



Leseprobe aus Ruckstuhl, Gesundheitsförderung, ISBN 978-3-7799-6168-0

© 2020 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel

[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6168-0)

isbn=978-3-7799-6168-0

# 1. Die kurze Episode des „Sozialen“ in der öffentlichen Gesundheit

Das Verdienst der Sozialhygiene – so wird ihr nachgesagt – sei, dass sie das „Soziale“ thematisiert habe. Konkret heißt das, dass sie insbesondere die sozialen Lebensbedingungen als Ursache für die Entstehung von Krankheiten in den Blick genommen hat. Herausgefordert unter anderem von den negativen Folgen der zweiten Industrialisierungswelle und den nicht erfüllten Erwartungen der Bakteriologie, konnte sich die Sozialhygiene als Leitwissenschaft der öffentlichen Gesundheit nach dem Ersten Weltkrieg in Forschung und Praxis entwickeln und etablieren (Moser 2002, Heinzelmann 2009). Sie erlebte eine kurze, produktive Phase, die durch den Nationalsozialismus und die von ihr in radikaler Weise umgesetzte Rassenhygiene ein abruptes Ende fand. Durch diesen Bruch und ihre Nähe zur Eugenik, verlor die Sozialhygiene und mit ihr die Wissens- und Erfahrungsbestände hinsichtlich des Sozialen in der öffentlichen Gesundheit an Bedeutung. Erst in den 1970er-Jahren gewannen soziale Aspekte für die Betrachtung von Gesundheit und Krankheit erneut an Aufmerksamkeit.

Der Blick auf die Sozialhygiene und den Nationalsozialismus führt deutlich vor Augen, wie eng das Verständnis und der gesellschaftliche Umgang mit Gesundheit und Krankheit mit den soziokulturellen und politischen Verhältnissen verbunden sind. Der Fokus des folgenden Kapitels liegt auf Deutschland, da dieses das Zentrum sowohl der Sozialhygiene wie auch des Nationalsozialismus war.

## 1.1 Die Sozialhygiene als Leitwissenschaft der öffentlichen Gesundheit

Die Zeit nach dem Ersten Weltkrieg bis zur Machtübernahme der Nationalsozialisten, die Weimarer Republik, wird als die eigentliche Blütezeit der öffentlichen Gesundheit und ihrer Leitwissenschaft, der Sozialhygiene, bezeichnet (Eckart 1991). Als Wissenschaft beschäftigte sie sich mit vorwiegend sozialwissenschaftlichen Fragestellungen. Ihr Hauptgegenstand waren die sich wechselseitig beeinflussenden Zusammenhänge von Gesellschaft, Gesundheit, Krankheit und Tod (Labisch 1992). Die Sozialhygiene schrieb den wirtschaftlichen, politischen, sozialen und psychologischen Aspekten als Ursache von Krankheiten eine bedeutende Rolle zu und ging so über die materiellen Umweltfaktoren sowie pathophysiologischen Parameter als Erklärung für Krankheit und Tod hinaus.

Erste Ansätze für die Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Krankheit und gesellschaftlicher Lage, auch unter dem Sammelbegriff soziale Medizin gefasst, gab es bereits Mitte des 19. Jahrhunderts und sind im deutschsprachigen Raum eng mit den Namen Salomon Neumann (1819–1908) und Rudolf Virchow (1821–1902) verknüpft (Balkhausen 2007). Diese Ansätze konnten sich damals jedoch nicht etablieren. Stattdessen setzte sich die naturwissenschaftlich ausgerichtete experimentelle Hygiene durch. Ab den 1880er Jahren erlebte die öffentliche Gesundheit mit der Leitwissenschaft Bakteriologie einen „beispiellosen“ Aufschwung (Eckart 1991). Erst mit den Problemen, die als Folge der zweiten Industrialisierungsphase insbesondere mit den schnell wachsenden Städten auftraten, gewannen die Hygiene, die sich mit den Wechselwirkungen von Gesellschaft und Krankheit befasst, um 1900 erneut an Interesse (Moser 2002, S. 42f.). Ab diesem Zeitpunkt bis zum Ersten Weltkrieg wurden erste Grundlagen für die Sozialhygiene formuliert, die nach dem Krieg starke Verbreitung fanden.

Mit dem Blickwechsel veränderten sich die Strategien der Massnahmen zur Verhinderung von Krankheiten. Neben den klassischen Umgebungsfaktoren wie etwa Trinkwasserqualität oder Abwassersysteme als mögliche Überträger von Infektionskrankheiten wurden nun auch soziokulturelle Faktoren in die gesundheitspolitischen Überlegungen und Maßnahmen miteinbezogen. Als Grundlage wurde nach spezifischen sozialen Kontextfaktoren gesucht, woraus eine vielfältige empirische Sozialforschung resultierte. Eine der umfassenden Darstellungen war *Krankheit und soziale Lage* von Mosse und Tugendreich 1913. Diese Studien werden auch als Beginn einer empirischen Ungleichheitsforschung gesehen (Mielck 1994a, 1994b). Aufbauend auf den gewonnenen Erkenntnissen wurden Strategien und Maßnahmen für Personengruppen formuliert, die aufgrund ihrer sozialen Lage besonderen Gefährdungen ausgesetzt waren. Das heisst, sozial benachteiligte Gruppen erhielten besondere Aufmerksamkeit. Die wissenschaftliche Fundierung der Gesundheitsgefährdungen im Zusammenhang mit den spezifischen Lebensbedingungen von sozial Benachteiligten war neu und ist ein wesentliches Merkmal der Sozialhygiene (Labisch, Woelk 1998).

Repräsentiert wurde die sozialwissenschaftlich ausgerichtete Sozialhygiene von einer ansehnlichen Anzahl Wissenschaftler, die innerhalb eines kurzen Zeitraums eine Fülle wissenschaftlicher Grundlagen erarbeiteten. Zu den bekanntesten Vertretern der Gründergeneration gehören Alfred Grotjahn (1869–1931), Adolf Gottstein (1857–1941) und Alfons Fischer (1873–1936). Große Bekanntheit erhielt auch der österreichische Wissenschaftler Ludwig Teleky (1872–1957). Die Sozialhygiene war aber keineswegs eine homogene Bewegung, sondern umfasste unterschiedliche Richtungen. Ausführliche Darstellungen zur Entwicklung der Sozialhygiene liegen von Moser (2002) und Heinzelmann (2009) vor. Nachfolgend stehen die Vorstellungen von Grotjahn im Zentrum.

Grotjahn erhielt in Berlin 1920 den ersten Lehrstuhl für Sozialhygiene, den er bis zu seinem Tod 1931 innehatte (Eckhart 1991). In seinem Hauptwerk *Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der Krankheiten als Grundlage der sozialen Hygiene* beschrieb er die zentralen Pfeiler der Sozialhygiene. Darin bezeichnete Grotjahn die wissenschaftliche Untermauerung für die Bedeutung des Sozialen in der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit selber als *Novum*. Dass sich eine solche Perspektive nicht schon früher durchgesetzt habe, erklärte er mit dem „unerhörten Aufschwung“ der naturwissenschaftlichen Medizin im Verlauf des 19. Jahrhunderts. Diese Orientierung habe die Erforschung der Beziehungen zwischen Krankheiten und den gesellschaftlichen Verhältnissen erschwert (Grotjahn 1923). Gemeint war die Bakteriologie, Sie hatte nicht nur einen Aufschwung der öffentlichen Gesundheit ausgelöst, sondern gleichzeitig hohe Erwartungen erzeugt. Um 1900 setzte sich die Erkenntnis durch, dass der Kampf gegen die Bakterien allein nicht genüge. Vor Augen geführt hat dies insbesondere die stark verbreitete Lungentuberkulose, von der die ärmeren Schichten viel stärker betroffen waren (Ruckstuhl, Ryter 2017, S. 141–152). Von diesem Vertrauensschwund profitierte die Sozialhygiene mit den sozialen Erklärungsmodellen für die Entstehung von Krankheiten (Lengwiler 2010). Sehr früh schon hatte Grotjahn in seinen wissenschaftlichen Grundlagenarbeiten auch die künftigen Generationen, sprich die Fortpflanzung im Blick. Die Sexualhygiene, so war er überzeugt, könne der drohenden „Degeneration“, die damals Gegenstand heftiger Diskussionen war, entgegenwirken (Moser 2002, S. 42).

Im Zusammenhang mit der sich später entwickelnden Gesundheitsförderung sind drei Merkmale der Sozialhygiene interessant. Ein erstes Merkmal ist der enge Bezug von Wissenschaft und Praxis. Das Zusammenspiel zwischen Forschung und Umsetzung in der Praxis über die Gesundheitsfürsorge wird in der deutschen Sozialhygiene als einzigartig bezeichnet (Heinzelmann 2009). Dieses basierte auf Grotjahns Konzept, welches eine deskriptive und eine normative soziale Hygiene unterschied. Die deskriptive soziale Hygiene umfasste die Lehre der Entstehungsbedingungen von Krankheiten, während die normative soziale Hygiene, die Lehre der Maßnahmen, die Etablierung einer „hygienischen Kultur“ zum Ziel hatte (Grotjahn 1923).

Das zweite Merkmal betrifft die gesundheitspolitische Praxis. Die Berücksichtigung der sozialen Aspekte bei der Krankheitsentstehung führte in der Konsequenz dazu, dass die geforderten Maßnahmen nicht auf die Gesundheitspolitik begrenzt blieben, sondern auch sozialpolitische Maßnahmen miteinschlossen. Nach Grotjahn sollten „alle Dinge des öffentlichen Lebens und der sozialen Umwelt im Hinblick auf ihren Einfluss auf die körperlichen Zustände“ betrachtet werden. Es lag also nahe, auf Maßnahmen zu setzen, die „keineswegs immer einen rein ärztlichen Charakter zu haben brauchen, sondern sehr häufig in das Gebiet der Sozialpolitik oder Politik überhaupt hinübergreifen“ (Grot-

jahn 1923, S. 6). Auf der Basis dieser Argumentation plädierte die Sozialhygiene stark für sozialpolitische Interventionen. Das hiess, dass sich nun auch die Sozial- und Wirtschaftswissenschaften als wichtige Bezugsdisziplinen der öffentlichen Gesundheit entwickelten (Eckart 1991).

Mit den typisch sozialhygienischen Einrichtungen entstand in der Praxis, wie beispielsweise in der Säuglingspflege oder der Tuberkulose- und Alkoholfürsorge eine neue Berufsgruppe, die Gesundheitsfürsorgerin (Sachsse 1986). Zwischen der Medizin und der Gesundheitsfürsorge als Teil der sich professionalisierenden Sozialen Arbeit, entwickelte sich eine enge Zusammenarbeit und stellt ein drittes Merkmal der Sozialhygiene dar (Ruckstuhl, Ryter 2017, S. 139, 147 ff.).

Praxisfelder der Sozialhygiene waren die genannten Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge sowie kommunale, gemeindebezogene Gesundheitsämter, in denen unterschiedliche Berufsrichtungen zusammenarbeiteten. In Berlin gab es neben den kommunalen Gesundheitsämtern auch Ambulatorien und „Gesundheitshäuser“, die gleichzeitig Familien-, Jugend- und Gesundheitsfürsorge mit wirtschaftlicher Hilfe anboten (Labisch 1992).

Die Gesundheitsfürsorge fokussierte auf zwei thematische Arbeitsfelder: Ein erstes umfasste Gruppen, die durch die Faktoren Alter, soziale Lage oder Berufstätigkeit gesundheitlichen Gefährdungen ausgesetzt waren. Beispiele dazu sind die Einrichtungen der Säuglingsfürsorge oder die Sexualberatungsstellen. Das zweite Arbeitsfeld betraf Gruppen von Menschen, die von übertragbaren Krankheiten wie Tuberkulose oder Geschlechtskrankheiten betroffen waren (Labisch, Woelk 1998). Durch diesen stark ausgebauten Fürsorgebereich erhielten Familien, Frauen und Männer insbesondere der sozial benachteiligten Schichten Unterstützung (Frohmann 2014). Labisch weist aber zu Recht darauf hin, dass unter dem „Schild der Fürsorge“ auch der Zugang zu einer medialen Kultur für eine neue Gruppe geöffnet wurde (Labisch 1992).

## **Fazit**

Eine große Leistung und wie eingangs erwähnt ein großes Verdienst der Sozialhygiene ist, dass sie die Bedeutung der Lebensbedingungen für die Entstehung von Krankheiten wissenschaftlich belegte und dadurch sichtbar machte (Niehoff 1992). Sie beeinflusste, auch wenn sie lange aus der gesundheitspolitischen Debatte verschwand, vom Denkansatz her die medizinkritischen Diskussionen in den 1970er-Jahren als es darum ging, den Blick erneut auf die sozialen Bedingungen für die Entstehung von Krankheiten zu lenken.

## 1.2 Die Rassenhygiene im Nationalsozialismus

Kaum hatte sich die Sozialhygiene in Wissenschaft und Praxis etabliert, fand sie 1933 mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten ein abruptes Ende. Sie war schon vorher der Kritik durch die Nationalsozialisten ausgesetzt, denn diese sahen in der Unterstützung der sozial schwächeren Menschen eine Förderung der „Volksentartung“ (Eckart 1994).

Im Nationalsozialismus wurde die Sozialhygiene durch die sozialdarwinistisch geprägte Rassenhygiene ersetzt. Diese war jedoch kein neues Phänomen. Seit Ende des 19. Jahrhunderts hatte sich zeitlich parallel zu der Sozialhygiene die Eugenik zu einer gesundheits- und sozialpolitischen Bewegung entwickelt. Die Diskussionen über das „Schreckgespenst drohender Entartung“ gewannen aufgrund der Folgen des Krieges und der Krisen nach dem Ersten Weltkrieg an Bedeutung (Eckart 1991, 2012). Die Eugenik verfolgte das Ziel, die „Entartung“ durch Eingriffe in das Fortpflanzungsverhalten von Frauen und Männern aufzuhalten. Die Massnahmen reichten von der Förderung von erwünschtem Nachwuchs über Heiratsverbote bis hin zu Zwangssterilisationen und -abtreibungen. In Deutschland setzte sich anstelle der Eugenik der Begriff Rassenhygiene durch. Die Begriffe werden zwar oft synonym verwendet, mit Rassenhygiene wird jedoch stärker ein rassischer und rassistischer Aspekt assoziiert (Dubach 2013, S. 70).

In der Zwischenkriegszeit hatten eugenisch-biologische Vorstellungen in allen politischen Lagern hohe Akzeptanz. Viele verstanden die Eugenik als Ausweg aus der Krise und als fortschrittliche Lösung der sozialen Probleme (Dubach 2013, S. 68). Sie wird deshalb auch als moderne Sozialtechnologie interpretiert (Lengwiler 2009, S. 199). Auch Grotjahn und die meisten anderen Sozialhygieniker setzten sich mit eugenischen Fragen, der „Hygiene der Fortpflanzung“, auseinander (Labisch 1992). Grotjahn distanzierte sich jedoch klar von der sozialdarwinistisch orientierten Rassenhygiene (Heinzelmann 2009). Eine kritische Auseinandersetzung der Sozialhygiene insbesondere von Grotjahn mit der Eugenik liefert Ursula Ferdinand (2007).

Die eugenische Bewegung war nicht auf Deutschland begrenzt, sondern war in einem internationalen Netzwerk organisiert (Weingart, Kroll, Bayertz 1992). Auch in der Schweiz stiess dieses Denken auf Anklang. Der Kanton Waadt hatte seit 1928 eine Gesetzgebung, die eine Sterilisierung bei unheilbar geisteskranken und geistesschwachen Personen zuließ. Die Praxis der Sterilisation wurde aber auch in anderen Kantonen, vornehmlich bei Frauen, angewendet (Gossenreiter 1995, Dubach 2013, Wecker et al. 2013).

Bereits seit Anfang der 1930er Jahre nahm der Druck auf die sozialreformistische Ausrichtung innerhalb der Sozialhygiene zu. Das Ersetzen der Sozialhygiene durch die Rassenhygiene in Deutschland geschah dann aber mit großer Geschwindigkeit. Mit dem „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamten-

tums“ vom 7. April 1933 wurden die fürsorglich-sozialhygienisch orientierten Einrichtungen in solche für nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege umgewandelt und mit einem personellen Umbau der Leitungsfunktionen verbunden (Labisch 1992). Die Vertreter der Sozialhygiene, viele von ihnen Juden oder Kommunisten, wurden ins Exil vertrieben oder später in den Konzentrationslagern ermordet (Heinzelmann 2009). Die Durchsetzung war möglich, da das sozialbiologisch und rassenhgienisch orientierte eugenische Modell inzwischen bei einer grossen Anzahl von Ärzten konsensfähig geworden war (Baader 2018, S. 128).

Auf struktureller Ebene wurden mit der Verabschiedung des „Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ (GVG) vom 3. Juli 1934 die alten kommunalen Gesundheitsämter aufgehoben, die klassischen staatlichen Gesundheitsleistungen mit der kommunalen Gesundheitsfürsorge gebündelt und auf der Basis einer nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege dem Reichsinnenministerium unterstellt (Labisch, Tennstedt 1988). Unter diesen Maßnahmen brach die Sozialhygiene zusammen; gleichzeitig bedeutete es das Ende einer innovativen Kultur kommunaler und an Soziallagen orientierter Gesundheitssicherung (Eckart 1994).

Die Gesundheitspolitik im Nationalsozialismus verfolgte das Ziel, auf rassenhgienischen und erbbiologischen Grundlagen einen „arischen Volkskörper“ zu schaffen. Mit diesem Begriff wurde ein biologisches Modell auf die Entwicklung einer Gesellschaft übertragen und in Analogie gesetzt zur Funktionsweise des Körpers (Eckart 1998, 2012). Es ging nun nicht mehr um die Gesundheit der Einzelnen, sondern um die Leistungsfähigkeit des „Volkskörpers“. In Analogie zum Körper wurde jede Maßnahme gerechtfertigt, die der Eliminierung eines kranken Gliedes diene. Diese Konzeption mit dem Ziel einer arischen Gesellschaft machte den einzelnen Menschen bedeutungslos und rechtfertigte jede Maßnahme, selbst die Tötung. Gesundheit verkörperte Leistung und wurde für den Einzelnen zur Pflicht, wie der Reichsgesundheitsführer Conti 1939 formulierte:

„Die Volksgesundheit macht es jedem zur Pflicht, sich vor Krankheit zu schützen, so gut er dies vermag; sie macht es jedem zur Pflicht, seine Umwelt zu schützen nach besten Kräften. Es kann nicht in das Belieben eines Kranken gestellt werden, ob er gesund werden will; er ist verpflichtet, alles zu tun, um wieder gesund zu werden.“  
(Conti zit. in: Schwach 2002, S. 137)

Gesundheit war nun im totalen Blick des Staates. Wer keinen Nutzen für den Staat erbrachte, hatte auch keine Daseinsberechtigung. Die gesetzlichen Grundlagen für das Ziel des „arischen Volkskörpers“ wurden immer ausgrenzender. Sie reichten vom Ausschluss von krankem oder „minderwertigem arischem“ Erbgut über das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von 1933,