetunion beurteilte. Heute weiß man, dass es sich um ein politisch links orientiertes, aber keineswegs von der KPD gesteuertes, heterogenes Netzwerk von Hitlergegnern handelte, die auf unterschiedliche Weise Widerstand leisteten. Der Name leitet sich aus der Geheimdienstsprache ab, in der Funker, die mit Kurzwellensendern morsten, Pianisten genannt wurden. Mehrere Pianisten bildeten eine Kapelle, demzufolge war ein kommunistischer Spionagering eine „rote Kapelle“. Vgl. Hans Coppi junior/Jürgen Danyel/Johannes Tuchel (Hg.): Die Rote Kapelle im Widerstand gegen den Nationalsozialismus. Berlin 1994.

¹⁹ Elfriede Paul: Ein Sprechzimmer der Roten Kapelle. Berlin 1981. Die erstmals 1981 erschienene Autobiografie, die sie mit maßgeblicher Unterstützung von Vera Küchenmeister verfasste, weist im Vergleich zu den erhaltenen zeitgenössischen Aufzeichnungen im Nachlass z. T. deutliche Diskrepanzen hinsichtlich der Darstellung von Konflikten und Intrigen in der KPD auf, auf die schon Anna-Sabine Ernst hingewiesen hat; Ernst: Prophylaxe (wie Anm. 8), S. 362–364. Aus den Unterlagen der Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (BStU/Magdeburg) geht zudem hervor, dass sowohl die Abteilung Agitation als auch das Institut für Marxismus-Leninismus eine Überprüfung v. a. hinsichtlich der „Darstellungen über den antifaschistischen Widerstand, insbesondere zum Komplex „Rote Kapelle““ vorgenommen hatte und die Darstellung der Parteigeschichte, „auch die Schilderungen über die Zeit nach 1945“, begutachtet und nachgeprüft wurde. Vgl. BStU/Magdeburg 000015, Schreiben der Hauptabteilung IX/11, Abteilung Agitation vom 22. 9. 1980.

²⁰ 1946 war sie der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands (SED) beigetreten, Ausweis-Nr. 110, BA-SAPMO, NY 4229/3.

Häufigkeit und Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Frauen“. Mit der Dozentur an der Medizinischen Akademie Magdeburg ging für sie ein lang gehegter Wunsch in Erfüllung: „Meine letzten [acht] Arbeitsjahre brachten mir endlich das, worum ich ein Leben lang gekämpft hatte. Es war mir nicht leicht gefallen, während der Nazizeit auf meine wissenschaftliche Laufbahn zu verzichten. Dann hatte die Haft meine ärztliche Praxis unterbrochen, und nach der Befreiung standen zunächst andere Aufgaben im Vordergrund“, schreibt sie in ihren Memoiren.²¹

Diese Kurzvita der Ärztin, Widerstandskämpferin und Wissenschaftlerin verdeutlicht, dass der Diskurs über Prophylaxe und Gesundheitserziehung in der DDR gerade bei den „Aktivisten der ersten Stunde“²² – wie Paul sich selbst bezeichnete – auch eine persönliche Seite besitzt. Die „Präventionsarchitekten“ des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik der DDR handelten oft „aus eigenem Erfahren und Erleiden“. Sie hatten Erfahrungen und Kenntnisse von den sozialistischen und kommunistischen gesundheitspolitischen Programmen der Weimarer Republik und sie wurden aufgrund ihrer politischen Aktivitäten oder als Juden in der NS-Zeit verfolgt.²³

Schon in ihrer Zeit in der Zentralverwaltung für Gesundheitswesen hatte sich Paul insbesondere mit dem Aufbau des Betriebsgesundheitswesens beschäftigt. Es ging dabei vor allem um die Einrichtung von Sanitätsstellen und Polikliniken, darum, das entsprechende Personal heranzuziehen und den Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Betrieben zu organisieren und zu überwachen sowie um die Neuordnung des Sozialversicherungswesens.²⁴ Paul hatte, als sie nach Magdeburg kam, bereits praktische Erfahrungen in den zentralen Bereichen der Neuordnung und Umstrukturierung des Gesundheitswesens. Auch in Magdeburg beschränkte sie sich nicht auf ihre Tätigkeit als Hochschullehrerin. Sie betreute zudem acht Textilbetriebe ehrenamtlich als Betriebsärztin. Eine Verschränkung dieser Tätigkeit mit ihrer akademischen Arbeit entstand dadurch, dass der betriebliche Gesundheitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung – mit einem Fokus auf der „werktätigen“ und berufstätigen Frau – zu den Forschungsschwerpunkten des Instituts zählten.²⁵ Sie arbeitete in der ersten Eheberatungsstelle der DDR sowie im Deutschen Roten Kreuz mit, vertrat die SED in der Magdeburger Stadtverordnetenversammlung und war Mitglied der Kommission für Gesundheitswesen bei der SED-Bezirksleitung. Sie war Vorsitzende der Arbeitsgruppe „Gesundheitsschutz der Frau“ in der Gesellschaft für Sozialhygiene und initiierte bereits

²¹ Paul: Sprechzimmer (wie Anm. 19), S. 243. Ernst geht davon aus, dass sie „den späten (Quer-) Einstieg in den Hochschullehrerberuf“ ohne eine informelle „Patenschaft“, wie sie die SED für Paul und einige andere angehende Wissenschaftler übernahm, trotz „ungeheurem Fleiß und Zähigkeit wohl nicht mehr geschafft“ hätte. Vgl. Ernst: Prophylaxe (wie Anm. 8), S. 365.

²² Paul: Sprechzimmer (wie Anm. 19), S. 215.

²³ Niehoff: Anmerkungen (wie Anm. 11), S. 110. Eine große Anzahl von jungen Ärzten kam aus jüdischen Familien wie z. B. Hilde(gard) Marcusson (1910–1992) und Erwin Marcusson (1899–1976), Eva Schmidt-Kolmer (1913–1991), Kurt Winter (1910–1987).

²⁴ Paul: Sprechzimmer (wie Anm. 19), S. 220.

²⁵ Elfriede Paul: Die Gesunderhaltung der werktätigen Frau als spezielle Aufgabe des Betriebsgesundheitschutzes. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 53 (1959) 19, S. 1169–1174.

1959/1960 eine großangelegte Studie zur Säuglingssterblichkeit im Bezirk Magdeburg.²⁶ Ihrer Überzeugung von der Notwendigkeit gesundheitlicher Aufklärung und Erziehung folgend, gründete sie die Sektion Medizin innerhalb der „Urania“, einer Gesellschaft zur Verbreitung wissenschaftlicher Kenntnisse, die Paul selbst während ihrer Magdeburger Zeit bis 1964 auch leitete. Nach dem Ausscheiden blieb sie den Kolleginnen und Kollegen des Magdeburger Instituts verbunden und gehörte selbst im Ruhestand der örtlichen SED-Leitung in Ahrenshoop an, wo sie seit 1960 ein Haus besaß. Sie hielt weiterhin Vorträge und publizierte in verschiedenen Zeitungen und Fachzeitschriften.

Prophylaxe und Präventionspraktiken

Das Primat der Prophylaxe schlug sich in Kampagnen zur Gesundheitsaufklärung und -erziehung in Form von bestimmten Veranstaltungen wie der Gesundheitswoche, in Ausstellungen und Filmen und der Aufklärung mittels Wandzeitungen in Betrieben und Schulen nieder. Daneben gab es institutionelle Einrichtungen wie zum Beispiel die Gesundheitsberatung für verschiedene Personengruppen (Eheberatung, Säuglingsberatung etc.). Zur Früherkennung und Prävention wurden Reihenuntersuchungen in großem Stil und verpflichtende Impfungen durchgeführt. 1961 wurde das „Komitee für gesunde Lebensführung und Gesundheitserziehung“ (ab 1969 „Nationalkomitee für Gesundheitserziehung der DDR“) gegründet. Der Fokus der staatlichen Gesundheitspolitik verschob sich von der reinen Wissensvermittlung und Aufklärung über Risiken hin zu Überzeugungsarbeit und Bewusstseinschärfung. Der Arzt sollte zur gesunden Lebensführung erziehen und unmittelbar auf die persönliche Verpflichtung des Einzelnen, selbst für seine Gesundheit Sorge zu tragen, einwirken. Im Zuge dieser Verschiebung setzte sich in der sozialistischen Gesundheitspolitik das Begriffspaar „Gesundheitserziehung und Gesundheitspropaganda“ durch. Beide waren Teil des Gesundheitsschutzes und hatten das gemeinsame Ziel, zur „Verwirklichung des gesellschaftlichen Auftrages zur Gesunderhaltung der Bevölkerung“ beizutragen, wie auch Jenny Linek in ihrer Arbeit „Gesundheitsvorsorge in der DDR zwischen Propaganda und Praxis“ ausführte.²⁷

Langfristig erreichte das DDR-Gesundheitswesen einen hohen Integrationsgrad mit anderen gesellschaftlichen Bereichen, vor allem im Bereich des betrieblichen Arbeitsschutzes und des Gesundheitsschutzes im Wohnumfeld.²⁸ In Umkehrung des sozialhygienischen Paradigmas akzentuierte die Gesundheitsvorsorge der DDR nicht nur den staatlichen Gesundheitsschutz, sondern auch die Verant-

²⁶ Elfriede Paul: Ergebnisse einer Analyse der Säuglingssterblichkeit. In: Heilberufe 15 (1963), S. 1; Ernst: Prophylaxe (wie Anm. 8), S. 364.

²⁷ Vgl. hierzu den Abschnitt Gesundheitspropaganda und Gesundheitserziehung. Funktion und Aufgaben in der sozialistischen Gesellschaft. In: Elfriede Paul: Gesundheitsschutz. Berlin 1979, S. 25f. Vgl. ebenso Linek: Gesundheitsvorsorge (wie Anm. 1), S. 65.

²⁸ Ernst: Prophylaxe (wie Anm. 8), S. 37.

wortung des Einzelnen für das Gesundheitsrisiko. Damit wurde dem Einzelnen die Verantwortung für sein Krankheitsrisiko zugeschoben, das unmittelbar auf seine „schlechte Lebensführung“ zurückzuführen war, und die Gesundheitsvorsorge besaß so eine „soziale Disziplinierungsfunktion“.²⁹ Mary Douglas spricht in diesem Zusammenhang von der „forensischen Funktion der Risikoprävention“, da hier bestimmte Verhaltensweisen quasi kriminalisiert werden. Sie betont, dass Risikodiskurse in modernen Gesellschaften zwar eine sozialintegrative Funktion besitzen, dass aber Präventionspraktiken in diesem Modell sowohl sozialintegrativ sind als auch exklusive Wirkung entfalten können,³⁰ was zum Beispiel in der Parole aus der Zeitschrift „Deine Gesundheit“ von 1959 mit dem Titel „Raucher und Zecher – Gesundheitsverbrecher!“ zum Ausdruck kommt.³¹

Der „Medizinische Sonntag“ in Magdeburg

Den medizinischen Sonntagsvortrag führte Elfriede Paul 1959 ein. Anregungen und Anstoß gaben ihr, wie sie selbst sagte, die Vorträge, die Anfang der 1950er-Jahre im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden gehalten wurden. Sie galten als „eine besonders beliebte Form der Gesundheitsaufklärung“.³² In Dresden gab es allsonntäglich im Festsaal des Museums Aufklärungsvorträge, die von bekannten Ärzten der Republik gehalten wurden und eine große Zuhörerschaft fanden.³³ Pauls populärwissenschaftliches Engagement basierte auf der Überzeugung, dass sie das „Gesundheitsgewissen“ der Bürger durch wissenschaftliche Erkenntnisse schulen könne, damit diese „durch Wissen zum Erkennen und zum vorbeugenden Handeln [...] gelangen“.³⁴

Im Senat der Medizinischen Akademie war sie auf „kalte Ablehnung“ gestoßen, als sie in einer Sitzung vorschlug, die Hochschullehrer sollten sich als Referenten an den Vorträgen des „Medizinischen Sonntags“ beteiligen.³⁵ Der Rektor Professor Karl Ludwig Nißler (1908–1987) fasste die Meinung des Senats in der Bemerkung zusammen: „Es sei wohl nicht die Aufgabe von Professoren, vor Laien zu sprechen, dazu sei auch eine Fürsorgerin geeignet.“³⁶ Dementsprechend lehnte der Senat ihren Vorschlag ab, und es wurde ihr auch nicht gestattet, einen der Hörsäle für die geplanten Veranstaltungen zu benutzen. Dies war nicht nur der Tatsache geschuldet, dass Elfriede Paul die einzige Frau im Lehrkörper der Medizinischen Akademie war, sondern auch dem Umstand, dass das Fachgebiet der Sozialhygiene erst seit 1951 als Prüfungsfach in das medizinische Staatsexamen aufgenommen

²⁹ Vgl. hierzu Raucher und Zecher. In: *Deine Gesundheit* (1959) 4, S. 31.

³⁰ Douglas: *Risk* (wie Anm. 7), S. 12.

³¹ Die Zeitschrift erschien zwischen 1959 und 1993 und wurde vom Deutschen Hygiene-Museum herausgegeben, ab 1972 vom Nationalen Komitee für Gesundheitserziehung.

³² Linek: *Gesundheitsvorsorge* (wie Anm. 1), S. 71.

³³ Ebd., S. 71–73, zu den Aufgaben des Hygiene-Museums im Rahmen der Gesundheitserziehung.

³⁴ Elfriede Paul: *Hygienische Aufklärung*. Berlin 1954.

³⁵ Paul: *Sprechzimmer* (wie Anm. 19), S. 252.

³⁶ Ebd.

worden war³⁷ und die Sozialhygiene wie auch die Arbeitshygiene noch wenig Anerkennung fanden.

Die Professoren der noch jungen Medizinischen Akademie (gegründet 1954) fürchteten zudem vermutlich um ihr Ansehen. Prophylaxe und medizinische Volksbelehrung waren nicht nur bei den Professoren, sondern auch in der Ärzteschaft insgesamt umstritten. Ein großer Teil der Ärzteschaft lehnte die reine Aufklärung und Gesundheitserziehung als ärztliche Tätigkeit ab, nur im Rahmen von therapeutischen Maßnahmen und operativen Eingriffen war sie verankert. Paul dagegen begriff gerade die populärwissenschaftlichen Vorträge als eine große Chance, um das sozialistische Leitprinzip „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“ (Maxim Zetkin) zu betonen.³⁸

Die Vorbehalte gegenüber der politischen Ausrichtung in der SBZ/DDR und die Berührungsängste der Professoren und ärztlichen Kollegen gegenüber den Laien waren ihr nicht fremd: „Besonders der Umgang mit den Ärzten war nicht leicht“, berichtet Paul in ihren Memoiren. „Die meisten standen den antifaschistischen Umwälzungen abwartend, skeptisch, sogar ablehnend gegenüber. Nicht wenige sahen ihre Perspektive in den Westzonen.“³⁹ Paul vertrat die Auffassung, „dass gerade die Vertreter der Sozialhygiene bei der geistigen Umorientierung der Ärzte [...] die ‚erste Geige‘ spielen mussten, um eine neue, sozialistische Ärztegeneration zu erziehen.“⁴⁰

Schließlich fand der erste „Medizinische Sonntag“ am 18. Oktober 1959 im Festsaal der Ingenieurschule am Domplatz statt. Zum Thema „Wie ernähre ich mich richtig?“ hatten sich 25 Besucher eingefunden. Trotz der anfänglichen Schwierigkeiten entstand in der Folge daraus eine alle drei bis vier Wochen stattfindende gesundheitserzieherische Großveranstaltung. Nach Angaben von Ute Grumpelt kamen allein zum elften „Medizinischen Sonntag“ etwa 1 000 Besucher. Elfriede Paul hatte in das „Kino des Friedens“ am Rathausmarkt eingeladen.⁴¹ Im Durchschnitt waren es wohl eher knapp 270 Zuhörer pro Monat.⁴²

³⁷ Punkt 9 der „Instruktionen zu dem durch den Volkswirtschaftsplan 1951 vorgeschriebenen Plan für das Gesundheitswesen“ vom 10. 4. 1951. MLHA, Ministerium für Sozialwesen, Nr. 2490, unfol., zit. nach Moser: Interesse (wie Anm. 9), S. 199.

³⁸ Dieses Motto ist im ersten Lehrbuch der Sozialhygiene der DDR vorangestellt; Alfred Beyer/Kurt Winter (Hg.): Lehrbuch der Sozialhygiene. Berlin/Ost 1953. Vgl. Moser: Interesse (wie Anm. 9), S. 227. Auf dem Würzburger Ärztetag von 1927 waren die Leitsätze zur Trennung von Behandlung und Beratung beschlossen worden. Daraus resultierte die Aufteilung in Ärzte in freiberuflicher Praxis und nicht therapierende Fürsorgeärzte; vgl. Moser: Interesse (wie Anm. 9), S. 130.

³⁹ Paul: Sprechzimmer (wie Anm. 19), S. 221.

⁴⁰ Ute Grumpelt: Das Wirken von Prof. Dr. med. habil. Elfriede Paul am Lehrstuhl für Sozialhygiene der Medizinischen Akademie Magdeburg im Zeitraum von 1956 bis 1964. Diplomarbeit Magdeburg 1983, S. 27.

⁴¹ Ebd., S. 91. Medizinischer Sonntag – Gesundheitsthemen sind gefragt. In: Universitätsklinikum, Nr. 4, August 2000, S. 8.

⁴² Angesichts der genannten Gesamtzahlen für den Zeitraum von 1959–1989, in dem insgesamt 300 „Medizinische Sonntage“ mit mehr als 80 000 Besuchern stattgefunden haben sollen, kommt man auf einen Durchschnitt von knapp 270 Zuhörern pro Vortragsveranstaltung. Vgl. Grumpelt: Wirken (wie Anm. 40), S. 91.

Regelmäßig berichtete die Magdeburger „Volksstimme“ über die Veranstaltung. Zum 200. „Medizinischen Sonntag“ am 19. April 1980 erschien das „Populäre Gesundheitsbuch“ – 26 Professoren und Mediziner antworten darin auf 1000 Leserfragen. Bereits drei Jahre zuvor hatte sich die Sektion Medizin beim Bezirksvorstand der Urania mit der „Volksstimme“ unter dem Motto „Leser fragen – Ärzte antworten“ zusammengeschlossen, um die Leserschaft der Zeitung im Bezirk Magdeburg am „Medizinischen Sonntag“ teilhaben zu lassen. Die Presse informierte die Leser bereits vor der Veranstaltung über Themen und Referenten. Nach der Veranstaltung beantworteten die Vortragenden Fragen, die Leser und Zuhörer eingesandt oder gestellt hatten; Fragen und Antworten wurden dann wiederum auf einer Seite der Wochenendausgabe der Zeitung abgedruckt. So entstand ein „reizvoller Dialog“ zwischen Lesern und „Arztautoren“; in nur drei Jahren – von 1977 bis 1980 – waren über 1000 Fragen eingegangen.⁴³ „Dieses Zusammenwirken hat die Effektivität der Veranstaltung enorm gesteigert, da die Zeitung über den Hörerkreis hinaus mindestens eine halbe Million Leser erreicht.“ Die „Volksstimme“ selbst war überzeugt, einen wichtigen Beitrag zu einer „erfolgreiche[n], populärwissenschaftliche[n], medizinische[n] Propaganda“ geleistet zu haben, wie aus einem Zeitungsbeitrag hervorgeht.⁴⁴

Das hohe fachliche Niveau und die Qualität der Vorträge resultierte – nach Meinung der Akademie Zeitung von 1980 – vor allem aus dem Umstand, dass in Magdeburg seit nunmehr 25 Jahren eine medizinische Hochschule existierte und dass es immer wieder gelang, „profilierte Referenten, Hochschullehrer, häufig Direktoren der Kliniken und Institute, die nicht selten zusätzliche Funktionen als Rektoren oder Prorektoren zu erfüllen hatten, zu gewinnen, die aber trotz aller Belastungen immer wieder schnell und gern bereit waren, auch auf diese Weise aktive Gesundheitspolitik zu betreiben“.⁴⁵ In zwanzig Jahren hatte sich die Einstellung der Professoren und Dozenten gegenüber dem „Medizinischen Sonntag“ offenbar grundlegend geändert. Die Vorträge waren zu einem Aushängeschild der akademischen Medizin in Magdeburg geworden.

Die sozialistische Sexualmoral – Elfriede Paul und die sexuelle Aufklärung

Die Themenstellung und die Richtung der Vorträge wurden durch die Sektion Medizin innerhalb der „Urania“ vorgegeben. Das Themenspektrum des „Medizinischen Sonntags“ reichte von der gesunden Ernährung, über persönliche Hygiene

⁴³ Zum 200. Medizinischen Sonntag der Urania: Populäres Gesundheitsbuch der beliebten Vortragsreihe. In: Magdeburger Volksstimme, Nr. 92, 18. 4. 1980. Weitere Recherchen zu Auflagenhöhe, Absatz etc. könnten hier noch interessant sein.

⁴⁴ BA-SAPMO, Nachlass Elfriede Paul und Walter Küchenmeister, NY 4229/9 Presseveröffentlichungen, Bl. 19.

⁴⁵ F. P. Meyer: URANIA und MAM Hand in Hand bei der Gesundheitserziehung. In: Akademie Zeitung 16 (1980) 3, 19. 3. 1980.

und die Früherkennung von Gesundheitsstörungen bis hin zu Präventionsthemen wie einer sinnvollen Freizeitgestaltung bei aktiver Erholung durch Sport und Spiel oder Ratschlägen für den Umgang mit Genussmitteln und Medikamenten.

Paul selbst referierte bei diesen Veranstaltungen über Fragen der sozialistischen Moral, insbesondere der Sexualmoral – zum Beispiel sprach sie über „Die sozialhygienische Bedeutung der sexuellen Aufklärung“,⁴⁶ über „Ärztliche Fragen des Liebes- und Ehelebens“⁴⁷ oder – so der Titel – über die „Eheberatung – (als) ein heikles Kapitel“.⁴⁸

Sie behandelte also ein Themenspektrum, das sie auch in ihrer Forschungsarbeit beschäftigte und das eingebettet war in die allgemeine Politik zur Frauengesundheit. Sie griff das Problem der außerordentlich hohen Abtreibungszahlen⁴⁹ auf, thematisierte vor- und außerehelichen Geschlechtsverkehr und problematisierte auch die hohe Anzahl von Frühehen⁵⁰ und unehelichen Geburten.

Dagmar Herzog hat in ihrem Buch „Die Politisierung der Lust“ die Sexualität in der deutschen Geschichte des 20. Jahrhunderts untersucht. Für den Verlauf der ostdeutschen Sexualpolitik und für die Interaktion zwischen Regierung und Bevölkerung in einer Diktatur stellt sie fest, dass die Foucault'sche Beobachtung gestützt werde, nach der die Sexualität „ein[en] besonders dichte[n] Durchgangspunkt für die Machtbeziehungen“ darstelle.⁵¹ In Ostdeutschland habe sich eine „schrittweise Evolution der sexuellen Sitten“ vollzogen.⁵² Von den 1950er-Jahren bis in die Mitte der 1960er-Jahre habe die DDR eine sexualkonservative Phase durchlaufen, vergleichbar mit dem Sexualkonservatismus in Westdeutschland. Daneben fänden sich im Osten jedoch bereits in den späten 1950er-Jahren „bemerkenswerte liberale Ansätze“, die im Westen keine Entsprechung hätten, die die Richtung der Sexualpolitik in den folgenden Jahrzehnten beeinflussten und die – wenn auch immer wieder mit Unterbrechungen – die Liberalisierung ab der Mitte

⁴⁶ Elfriede Paul: Die sozialhygienische Bedeutung der sexuellen Aufklärung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 50 (1956), S. 61 f.; dies.: Über Inhalt und Ziel der geschlechtlichen Belehrung. In: Berufsbildung 10 (1956) 6, S. 285–289.

⁴⁷ Ärztliche Fragen des Liebes- und Ehelebens. In: Magdeburger Volksstimme, Nr. 272, 15. 11. 1961.

⁴⁸ Elfriede Paul: Eheberatung – ein heikles Kapitel? In: Deine Gesundheit (1961) 2, S. 3–5.

⁴⁹ Nach den Vergewaltigungen deutscher Frauen durch sowjetische Soldaten herrschte ein Ausnahmezustand. 1947/1948 wurde der § 218 nahezu überall im Zuständigkeitsbereich der sowjetischen Besatzungsmacht aufgehoben. 1950 – ein Jahr nach der Gründung der DDR – wurde durch das „Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau“ die Abtreibung generell wieder unter Strafe gestellt, und es erlaubte sie nur, wenn die Mutter an Leib oder Leben bedroht (medizinische Indikation) oder beim Kind durch eine Erbkrankheit eine Behinderung zu erwarten war (eugenische Indikation). Dies führte allerdings nicht zur gewünschten Steigerung der Geburtenrate, sondern hatte zur Folge, dass 60 % der Abtreibungen wieder illegal vorgenommen wurden. Dagmar Herzog: Die Politisierung der Lust. Sexualität in der Geschichte des 20. Jahrhunderts. München 2005, S. 233.

⁵⁰ Frühehen nicht mehr dauerhaft. (Redakt. Bericht). In: Liberal-Demokratische Zeitung (LDZ), Nr. 293, 19. 12. 1963. Vgl. hierzu ebenso Zu früh gereift...? In: Magdeburger Volksstimme, Nr. 289, 14. 12. 1963.

⁵¹ Herzog: Politisierung (wie Anm. 49), S. 229.

⁵² Ebd., S. 233.

Es gibt die verschiedensten Auffassungen darüber, ob es richtig oder überhaupt notwendig sei, mit der Bevölkerung und ganz besonders mit der Jugend über Fragen des Liebes- und Ehelebens zu sprechen. Wir hören sogar gelegentlich abfällige Bemerkungen über Persönlichkeiten, die sich die Verbreitung und Vertiefung sexualwissenschaftlicher Kenntnisse in Schrift und Wort zur Aufgabe gemacht haben. Eine andere häufige Ansicht ist die, daß es doch überflüssig sei, über Fragen des Geschlechtslebens zu sprechen. Der Geschlechtstrieb habe zu allen Zeiten ausreichend für die Nachkommenschaft des Menschen gesorgt; und schließlich sei doch jeder irgendwie in der Ehe zurechtgekommen. In schwierigen Fällen stehe ja auch jedem der Weg in die ärztliche Sprechstunde offen. Und was die Jugend betrifft, so sei es unter Umständen eher schädlich als nützlich, wenn man ihre Aufmerksamkeit noch mehr, als es bereits der Fall ist, auf ein Gebiet konzentriere, worüber ein anständiger Mensch ohnehin nicht spreche.

Hier sind wir bei einer Ansicht angelangt, die gerade von älteren Menschen, darunter auch von Erziehern und Eltern, nicht selten vertreten wird. Ihre durch die heuchlerische



Prof. Dr. med. habil. E. Paul

Eheberatung-

ein heikles Kapitel?

3

Abbildung 2: Titelblatt der Zeitschrift *Deine Gesundheit*, „Eheberatung – ein heikles Kapitel?“, 1961.

der 1960er-Jahre und vor allem in den 1970er-Jahren befördert hätten.⁵³ Ärzte und Pädagogen, die beruflich mit Fragen der Sexualität zu tun hatten, wie zum Beispiel auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Eheberatungsstellen, versuchten, laut Herzog, die Wünsche und Anliegen der Menschen berücksichtigend auf die SED einzuwirken und die „nationale Debatte über sexuelle Fragen“ in eine neue Richtung zu lenken.⁵⁴ Die SED habe sich zwar als entschieden anti-christlich verstanden und den schädlichen Einfluss christlicher Sexualfeindlichkeit betont, dennoch lasse sich bei der Spitze des SED-Regimes gegenüber sexuellen Dingen zumeist eine konservative Haltung feststellen, wenngleich es in jeder Phase der sozialistischen Sexualpolitik immer auch bei Mitgliedern der SED in verantwortlichen Positionen und unter Fachleuten Stimmen gegeben habe, die sich für eine positive Einstellung zur Sexualität einsetzten, bei der nicht allein der Reproduktionsgedanke bestimmend war.⁵⁵ Herzog verweist in diesem Zusammenhang unter anderem auf Lykke Aresin (1921–2011), die seit 1960 Oberärztin an der Universitätsfrauenklinik in Leipzig war und die die der Klinik angeschlossene Ehe- und Sexualberatungsstelle leitete. Sie setzte sich sehr für die Akzeptanz und Verfügbarkeit der „Antibabypille“ ein und besaß eine Vorreiterrolle bei der Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen.⁵⁶ Karl-Heinz Mehlan (1916–2003), seit 1955 Direktor des Instituts für Sozialhygiene an der Universität Rostock, engagierte sich für die Liberalisierung des Abtreibungsrechts und war 1972 maßgeblich an der Formulierung der Fristenlösung beteiligt, nach der die Entscheidung für oder gegen ein Kind letztlich allein bei der Frau lag.⁵⁷ Obwohl Elfriede Paul nicht in Herzogs Fokus geraten ist, vermutlich weil sie bereits 1964 als Hochschullehrerin aus dem Dienst ausschied, kann sie eindeutig dem Personenkreis zugerechnet werden, der von Herzog als aufgeschlossen und liberal eingestuft wird. 1963 lautete das Thema ihres Vortrages zum „Medizinischen Sonntag“ „Junge Leute heute – Erotik, Liebe, Ehe“⁵⁸ und auch auf der von Mehlan 1965 organisier-

⁵³ Ebd., S. 234.

⁵⁴ Ebd., S. 245.

⁵⁵ Ebd., S. 224.

⁵⁶ Im Jahre 1964 wurde sie außerordentliche Professorin an der Universität Leipzig und erhielt 1969 hier eine Professur für Neurologie und Psychiatrie, 1981 wurde sie emeritiert. Sie gehörte 1990 zu den Mitbegründern von Pro Familia Sachsen. Im gleichen Jahr gründete sie eine der ersten Transsexuellen-Beratungsstellen in der DDR, nachdem sie sich beruflich schon seit 1976 mit der Betreuung und Beratung von Transsexuellen befasst hatte. Vgl. Lykke Aresin: Eheprobleme. Berlin 1963; Thomas M. Goerlich: Prof. em. Dr. med. habil Lykke Aresin zum 85. Geburtstag. In: Ärzteblatt Sachsen 3 (2006), S. 125.

⁵⁷ Mehlan trieb die flächendeckende Einrichtung von Ehe- und Familienberatungseinrichtungen voran, förderte den Bau der landesweit ersten Kondomfabrik und nicht zuletzt die Einführung der, im Sprachgebrauch der DDR als „Wunschkind-Pille“ bezeichneten, in Westdeutschland als „Antibabypille“ bekannten Pille zur hormonellen Empfängnisverhütung im Jahre 1965. Vgl. Dirk Böttcher: Karl-Heinz Mehlan – Mit Pille und Kondom für den Sozialismus. In: Spiegel Online vom 17. 7. 2001, 13.19 Uhr, online zugänglich unter: www.spiegel.de/panorama/karl-heinz-mehlan-mit-pille-und-kondom-fuer-den-sozialismus-a-145531.html (letzter Zugriff am 9. 5. 2018).

⁵⁸ So der Titel ihres Vortrages des Medizinischen Sonntags am 15. 12. 1963; Titel entnommen aus dem Beitrag Zu früh gereift...? (wie Anm. 50).

ten „1. Rostocker Fortbildungstagung über Probleme der Ehe- und Sexualberatung“ äußerte sie sich zum vorehelichen Geschlechtsverkehr von Jugendlichen wie folgt: „Wenn wir wie bisher, heuchlerisch und mit den üblichen Scheuklappen versehen, die Tatsache bei der Erziehung der Jugend ignorieren, daß der voreheliche Geschlechtsverkehr nicht erst heute und nicht nur in bestimmten Bevölkerungskreisen üblich ist, so wird auch weiterhin die Unsicherheit und Hilflosigkeit bei den Jugendlichen selbst [...] dazu führen, daß die Häufigkeit der ungewollten Schwangerschaften und der Aborte sowie auch die große Zahl nur wegen eines Kindes geschlossenen Ehen nicht abnehmen.“⁵⁹

Gemäß einer sozialistischen Moral, den „sozialistischen Erziehungsgrundsätzen und dem Prinzip der Prophylaxe im weitesten Sinne“ plädierte Elfriede Paul dafür, die „voreheliche Beratung ganz konkret auf die Erziehung zu bewußter Elternschaft auf der Basis ausreichender Kenntnisse über die Antikonzeption auszurichten“.⁶⁰ Dies sollten die Ehe- und Sexualberatungsstellen als eine ihrer „vornehmsten Aufgaben“ betrachten. Schon 1961 hatte Paul eine Eheberatungsstelle in der Magdeburger Hegelstraße eingerichtet, die neben Ärzten mit Psychologen, Juristen und Fürsorgerinnen besetzt war und die in Kooperation mit der Haut- und Frauenklinik der Medizinischen Akademie arbeitete.⁶¹ Die Magdeburger Eheberatungsstelle erlangte für die DDR Modellcharakter, 1966 wurden per Gesetz überall in Ostdeutschland Zentren für Ehe-, Familien- und Sexualberatung eingerichtet.⁶² Die Expertinnen und Experten, die mit dem Aufbau dieser Beratungszentren betraut waren, vertraten besonders fortschrittliche Ansichten zu Sexualfragen in der DDR. Hier gab es, nach amerikanischem Vorbild, Einzel- und Paartherapien. Die Mitarbeiter organisierten und unterstützten Tagungen und Veranstaltungen zu Fragen der Sexualität, sie besaßen Kontakte zu Organisationen wie der *International Planned Parenthood Federation* und sie genossen internationales Renommee. Paare und Einzelbesucher strömten in Scharen in diese Zentren, von denen sie sich Rat und Hilfe erhofften und die sie keineswegs negativ als Institutionen betrachteten, die sich über Gebühr oder unerwünscht in ihr Leben einmischten.⁶³ Die in den Beratungsstellen gewonnenen Erkenntnisse über sexuelles Verhalten und sexuelle Praktiken gaben Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Anlass, mehr Forschung im Bereich der Sexualmedizin, mehr öffentliche Aufklärung und mehr Therapieangebote einzufordern.

Die sozialistische Moral, die weit mehr umfasste als nur die Sexualmoral, aber ausdrücklich auch diese, war zwar auf der einen Seite, wie Dagmar Herzog schreibt,

⁵⁹ Elfriede Paul: Das Problem der Jugendlichen und die voreheliche Beratung. In: Karl-Heinz Mehlan (Hg.): Tagungsbericht der 1. Rostocker Fortbildungstagung über Probleme der Ehe- und Sexualberatung vom 22.-24. 10. 1965 in Rostock-Warnemünde. Berlin 1966, S. 167-171, hier: S. 170.

⁶⁰ Ebd.

⁶¹ Eheberatung eröffnet (Redak.-Bericht). In: Magdeburger Volksstimme, Nr. 270, 13. 11. 1961.

⁶² Herzog: Politisierung (wie Anm. 49), S. 243; vgl. auch: Herz und Verstand den Ratsuchenden. Eheberatungsstelle arbeitet erfolgreich. Aufklärung verhütet Ehedifferenz. In: Magdeburger Volksstimme, Nr. 76, 29. 3. 1962.

⁶³ Herzog: Politisierung (wie Anm. 49), S. 243f.

„ein Korpus aus rigiden Vorschriften“ mit einem „hochgradig autoritäre[n] Konzept“, das mit seinen Ansprüchen an die „sozialistische Persönlichkeit – selbstlos, solidarisch, verantwortungsbewusst und anständig, nichtmaterialistisch und nach Fortschritt strebend [zu sein], tief in das Leben des Einzelnen eingriff“. ⁶⁴ Auf der anderen Seite aber reagierte das Regime auf die tatsächlichen Gegebenheiten: Als beispielsweise empirische Studien zeigten, dass vorehelicher und außerehelicher Geschlechtsverkehr in der DDR ganz selbstverständlich praktiziert wurden, hielt die Parteiführung in den Siebzigerjahren die „Jugend fröhlich dazu an[,] ihre Sexualität auszuleben“. Westliche Beobachter interpretierten dies als einen verzweifelten Versuch, nach Einführung der in der VEB Jenapharm seit 1965 produzierten „Wunschkind-Pille“ und der Legalisierung der Abtreibung innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate im Jahr 1972 die Geburtenrate wieder zu steigern. ⁶⁵

Diese Wechselwirkung zwischen praktizierter Sexualität und politischen Vorgaben gibt Hinweise auf die „eigensinnigen“ Verhaltenspraktiken der Subjekte, die in den bevölkerungspolitischen Planungs- und Kontrollvorstellungen des Staates nicht aufgingen. Fragt man darüber hinaus danach, warum das ansonsten starre soziale Gefüge der DDR sich gerade auf dem Gebiet der Sexualpolitik als liberal und zeitgemäß erwies, so drängt sich die Annahme auf, dass ein Grund für die politische Haltung der Wunsch der Machthaber war, die jungen Leute auf diese Weise emotional an das sozialistische Projekt zu binden. Die Entwicklungen in den 1970er- und 1980er-Jahren zeigen, dass die Sexualität zu einem wichtigen Freiraum in der ansonsten unfreien Gesellschaft der DDR wurde. ⁶⁶

Die Neuregelung des Abtreibungsrechts und die kostenlose Abgabe der „Wunschkind-Pille“ waren zudem Maßnahmen, die nicht nur die Sexualpolitik im engeren Sinne betrafen, sondern auch allgemeiner die Frauengesundheitspolitik kennzeichneten. Hier werden auch grundlegende Widersprüche in der Frauengesundheitspolitik greifbar, denn mit Abtreibung und Pille war die Frau primär als produktionsnotwendig und nicht als Fortpflanzungssubjekt priorisiert. Auch der Begriff „Frauengesundheit“ ist angesichts der starken Nebenwirkungen und häufiger Unverträglichkeit der Pille wie gleichermaßen angesichts der mit einer Abtreibung einhergehenden Beschwerden und Nachwirkungen zu hinterfragen. Nach Einschätzung neuerer Studien war ein Hauptziel des Schwangerschaftsabbruch-Gesetzes von 1972 die Abschaffung der illegalen Aborte und der damit verbundenen Gefahren für die Frauen. „Vor 1972 wurden in der DDR jährlich

⁶⁴ Ebd.

⁶⁵ Ebd., S. 227. Was allerdings eine seltsame Annahme war, erleichterte doch gerade die Pille einen Vollzug des Geschlechtsverkehrs, der keine Schwangerschaft nach sich zog; das liberale Abtreibungsrecht ermöglichte ebenfalls, eine ungewollte Schwangerschaft nicht auszutragen. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen war ein fröhliches Ausleben der Sexualität eben gerade kein Garant für eine höhere Geburtenrate. Tatsächlich kam es mit der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs im März 1972 zu einem weiteren Absinken der seit 1963 stetig gesunkenen Geburtenrate in der DDR, die 1974 ihren niedrigsten Stand erreichte. Vgl. Elfriede Paul: *Gesundheitsschutz*. Berlin 1979, S. 55.

⁶⁶ Herzog: *Politisierung* (wie Anm. 49), S. 227f.

etwa 60 000 Aborte registriert, an deren Folgen 60 bis 70 Frauen verstarben. 1977 wurde im Zusammenhang mit legalen Unterbrechungen noch ein Todesfall beobachtet. [...] In den folgenden Jahren bis 1988 trat kein Todesfall mehr ein.“⁶⁷ Andere Einschätzungen gehen davon aus, dass die spektakulären Aktionen der westdeutschen Frauenbewegung, unter anderem die im Sommer 1971 im „Stern“ veröffentlichte Kampagne der Selbstbezeichnungen von Frauen in der Bundesrepublik, für die DDR ein Impuls war – praktisch ohne Vorbereitung – ein eigenes Gesetz zum Schwangerschaftsabbruch zu formulieren.⁶⁸

Der „Medizinische Sonntag“ – ein sozialistisches Ritual?

Zwischen 1959 und 1989 gehörte die Veranstaltungsreihe „Medizinischer Sonntag“ zum festen Bestandteil des „geistig-kulturellen Lebens in der Elbestadt“ Magdeburg. Über 300 „Medizinische Sonntage“ mit 164 Ärzten, Wissenschaftlern und Hochschullehrern als Vortragenden wurden bis 1989 abgehalten. Mehr als 80 000 Zuhörer konnte die Veranstaltungsreihe in dieser Zeit vorweisen.⁶⁹ Als Stadtverordnete hatte Elfriede Paul schon 1961 in einer Stadtverordnetenversammlung festgestellt: „Ich habe die Verpflichtung übernommen, die Medizinischen Sonntage in Magdeburg einzuführen. Nun, in Magdeburg braucht alles ein bisschen länger – ich komme aus Berlin, da geht manches schneller – aber jetzt habe ich es endlich durchgesetzt. Die Medizinischen Sonntage sind ein Ereignis geworden, auf das man achtet.“⁷⁰ Wenig später konstatierte sie in einem Interview, dass „fast ausschließlich Ärzte der Medizinischen Akademie sich zur Verfügung stellen[,] um den Elbstädtern populärwissenschaftlich zu erläutern, wie man gesund lebt“. Und sie wies darauf hin, das „Magdeburg [...] die einzige Stadt in der Republik [ist], die mit der bewußten Gesundheitserziehung der Bevölkerung in eine solche Breite gekommen ist“.⁷¹

Worin lag das Erfolgsrezept dieser Veranstaltung begründet? Elfriede Pauls Vorträge im Rahmen des „Medizinischen Sonntags“ waren vor allem aufgrund ihrer Themenwahl attraktiv: Sie griff das Tabuthema „Sexualität“ auf und ihre Vorträge waren nicht nur alltagstauglich und lebensnah, sondern auch Zeugnis für das Bemühen um eine sozialistische Sexualpolitik. Sicherlich traf dies nicht auf alle Vorträge der Veranstaltungsreihe in gleichem Maße zu. Durch die mediale

⁶⁷ Lykke Aresin: Schwangerschaftsabbruch in der DDR. In: Gisela Staupe/Lisa Vieth (Hg.): Unter anderen Umständen. Zur Geschichte der Abtreibung. Katalog zur gleichnamigen Ausstellung des Deutschen Hygienemuseums in Dresden. Dresden/Berlin 1993, S. 86–95, hier: S. 94.

⁶⁸ Daphne Hahn: Diskurse zum Schwangerschaftsabbruch nach 1945. In: Ulrike Busch/dies. (Hg.): Abtreibung. Diskurse und Tendenzen. Bielefeld 2015, S. 41–59, hier: S. 53. Vgl. ebenso dies.: Biopolitik und Modernisierung. Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945. Frankfurt a. M./New York 2000.

⁶⁹ Medizinischer Sonntag (wie Anm. 41), S. 8.

⁷⁰ Stadtarchiv Magdeburg (StAM), Stadtverordneten-Versammlung am 16.2.1961, Rep. 18⁴ St. 41, Diskussionsbeitrag Prof. Paul.

⁷¹ Gesundheitserziehung. In: Liberal-Demokratische Zeitung, Nr. 42, 19.2.1964.

Unterstützung der „Volksstimme“, die Vor- und Nachbereitung der Vorträge, wurden der Bekanntheitsgrad und das Interesse am „Medizinischen Sonntag“ jedoch in jedem Fall gesteigert, was sicherlich zur Popularisierung der Veranstaltungen beitrug. Elfriede Paul publizierte zudem eine Reihe ihrer Vorträge in der vom Dresdner Hygiene-Museum herausgegebenen populär-medizinischen Zeitschrift „Deine Gesundheit“.

Um die Erfolgsgeschichte der Vortragsreihe zu ergründen, möchte ich am Schluss auf die eingangs aufgeworfene Frage zurückkommen, ob man den „Medizinischen Sonntag“ als eine Form von gesundheitspolitischer Ritualisierung auffassen kann und ob auch dies die Popularität befördert hat. Als Ritual im engeren Sinne hat Barbara Stollberg-Rilinger „eine menschliche Handlungsabfolge bezeichnet, die durch Standardisierung der äußeren Form, Wiederholung, Aufführungscharakter, Performativität und Symbolizität gekennzeichnet ist und eine elementare sozial strukturbildende Wirkung besitzt“.⁷² Walter Burkert beschreibt Rituale als kommunikative Handlungen im Bereich des menschlichen Miteinanders, bei denen rituelle Handlungen – durch gesellschaftliche Gepflogenheiten, Konventionen und Regeln bestimmt – in den unterschiedlichsten sozialen Kontexten (Begegnungen, Familienleben, Veranstaltungen, Festen und Feiern) praktiziert werden können. Rituale sind zudem oft an Orte und Räume gebunden, das Spektrum reicht von sakralen oder öffentlichen Orten bis hin zu bestimmten Sitzordnungen innerhalb eines konkreten Raumes. Ein Ritual ist kulturell eingebunden, bedient sich strukturierter Mittel, um Bedeutungs- und Sinnzusammenhänge symbolisch darzustellen.⁷³ Neben der symbolischen Funktion haben Rituale auch instrumentell-pragmatische Funktionen, also zweckgerichteten Charakter. Sie dienen der Schaffung von Identität und Gruppensolidarität in Subkulturen. Rituale sind einem Wandel unterworfen, sie erneuern sich und treten in veränderter Gestalt in die gewandelte gesellschaftliche Wirklichkeit (Transformation). Rituelles Handeln spielt in jedem der Subsysteme von Politik, Recht, Wissenschaft, Kunst, Erziehung, Wirtschaft, Religion eine gewisse Rolle.⁷⁴ Rituale – oder Ritualisierung/Performance – besitzen eine besonders praxisorientierte Dimension von Sinnggebung, bei der das Handeln als Prozess und Dynamik Sinn verkörpert und konstruiert (Sinnkonstitutive). Die kulturelle Performance „ist Darstellung und zugleich Reproduktion kultureller Sinn- und Handlungsmuster. Die gemeinschaftsstiftende und identitätsbildende Rolle des Rituals kommt deutlich zu Bewusstsein.“⁷⁵ Einige dieser charakteristischen rituellen Elemente finden sich auch in der Zeremonie des „Medizinischen Sonntags“: Die Veranstaltungen folgten einem regelmäßigen Turnus und waren in der äußeren Formgestaltung standardisiert, performativ und symbolhaft.

⁷² Barbara Stollberg-Rilinger: *Rituale*. Frankfurt a. M. 2013, S. 9.

⁷³ Walter Burkert: *Homo necans*. Interpretationen altgriechischer Opferriten und Mythen. Berlin/New York 1972, S. 31–39.

⁷⁴ Andrea Belliger/David J. Krieg (Hg.): *Ritualtheorie*. Ein einführendes Handbuch. Opladen/Wiesbaden 1998, Einführung, S. 10.

⁷⁵ Ebd.

Während andere Veranstaltungsformate der Gesundheitserziehung eher den Charakter der Einmaligkeit besaßen, wie beispielsweise der Besuch eines Films oder einer Ausstellung, betonte der „Medizinische Sonntag“ die Wiederholung. Auch hinsichtlich der Einbindung des Einzelnen in die verschiedenen Veranstaltungsformate kann man differenzieren. So unterschied sich die individuelle Lektüre einer Aufklärungsbroschüre deutlich von einem meist im Kollektiv durchgeführten Ausstellungsbesuch: Während erstere unkontrolliert und die Einordnung und Bewertung des Erfahrenen letztlich dem Individuum allein überlassen blieb, war das bei Veranstaltungen, die mit Kollegen, Mitschülern oder in Betriebsgruppen besucht wurden, an denen der Einzelne in einer Gemeinschaft teilnahm, anders. Die über die gemeinschaftliche Teilnahme hergestellte Gruppenidentität beinhaltete aber auch eine kontrollierende Funktion und konnte einen Konformitätsdruck erzeugen. Der „Medizinische Sonntag“ nahm in diesem Spannungsfeld eine mittlere Position ein: Der individuelle Besuch der Sonntagsveranstaltung bot zwar mehr Freiheit und weniger Kontrolle als zum Beispiel in Gemeinschaft absolvierte Museumsbesuche, die Schaffung von Identität und Gruppenolidarität wurde jedoch nicht beeinträchtigt.

Die wohl größte Transferleistung bei der Ritualisierung dieser gesundheitserzieherischen Vortragsveranstaltung gelang durch die Wahl des Wochentages – des Sonntags. Auch Elfriede Paul hat sich dazu geäußert, warum sie den Sonntag als geeigneten Wochentag für die Vortragsveranstaltungen ansah. Würden die Vorträge nach Feierabend in den Betrieben gehalten, so wären sie erfolglos, da die Menschen bereits ermüdet seien, meinte sie. „Früher sind die Leute am Sonntag in die Kirche gegangen und heute braucht der werktätige Mensch am Sonntagvormittag eine Entspannung, etwas, das ihn erhebt und ihm nützt, um in der Woche wieder schaffen zu können. Außerdem bietet der Sonntag die Zeit und Ruhe, um sich mit wichtigen Problemen zu befassen.“⁷⁶

Weil die Vorträge zur gleichen Zeit stattfanden wie das katholische Hochamt oder der protestantische Gottesdienst, wurde bereits die Teilnahme an der Veranstaltung zu einem Bekenntnis zum Atheismus des SED-Staates. So könnte man den „Medizinischen Sonntag“ provokant formuliert auch als „das Hochamt“ der sozialistischen Gesundheitserziehung interpretieren (Medizin als Religion). Die Ersetzung des sonntäglichen Gottesdienstes durch eine gesundheitserzieherische Veranstaltung transformierte die katholische Pflicht des sonntäglichen Kirchgangs in eine Pflicht der sozialistischen Persönlichkeit, sich über Krankheitsrisiken und Gesunderhaltung zu informieren und daraus Handlungsanleitungen für eine gesunde Lebensweise abzuleiten. Das Glaubensbekenntnis wird zum Gesundheitsbekenntnis. Der Sonntagsgottesdienst wird auf die sonntägliche Gesundheitsgemeinde transferiert, über die Teilnahme ist klar zu erkennen, wer zur Gemeinschaft gehört.

Die beiden von Paul genannten Anforderungen – „Entspannung“ und „Erhebung“, die den rituellen Charakter der Veranstaltung verstärkten – lassen sich auch

⁷⁶ Ebd., S.11.

wiederfinden, wenn man die Orte, an denen der „Medizinische Sonntag“ stattfand, genauer betrachtet. Nach anfänglichen Schwierigkeiten fand die Vortragsreihe zunächst in den Hörsälen der Medizinischen Akademie statt. Die Hörsäle waren eigentlich den Studierenden und den Akademikern vorbehalten; für die Gesundheitserziehung wurden diese nun aber für alle Werktätigen des Arbeiter- und Bauernstaates geöffnet. Der medizinische Demonstrationshörsaal war – wie das Anatomische Theater – mit der kennzeichnenden, aufsteigenden Sitzreihenordnung im Zuhörerraum ausgestattet, eine Anleihe beim antiken Amphitheater. Er vermittelte eine feierliche und ehrwürdige Raumatmosphäre, die von Paul angesprochene „Erhebung“ wurde durch den Raum unterstrichen. Der zweite Veranstaltungsort für den „Medizinischen Sonntag“ bot dagegen einen stärkeren Bezug zu „Entspannung“, Freizeit und Vergnügen: das „Kino des Friedens“. Die Teilnahme am „Medizinischen Sonntag“ war wie ein Gang ins Kino.

Die medizinischen Fachleute – Professoren, Dozenten und Fachärzte – referierten nicht vor einem Fachpublikum oder Studierenden, sondern vor einem Laienpublikum. Den Zuhörern vermittelte dies den Eindruck von formaler Gleichstellung mit dem sonst hier anwesenden akademischen Publikum, zugleich fanden die Vorträge an einem außergewöhnlichen Ort statt, der nicht immer frei zugänglich war. Auf Seiten der Mediziner verursachte diese Konstellation anfangs Ablehnung und großes Unbehagen, wie Paul auch in ihren Memoiren ausführt. Es war demnach nicht einfach, Kollegen zu finden, die bereit waren, vor Laien zu sprechen, da es nicht unkompliziert sei, mit einer nichtärztlichen Öffentlichkeit über medizinische Fragen zu diskutieren. Der Vortrag müsse wissenschaftlich korrekt und für den medizinischen Laien allgemein verständlich sein. Aus diesem Grund hätten viele Ärzte eine Abneigung gegen populärwissenschaftliche Vorträge.⁷⁷ Die Arzt-Patient-Interaktion, aus der man durch festgelegte Rollen, Erwartungen, Abläufe und Symbole einen rituellen Charakter herauslesen kann, erhielt hier eine neue Dimension, in der das Ideal des sozialistischen Arztes als Aufklärer und Erzieher umgesetzt wurde.

In der Gesellschaft und im Rahmen der politischen Repräsentation der DDR war die Übernahme von sowjetischen Ritualen und Symbolen als Herrschaftstechnik weit verbreitet. In diesem Zusammenhang sei hier nur beispielhaft auf den „sozialistischen Bruderkuß“ oder den „sozialistischen Handschlag“, das Verbrüderungs-Emblem der SED, verwiesen. Auch die Veranstaltung des „Medizinischen Sonntags“ enthält einige Elemente einer Ritualisierung als Instrument von Herrschaft, thematisiert wurde der Vorsorgegedanke (Herrschaftstechnik) und eine gesundheitsgerechte Lebens- und Handlungsweise als Kern der sozialistischen Persönlichkeit. Mittelbar kann die Teilnahme als ein Beleg der Akzeptanz des Systems auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik gelesen werden.

Nachdem der „Medizinische Sonntag“ 1990 abgeschafft beziehungsweise nicht mehr praktiziert wurde, belebte die Medizinische Fakultät diese Veranstaltung im Jahr 2000 wieder. Seitdem hat sich der „Medizinische Sonntag“ als beliebte Veran-

⁷⁷ Paul: Sprechzimmer (wie Anm. 19), S. 252.

staltungsreihe der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke Universität etabliert. Der „Medizinische Sonntag“ – von seiner Gesundheitsbelehrung entlastet – ist heute eine Informations- und Werbeveranstaltung der Medizinischen Fakultät, die darüber informiert, welche diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten das Universitätsklinikum offeriert. Mittlerweile haben auch andere Krankenhäuser in Magdeburg dieses Konzept aufgegriffen und praktizieren zum Beispiel einen „Medizinischen Brunch“ – allerdings am Samstag.

Abstract

In 1959 the “medical Sunday” was introduced in Magdeburg as a health-political event which developed in the following decades to one of the most successful formats in the health education and prevention mediation in GDR. The chapter arranged the draught of “medical Sunday” in a microstudy – in the spectrum of the events, measures and activities which counted to the medical clarification and prophylactic health politics of the GDR. The doctor, former member of the resistance and scientist Elfriede Paul created this talk event and her political position as a social hygienist has stamped the event.

The basic conditions of the implementing as well as subjects and contents should be introduced and examined as well as the resonance for events. Besides, should also be questioned, to what extent one can interpret the domanical talk ceremonial, the occupation of Sunday – the free working day – as a form of health-political ritualization.

Philipp Osten

„Diese schmierige Mischung von Sentimentalität
und wissenschaftlicher Phrase“ –
Politik und Gesundheitsaufklärung in Ausstellungen,
Plakaten und Filmen, 1880–1980

Kurt Tucholsky hielt wenig vom Kino. Als Redakteur der „Berliner Schaubühne“ vertrat er die Interessen des Theaters: „Der Film hat mit Kunst nichts zu tun, und wenn sich das Kino tausendmal gute Schauspieler mietet [...], niemals wird eine reine Kunstleistung herauskommen [...], sondern stets ein trauriger Ersatz für ein gutes Theater.“¹ Welches Potenzial der Film für die Belehrung einer großen Zahl von Zuschauern besaß, beobachtete der Kritiker sehr genau. Bereits in der Vorkriegszeit hatte er anonym eine Glosse über einen Filmabend in einem Lichtspielhaus der Firma Pathé veröffentlicht. Im Vorprogramm wurde gesundheitliche Aufklärung geübt: „Als ich in den dunklen Raum trat, steckte sich gerade unter Harmoniumbegleitung ein junger hoffnungsvoller Arzt an einem Diphtheritiskind an, die Hauskapelle wimmerte, alte Mimen standen mit hängenden Trauerbacken um das Bett des Sterbenden, und hinter mir faßte ein Kind die Quintessenz des Dramas in die Worte zusammen: ‚Au weh, Mutta! Ick mecht aba keene Fteritis nich ham ...‘.“² Im selben Jahr 1913, der Jurist Kurt Tucholsky stand kurz vor seiner Promotion, ließ er sich in Berlin die Arbeit der polizeilichen Filmzensur vorführen, deren Aktivitäten der Theatermann mit Verve unterstützte. In seiner leicht überzeichneten Eloge auf die Beamten in der Zensurstelle hob Tucholsky in der Wochenzeitschrift „Schaubühne“ die Herausforderungen hervor, die eine serielle Betrachtung von Filmen mit medizinischem Inhalt mit sich brachte: „Da sind die Krankenhausfilme mit Vivisektionen, Serumseinspritzungen und Elendsgestalten im Bett. Da gibt es eine Augenoperation: der Kranke wird in ein weißes Tuch gehüllt, das nur ein Auge frei läßt; dann erscheint das Auge, riesengroß, die Lider von zwei Klammern auseinandergezerrt, und eine Spritze pikt ganz langsam in das Weiße. So.“³

¹ Ignaz Wrobel [= Kurt Tucholsky]: Die Prostitution mit der Maske. In: Stefan Ahrens (Hg.): Kurt Tucholsky. Gesamtausgabe. Texte und Briefe. Bd. 3: Texte 1919. Reinbek bei Hamburg 1999, S. 139–142, hier: S. 141.

² Moritz Napoleon. In: Die Schaubühne 9 (1913), S. 791–793, hier: S. 791.

³ Kurt Tucholsky: Verbotene Filme. In: Die Schaubühne 9 (1913), S. 949–953.

1929, 16 Jahre nach seinem Besuch in der Zensurstelle, sollte mit der Uraufführung von Luis Buñuels „Un chien andalou“ in Paris ausgerechnet eine Einstellung, in der ein Auge von einer Rasierklinge durchschnitten wird, zur Symbolszene des künstlerischen Avantgardefilms werden. Selbst der Theatermann Tucholsky hatte sich da längst mit dem neuen Medium abgefunden und sogar soweit angefreundet, dass er Filmschaffenden im Unterhaltungsblatt der „Vossischen Zeitung“ grundsätzliche Ratschläge von philosophischem Wert erteilte. Als „Lese-Film“ brandmarkte er deutsche Produktionen der Stummfilmära, die ihren Inhalt über lange Texttafeln vermittelten. Sein Fazit: „Nur die allernötigsten Angaben gehören in den Text. Was sich bildlich nicht ausdrücken lässt, passt nicht zum Film.“⁴

Das Verdikt, „Lese-Filme“ zu sein, galt insbesondere für Filme, die der „hygienischen Volksbelehrung“ dienten. Sie traf Tucholskys besonderer Spott. Tucholsky entging nicht, dass „die Filmindustrie“ medizinische Aufklärung bisweilen als Vorwand für die Verletzung des sittlichen Anstands nutzte. Das für diesen Beitrag Titel gebende Zitat, „diese schmierige Mischung von Sentimentalität und wissenschaftlicher Phrase“,⁵ bezog sich auf den unter der „wie der Prospekt besagt, wissenschaftlichen Mitarbeit“ des Sexualwissenschaftlers Magnus Hirschfeld entstandenen Film „Prostitution“.⁶ Die für den Aufklärungs- und Gesundheitsfilm der Zwischenkriegszeit charakteristische Melange aus Pornografie, Pathos und Pädagogik hatte Tucholsky damit ein wenig pejorativ, aber durchaus treffend umrissen.

Kurt Tucholskys Kommentare zum Film verweisen auf eine wechselvolle Geschichte visueller Gesundheitsaufklärung. Das Medium „Film“ entstammte der Jahrmarktsbude. Analyse und Dekonstruktion, die der Fotografie ihre dokumentarische Aussagekraft verliehen, pervertierten hier nach Ansicht vieler Kritiker zu Trick, Montage und Effekt. Vor dem Ersten Weltkrieg galten Filme als Schund, dessen Herstellung allerdings durchaus lukrativ sein konnte. Während der Inflationszeit wurde das Bannen einer Szene auf Celluloid zu einem derart probaten Mittel, an Wert verlierendes Geld rasch in ein bleibendes Produkt zu verwandeln, dass Filme ein wirtschaftlich überaus relevantes Exportprodukt der frühen Weimarer Republik darstellten.

In Deutschland fand das Genre der Gebrauchsfilme zum Zweck der Werbung und Belehrung eine einheitliche Sprache – insbesondere die Mischung dokumentarischer Szenen mit Spielhandlungen und die ausgiebige Verwendung von Grafiken, didaktischer Texte und Losungen sollte zum Erkennungsmerkmal deutscher Kulturfilme werden: Diese ab 1919 einsetzende Entwicklung hängt eng mit der Steuerbefreiung sogenannter Kulturfilme und mit ihrer Zertifizierung durch demokratisch nicht legitimierte Instanzen zusammen. „Lese-Filme“ und in späteren Jahren – insbesondere in der Zeit des Nationalsozialismus – auch wortreiche Tonfilme setzten vor allem deshalb auf Text, da die Wirkung von Worten für Kontroll-

⁴ Peter Panter: Der Lesefilm. In: Dresdner Neueste Nachrichten, Nr. 141, 29. 5. 1927.

⁵ Wrobel [= Tucholsky]: Prostitution (wie Anm. 1), S. 141.

⁶ Ebd.

instanzen einfacher einzuschätzen war als die der Bilder.⁷ Im Ersten Weltkrieg hatten Behörden erstmals über eine Erkenntnis reflektiert, die in der wissenschaftlichen Literatur der Zeit diskutiert wurde: Filme besaßen die Kapazität über belebte Bilder zu „wirken“. Was nach der Erfindung des Tonfilms „Stummfilm“ genannt wurde, war ganz und gar nicht leise. Die Orgeln und Klangapparate großer Lichtspielhäuser standen denen luxuriöser Ozeandampfer in nichts nach. Bildfolgen und Musik weckten Emotionen. Dieses Versprechen lockte das Publikum in die Kinos, und es weckte das Begehren, mit Filmen mehr erreichen zu können als Amusement.

In diesem Beitrag wird die Geschichte visueller Medien in der gesundheitlichen Aufklärung anhand weniger ausgewählter Beispiele rekapituliert. Herausgestellt werden die ökonomischen und politischen Hintergründe der Bildproduktion, um sie in ihrem Verhältnis zu ihrer Form und zu ihren Intentionen darzustellen. Grob lassen sich drei, einander überlagernde Phasen der öffentlichen Thematisierung von Gesundheitsthemen differenzieren. Den Beginn markierte die Hausarztphase, in der medizinische Experten Ratgeber für eine Zielgruppe verfassten, die dem Patientenstamm akademischer Ärzte entsprach. Den theoretischen Unterbau dieser Literatur lieferte Johann Peter Franks „Medicinische Polizey“,⁸ zu ihrer Blaupause wurde Christoph Wilhelm Hufelands „Makrobiotik“.⁹ Zunächst sprachen medizinische Aufklärungsschriften dezidiert ein bürgerliches Publikum an. Das änderte sich in den 1880er-Jahren. Mit dem Zugang breiterer Bevölkerungsschichten zu medizinischer Versorgung veränderte sich das Zielpublikum. Über Medizin schrieb nun nicht mehr nur die „Gartenlaube“,¹⁰ sondern eben auch der „Vorwärts“.¹¹ Neben Klassengrenzen stellten die Grenzen der Schulmedizin und die Barrieren zwischen Mediziner*innen und Laien neue Herausforderungen dar.¹² Zum bekanntesten Gesundheitsbuch der Weimarer Republik wurde das naturärztliche Hausbuch „Die Natur als Arzt und Helfer“ des Stuttgarter Arztes und Dramatikers Friedrich Wolf, das sehr prominent auf fotografische Abbildungen setzte.¹³ Die Hausarzt-

⁷ In den letzten Jahrzehnten der DDR benötigte jeder Film eine „zweistreifige Abnahme“. Das bedeutete, Bildfolge und Tonspur wurden separat einer Zensur unterzogen.

⁸ Johann Peter Frank: System einer vollständigen medicinischen Polizey [5 Bde.]. Mannheim [1780–1790].

⁹ Christoph Wilhelm von Hufeland: Makrobiotik oder die Kunst das menschliche Leben zu verlängern. Berlin 1805.

¹⁰ Zum Gesundheitsdiskurs in der Gartenlaube vgl. Jae-Baek Ko: Wissenschaftspopularisierung und Frauenberuf. Diskurs um Gesundheit, hygienische Familie und Frauenrolle im Spiegel der Familienzeitschrift *Die Gartenlaube* in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Frankfurt a. M. u. a. 2008, S. 113–187. Zur Mischung aus Ratgeber und Unterhaltung vgl. Florian Mildner: Medizinische Belehrung für das Bürgertum. Medikale Kulturen in der Zeitschrift „Die Gartenlaube“ (1853–1944). Stuttgart 2012, S. 39–67, S. 137–150.

¹¹ Zur Berichterstattung im „Vorwärts“ vgl. Lutz Meyer: Gesundheitspolitik im „Vorwärts“ 1918–1933. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte der Weimarer Republik. Berlin 1986.

¹² Vgl. Cornelia Regin: Selbsthilfe und Gesundheitspolitik. Die Naturheilbewegung im Kaiserreich (1889 bis 1914). Stuttgart 1994, S. 45–99.

¹³ Friedrich Wolf: Die Natur als Arzt und Helfer. Das neue naturärztliche Hausbuch. Stuttgart 1929.

phase hatte ihre Blüte im 19. und frühen 20. Jahrhundert, reicht aber bis in die Gegenwart, wo zunehmend spezialisierte Presseerzeugnisse den Markt bestimmen.¹⁴

In den ersten drei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts übernahmen professionelle Werbestrategien aus der Industrie die Vorherrschaft über die Gesundheitsaufklärung. Ihr Medium waren zunächst Hygieneausstellungen und bald darauf Filme. Diese industrielle Phase der Gesundheitsaufklärung ging mit Beginn der Weimarer Republik über in eine Periode staatlich koordinierter, hygienischer Volksbelehrung. Die Grenzen zwischen kommerzieller und gesinnungserzeugender Gesundheitswerbung blieben fließend. Sie auszuloten ist Gegenstand dieses Beitrags.

Neben dem Film werden insbesondere die Präsentation in Ausstellungen und die Rolle von Plakaten exemplarisch betrachtet. Einem kurzen, sehr fragmentarischen Abriss zur Bildgeschichte der Prävention folgt daher ein längerer Passus zur Geschichte der deutschen Hygieneausstellungen.¹⁵ Ihre größte Popularität erreichte die Präsentation von Gesundheitsbelangen im Kontext von Industrieausstellungen mit der Dresdner Hygieneausstellung des Jahres 1911, der größten Publikumsausstellung der Kaiserzeit, und mit der Ge-So-Lei, der Düsseldorfer Ausstellung „Gesundheitspflege, Soziale Fürsorge und Leibesübungen“ des Jahres 1926, der größten Ausstellung der Weimarer Republik. Ihren Tiefpunkt fand die Kombination aus Industriemesse, Volksbelustigung und Belehrung in der nach dem Vorbild der Ge-So-Lei konzipierten NS-Propagandaschau „Schaffendes Volk“, ebenfalls in Düsseldorf, deren markanteste Attraktion eine gigantische Schaumfontäne des örtlichen Persilfabrikanten Henkel war.

Der zweite Teil des Beitrags handelt von Gesundheitsfilmen. In der Zeit der Weimarer Republik erfuhren sie eine in der Literatur bisher kaum beachtete staatliche Förderung, die jedoch maßgeblich von einer Konformität der Drehbücher mit den Vorgaben einer staatlichen Kulturfilmstelle abhängig gemacht wurde. Die Vorstellung, belehrende Filme zu gesundheitlichen Themen seien insbesondere ein Merkmal des Nationalsozialismus gewesen, stützt dieser Beitrag nicht. Wohl haben deutschnationale Anliegen in vielfältiger Form die Kulturfilme der frühen Weimarer Republik geprägt. Doch warum verloren die Vorfilme ab 1933 ihren belehrenden Charakter? Und warum wurde die Gesundheitsfilm-Produktion nahezu vollständig eingestellt? Diese hier dargestellte Abkehr von der Gesundheitsbelehrung während der Zeit des Nationalsozialismus galt jedoch nicht für die Arbeitswelt. Die Produktion von Zeitschriften und Plakaten zum Thema „Prävention“ wurde ausgeweitet. Sie wurden als Türöffner für politische Propaganda genutzt. Gesundheitliche Belehrung rückte von der Förderung gesundheitskon-

¹⁴ Beispielhaft sei hier ein Buch genannt, das ein bekannter Arzt gemeinsam mit dem Chefredakteur eines Gesundheitsmagazins verfasst hat: Detlef Ganten/Jochen Niehaus: Die Gesundheitsformel. Die großen Zivilisationskrankheiten verstehen und vermeiden. München 2014. Überraschenden Erfolg hatte 2014 Giulia Enders Buch „Darm mit Charme“ durch eine Kombination aus anspruchsvollem Inhalt, klarer Sprache und dem Einsatz humorvoller Zeichnungen.

¹⁵ Einen Überblick über die Ausstellungen liefert Sebastian Weinert: Der Körper im Blick. Gesundheitsausstellungen vom späten Kaiserreich bis zum Nationalsozialismus. Berlin/Boston 2017.

formen Verhaltens weg und fokussierte sich auf die Prävention von Wirtschaftsschäden. Schwerpunkt eines populär gestalteten Publikationsorgans zur Arbeitssicherheit, dessen Auflage sich auf dem Niveau der heutigen „Bild“-Zeitung bewegte,¹⁶ war jedoch simple politische Propaganda.

In einem Ausblick auf die 1970er-Jahre in der DDR und der Bundesrepublik Deutschland wird eine Fernsehserie des „Nationalen Instituts für Gesundheits-erziehung“ und der DEFA-Studios für Dokumentarfilm und in aller Kürze eine Kampagne des Bundesministeriums für Gesundheit vorgestellt, die neue, an den Bedürfnissen des Publikums orientierte Ziele zutage treten ließen.

Vom Ablass zur Pockenimpfung – Vorläufer visueller Belehrung

Der institutionell gewünschte Einsatz von Bildern zum Zweck der Prävention reicht weit zurück. Sein Beginn ist nicht in der Medizin zu suchen. Ars-moriendi-Darstellungen des 15. und 16. Jahrhunderts zeigen Kranke auf dem Sterbebett. Sie beten, empfangen sakralen Beistand oder führen einen Dialog mit einem oder mehreren Teufeln. Die zu frommer Einkehr mahnenden Bilder wurden mit Ablassbriefen feilgeboten. Sie zielten nicht auf die Abwendung des Todes durch gesundheitskonformes Verhalten, sie hielten dazu an, Versuchungen des Unglaubens, der Verzweiflung, der Ungeduld, der Eitelkeit und des Geizes zu widerstehen. Ihre Kraft entfalteten Ars-moriendi-Bilder, gegen die Luther in seinem Sermon von der Bereitung zum Sterben von 1519 anscrieb, angeblich durch das Versprechen, noch mittels der Einkehr in der letzten Stunde das Fegefeuer abwenden zu können.¹⁷ Tatsächlich dienten sie einer langfristigen spirituellen Vorbereitung auf das Ende. Die Auseinandersetzung mit den Ars-moriendi-Darstellungen war Teil privater Liturgie. Diese Prävention galt nicht dem Leib, sondern der Seele. Für den kultischen Gebrauch von Bildern für Belange des Körpers steht der bis in die Gegenwart reichende Einsatz von Votivgaben mit der Abbildung erkrankter oder zu schützender Organe und Gliedmaßen. Man mag die rituelle Bedeutung von Bildern ins Mittelalter verbannen, der Kunsthistoriker Hans Belting, der den Übergang vom Kult- zum Kunstobjekt beschrieben hat, weist allerdings darauf hin, dass die liturgisch gültige Repräsentation des Dargestellten durch sein Abbild nur eine Spielart eines Gebrauchs von Bildern gewesen ist. „Der Mensch hat sich nie von der Macht der Bilder befreit, doch er hat sie immer an anderen Bildern und auf andere Weise erfahren.“¹⁸

¹⁶ Die letzte Vorkriegsausgabe vom September 1939 hatte eine Auflage von 1,865 Millionen. Vgl. Kampf der Gefahr. Monatsblätter für Schadenverhütung 6 (1939) 9, S. 16 (Impressum).

¹⁷ Zur Interpretation von Ars-moriendi-Bildern in der Reformation vgl. Claudia Resch: *Trost im Angesicht des Todes. Frühe reformatorische Anleitungen zur Seelsorge an Kranken und Sterbenden.* Tübingen/Basel 2006, S. 37, S. 54f.

¹⁸ Hans Belting: *Bild und Kult. Eine Geschichte des Bildes vor dem Zeitalter der Kunst.* München 1991, S. 27.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts erschien religiöse Erbauungsliteratur in trauriger Koexistenz mit ersten ärztlichen Gesundheitsbüchern. Christoph Wilhelm Hufelands „Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern“ reüssierte unter dem Neologismus „Makrobiotik“ zum Bestseller-Ratgeber der Goethezeit. Geschmückt waren die von Medizinern (und bisweilen auch von geschäftstüchtigen Verlegern) verfassten Werke mit Titelbildern, die oft der antiken Mythologie entlehnt waren. Johann Peter Franks „System einer vollständigen medicinischen Polizey“, das die Sorge des Staates für seine Bürger zum Katechismus des aufgeklärten Absolutismus erhob,¹⁹ schmückte ein Feueraltar, ein Wappenvogel mit Askulapstab und die Darstellung von Kranken und Lahmen, die vor einem Tempel anstehen. Das Titelblatt von Hufelands „Makrobiotik“ zeigt die drei Parzen beim Spinnen, Aufnehmen und Abschneiden des Lebensfadens. Die mit preußischen Tugenden angereicherte Gesundheitsbibel des Berliner Hofarztes markierte den Aufbruch in eine Zeit säkularer Körperriten.

Während es in religiösem Kontext weiterhin üblich war, breite Bevölkerungsschichten mit Bildern zu einem erwünschten Lebenswandel zu erziehen, fehlt dieses Medium in der ersten großen gesundheitlichen Präventionskampagne des 19. Jahrhunderts, bei der Einführung der Pockenimpfung. Sie fällt in eine Periode, in der die Produktion von Text und Bildmedien durch Urheberrechtsbestimmungen neu gefasst wurde²⁰ und in der Flugschriften und Bilderbögen politische Debatten popularisierten.²¹ Maßnahmen staatlicher Gesundheitspolitik flankierende Bildkampagnen blieben jedoch bis in die 1870er-Jahre eine Domäne der akademischen Malerei und ihrer Zweit- und Drittverwertung in Kupferstichen und auf Buchtiteln – und damit einem gehobenen Publikum vorbehalten. Während Bayern im Jahr 1803 eine allgemeine Impfpflicht einführte, die für das neu zugeschnittene Königreich ein maßgebliches Element des „nation building“-Prozesses ausmachte, da im Zuge ihrer Implementierung Kirchenbücher in Impflisten und schließlich in Melde- und Musterungsregister überführt wurden, vertraute Württemberg auf herkömmliche mediale Strategien für die Rekrutierung von Impfingen, nämlich auf die sonntägliche Verlesung von Dekreten durch einen Pfarrer, flankiert von einer anschließenden Predigt. Gerade die Geistlichen, zitiert der Volkskundler Eberhard Wolff aus einem medizinischen Gutachten des Innenministeriums,

¹⁹ Der Medizinhistoriker Eduard Seidler bezeichnete Franks Werk als „das hygienische Denkmal des aufgeklärten Absolutismus“; Eduard Seidler: *Lebensplan und Gesundheitsführung*. Franz Anton Mai und die medizinische Aufklärung in Mannheim. Mannheim 1979, S. 50.

²⁰ Vgl. Thomas Gergen: *Die Nachdruckprivilegienpraxis Württembergs im 19. Jahrhundert und ihre Bedeutung für das Urheberrecht im Deutschen Bund*. Berlin 2007, S. 55–57; Dirk Kruse: *Nachdruckschutz und Buchaufsicht vom 16. bis zum 19. Jahrhundert*. Diss. Bonn 1987; Andreas Feld: *Das Bayerische Gesetz zum Schutz des Eigentums an Erzeugnissen der Literatur und Kunst gegen Nachdruck vom 15. 04. 1840. Vorgeschichte und Zustandekommen*. Frankfurt a. M. u. a. 2007, S. 13–54.

²¹ Rolf Reichardt: *Die Französische Revolution als europäisches Medienereignis*. In: Institut für Europäische Geschichte (IEG) (Hg.): *Europäische Geschichte Online (EGO)*. Mainz 12. 3. 2010, http://ieg-ego.eu/de/threads/europaeische-medien/europaeische-medienereignisse/rolf-reichardt-die-franzoesische-revolution-als-europaeisches-medienereignis-1789-1799/?searchterm=Reichardt&set_language=de, Absatz 1 (letzter Zugriff am 9. 5. 2018).

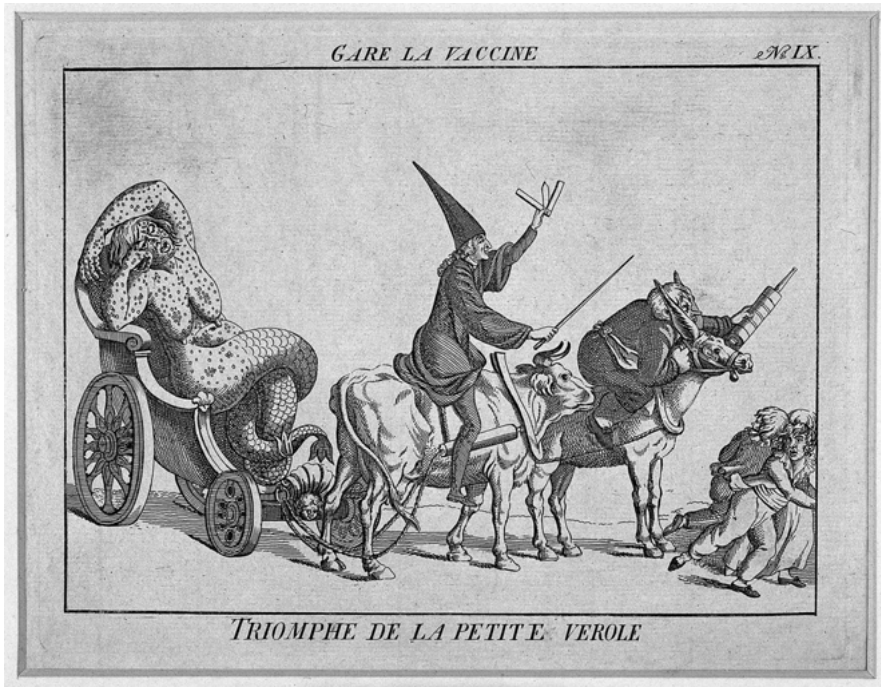


Abbildung 1: „Gare la vaccination. Triomphe de la petite vérole“, Wellcome Collection London, CC BY; online zugänglich unter: <https://wellcomecollection.org/works/cs6ej53k>.

hätten „den größten Einfluss auf den gemeinen Mann“.²² Erfolg zeigte die württembergische Kampagne erst, als das königliche Medizinal-Kollegium eine Prämie für impfwillige Eltern auslobte.²³

Die semiliteralisierte Bevölkerung Süddeutschlands wurde durch Zwang (wie in Bayern) oder durch Predigten und pekuniäre Anreize (Württemberg) zur Impfung motiviert. Erzieherische Gesundheitsbilder spielten dabei keine Rolle. Wer in Bildarchiven nach Darstellungen der ersten Pockenimpfkampagnen der Jahre 1803 bis 1850 sucht, wird aber dennoch fündig: Populäre Karikaturen und repräsentative Ölgemälde (vgl. Abb. 1 und 2) illustrieren das Thema „Impfung“ aus sehr unterschiedlichen Perspektiven: Zu den frühesten populären Abbildungen zum Thema „Krankheitsprävention“ gehören despektierliche Karikaturen französischen Ursprungs über die Pockenimpfung.²⁴ Sie spielen mit der Irrita-

²² Zit. nach Eberhard Wolff: *Einschneidende Maßnahmen. Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts*. Stuttgart 1998, S. 173.

²³ Vgl. Richard Toellner: *Carl Christian von Klein. Ein Wegbereiter wissenschaftlicher Chirurgie in Württemberg*. Stuttgart 1965, S. 94–100.

²⁴ Vgl. Catriona Seth: *Les rois aussi en mouraient. Les Lumières en lutte contre la petite vérole*. Paris 2008, S. 29.

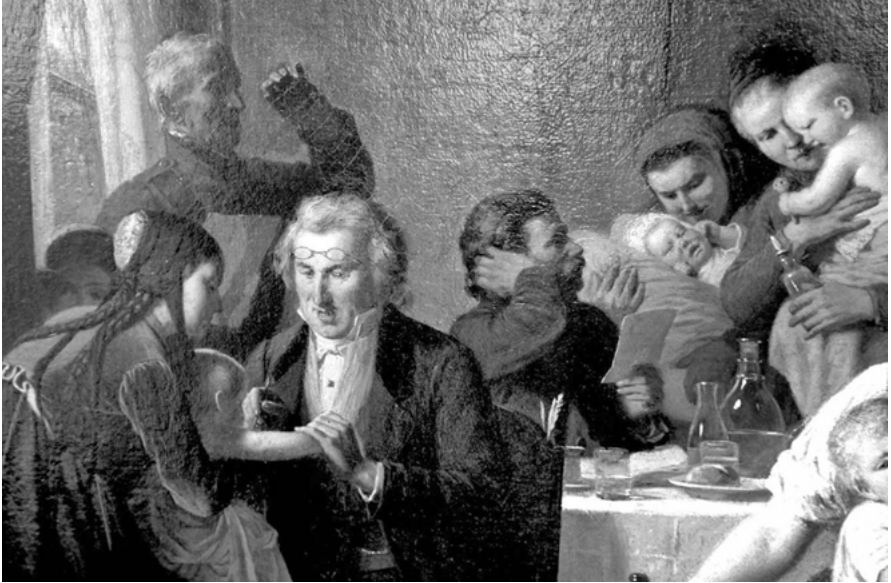


Abbildung 2: Reinhard Sebastian Zimmermann: *Oberschwäbische Impfstube*, 1857 [Ausschnitt], Öl auf Holz. Das Original der in zahlreich publizierten Stichen reproduzierten Abbildung befindet sich heute im Zeppelinmuseum Friedrichshafen, Fotografie: Philipp Osten.

tion, die entstand, als staatliche Emissäre, die ansonsten Verordnungen, Kriege, Urteile oder politische Ereignisse verkündeten, Maßnahmen propagierten, die den Körper betrafen. In seinem Rückblick auf hundert Jahre Pockenimpfung monierte der Wiener Pädiater Hans von Becker im Jahr 1879, die Karikaturen hätten Impfzüge mit „Ehebruch“ in Verbindung gesetzt, und sie seien zur „unverblühten Darstellung der Unsittlichkeit“ genutzt worden. Die insbesondere auch in Deutschland unter dem Motto „Napoleons neue Kleider“ verbreitete Karikatur „Gare la vaccination“ („Achtung, die Impfung“) galt dem Wiener Kinderarzt als „wahrhaft scheussliches Bild“, es stelle „eine nackte, ekelhafte Weibsperson“ dar, „die mit zahlreichen Pockenpusteln bedeckt, auf einem Karren“ gezogen werde.²⁵ In seiner Empörung übersah von Becker das Unterteil der zur Meerjungfrau mutierten „Weibsperson“, die der auf einer Kuh reitende Mediziner auf einem Streitwagen hinter sich her zog; ein subtiler Hinweis auf Sodomie im Zusammenhang mit der Zoonose, die da geimpft wurde. Der Untertitel „Triomphe de la petite vérole“ spielte kalauernd auf die (*grande*) *vérole* an, ein vulgärer Ausdruck für Syphilis.

²⁵ Hans von Becker: *Handbuch der Vaccinationslehre. Zum hundertjährigen Gedächtniss ihrer wissenschaftlichen Erforschung durch Edward Jenner*. Stuttgart 1879, S. 146.

Ausstellungen – Vom Objekt zum Bild

Der Erfolg von Hufelands „Makrobiotik“ und die über 500 unterschiedlichen Choleraskriften, die in den frühen 1830er-Jahren erschienen,²⁶ verweisen auf das publizistische Potenzial medizinischer Themen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Verleger wie Cotta, der heute für die Bestseller der Weimarer Klassik bekannt ist, reüssierten mit medizinischen Journalen für ein allgemeines Publikum.²⁷ Bildtafeln blieben zumeist dem Frontispiz sowie illustrierten Lexika und Naturbeschreibungen vorbehalten.

Ein im aktuellen historischen Bewusstsein wenig beachtetes Massenmedium leistete der populären medizinischen Aufklärung durch Bilder gegen Ende des Jahrhunderts Vorschub: Messen und Ausstellungen. Während Zeitungen vor 1900 Bilder per Hand „abkupfern“ lassen mussten und aufgrund des finanziellen Aufwands kaum mit Illustrationen arbeiteten, boten Ausstellungen mit Panoramagemälden, Fotografien und Lithografien das Potenzial, Bild und Text zu einer gemeinsamen Botschaft zu verbinden. Sie setzten die ersten Standards für die Kombination aus Text und Bild als Massenmedium.

Dabei verwischten sich die Grenzen zwischen Jahrmarkt, Didaktik und Verkaufsausstellung. Unerreichtes Vorbild deutscher Messe- und Ausstellungsorganisationsoren waren die Weltausstellungen. Dies zeigte sich beispielsweise bei der Ausstellung für Hygiene und Rettungswesen, die im Jahr 1882 in Berlin in einem prächtigen Gebäude eröffnet werden sollte, das unübersehbar an Londons Crystal Palace der Weltausstellung von 1851 erinnerte. Aus wirtschaftlichen Erwägungen hatten es die Veranstalter in dem durch Gründerkrise und Bevölkerungswachstum gebeutelten Berlin aber nur zu einer Holzkonstruktion gebracht, die wenige Tage vor der Eröffnung niederbrannte. Als die Ausstellung im zweiten Anlauf im Jahr 1883 tatsächlich stattfinden konnte, wurden eindrucksvoll die Erfolge der Feinmechanik, der chemischen Industrie, der Optik, der Bakteriologie sowie des Militärsanitätswesens und die ersten Grundzüge eines staatlich reglementierten Krankenversicherungssystems präsentiert.²⁸

²⁶ Die Berliner Staatsbibliothek verzeichnet 534 Titel zur Cholera, die in den Jahren 1830 bis 1832 erschienen.

²⁷ Zur Gewichtung des Cotta'schen Verlagsprogramms vgl. Bernhard Fischer: Der Verleger Johann Friedrich Cotta. Chronologische Verlagsbibliographie 1787–1832. Marbach a. N./München 2003.

²⁸ Für die Wirtschaftspolitik der Gründerjahre in Deutschland spielte die Ausstellung aus wirtschaftshistorischer Sicht eine herausgehobene Rolle. Die Berliner Pionierausstellung für Hygiene und Rettungswesen der Jahre 1882/1883 war von dem liberalen Mediziner Paul Boerner (1829–1885) initiiert worden, der, wie erst nach seinem Tod in einer postum veröffentlichten Autobiografie offenbar wurde, als Student ein Barrikadenkämpfer des Jahres 1848 gewesen war. Der Begründer der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“ propagierte gemeinsam mit Rudolf Virchow einen an naturwissenschaftlicher Expertise orientierten Fortschritt. Vgl. Paul Boerner: Rudolf Virchow, bis zur Berufung nach Würzburg. In: Nord und Süd 21 (1882), S. 105–130, hier: S. 105–110. Boerners Ansatz fügte sich in das von Werner von Siemens und Hermann von Helmholtz ins Leben gerufene Programm zur Verbesserung der industriellen Produktion eines von Billiglöhnen und der Textilindustrie dominierten Entwicklungslands. Vgl. David Cahan: An

Das Ausstellungsprojekt zielte darauf ab, mit Optik (Mikroskopie) und Färbetechnik (Anilinfarben) eine der wenigen Branchen herauszustellen, mit der das im Vergleich zu nahezu allen Industriestaaten wirtschaftlich zurückgebliebene Reich reüssieren konnte. Aufgrund der starken ökonomischen Bindung an eine von Billiglohn und geringen sozialen Standards abhängige Textilindustrie galt die Erforschung und Patentierung neuer chemischer Methoden zur Tuchfärbung als eine besonders lohnende Investition. Die selektive Affinität der neuen Farbstoffe für Zellstrukturen gab der Mikroskopie neue Impulse. Anilinfarben wurden so zu einem Schrittmacher für die Entwicklung der Bakteriologie. Die einzige Farabbildung, die Aufnahme in die Festschrift der Ausstellung fand, stellte fünf halbierte Kartoffeln dar, auf denen „Milzbrand, Hefe und Rotz-Bacillen“ wuchsen.²⁹ Die Ausstellung selber wurde mit antiken Motiven zum Asklepioskult, mit Abbildungen von Kurbädern und mit Porträts der Kaiserin illustriert.³⁰ Eine Besucherzeitung pries mit einer Schlagzeile das spektakulärste Objekt der Schau an: „Dr. Kochs Tubercelpilz“.³¹ Eine Million Besucher besichtigten die Ausstellung auf dem Gelände zwischen Invalidenstraße und Alt-Moabit. Der Genuss von Abbildungen blieb den flanierenden Ausstellungsbesuchern vorbehalten. Vor allem eins demonstrierte die Hygieneausstellung des Jahres 1883: das hohe Ansehen der Fotografie in den Naturwissenschaften. Dieser wissenschaftliche Glaube an Bilder beförderte ihren zukünftigen Einsatz zur populären Wissensvermittlung.

Institute for an Empire. The Physikalisch-Technische Reichsanstalt 1871–1918. Cambridge 1989. Paul Boerners Einleitung zu seinem Bericht über die Berliner Ausstellung beginnt mit einem politisch brisanten Vergleich, der zugleich eine Warnung vor den sozialen Folgen einer galoppierenden Industrialisierung enthielt. Boerner schrieb, das Spiel der Wellen an der Oberfläche eines scheinbar ruhigen Ozeans sage wenig über die unsichtbare Kraft der Meeresströmungen in der Tiefe aus, die der Erde ihre Gestalt verliehen. „Nicht anders“, schloss er an, „ist es in unserem sozialen Leben“, auch hier „sind es schließlich die Unterströmungen, welche, von gewöhnlichen Beobachtern kaum bemerkt und unberücksichtigt, doch schließlich mit massgebender Gewalt ihren Einfluss auf die Gestaltung der allgemeinen Zustände ausüben. Zu den Unterströmungen unseres öffentlichen Lebens gehört die Gesundheitspflege“ (Paul Boerner: Die Entstehung und Entwicklung der Ausstellung in den Jahren 1881 und 1882. In: ders. [Hg.]: Bericht über die Allgemeine deutsche Ausstellung auf dem Gebiete der Hygiene und des Rettungswesens. Breslau 1885, S. XXIX–XLVI, hier: S. XXIX). Der Gründungsherausgeber der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“ verwies auf den folgenden Seiten seines der Kaiserin gewidmeten Prunkbandes zur Ausstellung ganz offen auf Friedrich Engels’ „Bericht über die Lage der arbeitenden Klasse in England“. Boerner schrieb: „Unermüdlich treibt und drängt übrigens seit Jahrzehnten die öffentliche Meinung in England auf dem Gebiete der Gesundheitspflege, besonders seitdem die berühmten Untersuchungen über den Zustand der Arbeiterbevölkerung dort ein sociales Klassenelend an den Tag gebracht haben, von dessen Tiefe und Umfang wir uns kaum noch einen Begriff machen können“ (Boerner: Entstehung [diese Anm.], S. XXXIII).

²⁹ Friedrich Löffler: Das Laboratorium zu Untersuchungen über Infectionskrankheiten und Desinfection. In: Boerner (Hg.): Bericht (wie Anm. 28), S. 34–63, hier: S. 41.

³⁰ Paul Boerner: Zur Einführung in die allgemeine deutsche Ausstellung für Hygiene und Rettungswesen. In: Die Gartenlaube 30 (1883), S. 277 f.

³¹ Der Pavillon des Kaiserlichen Gesundheitsamtes. In: Hygiene-Ausstellungs-Zeitung. Organ für die Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege und des Rettungswesens in Deutschland. Heft 1, 10. 5. 1883, S. 1 f.

Technische Bilder, das hatten neue Färbemethoden vor allem in der seit 1858 etablierten Zellulärpathologie und zunehmend die neue Wissenschaft „Bakteriologie“ gezeigt, waren zum Fundament wissenschaftlicher Beweisführung geworden. Fotografien repräsentierten nicht mehr nur den Gegenstand, den sie abbildeten, – sie brachten ihn hervor.³²

Naturwissenschaftler, insbesondere Botaniker, Zoologen und Mediziner, konnten sich mit der Erstellung von Fotografien aus. Spätestens mit dem Siegeszug der Röntgentechnik galt die fotografische Platte als „Retina der Wissenschaft“.³³ Mit diesem Bonmot setzte der Chirurg Walter Petersen das Sensorium des Forschers mit seinem nunmehr wichtigsten Aufzeichnungsmedium gleich. Wissenschaftlichen Fotografien wurde Beweiskraft zugebilligt, und das von einer Gruppe von Experten, die bei der Entwicklung der Mikroskopie alle nur erdenklichen Hindernisse – von einer Regenbogen-Schlieren verursachenden unkorrigierten Optik bis hin zu minutenlangen Belichtungszeiten – miterlebt hatten. Was die Erfahrung mit Fotografien anbelangt, besaßen Mediziner erheblichen Vorsprung vor Journalisten und Verlegern. Sie glaubten an den Wahrheitsgehalt, an die Beweiskraft der Fotografie, deren Funktion, ein „pencil of nature“ zu sein, Fox Talbot im Jahr 1844 mit seinem die Naturwissenschaften der folgenden Jahrzehnte prägenden Buchtitel ausgerufen hatte.

Hygieneausstellungen bedienten sich zunächst aus den in Instituten, Anstalten und Kliniken angelegten Bildarchiven. Die Idee, Hygieneausstellungen als publikumswirksame Industriemessen zu konzipieren, wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts von dem Mundwasserfabrikanten Karl August Lingner wiederbelebt. Zunächst inszenierte er eine Ausstellung als Teil seiner Werbekampagne für „Odol“ in einer Sonderabteilung der Dresdner Städte-Ausstellung von 1903. Bald darauf überzeugte Lingner seine Heimatstadt Dresden, im Jahr 1911 eine „Internationale Hygiene-Ausstellung“ auszurichten. Mit dieser Ausstellung begann die konzertierte Gesundheitserziehung in Deutschland. Das Konzept war simpel: Karitative Organisationen und staatliche Institutionen sollten in halbwegs repräsentativen Pavillons für erbauliche Attraktionen sorgen, eine offizielle Unterstützung gewährleisten und den kontinuierlichen Besuch durch Schulklassen sowie mithilfe von Sonderveranstaltungen und Kongressen fördern. Die Ausstellungsflächen wurden ihnen im Gegenzug vom Veranstalter kostenfrei zur Verfügung gestellt. In denselben Hallen konnten Firmen gegen Bezahlung ihre Produkte in unmittelbarem Kontext ihrer Anwendung präsentieren. Größere Aussteller errichteten eigene Bauten. Sonderveranstaltungen und eine vielfältige Motto-Gastronomie sorgten für kontinuierlichen Publikumsandrang. Das hehre Thema „Hygiene“ rahmte Kommerz und Rummel.

³² Zur Rolle der Fotografie für den Erregernachweis in der Bakteriologie vgl. Thomas Schlich: „Wichtiger als der Gegenstand selbst“. Die Bedeutung des fotografischen Bildes in der Begründung der bakteriologischen Krankheitsauffassung durch Robert Koch. In: Martin Dinges/Thomas Schlich: Neue Wege in der Seuchengeschichte. Stuttgart 1995, S. 143–174.

³³ Walter Petersen: Chirurgisch-photographische Versuche mit den Röntgen'schen Strahlen. In: Münchener Medicinische Wochenschrift 43 (1896), S. 121–123, hier: S. 121.

Den nicht-kommerziellen Ausstellern stand eine professionelle Messelogeistik zur Verfügung. Sie sollten ihre Anliegen anschaulich präsentieren. Zu diesem Zweck wurde ein bereits seit der Städteausstellung von 1903 existierendes „Statistisches Büro“ aktiv, das Statistiken in Schaubilder verwandelte und Werbegrafiken erstellte.³⁴ Das „Statistische Büro“ suchte im Vorfeld der Dresdner Hygieneausstellung von 1911 nach Synergien zwischen den unterschiedlichsten Organisationen karitativer und staatlicher Prägung.

Das hatte auch einen politischen Hintergrund. Als die Ausstellung entstand, wurde über die Reichsversicherungsordnung debattiert. Unter der Regentschaft Wilhelms II. wurden neue Sozialaufgaben immer öfter privaten Philanthropen überantwortet. Zunehmend setzte der Staat auf dieses Finanzierungsmodell. Als zu Beginn des 20. Jahrhunderts offenbar wurde, dass Deutschland die höchste Säuglingssterblichkeit in Europa hatte, und die politischen Debatten schärfer wurden, sollten private Spenden vermehrt in die Jugendfürsorge investiert werden. Unter dem Dach eines im Jahr 1900 gegründeten „Deutschen Zentralvereins für Jugendfürsorge“ wachte maßgeblich das preußische Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten darüber, dass die Gelder in Projekte flossen, welche die Behörde für sinnvoll erachtete.³⁵ Waren die Initiativen erfolgreich, führten sie zur Gründung halb-staatlicher oder privater Stiftungen. Die bekannteste staatliche Institution, die in Berlin mit privaten Geldern errichtet wurde, war das Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, die bekannteste private das Oskar-Helene-Heim, eine Zentral-Forschungs- und Fortbildungsanstalt für die Behandlung körperbehinderter Kinder. Beide investierten in Flugblättern, Ausstellungen und Filmen massiv in Öffentlichkeitsarbeit, deren Ziele Fundraising und Volksbelehrung miteinander kombinierten.

Aufgrund der politischen Auseinandersetzungen über die Reichsversicherungsordnung kumulierte gerade im Jahr der in Dresden durchgeführten „Internationalen Hygiene-Ausstellung“ die Debatte über das quasi noch nicht existente Feld „Jugendfürsorge“.³⁶ Anschaulich demonstriert der Sonderkatalog der Sektion „Jugendfürsorge“ auf der Dresdner Hygieneausstellung sehr unterschiedliche Auffassungen von Präsentation und Inhalt. Zwar wurde der Katalog allein von dem Bürgerschullehrer Fritz Knathe aus Dresden für das Publikum aufbereitet. Er hatte jedoch das Problem, die Präsentationen von drei Herren in einen Band zusammenfügen zu müssen, und zwar die eines Geheimen Obermedizinalrats im Reichs-Innenministerium, eines Studiendirektors und eines Irrenarztes. Anhand des Gebrauchs (und Nichtgebrauchs) von Bildern lassen sich die Unterschiede

³⁴ Zur wissenschaftshistorischen Bedeutung dieser Vereinheitlichung sei auf die maßgeblichen Arbeiten von Sybilla Nikolow verwiesen und auf den von ihr herausgegebenen Sammelband: Sybilla Nikolow (Hg.): „Erkenne Dich selbst!“. Strategien der Sichtbarmachung des Körpers im 20. Jahrhundert. Köln/Weimar/Wien 2015, S. 227–268.

³⁵ Vgl. Sigrid Stöckel: Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Das Beispiel Berlins im Kaiserreich und in der Weimarer Republik. Berlin 1996.

³⁶ Leo Langstein: Wie ist die Bevölkerung über Säuglingspflege und Säuglingsernährung zu belehren? Ein Wegweiser für Ärzte, Behörden und Fürsorgeorgane. Berlin ²1917, S. 5f.

ihrer Ansätze identifizieren. Offen für moderne Präsentationsformen geriet der Teil der Ausstellung, der sich mit Gehörlosen befasste. Ziel des Lehrers Knauthe scheint gewesen zu sein, dem Publikum eine Vorstellung von der Erlebniswelt der Betroffenen zu vermitteln. Der Schwerpunkt lag auf der Darstellung der Sinnesindrücke von Anstaltsinsassen, wobei ein besonderes Augenmerk auf die Präsentation der visuellen Vorstellungskraft Gehörloser gelegt wurde. Fotografien zeigten Kinder beim „mimischen Ausdruck des Angstgefühls“ und „[t]aubstumme Kinder in selbsterfundenen theatralischen Vorführungen in selbsterdachten und selbstangefertigten Kostümen“.³⁷ Damit standen diese Kojen (so der zeitgenössische Ausdruck für abgegrenzte Ausstellungsbereiche) im Kontrast zu den Arbeitszeugnissen von Zöglingen, die Fürsorgeanstalten konfessioneller Prägung den Besuchern der Dresdner Hygieneausstellung präsentierten. Als Beschäftigungstherapien waren vor allen Dingen Spitzenklöppeln und Korbflechten üblich, womit die Hauptbestückung des karitativen Teils der Ausstellung feststand.

Der Hamburger Psychiater Wilhelm Weygandt wiederum setzte ganz auf materielle Darstellung. Zur Veranschaulichung der „medizinischen Grundlage des Schwachsinn“ präsentierte er 89 menschliche Schädel im Original und als Gipsnachbildungen, die er mit kurzen Charakteristiken wie „Kretinenschädel“, „Idiotenschädel“, „Normalschädel“, „Schimpansenschädel“, „Neandertalerschädel“ oder „Negerschädel“ versah, und den Objekten Angaben zum Volumen und zum Schädelumfang hinzufügte. Dabei war sich Weygandt bewusst, dass derartige Maßangaben nicht mit der intellektuellen Kapazität der betroffenen Individuen korrelierten. „Der Spezialforscher“, schrieb Weygandt, werde „die Hirnveränderungen vor allem mikroskopischer Art betrachten. Für Ausstellungszwecke ist jedoch“, so Weygandt weiter, „die Vorführung von mikroskopischen Präparaten und konservierten Hirnen schwer durchführbar und auch weniger geeignet, den nicht ärztlichen und ärztlichen Besuchern einen kurzen und präzisen Überblick zu gewähren. Weit anschaulicher wird die Betrachtung des Trägers des krankhaften Hirns, des Schädels.“³⁸ Vorsätzlich opferte Weygandt die wissenschaftliche Einsicht, dass Kopfform und Intellekt nicht korrelieren, zugunsten einer plakativen Darstellung. In das Konzept des Pavillons für Jugendfürsorge scheinen sich die Knochen schlecht eingefügt zu haben. Bürgerschullehrer Knauthe verbannte Weygandts Schädelammlung in den Anhang seines Katalogs.

Ein weiterer Teil der Ausstellung, der sich exzessiv bildlicher Zeugnisse bediente, war die Sektion „Krüppelfürsorge“. Vorher-Nachher-Bilder körperbehinderter Kinder erfüllten drei Ziele zugleich. Sie dokumentierten den Behandlungsverlauf, warben um Spenden für eine noch nicht von Versicherungsträgern abgedeckte orthopädische Behandlung, und sie sollten erklärtermaßen das öffentliche Bild

³⁷ Fritz Knauthe: Fürsorge für Blinde und Taubstumme. In: ders. (Hg.): Sonderkatalog für die Gruppe Jugendfürsorge der Internationalen Hygiene-Ausstellung Dresden 1911. Dresden 1911, S. 7-17, hier: S. 16f.

³⁸ Wilhelm Weygandt/Georg Glüh: Sammlung von Schädeln zur Veranschaulichung der Grundlagen des jugendlichen Schwachsinn. In: Knauthe (Hg.): Sonderkatalog (wie Anm. 37), S. 94-105, hier: S. 94.

behinderter Menschen verändern. Präsentiert wurden die Patientinnen und Patienten als Arbeitskräfte und potenzielle Steuerzahler. „Zum Zwecke der Propaganda“ wurden überwiegend fröhliche Kinderbilder verbreitet, „alles Unangenehme und Abstoßende wurde vermieden“.³⁹

Dass prägende Konzepte hygienischer Volksbelehrung in Industrie und Privatwirtschaft entwickelt wurden, passt zu dem von Walter Rathenau formulierten Befund, aus Unternehmen seien nach der Gründerkrise der 1880er-Jahre „Anstalten“ geworden. Jürgen Habermas deutete 1962 in seiner Habilitationsschrift „Strukturwandel der Öffentlichkeit“ an, dass es bei der betrieblichen Fürsorge um mehr gehe, als um den „Schwund des Privaten“ in der Sphäre der Arbeit.⁴⁰ Er vollzog keine historische Analyse. Die befand sich außerhalb seiner politikwissenschaftlichen Forschungsperspektive. Habermas lag daran, vor einem Primat der Ökonomie zu warnen, und er forderte, Eingriffe in das Private nur demokratisch legitimierten Instanzen zuzubilligen.⁴¹ Durch die Übernahme von Vermittlungsstrategien, die in den 1910er-Jahren für Hygieneausstellungen entwickelt worden waren, in offizielle, von staatlichen Organen konzipierte Kampagnen wurden nicht selten auch die politischen Strategien der Kaiserzeit in die Weimarer Republik hinübergetragen.

Als Missing Link zwischen den Hygieneausstellungen der Kaiserzeit und der vor allem auf Filmen basierenden Gesundheitserziehung der 1920er-Jahre können die großen Kriegsausstellungen des Ersten Weltkriegs gelten. Auch sie wurden, wie die Hygieneausstellungen, als Chimären von Wohlfahrts- und Industrieausstellungen konzipiert: Sie wurden durch die kostenpflichtige Ausstellung von Objekten finanziert. Das Konzept erarbeitete ein nur wenige Experten umfassendes Gremium, zusammengesetzt aus Ärzten, höheren Beamten und Werbefachleuten, die bereits bei der Planung der Hygieneausstellung in Dresden zusammengearbeitet hatten. Verwundetenversorgung im Kriege bildete offiziell den Kern der Ausstellungen; das Publikum wurde durch Schlachten-Dioramen, erbeutete Flugzeuge und martialische Darstellungen von Kriegsverletzungen angezogen. Der Architekt Peter Behrens, der durch seine einheitlichen Entwürfe für die AEG als Begründer der Corporate Identity gilt, gab den Kriegsausstellungen eine gemeinsame Rahmengestaltung. In den 1920er-Jahren finden sich die Planer der Hygiene- und der Kriegsausstellungen in den Beratergremien zur hygienischen Volksbelehrung der preußischen und der Reichsregierung wieder.

³⁹ Zum Zwecke der Propaganda. In: Zeitschrift für Krüppelfürsorge 5 (1912), S. 5.

⁴⁰ Jürgen Habermas: Strukturwandel der Öffentlichkeit. Untersuchungen zu einer Kategorie der bürgerlichen Gesellschaft. Neuwied 1962, S. 170. Habermas vertrat die These, die „Gewerkschaften“ und die Deutsche Arbeitsfront der Nationalsozialisten hätten (selbstverständlich mit konträren Zielen) versucht, die institutionellen Momente der Großunternehmen von ihren ökonomischen Funktionen zu isolieren. Vor dem Hintergrund kapitalistischer Profitmaximierung sei es eine „Illusionierung des Tatbestandes“, der Unternehmenszweck könne „eo ipso mit den Interessen der Belegschaft oder gar der Gesellschaft als ganzen zusammenfallen“ (ebd.).

⁴¹ Vgl. die einordnende Einleitung zur Neuauflage in: Jürgen Habermas: Strukturwandel der Öffentlichkeit. Untersuchungen zu einer Kategorie der bürgerlichen Gesellschaft. Frankfurt a. M. 1990, S. 17f.

Die Motive für Übergriffe in so private Belange wie das individuelle Gesundheitsverhalten sind über die Zeiten hinweg wenig einheitlich gewesen. Die Impfkampagnen des frühen 19. Jahrhunderts waren Ausdruck eines veränderten Staatsbewusstseins; sie kamen, außer in Einzelfällen zu Repräsentationszwecken, ohne eigenen Bildkanon aus. Erst mit den Hygieneausstellungen wird die Vermittlung über das Bild populär, zunächst dem Anschauungsobjekt nachgeordnet, dann in Postkarten, Bilderserien und Filmen immer prominenter.

Die in den Ausstellungen so erfolgreiche Verschränkung von Werbung, Hygiene und Politik wurde nach dem Ende des Ersten Weltkriegs beibehalten – aus der Überzeugung, die Autorität über den bildlichen Teil der Erziehung nicht aufgeben zu dürfen. Im folgenden Abschnitt wird das am Beispiel der Kulturfilme nachgezeichnet. In den letzten Jahren der Kaiserzeit waren, wie oben dargestellt, Aufgaben der öffentlichen Gesundheit und mit ihnen der zugehörigen Gesundheitspropaganda, in die Hände privater Initiativen delegiert worden. Dieses Konzept setzte sich ab 1918 unter den engen Zügeln der Kulturfilmstellen und mit dem Remake der Dresdner Hygieneausstellung von 1911, nun als sozialstaatliche Leistungsschau Ge-So-Lei, fast nahtlos fort. In der Zeit des Nationalsozialismus wurden Kinoveranstaltungen von Steuern und Jugendschutz weitgehend befreit. Zur ideologischen Beeinflussung des Publikums wurden Vorprogramm-Filme zur Gesundheitsaufklärung nicht mehr gebraucht. Gesundheitsaufklärung war nach 1933 nur noch Eintrittspforte, um eindeutige politische Anliegen zu verbreiten.

Kulturfilme

Das „Kino der Attraktionen“, wie Tom Gunning Filmveranstaltungen vor dem Ersten Weltkrieg treffend bezeichnet,⁴² war bei Pädagogen unbeliebt. Unter den wenigen Fürsprechern für den Einsatz von Filmen zu Bildungszwecken fanden sich insbesondere der Gründer des „Bilder-Bühnen-Bundes deutscher Städte“ und spätere Direktor des Schiller-Nationalmuseums Erwin Ackerknecht und in den USA der Psychotechniker Hugo Münsterberg. Beide verfassten theoretische Schriften, in denen sie den Wert des Kinos zur Beeinflussung großer Teile der Bevölkerung hervorhoben. Münsterberg lieferte den entscheidenden Impuls mit der Feststellung, der Film reproduziere Tätigkeiten des Unterbewusstseins und könne, indem er Emotionen wecke, unmittelbar auf das Publikum wirken. Das überzeugte die Oberste Heeresleitung so sehr, dass sich die von Münsterberg 1916 in seiner Schrift „The Photoplay“ formulierte These von der „überragende[n] Macht des Bildes und Films als Aufklärungs- und Beeinflussungsmittel“⁴³ im Jahr 1917 in

⁴² Tom Gunning: The Cinema of Attractions. Early Film, Its Spectator and the Avant-Garde. In: Thomas Elsaesser (Hg.): Early Cinema. Space. Frame. Narrative. London 1990, S. 56–62.

⁴³ Schreiben Erich Ludendorffs an das preußische Kriegsministerium vom 4.7.1917, zit. nach Hans Barkhausen: Filmpropaganda für Deutschland im Ersten und Zweiten Weltkrieg. Hildesheim 1982, S. 259.

einer Begründung für die Notwendigkeit der Verstaatlichung der Filmindustrie unter dem Dach eines Bild- und Filmamtes wiederfand.⁴⁴ Spielfilme wurden von Beginn des Ersten Weltkriegs an, das hat Philipp Stiasny nachgewiesen, intensiv zur Truppenunterhaltung genutzt.⁴⁵ Der Schritt, behelrende Filme zur Propaganda einzusetzen, stand kurz bevor.

Kurz vor Kriegsausbruch hatte der Düsseldorfer Kinderarzt Arthur Schloßmann den Film „Das Jahrhundert des Kindes“ (dessen Titel dem gleichnamigen Erfolgsbuch der schwedischen Pädagogin Ellen Kay entlehnt war) in Auftrag gegeben. Er sollte Müttern in Wanderkinos vorgeführt werden, um sie mit der Handhabung von Säuglingsnahrung vertraut zu machen.⁴⁶ Die Kriegsereignisse vereitelten die Produktion zunächst.⁴⁷ Auch der Propagandaapparat des Bild- und Filmamtes kam vor Kriegsende kaum in Gang. Was dann ab 1919 in die Kinos gelangte, waren Filme zur hygienischen Volksbelehrung, die offensichtlich politische Propaganda enthielten, wie beispielsweise einer der ersten Kulturfilme der Nachkriegszeit mit dem Titel „Die Wirkung der Hungerblockade auf die Volksgesundheit“, der vom Auswärtigen Amt finanziert worden war⁴⁸ und der in drastischen Aufnahmen, die aus dem Filmarchiv der Charité stammten, kranke und verhungerte Kinder vorführte.⁴⁹

Es ist einer der ersten Filme, der in Konzeption und Ausführung den Vorgaben der preußischen Kulturfilm-Behörde entsprach. Ihr Leiter, der ehemalige Geografielehrer Felix Lampe hatte festgelegt, wie Trick, Spielhandlung und Grafiken zu einem Lehrfilm zu kombinieren seien. Lampe war durch seinen Film „Der Rhein in Vergangenheit und Gegenwart“ berühmt geworden, der am 15. Februar 1923 wegen nationalistischer Ausschreitungen auf linksrheinischem Gebiet von den Franzosen verboten worden war.⁵⁰ Lampes Gestaltungsideen erwiesen sich im Verlauf der 1920er-Jahre als Hypothek. Mit „neugieriger Spannung“ verfolge das Publikum, wie sich eine Statistik oder die Zeichnung des menschlichen Körpers auf der Leinwand Strich für Strich vor ihren Augen aufbaue,⁵¹ verkündete der

⁴⁴ Vgl. Philipp Osten: Emotion, Medizin und Volksbelehrung: die Entstehung des „deutschen Kulturfilms“. In: *Gesnerus* 66 (2009), S. 67–102.

⁴⁵ Vgl. Philipp Stiasny: *Das Kino und der Krieg. Deutschland 1914–1929*. München 2009.

⁴⁶ Vgl. Aros: *Aus den Jugendjahren des Lehrfilms. Ein Beitrag zur pädagogischen Filmgeschichte*. In: *Bildwart* 3 (1925), S. 627–629, hier: S. 629.

⁴⁷ In den Anfangsjahren der Weimarer Republik sollte eine von Ausstellungen, Flugblättern und Filmen begleitete Mütterberatung zu einer Halbierung der Säuglingssterblichkeit führen – genau in den von Inflation und Hunger gebeutelten Nachkriegsjahren.

⁴⁸ Das ergibt sich aus Sitzungsprotokollen der Reichskanzlei vom 27. 5. 1919, Akten betreffend Film-Angelegenheiten, Bundesarchiv Berlin, Bestand, R 43 I/ 2497, Bl. 4.

⁴⁹ Vgl. Wolfgang U. Eckart: *Kino, Hunger, „Rassenschmach“*. Exemplarische Dokumentar- und Propagandafilme aus dem Nachkriegsdeutschland, 1919–1924. In: Philipp Osten u. a. (Hg.): *Das Vorprogramm. Lehrfilm/Gebrauchsfilm/Propagandafilm. Unveröffentlichter Film in Kinos und Archiven am Oberrhein 1900–1970. Eine französisch-deutsche Vergleichsstudie*. Heidelberg/Straßburg 2015, S. 315–336.

⁵⁰ Vgl. Brigitte Braun/Philipp Stiasny: „... am Schluß wurde das Deutschlandlied von Allen stehend mitgesungen“. *Der Rhein in Vergangenheit und Gegenwart* (1922) und der Kampf um den Rhein. In: Osten u. a. (Hg.): *Vorprogramm* (wie Anm. 49), S. 141–166, hier: S. 151.

⁵¹ Fritz Lampe: *Der Film in Schule und Leben*. Berlin 1924, S. 13.

oberste Filmlehrer Preußens – und irrte sich. Jede Grafik kostete 30 Meter Film, das entsprach etwa einer Minute Unruhe im Publikum. Lampe gab den didaktischen Ton des deutschen Kulturfilms vor, der den zum amtlichen Filmzensor bestellten Schriftsteller Carl Bulcke dazu verleitete festzustellen, was unter der „Überschrift Kulturfilm“ laufe, sei „etwas sehr Anständiges, Solides, Fleißiges, meist freilich auch stark Langweiliges“.⁵² Die Kritik half wenig – ausschließlich der Kulturfilm-Ausschuss, von Kritikern nach seinem Vorsitzenden als „Lampe-Ausschuss“ verhöhnepepelt, vergab Kulturfilmscheine, und nur wenn mindestens ein Film einer abendlichen Vorführung ein Kulturfilmzertifikat besaß, wurde die Lustbarkeitssteuer verringert oder entfiel gänzlich. Die Betreiber der Lichtspielhäuser hatten daher ein unmittelbares ökonomisches Interesse, Kulturfilme ins Programm zu nehmen. Da es sich bei der Lustbarkeitssteuer um eine kommunale Abgabe handelte, variierte die Effektivität des Steuerungselements. Das fiskalische Konzept der Kulturfilmscheine war nach 1918 entwickelt worden, um der Reichsregierung über das Ende des Bild- und Filmamtes hinaus die Kontrolle über den nicht-fiktionalen Film zu sichern. Aus wettbewerbsrechtlichen Gründen musste das zu Kriegszeiten clandestin eingerichtete Bild- und Filmamt, das fast die gesamte Filmindustrie in staatliche Hände überführt hatte und damit quasi ein Monopol besaß, in eine Aktiengesellschaft, die als „UFA“ bekannte Universum Film AG, umgewandelt werden. In einer Drucksache mit dem Titel „Regierung und Film“ hielten die nach der Demobilisierung mit Filmfragen befassten Stellen der Reichsregierung gemeinsam fest, dass die noch während des Ersten Weltkriegs gegründete Volksbildungseinrichtung „Reichszentrale für den Heimatdienst“ die Hoheit über Propagandafilme behalten solle, da „Lichtbild und Film die entscheidenden Propagandamittel der Zukunft“ seien.⁵³ Mithilfe einer langfristigen Auswahl der ständigen Mitglieder des Kulturfilmausschusses, der im April 1919 durch einen gemeinsamen Erlass mehrerer Ministerien bei der neu geschaffenen Preußischen Bildstelle eingerichtet wurde, ließen sich Elemente demokratischer Entscheidungsfindung von der Bewertung volksbildender Filme fernhalten. Wohlgermerkt: Es handelte sich nicht um Zensur, sondern um eine bewusste Lenkung der Filmproduktion. 1919/1920 wurde „mit dem Auftrag von allen preußischen Ministerien“ eine Bildstelle beim Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht eingerichtet,⁵⁴ die allein bis 1928 über 3 000 Filme prüfte. Die Quote für die Anerkennung als Lehrfilm lag bei 86 %, für die Anerkennung als volksbildend bei 68 %. Am schwersten war es, den Kunstgeschmack des sogenannten Lampe-Ausschusses zu treffen: Die Quote für die Anerkennung als künstlerischer Film lag nur bei 48 %.⁵⁵

⁵² Carl Bulcke: Haben wir schon einen Kulturfilm? In: Edgar Beyfuss/Alexander Kossowsky (Hg.): Das Kulturfilmbuch. Berlin 1924, S. 16–19, hier: S. 16.

⁵³ Zentrale für den Heimatdienst: Drucksache Regierung und Film, Berlin, den 12. September 1919, Bundesarchiv Berlin, Bestand R 43 I/ 2497, Akten betreffend Film-Angelegenheiten, Bl. 142.

⁵⁴ Walther Günther: Herrn Prof. Dr. Felix Lampe zum sechzigsten Geburtstage. In: Bildwart 6 (1928), S. 339–341, hier: S. 340.

⁵⁵ Zusammengestellt aus ebd.

Drehbuchautoren und Produzenten konnten den Kulturfilm Ausschuss vor Beginn eines Projekts kontaktieren, um den Bedarf an Kulturfilmen, ihre Form und ihren Inhalt abzustimmen. Überaus häufig ließen sich nach Absprache Werbefilme, nachdem der Produktname aus den Zwischentiteln entfernt war, als Kulturfilme weiterverwerten. Welche Filme dem Konsens von Lampes Gremium entsprachen, wurde regelmäßig in der Zeitschrift „Bildwart“ veröffentlicht. Rudolf Arnheim kritisierte in der „Weltbühne“, dass kaum ein Film beim Verleih unterzubringen sei, der nicht den Lampe-Schein besaß, „und im Lampe-Ausschuß toben sich die Pädagogen aus. Hier regiert eine Lehrbuchpedanterie, die jedem frisch und originell gemachten Film zum Verderben wird.“⁵⁶

Der gepflegten Langeweile des gehobenen Zeigefingers wussten die Kulturfilmschaffenden vor allem eines entgegenzusetzen, um die Attraktivität ihrer Produkte sicherzustellen: Freikörperkultur. Ganz gegen die Überzeugung der Zensurbehörden, die viele zertifizierte Kulturfilme konsequent verboten oder ihre Aufführung vor Jugendlichen untersagten, war sexuelle Aufklärung bei den Pädagogen im Kulturfilm Ausschuss erwünscht,⁵⁷ und die Aussicht, Nacktheit zu sehen, lockte das Publikum (das dann – weniger gespannt – sah, wie sich langsam Strichzeichnungen aufbauten). Der Arzt und Filmproduzent Curt Thomalla nutzte diese Neugierde 1922 für die sogenannten Steinachfilme (benannt nach dem Wiener Sexualpsychologen Eugen Steinach), 1926 für die Syphilis-Schmonzette „Falsche Scham“ und 1927 für den Ehefilm „Das Erwachen des Weibes“.

Zum Inbegriff des deutschen Kulturfilms wurde 1925 der Film „Wege zu Kraft und Schönheit“, eine Produktion des Arztes und Leiters der Kulturfilmabteilung der UFA, Nicholas Kaufman, unter der Regie von Wilhelm Prager. Der Journalist Hans Ostwald wies auf die Dichotomie von Anreiz und Inhalt hin, die den Film so berühmt gemacht hat. Ostwald lobte, der Film habe die Spekulation auf „Nacktkultur zu einer bedeutenden Höhe geführt“ und in vielen Bildern alles erfüllt, was man von ihm in künstlerischer Bedeutung und Reinheit habe erwarten können. „Das eine aber ist wohl sicher: das Spießertum, das alles sehen und erleben möchte, ohne aber nach außen hin seine Lust am Erotischen zuzugeben, wird nicht wiederkommen.“⁵⁸ Das Plakat zum Film zeigte zwei nackte Tänzerinnen im Gegenlicht. Das Publikum sah Szenen aus dem antiken Griechenland, einen reitenden Mussolini, einen Golf spielenden Rockefeller und eine tanzende Leni Riefenstahl. Für die Gestaltung standen der für seine pathetischen Kriegerdenkmäler berühmte Bildhauer Fritz Klimsch und der Blut-und-Boden-Historienmaler Arthur Kampf Pate. In den Zensurakten zu dem Film „Wege zu Kraft und Schön-

⁵⁶ Rudolf Arnheim: Der Film und seine Stiefmutter. In: Weltbühne 37 (1929), S. 434–437, hier: S. 435.

⁵⁷ Vgl. Anja Laukötter: Listen and Watch: The Practice of Lecturing a Film and the Epistemological Status of Sex Education Films in Germany. In: Gesnerus 72 (2015), S. 56–76.

⁵⁸ Hans Ostwald: Das galante Berlin. Berlin 1928, S. 224. Ostwalds bebildertes Buch arbeitete mit ähnlichem Konzept, es war eine Geschichte der Erotik in Berlin. Zu Ostwald vgl. Thies Ralf: Ethnograph des dunklen Berlin: Hans Ostwald und die „Grossstadt-Dokumente“ (1904–1908). Köln 2006, S. 203.

heit“, die Ursula von Keitz im Rahmen ihres Projekts zu Zensurenentscheidungen der Weimarer Republik online ediert hat, findet sich eine historische Kritik, die belegt, in welchem hohem Maße der Film von seinen Anhängern als deutschnational angesehen wurde. Der unbekannte Verfasser schrieb: „Die Tendenz des Filmes ist nicht nur Erziehung zur körperlichen Tüchtigkeit, sie geht offenbar daraufhin, *diese in den Rahmen der nationalen Erziehung zu spannen*.“ Dass das auch verstanden worden sei, zeige „ein Blick in die *Weltbühne* des Juden Jakobsohn“. ⁵⁹

Der Journalist Ernst Moritz Häufig hatte „Wege zu Kraft und Schönheit“ kurz nach der Premiere in Berlin gesehen und in der Zeitschrift „Weltbühne“ darüber geschrieben. ⁶⁰ Die von ihm besuchte Vorstellung fand unmittelbar vor der Reichspräsidentenwahl vom 26. März 1925 statt und wurde akustisch durch Marschmusik begleitet. In einer Kritik spottete Häufig, der Film habe nur einen Fehler: „Die Überschrift müßte im Singular abgefaßt sein, denn dem aufmerksamen Betrachter kann nicht entgehen, daß es im Grunde nur einen Weg zu Kraft und Schönheit gibt: den Weg zu Hindenburg.“ ⁶¹ Der Redakteur der „Weltbühne“ erkannte den für Leibesübungen werbenden Film als einen Film für ein Volk „ohne Wehrpflicht“. ⁶² Körperkultur sollte Wehrfähigkeit herstellen. Auf die Glosse der „Weltbühne“ folgte die Kritik von Rechts: „So schmutzig ist der Haß dieser Juden auf alles, was nur nach einer *Andeutung* des Nationalen klingt“, ⁶³ antwortete ein unbekannter Autor in einer Zeitung aus dem Münchener Raum.

Vonseiten der Filmproduktionsgesellschaft UFA wurden negative Berichte sehr genau beobachtet und für die Denkschrift „Der Film Wege zu Kraft und Schönheit im Spiegel abfälliger Kritik“ protokolliert. ⁶⁴ Die Denkschrift diente der Rechtfertigung gegenüber der Kulturfilmstelle, nachdem der Film von der bayrischen Zensur verboten worden war. Man einigte sich darauf, Passagen zu streichen, die religiöse Gefühle verletzen könnten, und empfahl, den Film ohne animierende Musik vorzuführen. In der Zeitschrift „Bildwart“, die den Kanon der erwünschten Kulturfilme regelmäßig als Supplement an ihre Leser verteilte, wurde die erste, in Bayern verbotene Fassung ebenso wie die zweite aus dem Jahr 1926 weiterhin in der Liste der „volksbildend oder künstlerisch anerkannten Films“ geführt. ⁶⁵

⁵⁹ Wege zu Kraft und Schönheit [Zeitungsartikel aus dem Münchener Raum], zit. nach <http://www.difarchiv.deutsches-filminstitut.de/zengut/18491ar.pdf> (letzter Zugriff am 9. 5. 2018). Die im ersten Teil des Zitates kursiv gesetzten Worte sind im Original gesperrt.

⁶⁰ Vgl. Ingo Straz: Kunstort oder Sportplatz? Ästhetische Aufrüstung zwischen Dekadenz und Faschismus. In: Andreas Schwab/Ronny Trachsel (Hg.): Fitness. Schönheit kommt von aussen. Gunten 2003, S. 59–72.

⁶¹ Ernst Moritz Häufig: Wege zu Kraft und Schönheit. In: Die Weltbühne 21 (1925), Bd. 1, S. 604f. Dieser Satz ist auch zit. bei Wege (wie Anm. 59).

⁶² Häufig: Wege (wie Anm. 61), S. 603.

⁶³ Wege (wie Anm. 59); Kursivierung im Original gesperrt.

⁶⁴ Der Film „Wege zu Kraft und Schönheit“ im Spiegel abfälliger Kritiken. Denkschrift. Herausgegeben von der Sonderabteilung „Körperpflege“. Maschinenschrift auf Matrize. Nachlass Oskar Kalbus, Universitätsbibliothek Heidelberg, Kalbus 521.

⁶⁵ Bildstelle des Zentralinstituts für Erziehung und Unterricht und Bayrische Lichtbildstelle: Alphabetisches Verzeichnis. o. O. [1930].

Die Zeitschrift „Bildwart“ verteidigte den Anspruch der preußischen Bildstelle, Kulturfilmscheine zu vergeben und so den Kanon des Genres „deutscher Kulturfilm“ zu bestimmen. Mit einer kurzen Unterbrechung 1933 erschien die Zeitschrift bis 1936, ihre Rolle bestand nur noch darin, die Lehrfilmbibliotheken der Schulen über die neuen Bestimmungen zur Vorführung von Filmen, insbesondere über zensierte Inhalte, zu informieren.

1932 hatten die Nationalsozialisten das Werbemittel „Film“ intensiv im Wahlkampf genutzt. Für Filme mit Führerreden und Berichten von den Reichsparteitagen mietete die NSDAP regionale Kinos, der Eintritt war frei. Nach der Machtergreifung sorgten Steuerbefreiungen für Prädikatsfilme (volksbildend, staatspolitisch wertvoll) dafür, dass für die Darbietung beherrschender Gesundheits-Kulturfilme aus Sicht der Kinobetreiber keine ökonomische Notwendigkeit mehr bestand. Das Publikum sollte sich im Kino amüsieren. Dazu eigneten sich auch Disney-Filme und ausländische Spielfilmproduktionen aller Art; es spielte bis 1939 auch keine Rolle, ob dort Darsteller oder Synchronsprecher agierten, die aus dem Reich geflohen waren. An die Stelle vieler ungeliebter Kulturfilme traten in der NS-Zeit vereinzelt Dokumentationen über Hochkultur, die ein dezidiert bürgerliches Publikum ansprachen.⁶⁶ Zwar wurde das Kino weiterhin genutzt, um Themen zu adressieren, die der NS-Kulturpolitik am Herzen lagen. Allerdings geschah das mit Vorliebe in bunten Trickfilmen.⁶⁷

So sehr sich die Inhalte dieser Filme von den Gegenständen gesundheitspolitischer Kulturfilme unterschieden, in einigen Aspekten ähneln sich ihre Funktionen: Am offensichtlichsten ist das mit Blick auf die Kinobetreiber. Durch die Vorführung stellten sie ihre Veranstaltungsabende steuerfrei. Weniger einfach ist die Funktion zu erfassen, die die Förderung der Vorfilme für staatliche Organe (in der Weimarer Zeit repräsentiert durch die Bildstellen, in der NS-Zeit repräsentiert durch das Propagandaministerium) besaß. Ging es um die allgemeine Beförderung von Bildung? Oder war es vielmehr das Ziel, durch die regelmäßige filmische Belehrung Kompetenzen auf nahezu allen Gebieten des Alltags zugeschrieben zu bekommen?

Kinobetreiber nahmen auch in der NS-Zeit weiterhin Werbe-Kulturfilme mit medizinisch-pharmazeutischem Inhalt ins Programm. Sven Noldans IG-Farben-Film „Neuzeitliche Weidelandchaft“ oder die Bayer-Filme von Walter Ruttmann gehören in diese Kategorie; der Regisseur des Avantgardefilms „Symphonie einer Großstadt“ lieferte einen erhabenen Industriefilm.⁶⁸ In der Weimarer Zeit waren

⁶⁶ Beispiele sind die Filme „Michelangelo – Das Leben eines Titanen“ (1940), „Porzellan“ (1937) oder „Riemenschneider – Der Meister von Würzburg“ (1938).

⁶⁷ Um die Verbreiterung von Straßen und die Bereinigung der Innenstädte von Gründerzeitelementen voranzutreiben, Fassadenbegradigung war ein Steckenpferd der NS-Stadtplanung, gab das Ministerium für Volksaufklärung und Propaganda bei der Deutschen Filmherstellungsgesellschaft den farbigen Animationsfilm „Panik durch Ping Pong“ (1938) in Auftrag, der sich für die Abschaffung schmiedeeiserner umzäunter Vorgärten zugunsten breiterer Bürgersteige stark machte. Andere Produktionen machten sich über die Zeiten schlecht befestigter Straßen vor dem Bau der Reichsautobahnen lustig.

⁶⁸ Vgl. Christian Bonah: Enseigner et faire de la publicité. Coup d’œil sur un producteur de films industriels scientifiques. Le service cinématographique de Bayer, 1924–1944. In: ders./Alexandre

solche Werbefilme als Kulturfilme durch die Bildstelle, nunmehr als Prädikatsfilme durch das Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda zertifizierbar.

Mit dem Vorprogramm des NS-Kinoabends verhielt es sich wie mit den meisten Spielfilmen. Sichtbar kam Ideologie kaum vor. Filme kamen ohne Hitlergruß aus, Fahnen, die das Straßenbild im Alltag prägten, fehlten auf der Leinwand. In den Programmen liefen bis zum jeweiligen Kriegseintritt britische, US-amerikanische und französische Produktionen. All das war recht, um das Publikum in die Kinos zu bringen und ihm die Propaganda – durch eine Pause herausgehoben aus dem Vorprogramm – geballt in Form der Wochenschauen vorzuführen, die vom Minister persönlich abgenommen waren und die nun in zahlreichen Kopien vorlagen, sodass es nicht mehr, wie noch Anfang 1933, Monate dauerte, bis die Nachrichten die Dorfkinos erreichten.⁶⁹ Für hygienische Volksbelehrung blieb neben den Wochenschauen kein Raum.

Was für das Kino galt, galt in ähnlicher Form auch für Ausstellungen. Der Kunsthistoriker Michael Tymkiw beschreibt die 1935 präsentierte Hygieneschau „Wunder des Lebens“ treffend als ein fröhliches Spielzimmer interaktiver Objekte.⁷⁰ Die als Gegenstück zur Ge-So-Lei von 1926 gedachte Düsseldorfer Ausstellung „Schaffendes Volk“ mischte Hygienethemen mit einer wirtschaftlichen Leistungsschau.⁷¹ Die Kuratoren von „Schaffendes Volk“ ließen der Industrie freie Hand. Hygiene war vollends in Werbung aufgegangen.⁷²

Zusammenfassend gilt für Ausstellungen und Filme der NS-Zeit: Unterhaltung und Animationen traten in den Mittelpunkt. Offensichtlich belehrende Elemente wurden zurückgehalten. Aus dem Vorprogramm der deutschen Kinos wurde alles Didaktische entfernt, was die Wirkung der Wochenschauen schmälerte. Allein die industriellen Reklamefilme gehorchten weiterhin einem Muster, das sie in der Zeit der Weimarer Republik angenommen hatten. Insbesondere wenn sie für Produkte warben, die entfernt etwas mit Hygiene zu tun hatten – Waschmittel, Mundwasser, Zahnpasta, Seife –, wurden sie so gestaltet, dass sie nach der Entfernung einiger Zwischentitel ein Prädikat erhielten.

Während in Lichtspielhäusern und Ausstellungshallen die hygienische Volksbelehrung zugunsten eines übergeordneten Propagandakonzepts weitgehend aufge-

Sumpf (Hg.): *Le pré-programme: Film d'enseignement / film utilitaire / film de propagande / film inédit dans les cinémas et archives de l'interrégion du Rhin supérieur 1900–1970*. Straßburg 2015, S. 295–312.

⁶⁹ Vgl. Willi Boelcke: *Kriegspropaganda 1939–1941. Geheime Ministerkonferenzen im Reichspropagandaministerium*. Stuttgart 1966, S. 26–35.

⁷⁰ Vgl. Michael Tymkiw: *Den Körper spielerisch erkunden. Die Ausstellung „Das Wunder des Lebens“ 1935 in Berlin und ihr Nachleben*. In: Nikolow (Hg.): *„Erkenne Dich selbst!“* (wie Anm. 34), S. 320–342.

⁷¹ Vgl. Stefanie Schäfers: *Vom Werkbund zum Vierjahresplan. Die Ausstellung Schaffendes Volk, Düsseldorf 1937*. Düsseldorf 2001.

⁷² Prunkstück der Berliner Automobilausstellung von 1938 war der gläserne Motor, gebaut von den Werkstätten des Dresdner Hygiene-Museums. Der gläserne AUTO UNION-WANDERER-Automobil-Motor. Prospekt, DHMD 1995/1084; vgl. Ludwig Stepahn: *Das Dresdner Hygiene-Museum in der Zeit des deutschen Faschismus (1933–1945)*. Diss. Dresden 1986, S. 303.

geben wurde, erreichte sie in anderen Bereichen eine bisher unbekannte Intensität, wie der Blick auf eine auflagenstarke Arbeitsschutz-Illustrierte belegt.

Kampf der Gefahr

Bereits der Prager Versicherungsjurist Franz Kafka hatte sich darüber Gedanken gemacht, wie Invalidenversicherungen Unfallverhütung betreiben könnten.⁷³ Gegen Ende der Weimarer Republik war die Herstellung von Schriftgut zum Zweck der Prävention feste Aufgabe der betrieblichen Unfallversicherungen.⁷⁴ Im Schulterschluss mit einer „Reichsarbeitsgemeinschaft zur Hygienischen Volksbelehrung“, deren Pressechef ab 1926 der ehemalige UFA-Filmproduzent und promovierte Arzt Curt Thomalla war, wurden Informationsbroschüren vertrieben und Aufklärungskampagnen durchgeführt. 1933 wurde Thomalla Regierungsrat im Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda, wo er zunächst mit der Kampagne zur Bewerbung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses befasst war, im Zuge derer es ihm gelang, einen der Linie seines Ministeriums entsprechenden Aufsatz im „Scientific American“ unterzubringen.⁷⁵ Glaubt man Thomallas Angaben in seiner Reichskulturkammerakte, erreichte die von ihm für die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt verfasste Broschüre „Gesunde Eltern, gesunde Kinder“ eine Auflage von 30 Millionen Exemplaren.⁷⁶ In der NS-Zeit wurden aber auch weniger ideologisch geprägte Kampagnen zur hygienischen Volksbelehrung intensiviert: Das Ziel, sich als fürsorglicher Staat zu präsentieren, manifestierte sich in Warnungen vor dem Rauchen ebenso wie bei „Verkehrsunfallverhütungs-Aktionen“. Die Maßnahmen wurden fein orchestriert. Vor der Goebbels-Rede zum Thema „Augen auf im Straßenverkehr“ wurde Journalisten „jedes Eingehen auf das Verkehrsproblem“ untersagt,⁷⁷ damit der Minister als Urheber der Aktion sichtbar blieb.

Plakate und Unfallverhütungsschriften erreichten die Bevölkerung am Arbeitsplatz.⁷⁸ Mit solcher Ansprache waren Arbeitnehmer seit Mitte der 1920er-Jahre

⁷³ Vgl. Franz Kafka: Maßnahmen zur Unfallverhütung. In: ders.: Amtliche Schriften. Hg. von Klaus Hermsdorf. Berlin 1984, S. 142–153.

⁷⁴ Vgl. Josef Karl Hecht: Schadenverhütung in der deutschen Sozialversicherung. Diss. München 1930, S. 11.

⁷⁵ Curt Thomalla: The Sterilisation Law in Germany. In: Scientific American 151 (1934), S. 126f. Zu den Hintergründen vgl. die rechtshistorische Arbeit Paul A. Lombardo: Three Generations, No Imbeciles: Eugenics, the Supreme Court, and *Buck v. Bell*. Baltimore 2008, S. 202–205.

⁷⁶ Aufnahme-Erklärung in den Reichsverband Deutscher Schriftsteller vom 18. 12. 1933, Bundesarchiv Berlin, RSK I 574, Bl. 5678.

⁷⁷ Presseanweisung vom 15. 6. 1938. Zeitgeschichtliche Sammlung im Bundesarchiv 110; zit. nach Karen Peter (Bearb.): NS-Presseanweisungen der Vorkriegszeit. Edition und Dokumentation. Bd. 6/1: 1938, Quellentexte Januar bis April. München 1999, S. 563.

⁷⁸ Zur Geschichte der Unfallverhütungsbilder vgl. Rebecca Schwach: Unfallverhütungsbilder in der NS-Propaganda. In: Joseph Kuhn/Eberhard Göbel (Hg.): Gesundheit als Preis der Arbeit? Gesundheitliche und wirtschaftliche Interessen im historischen Wandel. Frankfurt a. M. 2003, S. 79–98.

vertraut. Die „Reichsarbeitsgemeinschaft Schadenverhütung“ setzte diese Bemühungen mit der gewohnten Begründung fort, alle positiven Errungenschaften der Moderne seien Ausformung einer nationalsozialistischen Idee. Im Hausblatt des Propagandaministeriums „Unser Wille und Weg“ stand: „Im Rahmen der planvollen Haushaltsführung mit Arbeitskräften und Sachwerten sind der Reichsarbeitsgemeinschaft *Schadenverhütung* wichtige Aufgaben zugefallen [...]. Sowie sie aus dem Leben gegriffene Einzelfragen unter einem höheren Gesichtspunkte behandelt, so kommt letztenendes die gesamte Erziehungsarbeit unter dem Gedanken der Schadenverhütung der Vertiefung der nationalsozialistischen Idee zugute.“⁷⁹

1937 konnte die „Unfallverhütungsbild GmbH“, ein Unternehmen des Verbands der gewerblichen Berufsgenossenschaften, bereits auf 10 Millionen an Arbeiter gerichtete Plakate verweisen.⁸⁰ Gleich zwei Mal zitierte das Verzeichnis der Unfallverhütungsbilder für das Jahr 1938 dieselben Worte aus „Mein Kampf“: „Adolf Hitler sagt: ‚Das Bild bringt in viel kürzerer Zeit, fast möchte ich sagen auf einen Schlag, dem Menschen eine Aufklärung, die er aus Geschriebenem erst durch langwieriges Lesen empfängt.‘“⁸¹

Der Katalog der Unfallverhütungsbilder richtete sich an Arbeitgeber. Die auszuwählenden Motive gingen größtenteils auf konkrete Gefährdungssituationen ein. Auch wenn einige weitgehend der zeitgenössischen Blut-und-Boden-Ikonografie folgten, bieten sich ausufernde Interpretationen in Hinblick auf politische Botschaften nicht an. Plakate, auf denen vorbildhaftes Verhalten gezeigt wird, präsentieren muskulöse aufrechte Männer, während die Opfer von Unachtsamkeit und mangelndem Arbeitsschutz alt und gebeugt dargestellt wurden. Die Ideologie steckt weniger in der bildlichen Aussage der Plakate. Ihre Belehrung diente vielmehr als ein Vehikel, um am Arbeitsplatz präsent zu sein. Die unter der Ägide des RMVP entstandenen Unfallverhütungsplakate ergänzten die Aktivitäten des Amtes „Schönheit der Arbeit“, das der Deutschen Arbeitsfront unterstand. Mit „gleichgeschalteten“ Werkzeitschriften konnte das Propagandaministerium auf direktem Weg Personen im Betrieb ansprechen. So wie bei der Gestaltung von Produktionsstätten eine unternehmensübergreifende, korporierte Identität geschaffen werden sollte,⁸² dienten die Unfallverhütungsbilder der Versicherung einer staatlichen Verantwortung für alle Bereiche.

Dass die Plakate nur Supplement begleitender Propaganda waren, lässt sich anhand der Illustrierten „Kampf der Gefahr. Monatsblätter für Schadenverhütung“, einer Fortsetzung der seit Mitte der 1920er-Jahre erscheinenden Informationsschrift „Schadenverhütungsblätter“ der Reichsarbeitsgemeinschaft Schadenverhütung feststellen. Bis zu 1,85 Millionen Exemplare wurden bis September 1939 monatlich gedruckt, vor Kriegsbeginn mit einem Umfang von 32 Seiten. In den

⁷⁹ Unser Wille und Weg. Monatsblatt der Reichspropaganda-Leitung der NSDAP 9 (1939), S. 158f.

⁸⁰ Unfallverhütungsbild GmbH: Unfallverhütung durch das Bild. Verzeichnis der Unfallverhütungsbilder (Wahrschaubilder). [Berlin 1937], S. 39.

⁸¹ Ebd., S. 3, S. 40.

⁸² Vgl. Chup Friemert: Produktionsästhetik im Faschismus. Das Amt „Schönheit der Arbeit“ von 1933–1939. München 1980.



Abbildung 3: Unfallverhütungsbild GmbH: Unfallverhütung durch das Bild. Verzeichnis der Unfallverhütungsbilder (Wahrschaubilder). [Berlin 1937], S. 29; Medizinhistorisches Museum Hamburg.

reich illustrierten Heften – auf vielen Seiten hielt sich das Verhältnis von Bild zu Text in etwa die Waage – wurde über die Verschönerung des Betriebs, über Kindererziehung, Seenotrettung, gesunden Schlaf und Mottenvertilgung berichtet, man warnte vor Tabak und Alkohol, gab den Frauen zuhause den Rat, ihre Männer des Morgens nicht mit Sorgen zu konfrontieren und bot den Leserinnen und Lesern Preisausschreiben, Kreuzworträtsel und Witzseiten. Ein um den anderen Monat wurden Gauleiter und ihre Einstellung zum Unfallschutz vorgestellt, einschließlich eines Interviews mit Julius Streicher, der sich von einem Skiunfall erholte.⁸³ Im Februar 1939 war massive antisemitische Propaganda der Aufmacher

⁸³ Zell: Gesundheit ist das höchste Gut! In: Kampf der Gefahr 6 (1939) 8, S. 2f.

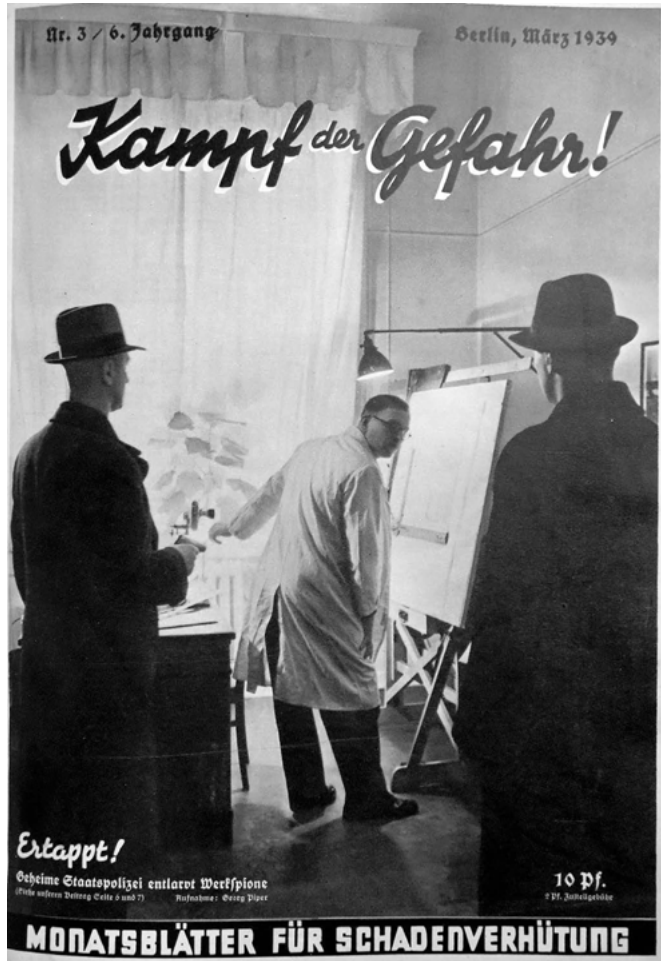


Abbildung 4: *Kampf der Gefahr*. Titelblatt vom März 1939; Medizinhistorisches Museum Hamburg.

für eine Fortsetzungsgeschichte,⁸⁴ im März waren Gestapo-Beamte auf der Suche nach Werksspionen die Titelhelden.⁸⁵

Die Idee, Prävention zum Zweck der Propaganda einzusetzen, stammte von Curt Thomalla, der insbesondere Friedrich Wolfs Buch „Die Natur als Arzt und Helfer“ entgegengetreten wollte. Als Ersatz gab er das Buch „Gesund sein, gesund bleiben“ heraus,⁸⁶ das eine Lebensrunne zierte und das ganz im Einklang mit den

⁸⁴ fg.: So kamen sie nach Deutschland. In: *Kampf der Gefahr* 6 (1939) 2, S. 6f. Fortgesetzt als: Rudolf Hartmann: Gold und Silberwaren, Posamenten, alte Kleider. In: *Kampf der Gefahr* 6 (1939) 3, S. 8f.

⁸⁵ Ertappt! Geheime Staatspolizei entlarvt Werkspione. In: *Kampf der Gefahr* 6 (1939) 3, S. 6f.

⁸⁶ Curt Thomalla: *Gesund sein. Gesund bleiben*. Berlin [1938].

Ideen des Reichsärztführers Gerhard Wagner „die Synthese“, d. h. die innerliche Vereinigung und Verschmelzung der einst feindlichen Begriffe: „Naturmedizin“ und „Schulmedizin“⁸⁷ anstrebte. Eingebettet in das ärztliche Hausbuch wurden die Ziele des nationalsozialistischen Staates in Hinblick auf Judenverfolgung, Erbgesundheit, Kindererziehung und Körperertüchtigung.

Zusammenfassend lässt sich das Verschwinden belehrender Kulturfilme mit Beginn der NS-Zeit nicht als Abkehr von der gesundheitlichen Volksaufklärung interpretieren. Sie erfolgte lediglich, um im Ausgleich der politischen Propaganda im Kino mehr Raum zu geben, und als Reaktion auf das ramponierte Image des von Pädagogen geprägten, langweiligen Kulturfilms. Mit Curt Thomalla koordinierte einer der prominentesten Kulturfilmer der Weimarer Zeit, inzwischen als Oberregierungsrat im Propagandaministerium weiterhin das Feld. Aber auch in den nun edierten Journalen trat der Anteil der tatsächlich auf Gesundheitsthemen fokussierten Beiträge zugunsten unterhaltsamer und politischer Themen zurück. Gesundheitsaufklärung eignete sich dazu, die generelle Relevanz staatlicher Volksaufklärung herauszustellen. Kampagnen, wie die Unfallverhütungsaktion aus dem Frühjahr 1939, legitimierten Volksaufklärung und festigten die Akzeptanz eines in das Private eingreifenden, „fürsorglichen Staates“.

„Du und Deine Gesundheit“ und „Nimm Partei für die Gesundheit“ – Staatliche Kampagnen in Ost und West

Dem DDR-Kulturministerium war der „Kulturfilm“ Inbegriff bürgerlicher Biederkeit, von dem es sich zu distanzieren galt. Stolz verkündete ein Konzeptpapier der Hauptverwaltung Film: „Die DEFA hat den deutschen sozialistischen Dokumentarfilm geschaffen. Er entfernte sich konsequent vom bürgerlichen ‚Kulturfilm‘ und entwickelte sich zu einem wirksamen ideologisch-künstlerischen Mittel für die Verbreitung der Ideen des Marxismus-Leninismus. Dabei orientierte er sich vor allem auf das Vorbild der sowjetischen Dokumentarfilmkunst.“⁸⁸ Mit Gesundheitsaufklärung hatte die DEFA gerade deshalb ihre Nöte. Entsetzt war die ehemalige Schauspieler, Journalistin und Dramaturgin der DEFA-Gruppe „Spektrum“ (der avantgardistischen Dokumentarfilmsparte der Babelsberger Studios), die Mitte der 1970er-Jahre den Auftrag erhielt, belehrende Filme für das Deutsche Hygiene-Museum Dresden herzustellen. „Wer lässt sich schon gerne belehren?“, sei ihre erste Reaktion gewesen. „Denn in der DDR wurden die Leute schon genug belehrt.“⁸⁹ Yvonne Merin-Georgi bezeichnete sich selbst zwar als überzeugte Sozialistin, aber sie habe Filme verabscheut, in denen ständig das Wort „Sozialismus“ vorkam. Gemeinsam mit Trickfilmen und Laienschauspielern drehte sie schließlich zu dem didaktischen Text, der ihr aus Dresden übermittelt worden war,

⁸⁷ Ders.: Heilkräfte der Natur. In: Kampf der Gefahr 5 (1938) 11, S. 18f.

⁸⁸ Konzeptpapier der HV Film, undatiert, Ministerium für Kultur, Bundesarchiv Berlin, DR1/4787.

⁸⁹ Interview des Verfassers mit Merin-Georgi im Januar 2011.

kurze humorvolle Filme, die sich über ärztliche Unterweisungen lustig machten. Der Pilotfilm der für das Fernsehpublikum produzierten Reihe „Du und Deine Gesundheit“ hieß „Die Haut“. Er steckt voller Anspielungen auf den Film „Wege zu Kraft und Schönheit“, den er teilweise ironisiert, teilweise durch die Darstellung unbedeckter Frauen zitiert. Ähnlich wie über fünfzig Jahre zuvor der UFA-Kulturfilm beginnt auch der DEFA-Film „Die Haut“ mit Badeszenen aus der Antike, die kurz darauf mit dem Hinweis ironisiert werden: „Wechselwaschungen lassen sich überall durchführen, auch wenn man weder über einen römischen Sklaven, noch über eine eigene Dusche verfügt.“⁹⁰ Die Gymnastik nach Bess Mensendieck, 1925 von den Schülerinnen der „Wigman-Schule“ in Szene gesetzt, ließ Merin-Georgi von Urlaubern am Strand nachstellen. Ungebrochen nah am Original blieb sie nur bei den Bildern einer unbedeckten Frau in den Dünen, die sich zwischen den Szenen im Gegenlicht bewegt.

Ihr Film entstand 1977 in der Zeit der tiefsten Krise der DDR-Kulturpolitik. Merin-Georgis Gesundheitsfilme waren alles andere als belehrend, sie blickten spöttisch auf die Zeit der hygienischen Volksbelehrung zurück, blieben aber Einzelstücke, denn Wolfgang Heyer, als Regisseur der Reihe „Du und Deine Gesundheit“ ausersehen, sei „nie zufrieden“ gewesen und habe „überhaupt keinen Humor und wenig Sinn für Kreativität“ besessen. „Wir passten so gar nicht zusammen“, so Merin-Georgi rückblickend in einem Interview. Den Film „Die Haut“ und einige weitere Filme der Reihe konzipierte die Dramaturgin daher allein.

Die Intention der Filme sei eindeutig vorgegeben worden; sie sollten sich an Menschen wenden, „die sich selten wuschen“. Was die DEFA-Dramaturgin Merin-Georgi daraus machte, war weniger eine Kampagne für Körperpflege. Ihre Filme warben, indem sie nicht belehrten, um Sympathie. Es sind Imagefilme für den sozialistischen Film.⁹¹ Medizinische Inhalte standen nicht im Vordergrund. Der Zweck, den sie zu erfüllen hatten, war in den frühen 1960er-Jahren von Plankommission und den Experten der staatlichen Werbeagentur DEWAG definiert worden: Sozialistische Werbung solle die Bevölkerung über den jeweiligen Stand der gesellschaftlichen und ökonomischen Entwicklung des Sozialismus informieren.⁹² Diesem Ziel ordneten sich nach längeren Debatten auch die Aktivitäten des Gesundheitswesens unter.⁹³

Zeitgleich begann auch in der Bundesrepublik eine unkonventionelle Gesundheitskampagne, die vom „Bundesausschuss für gesundheitliche Volksbelehrung“ gemeinsam mit der „Aktion Gemeinsinn“ konzipiert worden war, einem privaten Verein des SPD-Abgeordneten und ehemaligen Mitarbeiters der Bundeszentrale

⁹⁰ Die Haut. DDR 1977, Archiv des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, DHMD 2007/429.

⁹¹ Die Serie „Du und Deine Gesundheit“ entstand in der Zeit der Biermann-Ausbürgerung, die von großem Misstrauen in die Kulturinstitutionen geprägt war.

⁹² DEWAG, Institut für Werbemethodik: Sozialistische Werbung, 152-seitiges Manuskript [um 1960], S. 16, S. 78f., Bundesarchiv Berlin, DQ1/20927.

⁹³ Vgl. Philipp Osten: „Wer lässt sich schon gerne belehren?“ Die Entstehung der Filmreihe „Du und Deine Gesundheit“. In: Susanne Roefliger/Uta Schwarz: Kamera! Licht! Aktion! Filme über Körper und Gesundheit 1915 bis 1990. Dresden 2011, S. 50–70.

Neues Parole für die Gesundheit – Anzeigenreihe der Werbekampagne der Aktion Gemeinsam zum Thema „Gesundheitskompass“

**Es gibt Leute,
die lebenslänglich sitzen,
ohne dazu
verurteilt zu sein**



Das geht's Tag für Tag. Sie sitzen im Auto, die Bank, dem Büro... In dem Fliesen, bevor sie...
schlafen. Ein warmer Fußboden, der Hand und...
Arbeitskollegen...
Nimm Partei für die Gesundheit

Ein „Gesundheitskompass“ mit auf einen...
Jahre 1968 hat bestanden
AKTION GEMEINSAM
Das ist unsere gemeinsame Sache

**Es gibt Leute,
die ihren Wagen viel öfter
gründlich waschen
als sich selbst**



Vielleicht hat diese Leute das auch nur, weil...
morgens schon Zeit? - Hat dieser Anrede...
Nimm Partei für die Gesundheit

Ein „Gesundheitskompass“ mit auf einen...
Jahre 1968 hat bestanden
AKTION GEMEINSAM
Das ist unsere gemeinsame Sache

Abbildung 5: Anzeigen der Kampagne „Nimm Partei für die Gesundheit“; Medizinhistorisches Museum Hamburg.

für politische Bildung, Carl Christoph Schweitzer. Finanziert wurde die Kampagne vom Bundesministerium für Gesundheitswesen. Sie bestand aus sechs ganzseitigen Anzeigen der US-amerikanischen Werbeagentur McCann, die in Wochenmagazinen und Funkzeitschriften geschaltet wurden. In ihnen wurde das Publikum zu Zähneputzen, Körperpflege, Bewegung und moderater Nahrungsaufnahme angehalten (Abb. 5). Wer an ein in den Anzeigen angegebenes Postfach schrieb, erhielt die Broschüre „Gesundheitskompass“, in der alle Anzeigen noch einmal abgedruckt waren. Der Text des „Gesundheitskompass“ stammte von einem Profi: dem Arzt und Medizinjournalisten Karl Maria Kirch, der 1939 in Düsseldorf über Volksmedizin und Geburtshilfe promoviert hatte und ab Ende der 1950er-Jahre naturheilkundlich orientierte Gesundheitsratgeber schrieb, die hohe und wiederholte Auflagen erreichten.⁹⁴ Seine Texte behandeln die klassischen Themen „Impfen“, „Tuberkulose“, „Geschlechtskrankheiten“, „Unfallverhütung“, „Körperbehinderungen“, „Rauchen und Trinken“, aber auch neue Gebiete wie „Verhütung“ und „seelische Gesundheit“. Die Stichworte waren von der „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“ vorgegeben worden, die unter „Fachliche Beratung“ im Impressum firmierte. Bemerkenswert ist, dass Kirch gegen die Konsum-Werbung der 1960er-Jahre anscrieb: „Eine gewaltige Propaganda wird nicht müde, den Freizeitgenuß ‚im Stil der neuen Zeit‘ nur mit Whiskyglas in der Hand und

⁹⁴ Karl Maria Kirch: Das Arztbuch für jedermann. Ursachen, Wesen und Behandlung der Alltagskrankheiten. 1000 Antworten auf 1000 Fragen. Rüscliikon/Zürich 1957.

mit einer Zigarette lässig im Mundwinkel darzustellen“, lautet seine Kulturkritik.⁹⁵ Der „Gesundheitskompaß“ wurde Interessenten gemeinsam mit einer Visitenkarte mit der Aufschrift „Mit guten Wünschen für Ihre Gesundheit, überreicht von Käthe Strobel, Bundesminister für Gesundheitswesen“ ausgehändigt.

Angesichts der witzigen, aber belanglosen Anzeigenkampagne stellt sich auch für die Bundesrepublik die Frage nach den übergeordneten Zielen der Gesundheitsaufklärung. Menschen zu körperlicher Ertüchtigung und Sauberkeit zu bewegen, ist ein nachvollziehbares Anliegen. Im Osten wie im Westen wurden Vorgaben von Experten (in der DDR stammten sie aus dem „Nationalen Institut für Gesundheitserziehung“ am Dresdner Hygiene-Museum, im Westen von der „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“) mit großer Vorsicht umgesetzt, anstelle erhobener Zeigefinger kam Humor zum Einsatz. Beide Staaten stellten sich ab Ende der 1960er-Jahre auf sehr ähnliche Weise der Belehrungs-„Kultur“ ihrer Geschichte.

Es liegt nah, gesundheitliche Aufklärung primär als ein Instrument sozialer Disziplinierung aufzufassen. In der Tat gibt es nur wenige Mischungen aus Lustbarkeit und Didaktik, die Michel Foucaults Begriff „Dispositif“ so plastisch verkörpern, wie der vergnügliche Filmabend mit Gesundheitseinlage oder ein feucht-fröhlicher Rummel,⁹⁶ wie ihn die großen Hygieneausstellungen boten. Doch wurden die drögen Kulturfilme und die brutalen Schadensverhütungsbilder verinnerlicht? In den Hygieneausstellungen diente Gesundheit als Vorwand, um Industriegüter zu präsentieren. Die Rolle der Kulturfilme scheint Kurt Tucholsky treffend beschrieben zu haben. Sentimentalität und Phrasen sollten einen populären Gemeinsinn hervorbringen. Das ist – in Hinblick auf den angeblichen Zweck der Aufklärungskampagnen – eine schlechte Bilanz. Die „Macher“ werden dennoch zufriedener gewesen sein, denn Gesundheit war eben nur Vehikel, nicht übergeordnetes Ziel der Bild- und Filmkampagnen. Wer für die 1920er-Jahre auf der Suche nach einer gelungenen Gesundheitskampagne ist, wird dennoch fündig: Die kommunalen Fürsorgestellen, in denen Müttern gegen Beratung das Wochengeld ausgezahlt wurde, haben maßgeblich zur Halbierung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich beigetragen, durch individuelle und persönliche Beratung.

Bei den Filmen der DDR-Serie „Du und Deine Gesundheit“ und bei der Anzeigenkampagne „Nimm Partei für die Gesundheit“ des Bundesministeriums für Gesundheitswesen fallen Amusement und Belehrung zusammen. Von den ursprünglichen, eventuell von Experten formulierten gesundheitspädagogischen Zielen blieb eine Imagekampagne, mithilfe derer die Kompetenz des Staates für gesundheitliche Belange herausgestellt wurde.

⁹⁵ [Ders.]: Gesundheitskompaß. Hg. von Aktion Gemensinn e.V., Köln. Fachliche Beratung: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Köln [1968].

⁹⁶ Der Alkoholkonsum auf den Hygieneausstellungen war sowohl 1911 in Dresden als auch 1926 in Düsseldorf Gegenstand von Karikaturen und Zeitungsglossen.

Abstract

The chapter recounts the history of visual presentation forms in health education on the background of social, political and economic goals. Advice books of the family doctor's type did not rely on pictures until the beginning of the 1920s. Presentations in hygiene exhibitions were the first to be designed with a corporate identity. They followed the straits of industrial advertising campaigns. In Germany, shortly after WWI, films were produced to enhance the people's health and to push them to physical education. At the time the close relations between politic affiliations and the content of the various films were harshly criticized. A special board had been created by the government to secure that only films that fitted into the narrow concept of the "German Kulturfilm" were to be screened. After 1933, propaganda efforts were still put into health related topics, but preexisting publications were now more or less envelopes to transport the party's ideology. In East and West Germany, this history and the image of the dull and didactic Kulturfilms of the 1920s lead to less serious types of health education, especially after 1968.

Flurin Condrau

Kommentar*

Die Beiträge dieses Sammelbandes verdeutlichen die Vielfalt der historischen Herangehensweisen, die Breite der Themenfelder und die immense Unübersichtlichkeit, was die Akteure in der Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens betrifft. Die verschiedenen Texte lassen sich nicht ohne Weiteres zusammenfassen und schon gar nicht auf eine einfache Formel bringen. Genau darin liegt die erste Herausforderung, mit der es die Geschichte von Public Health zu tun hat.

In mancherlei Hinsicht beginnt alles mit George Rosen und dessen „A History of Public Health“, erstmals veröffentlicht 1958.¹ Rosen, ein Zeitgenosse, Korrespondenzpartner und Kollege von Henry E. Sigerist und Erwin H. Ackerknecht, verknüpfte in seinem Buch die historischen Anstrengungen zur Gesundheitspflege zu einer großen Erzählung von der Antike bis zur damaligen Gegenwart. Rosens Buch schreibt die Geschichte der öffentlichen Gesundheitspflege als Suchbewegung, die man zwar nicht auf Fortschrittsgeschichte reduzieren kann, die aber trotzdem einem klassischen Erzählmuster medizinhistorischer Darstellungen folgt. Kennzeichnend ist ein lineares Geschichtsverständnis, das nationalen beziehungsweise geografischen Kriterien breiten Raum überlässt, selbst aber die Grundkategorien und Analysemethoden nicht weiter reflektiert. Damit lassen sich Fallstudien, wie sie in diesem Band vorgelegt werden, zwar in eine Chronologie einordnen, aber es ist damit wenig gewonnen, das zur Erklärung der spezifischen Herausforderungen und Lösungsansätze in der jüngeren Vergangenheit diene. Rosens Welt, so könnte man in Anlehnung an Goethes Bonmot, wonach jede Generation ihre Geschichte zu schreiben habe, vielleicht sagen, war eine andere als unsere Welt heute. Wir benötigen deshalb eine andere Geschichte der öffentlichen Gesundheit.

Mein erster Punkt betrifft die grundsätzliche Frage nach der Methode. Wie kann, wie soll die Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens geschrieben werden, sodass die einzelnen Fälle sinnhaft aufeinander bezogen werden können? Dabei stellt sich auch die Herausforderung der Vermittlung. Rosens Variante der linearen Entwicklung hat den großen Vorteil der einfachen kommunikativen Ver-

* Gedruckt ist die schriftliche Fassung eines mündlich gehaltenen Kommentars. Es handelt sich bewusst um ein „opinion-piece“ auf Basis der Lektüre dieses hoch interessanten Sammelbandes. Es liegt in der Natur des Textes, dass die Argumente nicht breit ausgeführt, die Literatur nicht umfassend rezipiert und die Aussagen oft recht holzschnittartig sind. Ich danke dem Herausgeber für die Gelegenheit, mich auf diesem Weg zu den mir wichtig erscheinenden Herausforderungen zu äußern.

¹ George Rosen: A History of Public Health. New York 1958.

mittlung an ein breiteres Publikum. Das ist meiner Meinung nach ein interessanter Punkt, denn er zwingt uns genau darzulegen, für wen wir unsere Analysen eigentlich schreiben. Wenn etwa Kommunikation in und mit der Medizin das Ziel ist, muss für uns die Aufgabe lauten, eine „nach innen“ komplexe Analyse „nach außen“ relativ einfach zu kommunizieren. Meiner Meinung nach ist das die wichtigste Aufgabe, die mit dem Projekt der „Medical Humanities“ verbunden werden sollte: geistes- und sozialwissenschaftliche Überlegungen mit medizinischem Denken und Handeln in Schwingung zu versetzen. Für die Geschichte der öffentlichen Gesundheit wird es also darum gehen, präzise Forschungsfragen zu stellen, die Grundkategorien wie etwa Gesundheit, Krankheit oder sogar Medizin als historische Größen zu verstehen sowie die großen Fragen der Geschichte zu berücksichtigen, die möglicherweise über das enge eigene Forschungsinteresse hinausgehen. Aber wie könnten solche methodischen Überlegungen aussehen? Historische Metatheorien beantworten zwar keine Detailfragen, aber sie helfen, das Untersuchungsthema und die Detailfragen in einen größeren Zusammenhang zu stellen. Ein bekanntes Beispiel hierfür ist Norbert Elias und der von ihm postulierte Prozess der Zivilisation.² Aus der Sicht von Elias präsentiert sich die Geschichte als Ablauf von Zivilisierungs- und Disziplinierungsschritten. Errungenschaften des täglichen Lebens lassen sich nach Elias demnach in einen historischen Metaprozess einordnen. Bekanntlich hat sich Alfons Labisch mit seiner Formel des „Homo Hygienicus“ bereits seit Ende der 1980er-Jahre mit Elias auseinandergesetzt.³ Der säkulare Disziplinierungsprozess war ihm zufolge dafür verantwortlich, dass sich Gesundheit zu einer normativen Wertvorstellung entwickelte. Eine zentrale Problematik bildet dabei die Frage nach den Akteuren: Wer diszipliniert? Wer zivilisiert eigentlich wen? Das geht noch einigermaßen gut, wenn man die Hauptlast des Handelns bei staatlichen Akteuren verortet. So ist etwa die „Vollständige medizinische Polizey“ von Johann Peter Frank⁴ sicherlich ein gutes Beispiel, um die Verbindung von Staat und Medizin zu belegen. Aber was genau ist mit dem Disziplinierungsbegriff gewonnen, wenn es um die Analyse der städtischen Gesundheit im Kontext der Umwelthygiene geht? Das wird noch komplizierter, wenn die jüngere Vergangenheit mit einbezogen wird und die öffentliche Gesundheitspflege nach 1945 untersucht werden soll. Der Staat ist spätestens dann nicht mehr der einzige Akteur, sodass die Zivilisierungs- und Disziplinierungshypothese an Überzeugungskraft verliert.

Eine weitere konzeptionelle Idee, die sich gerade im deutschen Sprachraum größter Beliebtheit erfreut, basiert auf Michel Foucaults Begriff „Gouvernementalität“.⁵ Die öffentliche Gesundheit wäre nach Foucault ein politischer Kampf-

² Norbert Elias: *Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation*. Frankfurt a. M. ³2013 (zuerst erschienen 1939).

³ Alfons Labisch: *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt a. M. 1992.

⁴ Johann Peter Frank: *System einer vollständigen medicinischen Polizey* [5 Bde.]. Mannheim [1780-1790].

⁵ Michel Foucault: *Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Geschichte der Gouvernementalität I*. Frankfurt a. M. 2006.

platz, an dem medizinisch begründete Körperpolitik am Einzelnen und am mehr oder weniger imaginierten Volkskörper betrieben wird. Die Beiträge von Friedrich Lenger und Alfons Labisch zielen in diese Richtung. Lenger geht dabei vor allem auf den städtischen Raum und auch auf die Frage des Wohnraums im Hygienediskurs des 19. Jahrhunderts ein und verdeutlicht, dass Hygiene und Medizin tatsächlich Herrschaftsinstrumente in der Hand der paternalistischen Sozialpolitik des Kaiserreichs waren. Labisch geht demgegenüber auf das Definitions- und Handlungsmonopol der Ärzte über die Körper der Patienten ein. Auch hier kann man auf Franks „Medizinische Polizey“ verweisen oder auf den Medikalisationsschub, der durch die Entstehung der Krankenkassen im 19. Jahrhundert ausgelöst wurde. Die Frage nach den Akteuren und den Wegen der Gouvernementalität zwingt aber zu einem breiteren Denken. In Philipp Ostens Beitrag taucht beispielsweise der Gesundheits- und Aufklärungsfilm auf. Man könnte dieses Filmgenre als Herrschaftstechnik im genannten Sinn interpretieren. Dadurch gerät nicht nur die Wissensproduktion in der öffentlichen Gesundheitspflege ins Bild, sondern es kommen auch die Kommunikationskanäle in den Blick. Im Sinne der eingangs formulierten Aufforderung, unsere Forschungen über die Fachgrenzen hinaus zu kommunizieren, scheint mir die Analyse der historischen Kommunikationsformen – nicht nur, aber auch durch den Aufklärungsfilm – ein sehr wichtiges Thema für die Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens zu sein. Der Zusammenhang von Wissensproduktion und Kommunikation müsste im Vordergrund einer solchen Untersuchung stehen, um zu zeigen, dass weder heutige noch vergangene Gesundheitskommunikation jemals ahistorisch gedacht werden kann.

Nikolas Rose titelte 2001 einen Aufsatz und 2007 ein Buch „The Politics of Life Itself“.⁶ Stark an Foucault angelehnt bietet Rose eine soziologische Analyse des 20. Jahrhunderts an, die für unser Thema sicher relevant ist. Die hier etwas vereinfachte Kernaussage von Rose scheint darauf hinauszulaufen, dass alles, was mit Gesundheit, Krankheit und Prävention zu tun hat, immer Politik ist. Für Rose gibt es keine gesundheitsrelevante Maßnahme, keine Vorsorgeuntersuchung und auch keine Präventionskampagne, die nicht als politische Intervention gelesen werden muss.⁷ Er sieht in der Wissenschaft im Allgemeinen und Medizin im Speziellen immer politische Wissens- und Ordnungssysteme. Rose argumentiert für eine fundamentale Verschiebung der Akteure, die diese Strukturen des Wissens prägen und steuern. Seine Hypothese, dass staatliche Akteure durch marktliberale Akteure wie zum Beispiel die pharmazeutische Industrie ersetzt wurden, die nun auf neue Systeme der „Governance“ setzen müssen, überzeugt in der klaren Abgrenzung allerdings nur zum Teil, weil der Staat zweifelsfrei ein wichtiger Akteur im öffentlichen Gesundheitswesen geblieben ist und auch weiterhin bleiben wird.

⁶ Nikolas S. Rose: *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton 2007; ders.: *The Politics of Life Itself*. In: *Theory, Culture and Society* 18 (2001), S. 1–30.

⁷ Als Beispiel vgl. Susan Greenhalgh: *Weighty Subjects: The Biopolitics of the U.S. War on Fat*. In: *American Ethnologist* 39 (2012), S. 471–487.

Die große Herausforderung etwa im Zusammenhang mit der Digitalisierung wird es sein, die verschiedenen Akteure und Felder der Gesundheitspolitik miteinander statt strikt getrennt zu denken. Man mag also bei allen diesen großen Entwürfen immer etwas auszusetzen haben. Mir scheint, gerade wenn man eine gewisse Ordnung ins Feld bekommen möchte, trotz allem eine konzeptionelle Fundierung der Forschung notwendig. Das heißt nicht, dass alle Beiträge dieselbe Grundlage haben sollten, aber dass gerade die Geschichtsschreibung dazu prädestiniert ist, genauer festzuhalten, warum sie sich immer wieder neu für die öffentliche Gesundheit interessiert. Das muss gar nicht immer theorielastig und abstrakt sein, sondern kann sich, wie in der angelsächsischen Tradition üblich, auch ganz empirisch ergeben. Nur scheinen mir die konzeptionellen Fragen wichtig, um das Feld nicht in endlos viele Fallstudien zu zerstückeln, die dann nur noch für Fachleute interessant sind.

Es ist sehr zu begrüßen, dass dieser Sammelband die Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens bis in die Gegenwart denkt. Das ist weder selbstverständlich noch ganz einfach. Mich überzeugt deshalb die Einleitung zu diesem Band von Heinz-Peter Schmiedebach besonders auch darum, weil sie den Bogen zu aktuellen Herausforderungen für die beziehungsweise zu Entwicklungen in der jüngeren Geschichte der öffentlichen Gesundheit spannt. Das ist nicht selbstverständlich und auch nicht ganz ohne Preis. Gerade in den letzten Jahren verbreitete sich unter dem Eindruck knapper werdender Ressourcen die Forderung, Geschichte müsse sich an den tagesaktuellen Fragen orientieren, um die Nützlichkeit des Faches zu beweisen. Das ist in dieser direkten Form sicher eine zweischneidige Sache: Geschichte nur unter dem Primat des Gegenwartsbezugs zu schreiben, zerstört die Grundlagen des Faches, denn wir verstehen das Fach nicht primär als ein Einführungskapitel zur Gegenwartsanalyse. Der umgekehrte Weg ist aber auch nicht anzuraten, denn ganz ohne Rücksicht auf die Gegenwart macht sich die Geschichte gerade in den Zeiten der Finanzknappheit letztlich überflüssig. So gesehen finde ich Schmiedebachs Konzeptualisierung des Bandes vorbildlich, denn er erzeugt diesen Anschluss mithilfe einer problemorientierten Gegenwartsanalyse. Zu diesem aktuellen Aufriss stehen die Beiträge nicht zwingend in direkter Beziehung und das ist für einen historischen Sammelband sicher gut so. Ich frage mich allerdings vor dem Hintergrund der Diskussionen um „Medical Humanities“ doch auch, ob man nicht weiter gehen könnte: Gemeinsam verfasste Arbeitspapiere zu Geschichte und Gegenwart von Public Health. Das nötigt uns vonseiten der Medizingeschichte gewisse fachliche Kompromisse ab, erfordert aber auch einen Partner oder eine Partnerin mit der Bereitschaft sich auf eine historische Problematisierung einzulassen. Diese Kooperation ist schon oft versucht worden, funktioniert in Diskussionsrunden recht gut, findet aber noch zu selten Eingang in die Publikationspraxis, die immer noch sehr disziplinar geprägt ist.

Die Texte des Bandes nehmen den Gegenwartsbezug der Einleitung vielversprechend auf. Da ist zum Beispiel der Beitrag von Rainer Müller, Karl-Heinz Wehkamp und Joachim Larisch. Der Text eröffnet viele interessante Fragen, scheint mir umgekehrt aber etwas offen in seiner historischen Konzeptualisierung zu sein. Nun ist es die Aufgabe der Wissenschaft, möglichst überzeugende, empirisch

abgestützte Argumente vorzuführen. Aber gerade wenn Geschichte einen Gegenwartsbezug herstellen will, bleibt das fast zwangsweise hypothetisch, eher diskussions- und meinungsbezogen. Überzeugend ist dabei vor allem die robust vorgeführte Historisierung von Grundbegriffen wie desjenigen der Öffentlichkeit. So lässt sich sofort nachvollziehen, dass sich der Öffentlichkeitsbegriff des 19. Jahrhunderts von demjenigen des 21. Jahrhunderts gründlich unterscheidet. Eine lange Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens steht damit vor der nicht unerheblichen Frage, wie man mit den historischen Begriffen der Öffentlichkeit und der Gesundheit umgehen soll. Das ist ein echter Gewinn dieses Beitrags. Damit kommt man meines Erachtens nicht zwingend in einem radikalen historischen Relativismus an, sondern in einer historisch gehaltvollen Analyse, deren Stärke in der präzisen, nachvollziehbaren Begrifflichkeit liegt.

Auch Christoph Gradmann und Martin Lengwiler nehmen diesen Bezug explizit mit auf. Gradmann verdeutlicht am Beispiel der Geschichte der Infektionskrankheiten und ihrer Bekämpfung im langen 20. Jahrhundert, wie notwendig die historische Analyse zur Erklärung der heutigen Problemlage ist. Ackerknechts Spruch, wonach die Wahrheit von heute der Irrtum von morgen sein wird, lässt sich in Gradmanns Analyse wunderbar nachvollziehen. Wie sonst ließe sich erklären, dass zahlreiche Exponenten der Medizin seit den 1950er-Jahren von einem baldigen Ende von Infektion als namhaftem Gesundheitsproblem ausgingen. Lengwiler schließt an das Gesagte an, indem er anhand einzelner Exponenten die Genese von Sozialmedizin und sozialer Medizin in der Bundesrepublik Deutschland nachzeichnet. Während die Sozialmedizin einer individualisierenden Konzeption von Gesundheitsvorsorge durch das Risikofaktorenmodell den Vorzug gab, argumentierte die soziale Medizin im Sinne der gesellschaftlichen Ursachen von Krankheiten.

Damit werden zentrale Themen der jüngeren Medizingeschichte angesprochen. Die in der berühmten Framingham-Studie erstmals breit angewendete, auf stochastischen Überlegungen basierende Analyse der Bedeutung des Lebensstils in Bezug auf ein individuelles Krankheitsrisiko, stellte einen bedeutsamen Individualisierungsschub dar und wurde bisher in der Literatur als Teil der sogenannten New Public Health angesehen. So begründeten beispielsweise die Universität und der Kanton Zürich noch Anfang der 1960er-Jahre die Einrichtung eines Instituts für Sozial- und Präventivmedizin mit dem offensichtlichen Scheitern der therapeutisch-klinischen Medizin im Bereich der chronischen Krankheiten. Das fiel damals relativ leicht, weil die Risikofaktorepidemiologie eine individualisierte und nicht etwa gesellschaftliche Verantwortung für Krankheitsprozesse formulierte.⁸ Der Hinweis auf die Vertreter der sozialen Medizin, lässt aber auch eine andere Entwicklung wichtig werden, nämlich die Diskussion um die sogenannten *Social Determinants of Health*, also um die gesellschaftlichen Ursachen von Krank-

⁸ Niklaus Ingold/Flurin Condrau: Gesundheit am Arbeitsplatz. Betriebliche Fitness in den 1960er- und 1970er-Jahren. In: Brigitta Bernet/Jakob Tanner (Hg.) *Ausser Betrieb. Metamorphosen der Arbeit in der Schweiz*. Zürich 2015, S. 276–292.

heit.⁹ Eine zentrale Dimension, die in diesem Band von Monika Ankeles Beitrag vertreten wird, ist die Geschichte der Arbeitsmedizin sowie des Zusammenhanges von Arbeit und Gesundheit. Auch hier ließe sich die Geschichte leicht über die etablierten Epochengrenzen hinausschreiben. Gerade aus Schweizer Sicht ist die Institutionalisierung der Arbeitsmedizin in Deutschland nach 1945 äußerst interessant, da die Schweiz bis in die 1970er-Jahre fast gar keine Arbeitsmedizin kannte. Eva Brinkschultes Text gelingt dieser epochenübergreifende Ansatz, indem sie einer Exponentin der sozialen Medizin der Weimarer Republik bis in die Phase der DDR folgt. Darüber hinaus kann sie durch die enge Konzentration auf Elfriede Paul eine Akteurin und ihre Rolle ins Zentrum ihrer Analyse stellen.

Die Thematik der *Social Determinants* schließt an die in der Medizingeschichte jahrzehntelang geführte Diskussion der sogenannten McKeown-Hypothese an. McKeown hatte ja pointiert formuliert, dass der säkulare Sterblichkeitsrückgang in der westlichen Welt nicht etwa mit Erfolgen der (klinischen) Medizin, sondern mit der Entwicklung des durchschnittlichen Lebensstandards zu erklären sei.¹⁰ McKeowns Originalpublikationen entstanden zwar schon Jahrzehnte früher, aber in der Phase der Medizinkritik der 1970er-Jahre gewann seine Interpretation eine beachtliche Verbreitung. Letztlich stellte sich anhand dieser Hypothese die Frage, wozu die ganze klinische Medizin eigentlich gut sei, wenn doch die wesentlichen Gewinne der Lebenserwartung nicht von ihr bestimmt würden. Illich nannte dasselbe Phänomen *Nemesis of Medicine* – die industriell-therapeutische Medizin nütze primär sich selbst, nicht aber den Patienten.¹¹ Ganz im Geist der 1970er-Jahre geschrieben, lohnt es auch hier, diese Beiträge zu historisieren. Es fällt auf, dass solche Texte damals beispielsweise unter Hausärzten recht positiv aufgenommen wurden.¹² Während McKeowns Denken einerseits Träger der globalen Gesundheitspolitik wie etwa die WHO durchaus beeinflusst hat, versiegte meines Erachtens die akademische Diskussion und taucht erst jüngst unter dem Titel der unnötigen Eingriffe oder der kostenintensiven Überbehandlung wieder auf. Warum endete die Diskussion über den Nutzen der klinischen Medizin ungefähr mit dem Beginn der 1980er-Jahre? Eine mögliche Antwort hängt vielleicht aber doch mit den Entwicklungen in der Medizin selbst zusammen. Das in den 1970er-Jahren in den USA Fahrt gewinnende Projekt der Ethik in der Medizin konzentrierte sich vor allem auf die Arzt-Patient-Beziehung. Davon ausgehend fragte die aufkommende Ethik nach Autonomie und Entscheidungshoheit und begann, mit der Formel des *Informed Consent* den medizinischen Paternalismus zu kritisieren und durch ein neues Modell der Arzt-Patient-Beziehung zu ersetzen. Man müsste das intensiver erforschen, aber mir drängt sich der Eindruck auf, dass die Phase der auch politisch artikulierten Medizinkritik ungefähr zeitgleich mit dem Sieges-

⁹ Paula Braveman/Laura Gottlieb: The Social Determinants of Health. It's Time to Consider the Causes of the Causes. In: Public Health Reports 129 (2014), S.19–31.

¹⁰ Thomas McKeown: The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis? London 1976.

¹¹ Ivan Illich: Medical Nemesis. The Expropriation of Health. New York 1976.

¹² Flurin Condrau/Carsten Timmermann: Ivan Illichs Medical Nemesis und die Medizingeschichte. Nach Feierabend. In: Zürcher Jahrbuch für Wissenschaftsgeschichte 8 (2012), S.179–188.

zug der Ethik in der Medizin endete.¹³ Hier fügt sich Marckmanns Beitrag bestens ein, der über die Herausforderungen einer ethischen Begleitung von Public Health-Maßnahmen nachdenkt. Mit diesem Beitrag gelingt die Integration moralphilosophischer und damit normativer Überlegungen in diesen Sammelband, was ich angesichts der breiten Rezeption ethischer Gedanken in der gegenwärtigen Medizin für zentral halte. Mit dem normativen Framework der Ethik-Analyse – wie sie Marckmann vorschlägt – ergibt sich eine interessante Klassifikation und Diskussion wichtiger Grundfragen von aktuellen Public Health-Programmen. Anders als in der Medizingeschichte üblich, schlägt er wichtige Grundbegriffe vor. So spricht er von der „Wirksamkeit“ einer Public Health-Maßnahme als objektiv messbarer Größe. Nur: Wer bestimmt diese, wer definiert und wer überprüft die Wirksamkeit der Medizin? Die Medizingeschichte wird gegenüber solchen Begriffen eher skeptisch bleiben. Aber es leitet sich daraus die Forschungsfrage nach der Geschichte des Qualitätsbegriffs ab, gerade auch in Bezug auf die Frage nach „guten“ oder „hilfreichen“ Public Health-Maßnahmen. Die Medizingeschichte weiß zwar, dass ein „guter“ Arzt nur „gut“ in seiner Zeit ist, aber wie steht es um die Medizin? Was ist gute Medizin? Warum ändern sich die Herausforderungen und gibt es als historische Folge guter Medizin noch bessere Medizin oder muss die Historizität der Medizin anders als im Komparativ (gut-besser-am besten) gedacht werden?

Daten, die man für solche Fragen mobilisieren könnte, entstehen nicht einfach so, sondern werden in einem medizinischen, wissenschaftlichen und letztlich auch politischen Kontext „gemacht“. Die Historizität der Grundbegriffe wie beispielsweise desjenigen der Evidenz dürfte die Interpretationen der öffentlichen Gesundheit besonders seit dem Zweiten Weltkrieg maßgeblich beeinflusst haben. Das scheint mir die Hauptleistung des Beitrags von Martin Dinges zu sein, der die Historizität der Datenproduktion überzeugend vorführt. Er zeigt, wie in einem entsprechenden Kontext Daten fast automatisch weitere Forschung erzeugen, während zum Beispiel in Bezug auf die statistisch nachweisbare Übersterblichkeit der Männer eben kein solcher Automatismus ausgelöst wurde. Darauf lässt sich in zweierlei Richtung aufbauen: Einerseits sollten wir noch präziser nach der Entstehungsgeschichte von Daten fragen. Wie funktionieren die Kategorien, wer profitiert vom Nachweis bestimmter Zusammenhänge, wer kontrolliert die Messungen und wie geschehen diese überhaupt? Andererseits folgt aus den Daten nicht immer eine Intervention. Warum dominieren bestimmte Themen, während andere mehr oder weniger bewusst in den Hintergrund gerückt werden? Labischs Diktum von der „skandalisierten Krankheit“ weist in die richtige Richtung: Daten sind immer auch ein Ausdruck von Interessen. Diesen gilt es nachzuspüren – gerade wenn man sich im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin befindet. Dabei handelt es sich um eine Phase, die die Historizität der Evidenz eher leugnet, denn analysiert.

¹³ Roger Cooter: The Resistible Rise of Modern Bioethics. In: Social History of Medicine 8 (1995), S. 257–270.

Kurzbiografien der Autoren

Dr. phil. Monika Ankele ist Kuratorin am Medizinhistorischen Museum Hamburg sowie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Aktuell forscht sie an einem von der DFG geförderten Projekt zu materiellen Kulturen der Psychiatrie am Beispiel des Krankenbettes und des Dauerbades. Für ihre Forschung wurde sie unter anderem mit dem Michael Mitterauer-Preis und dem Käthe Leichter-Preis ausgezeichnet. Email: m.ankele@uke.de

Prof. Dr. phil. Eva Brinkschulte leitet den Bereich „Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin“ der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg. Ihre Forschungsschwerpunkte sind: Patienten- und Krankenhausgeschichte im 19. und 20. Jahrhundert, Medizin und Öffentlichkeit – mediale Kultur der Medizin, Historische Frauen- und Geschlechtergeschichte in der Medizin. Email: eva.brinkschulte@med.ovgu.de

Prof. Dr. phil. Flurin Condrau ist Professor für Medizingeschichte an der Universität Zürich. Er forscht regelmäßig zur Geschichte der Infektion. Dabei interessierte ihn der Zusammenhang von Cholera und städtischer Gesundheit am Beispiel der Schweiz des 19. Jahrhunderts. Er untersuchte den Zusammenhang von Sozialpolitik und Tuberkulosebekämpfung in Deutschland und England bis ungefähr 1930 und er befasste sich mit dem Problem der nosokomialen Infekte in englischen Krankenhäusern während der 1940er- und 1950er-Jahre. Zur Zeit leitet er ein Forschungsprojekt zur Geschichte der pädiatrischen Endokrinologie am Universitäts-Kinderspital Zürich und ist an mehreren Studien zur Medikamentenforschung in psychiatrischen Kliniken der Schweiz beteiligt. Email: flurin.condrau@uzh.ch.

Prof. Dr. phil. Martin Dinges ist stellvertretender Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart und apl. Professor für Neuere Geschichte an der Universität Mannheim. Er wirkt als Koordinator des Arbeitskreises für interdisziplinäre Männer- und Geschlechterforschung – Kultur-, Geschichts- und Sozialwissenschaften (AIM Gender), ist Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Stiftung Männergesundheit, Berlin und hat den Initiativkreis Kompetenzzentrum Jungen- und Männergesundheit mit begründet. Er forscht insbesondere zur Gesundheitsgeschichte der Neuzeit sowie zur Geschlechtergeschichte. Email: martin.dinges@igm-bosch.de

Prof. Dr. phil. Christoph Gradmann lehrt und forscht als Professor für Geschichte der Medizin an der Universität Oslo. Zu seinen Arbeitsgebieten zählen die Geschichte der medizinischen Mikrobiologie, der Arzneimittelforschung, der globalen Gesundheit sowie die historische Biografik. Gegenwärtig arbeitet er zur Zeitgeschichte der Tuberkulose in Ostafrika. Er ist unter anderem Verfasser einer Robert Koch-Biografie und hat sich jüngst mit Antibiotikaresistenzen beschäftigt. Email: christoph.gradmann@medisin.uio.no

Prof. Dr. med. Dr. phil. Alfons Labisch ist emeritierter Professor für Medizingeschichte. Er war zunächst an der Universität Gesamthochschule Kassel tätig und war von 1991–2015 Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Er ist Sprecher des Studienzentrums der Leopoldina. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen die Geschichte des Wechselverhältnisses von Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, Bedingungen und innere Antriebe ärztlichen Handelns, die Sozialgeschichte der Medizin und des öffentlichen Gesundheits- sowie des Hospital- und Krankenhauswesens, die Wissenschaftsgeschichte der menschlichen Bewegung und auch die Medizin-/Wissenschaftsgeschichte im eurasischen Wissenstransfer. Email: alfons.labisch@hhu.de

Dr. P. H. Joachim Larisch studierte Sozial- und Wirtschaftswissenschaften in Göttingen und Bremen. Er arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung „Gesundheit, Pflege und Alterssicherung“ des Socium Forschungszentrum „Ungleichheit und Sozialpolitik“ der Universität Bremen. Er forscht insbesondere zur Gesundheitsökonomik, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zum Arbeitsschutz. Email: jlarisch@uni-bremen.de

Prof. Dr. phil. Friedrich Lenger hat den Lehrstuhl für Mittlere und Neuere Geschichte an der Justus-Liebig-Universität Gießen inne. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen der vergleichenden Geschichte des Handwerks und der frühen Arbeiterbewegung, der Geschichte der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, der europäischen und nordamerikanischen Stadtgeschichte nach 1800 sowie auf der Geschichte und Theorie des globalen Kapitalismus seit dem späten 15. Jahrhundert. Im Kollegjahr 2011/12 war er Fellow des Historischen Kollegs. Email: friedrich.lenger@geschichte.uni-giessen.de

Prof. Dr. phil. Martin Lengwiler ist Ordinarius für Neuere Allgemeine Geschichte an der Universität Basel. Er hatte verschiedene Gastprofessuren und Fellowships inne. Zudem ist er assoziiertes Mitglied der Projektgruppe „Wissenschaftspolitik“ am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Insbesondere interessiert er sich für die Geschichte des Sozialstaats, die Geschichte des Gesundheitswesens, die Geschichte des Versicherungswesens sowie die historische Methodologie. Email: martin.lengwiler@unibas.ch

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH hat die Universitätsprofessur für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin inne und ist Vorstand des gleichnamigen Instituts an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Zu seinen Forschungsgebieten und Arbeitsschwerpunkten gehören philosophische Grundlagen der Medizinethik, die Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, Public Health-Ethik, die klinische Ethikberatung, die Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen sowie ethische Entscheidungskonflikte am Lebensende.
Email: marckmann@lmu.de

Prof. Dr. med. Rainer Müller ist Arzt für Arbeits- und Sozialmedizin und war bis 2007 Hochschullehrer für Arbeitsmedizin und Public Health an der Universität Bremen. Von 1988–2007 leitete er die Abteilung „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“ des Zentrums für Sozialpolitik. Darüber hinaus war er bis 2009 Betriebsarzt der Flughafen Bremen GmbH. Seine Forschungen beschäftigen sich vor allem mit dem Arbeitsschutz, der Geschichte der Arbeitsmedizin, der Gesundheitspolitik und Public Health. Email: rmueller@uni-bremen.de

Prof. Dr. med. Philipp Osten unterrichtet Geschichte und Ethik der Medizin und konzipiert Ausstellungen für das Medizinhistorische Museum Hamburg. Seine Publikationen befassen sich unter anderem mit Medizin und Krieg, mit der Etablierung einer Gesundheitsfürsorge für Kinder mit Körperbehinderungen, mit der Geschichte des Schlafs und mit dem Verhältnis von Medizin und Öffentlichkeit.
Email: p.osten@uke.de

Prof. em. Dr. med. Heinz-Peter Schmiedebach war von 1992 bis 2003 Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin an der Universität Greifswald. Von 2003 bis 2017 fungierte er als Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin an der Universität Hamburg. Von Oktober 2015 bis September 2017 war er zudem als Professor für Medical Humanities an der Charité Berlin tätig. Die Forschungsschwerpunkte liegen auf der Psychatriegeschichte und der Medizin des 18. bis 19. Jahrhunderts. Email: heinz-peter.schmiedebach@charite.de

Prof. Dr. rer. pol. Dr. med. Karl-Heinz Wehkamp hat eine Gastprofessur an der Universität Bremen inne und war zudem Professor für Gesundheitswissenschaften/Public Health/Ethik an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Er ist Gründungsdirektor des Zentrums für Gesundheitsethik Hannover/Loccum und betätigt sich als freier Klinikberater für Medizinethik und Ökonomie. Er publiziert insbesondere zur Theorie der Medizin, zu Medizinethik und zu Public Health-Ethik. Email: karl.wehkamp@uni-bremen.de

Personenregister

In den Fußnoten erwähnte Briefpartner sind ebenso berücksichtigt wie Autoren, deren Position in den Fußnoten diskutiert wird. Dagegen sind indirekte Nennungen nicht aufgenommen.

- Abel-Smith, Brian 129
Abholz, Heinz-Harald 118, 123-125
Ackerknecht, Erwin 215
Ackerknecht, Erwin H. 231, 235
Alexander II., Zar von Russland 87
Ankele, Monika 21f., 236
Antonovsky, Aaron 61
Aresin, Lykke 192
Arnheim, Rudolf 218
Arthur S. (Patient) 165
Atzler, Edgar 156
Bandel, Rudolf 144
Barber, Mary 107
Beck, Stefan 118
Becker, Hans von 208
Behrens, Peter 214
Belgrand, Eugène 88
Belting, Hans 205
Berger, Silvia 101f.
Berliner, Max 156f.
Beyer, Alfred 144
Beyer, Christof 166
Bleuler, Eugen 160
Blohmke, Maria 119f.
Boecker, Eduard 140
Boerner, Paul 209f.
Bohlender, Matthias 85
Borgers, Dieter 123
Boyd, Danah 58
Brauer, Ludolph 156
Brinkschulte, Eva 22f., 236
Browning, Carl H. 101
Bründel, Heidrun 149
Bud, Robert 103
Bulcke, Carl 217
Buñuels, Luis 202
Burkert, Walter 196
Cannan, Edwin 86
Carl L. (Patient) 167
Carman, William F. 74
Casadevall, Arturo 112
Chadwick, Edwin 85, 88-90
Chan, Margaret 96
Christian K. (Patient) 169
Condrau, Flurin 24
Corbin, Alain 88
Cotta, Johann Friedrich 209
Crawford, Kate 58
Cunningham, Andrew 100, 111
Dabrock, Peter 59f.
Deppe, Hans-Ulrich 125
Dinges, Martin 20f., 237
Donzelot, Jacques 91-93
Douglas, Mary 180, 187
Dubos, René 108
Ducpétiaux, Edouard 89
Ehrlich, Paul 101
Ekkernkamp, Axel 4
Elias, Norbert 232
Engels, Friedrich 86f., 90, 210
Ericsson, Hans 107
Ernst, Anna-Sabine 184f.
Falkow, Stanley 97, 110
Farr, William 86f., 91
Fischer, Alfons 134f., 141f., 144
Fischer, Alfred 144
Fleck, Ludwik 102
Flügge, Carl 140f.
Foucault, Michel 12, 85, 91, 94, 190, 229, 232f.
Frank, Johann Peter 12, 16, 203, 206, 232f.
Franz-Joseph I., Kaiser von Österreich 87
Friedberger, Ernst 156
Fuchs, Carl Johannes 92
Gaupp, Robert 156
Goebbels, Joseph 222
Goethe, Johann Wolfgang von 231
Gradmann, Christoph 18f., 235
Griffith, Fred 103
Grimm, Michael 58
Grotjahn, Alfred 13, 118f., 123, 143
Grumpelt, Ute 188
Guérin, Jules 35
Gunning, Tom 215
Habermas, Jürgen 214

- Hanko, Gerhard 168
 Harnack, Arvid 184
 Häufig, Ernst Moritz 219
 Haussmann, Georges-Eugène, Baron 18, 87f.,
 90, 94
 Helene B. (Patientin) 165
 Helmholtz, Hermann von 209
 Henkel, Fritz 204
 Herting, Johannes 174
 Herzog, Dagmar 190, 192f.
 Heyer, Wolfgang 227
 Heymann, Bruno 140f.
 Hindenburg, Paul von 219
 Hirsch (Dr.) 168
 Hirschfeld, Magnus 202
 Hitler, Adolf 223
 Hufeland, Christoph Wilhelm 203, 206, 209
 Hurrelmann, Klaus 149
 Illich, Ivan 120, 236
 Jakobsohn, Siegfried 219
 Johanna S. (Patientin) 168
 Johannes M. (Patient) 170
 Kafka, Franz 222
 Kampf, Arthur 218
 Kaufman, Nicholas 218
 Kaufmann, Franz-Xaver 44
 Kaupen-Haas, Heidrun 126
 Kay, Ellen 216
 Keitz, Ursula von 219
 Kickbusch, Ilona 9
 Kirby, William 106
 Kirch, Karl Maria 228
 Klimsch, Fritz 218
 Knauth, Fritz 212f.
 Koch, Robert 35, 40, 88, 98f., 102, 111, 210
 Kolb, Gustav 171
 Konitzer, Paul 182
 Koster, Friedrich 174
 Küchenmeister, Vera 184
 Küchenmeister, Walter 184
 Kuhn, Thomas S. 51, 119
 Labisch, Alfons 13f., 232f., 237
 Ladd, Brian 90
 Lampe, Felix 216–218
 Larisch, Joachim 15, 234
 Latour, Bruno 63
 Lawrence, Christopher 101
 Lazer, David 56
 Le Pen, Jean-Marie 36
 Lederberg, Joshua 95f.
 Lenger, Friedrich 17f., 233
 Lengwiler, Martin 20, 118, 180, 235
 Levy, Michel 35
 Levy, Stuart 96
 Linek, Jenny 186
 Lingner, Karl August 211
 Lothar M. (Patient) 165f.
 Louise S. (Patientin) 166
 Ludendorff, Erich 215
 Ludwig B. (Patient) 170f.
 Luther, Martin 205
 Madarász, Jeannette 118, 180
 Marckmann, Georg 16f., 237
 Marcusson, Erwin 185
 Marcusson, Hilde(gard) 185
 Martini, Oskar 153f.
 Marx, Karl 86
 McFarlane Burnet, Frank 105
 McKeown, Thomas 127, 236
 Mehlan, Karl-Heinz 192
 Mensendieck, Bess 227
 Merin-Georgi, Yvonne 226f.
 Milankovich, Alexis 103
 Mittelstraß, Jürgen 64
 Mohl, Robert von 117
 Moro, Ernst 156
 Moses, Julius 155–157, 164
 Müller, Rainer 15, 234
 Müller-Jung, Joachim 53
 Münsterberg, Hugo 215
 Mussolini, Benito 218
 Napoléon III., Kaiser von Frankreich 87
 Nash, Linda 105
 Neuberger, Theodor 170
 Nichol, Kristin L. 78
 Nißler, Karl Ludwig 187
 Noldan, Sven 220
 Obama, Barack 52
 Osler, William 32
 Osten, Philipp 23f., 233
 Ostmann (Psychiater) 154
 Ostwald, Hans 218
 Parkes, Edmund 35
 Parsons, Talcott 119
 Pasteur, Louis 35, 99
 Paul H. (Patient) 169
 Paul, Elfriede 23, 179, 182–193, 195–199, 236
 Pawlow, Iwan Petrowitsch 181
 Petersen, Walter 211
 Pettenkofer, Max von 13f., 34f., 134
 Pflanz, Manfred 126
 Pirofski, Liise-Anne 112
 Podolsky, Scott 101
 Popper, Ludwig 144
 Porter, Dorothy 12
 Potter, Jan 74

- Prager, Wilhelm 218
 Predöhl, August 98
 Quételet, Adolphe 143
 Rathenau, Walter 214
 Rawls, John 67
 Riefenstahl, Leni 218
 Rockefeller, John Davison, Sr. 218
 Roemer, Hans 159
 Rogers, David 106–108
 Rohde, Johann Jürgen 126
 Rose, Nikolas 91, 233
 Rosen, George 10, 231
 Rosenbrock, Rolf 118, 123–125
 Ruttmann, Walter 220
 Sammet, Kai 172
 Schaefer, Hans 119f., 126
 Schäfer, Gerhard 167, 172
 Schenk (Dr., Arzt in Langenhorn) 165
 Schloßmann, Arthur 216
 Schmidt-Kolmer, Eva 185
 Schmiedebach, Heinz-Peter 234
 Schmoller, Gustav 118
 Schröder, Carl August 170
 Schuller, Alexander 125
 Schulze-Boysen, Harro 184
 Schweitzer, Carl Christoph 228
 Seidler, Eduard 206
 Sherris, John 107
 Siegrist, Johannes 118, 124–126
 Siemens, Werner von 209
 Sierau, Max 163, 165, 169
 Sigerist, Henry E. 10, 231
 Silberschmidt, Helene 160
 Simon, Hermann 160–162, 164
 Smith, Theobald 109
 Sophie B. (Patientin) 166
 Stein, Lorenz von 34
 Steinach, Eugen 218
 Stevenson, Robert Louis 90
 Stiasny, Philipp 216
 Stollberg-Rilinger, Barbara 196
 Streicher, Julius 224
 Strobel, Käthe 229
 Süß, Winfried 180
 Süßmuth, Rita 11, 36
 Talbot, Fox 211
 Taleb, Nassim Nicholas 63
 Thomalla, Curt 218, 222, 225f.
 Thumm, Maximilian 154, 160
 Tibayrenc, Michel 95f.
 Titmuss, Richard 129
 Trojan, Alf 2, 118, 123f., 129
 Tucholsky, Kurt 201f., 229
 Tymkiw, Michael 221
 Virchow, Rudolf 209
 W. (Patient) 170
 Wagner, Adolph 117f.
 Wagner, Gerhard 226
 Waldemar M. (Patient) 169
 Waller, Heiko 118, 123f., 126
 Walter, Bernd 158
 Wehkamp, Karl-Heinz 15, 234
 Weindling, Paul 101, 159
 Weygandt, Wilhelm 159, 172, 213
 Wiedfeldt, Otto 92
 Wilhelm I., Kaiser von Deutschland 87
 Wilhelm II., Kaiser von Deutschland 212
 Winter, Kurt 144, 185
 Wolf, Friedrich 203, 225
 Wolff, Eberhard 8, 206
 Zetkin, Maxim 188
 Zimmermann, Reinhard Sebastian 208

