

10. *Bowley, A. L., und Hogg, M. N.*: Has Poverty Diminished? A Sequel to: 'Livelihood and Poverty'. London 1925.
11. *Kantorowicz, M.*: Die Tuberkulosensterblichkeit in England und Wales. In: Ergebnisse der Sozialen Hygiene und Gesundheitspflege. Bd. 2 (1930), S. 180—224.
12. *Hueppe, Ferdinand*: Autoergographie. In: Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen. Herausgegeben von Luis R. Grote. Bd. 2, Leipzig 1923, S. 123 (47).
13. *Shoshin, A. A.*: Osnovy Meditsinskoy Geografii (Grundlage der Medizinischen Geographie) Akademiya Nauk SSSR. Zapiski Geograficheskogo Obshchestva Soyuz SSSR. Tom 32 Novaya Seriya (Akademie der Wissenschaften UdSSR Annalen der Geographischen Gesellschaft UdSSR Bd. 32 N. F.).
14. *Kay, James Phillips* (Sir James Kay-Shuttleworth): The Moral and Physical Condition of the Working Classes Employed in the Cotton Manufacture in Manchester. Erste Ausgabe 1832; zweite, ergänzende Ausgabe 1832; Neudruck, mit einer Einleitung von E. L. Burney, Manchester, Didsbury 1969.
15. *Niedermeyer, Albert*: Kulturhygiene, Moralphygiene. Herausgegeben von Alfons Fischer, Karlsruhe i. B. 1931.
16. *Ders.*: Allgemeine Pastoralmedizin. 2 Vols. Wien 1952—1955.
17. *Ders.*: Compendium der Pastoralen Hygiene. Wien 1956.
18. *Ders.*: Grundriß der Sozialhygiene. Wiener Beiträge zur Hygiene. Bd. 5 (1957).
19. *Rott, F.*: Das Sozialhygienische Schrifttum im Jahre 1932. Gleichzeitig ein Versuch zur Umgrenzung der Sozialen Hygiene in Wissenschaft und Praxis. In: Archiv für Soziale Hygiene und Demographie. N. F. Bd. 8 (1933/34), S. 203—213; 343—351.
20. *Tschuprow, A. A.*: Grundbegriffe und Grundprobleme der Korrelationslehre. Berlin 1925.
21. *Oppenheimer, Franz*: Erlebtes, Erstrebtes, Erreichtes. Neudruck, herausgegeben von L. Y. Oppenheimer, Düsseldorf 1964.

George Rosen, What is Social Medicine? A Genetic Analysis of the Concept. Bulletin of the History of Medicine Vol. XXI (1947), pp. 674—733. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Manfred Skopec.

WAS IST SOZIALMEDIZIN?

Analyse der Entstehung einer Idee

Von GEORGE ROSEN

I. Einführung

Krankheit ist ein biologischer Prozeß, der älter ist als der Mensch. Er ist so alt wie das Leben selbst, denn er ist ein Attribut des Lebens. Ein lebendiger Organismus ist eine labile Ganzheit in einer Welt, in der alles in Fluß und Wechsel begriffen ist, und Gesundheit und Krankheit sind zusammengehörige Aspekte dieser alles durchdringenden Instabilität. Gesundheit und Krankheit sind Ausdrucksformen der wechselnden Beziehungen zwischen den verschiedenen Bestandteilen des Körpers und zwischen dem Körper und der äußeren Umgebung, in der er lebt. Als ein biologisches Phänomen werden die Ursachen der Krankheit im Reich der Natur gesucht; aber im Menschen hat die Krankheit noch eine andere Dimension. Nirgendwo begegnet menschliche Krankheit als 'reine Natur'; statt dessen ist sie immer vermittelt und modifiziert durch die soziale Aktivität und die kulturelle Umgebung, die eine derartige Aktivität schafft.

Diese allgemeinen Auffassungen sind nicht neu, und in früheren Zeiten waren sie den Ausübenden der Medizin auf empirische Art bewußt. Die medizinische Praxis war immer verbunden mit den sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen bestimmter Menschengruppen, doch nur selten wurden diese Beziehungen zum Gegenstand theoretischer Diskussionen gemacht. Erst in der Neuzeit tritt ein klares Bewußtsein auf, daß soziale Bedingungen und medizinische Probleme durch ein enges Band verknüpft sind. Die Not-

[Sperrungen in Zitaten wurden von d. Red. in Kursiv umgewandelt.]

wendigkeit der Berücksichtigung sozialer Gesichtspunkte bei der Behandlung medizinischer und hygienischer Probleme wurde von verschiedenen Ärzten während des 18. Jahrhunderts erkannt. In diesem Zusammenhang sind vermutlich Bernardino Ramazzini und Johann Peter Frank am besten bekannt. Es blieb aber dem 19. Jahrhundert vorbehalten, die Idee der Medizin als sozialer Wissenschaft zu entwickeln und allmählich mit größerer Genauigkeit und Klarheit den Begriff der Sozialmedizin darzulegen.

II. Medizin — eine soziale Wissenschaft. Die Idee von 1848

1893 führte Emil Behring in einer Abhandlung, die sich mit der ätiologischen Therapie von Infektionskrankheiten beschäftigte, als Charakteristikum des medizinischen Denkens des frühen 19. Jahrhunderts die Verbindung von sozialem Elend und Krankheit in einem Kausalzusammenhang an.¹ Zur genaueren Illustrierung dieses Gedankens verwies er auf Rudolf Virchows Bericht über die Typhusepidemie in Oberschlesien im Jahr 1847. Virchow verstand den Ausbruch dieser Epidemie als Ergebnis eines Komplexes sozialer und wirtschaftlicher Faktoren, und erwartete sich demgemäß wenig von einer medizinischen Therapie. Statt dessen schlug er eine durchgreifende Sozialreform vor, die in sehr allgemein gehaltenen Formulierungen „volle und unumschränkte Demokratie“, Bildung, Freiheit und Wohlstand umfaßte. Behring zollt Virchow nur einschränkendes Lob und stellt fest, daß, obwohl diese Ansichten auch ihre Verdienste hätten, man nun doch, dem Verfahren Robert Kochs folgend, dem Studium der Infektionskrankheiten direkt

¹ E. Behring: Gesammelte Abhandlungen zur ätiologischen Therapie von ansteckenden Krankheiten, Leipzig, Georg Thieme, 1893, S. XVII (Der Beginn der sozialen Ära aber macht sich in unserem Jahrhundert bemerkbar in der Zurückführung der Krankheiten auf das soziale Elend), und S. XIX (Hier finden wir die Anschauungen in voller Schärfe, welche noch lange Zeit einer naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise der Krankheitsätiologie entgegenstanden: die Zurückführung der epidemischen Krankheiten auf das soziale Elend).

nachgehen könne, ohne von sozialen Betrachtungen und Reflexionen über Sozialpolitik abgelenkt zu werden.²

Was ist die Bedeutung dieser tiefen Kluft, die Behring und Virchow trennt? Einen Ausgangspunkt für die Beantwortung dieser Frage bietet eine Analyse von Virchows Auffassung über das Wesen der Medizin. Die Grundlage für eine solche Analyse bildet der Umstand, daß Virchows Ansichten aus seinen Unternehmungen während der revolutionären Bewegung des Jahres 1848 herrühren und so in seine Formulierungen integriert sind.³

Am 1. Mai 1848 versuchte Virchow in einem Brief an seinen Vater seinen grundsätzlichen Standpunkt zu erklären: „In den Menschen habe ich mich oft getäuscht, in der Zeit noch nicht. Davon habe ich den Vortheil gehabt, daß ich jetzt kein halber Mensch bin, sondern ein ganzer, u. daß mein medicinisches Glaubensbekenntniß in mein politisches u. sociales aufgeht.“⁴ Aus Virchows Handlungen wird klar, daß er auch ausführte, was er predigte. Die Märztage in Berlin waren der siegreichen Februarrevolution in Paris unmittelbar gefolgt. Am 18. März erhoben sich die Bürger von Berlin zum Aufstand und errichteten Barrikaden. Unter den Verteidigern der Barrikade, die die Friedrichstraße von der Taubenstraße abspernte, befand sich Rudolf Virchow.⁴ Nicht ganze vier Monate später, am 10. Juli 1848, erschien die erste Nummer der Wochenschrift »Die medicinische Reform«, von Virchow und R. Leubuscher gemeinsam herausgegeben. In dem herausfordernden, programmatischen Vorwort Virchows, mit dem er die Wochenschrift lancierte, bewies er, daß der Tausch Muskete gegen Feder seine grundlegende Haltung in keiner Weise geändert hatte. Er schrieb:

² Ibid., S. XIX.

³ Eine ausgezeichnete Analyse der deutschen medizinischen Reformbewegung und die Beziehung Virchows zu dieser Bewegung findet sich bei Erwin H. Ackerknecht: Beiträge zur Geschichte der Medizinalreform von 1848, in: Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin, 25, S. 61—109, 112—183. [In diesem Band S. 147 ff.]

⁴ Rudolf Virchow: Briefe an seine Eltern 1839 bis 1864, hrsg. v. Marie Rabl geb. Virchow, Leipzig, Wilhelm Engelmann, 1907, S. 144—145.

⁵ Ibid., S. 135.

Die »medizinische Reform« tritt zu einer Zeit ins Leben, wo die Umwälzung unserer alten Staatsverhältnisse noch nicht vollendet ist, wo aber von allen Seiten schon Pläne und Steine zu dem neuen Staatsbau herzubracht werden. Welche andere Aufgabe könnte ihr daher näher liegen, als die, gleichfalls bei dem Abräumen des alten Schutts und dem Aufbau der neuen Institutionen thätig zu sein? Politische Stürme von so schwerer und gewaltiger Natur, wie sie jetzt über den denkenden Theil Europa's dahinbrausen, alle Theile des Staats bis in den Grund erschütternd, bezeichnen radicale Veränderungen in der allgemeinen Lebensanschauung. Die Medicin kann dabei allein nicht unberührt bleiben; eine radicale Reform ist auch bei ihr nicht mehr aufzuschieben.⁵

Dieses Wissen um die Zusammenhänge zwischen medizinischen und sozialen Problemen formulierte Virchow in dem zwar etwas rhetorischen, aber treffenden Satz: „Die Medicin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medicin im Grossen.“

Die Idee, daß Medizin eine soziale Wissenschaft sei, nahm nicht von Virchow ihren Ausgang. Die Industrialisierung und die sie begleitenden sozialen Probleme veranlaßten verschiedene Forscher, den Einfluß solcher Faktoren wie Armut und Beruf auf den Gesundheitszustand zu untersuchen. Dies trifft vor allem auf Frankreich zu, wo in den 30er und 40er Jahren Ärzte wie Villermé, Benoiston de Chateauneuf und Guépin und Sozialtheoretiker wie Constantin Pecqueur sozio-medizinische Fragen aufgriffen. Arnold Ruge, ein demokratischer deutscher Journalist, schrieb im Jahr 1844: „Jede Verweltlichung der Wissenschaft, jede Verbindung derselben mit der Politik ist unmittelbar Verbindung mit Frankreich.“⁶ Dieses Urteil trifft auch auf die Ideen über die sozialen Beziehungen der Medizin zu. Von Paris, dem Ausgangspunkt des Fort-

⁵ Die medicinische Reform. Eine Wochenschrift, erschienen vom 10. Juli 1848 bis zum Juni 1849, Berlin, Druck und Verlag von G. Reimer, No. 1, S. 1.

⁶ Arnold Ruge: Plan der Deutsch-Französischen Jahrbücher, in: Deutsch-Französische Jahrbücher, hrsg. v. Arnold Ruge und Karl Marx, Paris, 1844, S. 6 (Faksimileausgabe in der Reihe Neudrucke marxistischer Seltenheiten [I], Verlag von Rudolf Liebing [L. Franz & Co.], Leipzig, 1925.)

schrittsdenkens, griffen die liberalen Ideen nach Deutschland über. Die Veröffentlichung von Lorenz Steins Buch »Der Sozialismus und Kommunismus des heutigen Frankreich; ein Beitrag zur Zeitgeschichte« hinterließ einen tiefen Eindruck in der deutschen Öffentlichkeit.⁷ Daß Virchow mit diesen intellektuellen Strömungen vertraut war, geht aus einem Brief an seinen Vater aus dem Jahr 1843 hervor, der ein Zitat aus Ruges »Deutschen Jahrbüchern« enthält, die von der preußischen Regierung verboten worden waren.⁸ Andere deutsche Ärzte teilten Virchows Ansicht und schlossen sich ihm 1848 an, um die lang überfälligen medizinischen Reformen durchzusetzen. Führende Persönlichkeiten in dieser Gruppe waren Salomon Neumann und Leubuscher, Virchows Mitherausgeber. In seinem Buch »Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum«, das 1847 erschien, hatte Neumann entschieden die Ansicht vertreten, daß „die *medizinische Wissenschaft* in ihrem innersten Kern und Wesen *eine sociale Wissenschaft* ist, und so lange ihr diese Bedeutung in der Wirklichkeit nicht vindicirt sein wird, wird man auch ihre Früchte nicht genießen, sondern sich mit der Schaaale und dem Scheine begnügen müssen.“⁹ 1851 hatte Neumann abermals die Bedeutung dieser Idee in einer Studie über die medizinischen Statistiken des preußischen Staates betont.¹⁰ Dieselbe Ansicht drückte Leubuscher in der Feststellung aus: „Die Medicin ist eine rein sociale Wissenschaft“¹¹; doch er fuhr fort, daß der Idee noch jeder praktische Gehalt fehle.¹²

⁷ Lorenz von Stein: Geschichte der sozialen Bewegung in Frankreich von 1789 bis auf unsere Tage (3 Bde.), München, Drei Masken Verlag, 1921, Bd. I, S. VII–VIII.

⁸ Virchow, Briefe, S. 52.

⁹ S. Neumann: Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum. Kritisches und Positives mit Bezug auf die preussische Medizinalverfassungs-Frage, Berlin, Adolph Riess, 1847, S. 64–65.

¹⁰ S. Neumann: Zur medizinischen Statistik des preussischen Staates nach den Acten des statistischen Bureau's für das Jahr 1846, in: Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin, 3 (1851), S. 13–141 (s. S. 19).

¹¹ R. Leubuscher: Zur Reform der Sanitätspolizei, in: Medicinische Reform, S. 11.

¹² Ibid., S. 11.

Aus den zeitgenössischen Diskussionen geht jedoch klar hervor, daß die Verfechter dieser Idee nicht von irgendeinem medizinischen Traumland schwärmten, sondern sie eher als eine praktische Formulierung verwendeten, in der man genau definierte Prinzipien zusammenfassen konnte. Das erste dieser Prinzipien besagt, daß *die Gesundheit des Menschen eine Angelegenheit von direktem sozialem Belang ist*. Die Gesellschaft hat eine Verpflichtung, die Gesundheit ihrer Glieder zu schützen und zu sichern. Nach Neumann

ist es die Pflicht der Gesellschaft, d. h. des Staates, Leben und Gesundheit der Bürger als Grundbedingung aller Genüsse und Wirksamkeiten zu schützen und wenn sie gefährdet, zu retten. Ist es Pflicht des gesellschaftlichen Menschen und die Gefahren, welche eben aus der gesellschaftlichen Vereinigung sich entwickeln, bekämpfen und ertragen zu helfen, so ist es auch eben so klar, daß der Staat nicht bloß die natürlichen Gefahren, sondern eben so sehr diejenigen, welche aus dem Gesellschaftsleben der Menschen für Leben und Gesundheit entstanden, zu bekämpfen und wo möglich zu vernichten, verpflichtet ist.¹³

Virchow gelangte zu derselben Ansicht als eine logische Konsequenz demokratischer Prinzipien:

Der demokratische Staat will das Wohlsein aller Staatsbürger, denn er erkennt die gleiche Berechtigung Aller an. Indem die allgemeine gleiche Berechtigung zur Selbstregierung führt, so hat der Staat auch das Recht zu hoffen, dass jedermann innerhalb der Schranken der vom Volk selbst errichteten Gesetze sich einen Zustand des Wohlseins durch eigene Arbeit zu erringen und begründen wissen werde. Die Bedingungen des Wohlseins sind aber Gesundheit und Bildung, und die Aufgabe des Staats ist es daher, die Mittel zur Erhaltung und Vermehrung der Gesundheit und Bildung in möglich grösstem Umfange durch die Herstellung öffentlicher Gesundheitspflege und öffentlichen Unterrichts zu gewähren. ... Es genügt also nicht, dass der Staat jedem Staatsbürger die Mittel zur Existenz überhaupt gewährt, daß er daher jedem, dessen Arbeitskraft nicht ausreicht, sich diese Mittel zu erwerben, beisteht; der Staat muss mehr thun, er muss jedem so weit beistehen, dass er eine *gesundheitgemässe* Existenz habe.¹⁴

¹³ Neumann: Öffentliche Gesundheitspflege, S. 64.

¹⁴ Rudolf Virchow: Die öffentliche Gesundheitspflege, in: Medicinische Reform, No. 5, 4. August 1848, S. 21–22.

Das zweite Prinzip, das in die Idee der Medizin als eine soziale Wissenschaft einbezogen ist, besagt, daß *soziale und wirtschaftliche Bedingungen eine wichtige Wirkung auf Gesundheit und Krankheit ausüben und daß diese Beziehungen zum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung gemacht werden müssen*. Für Neumann bedurfte es keiner Beweise, um zu zeigen, „daß der größte Theil der Krankheiten, welche entweder den vollen Lebensgenuß stören, oder gar einen beträchtlichen Theil der Menschen vor dem natürlichen Ziel dahintraffen, nicht auf natürlichen, sondern auf künstlich erzeugten, gesellschaftlichen Verhältnissen beruhen“¹⁵. Er war überzeugt, „daß Armuth, Noth und Elend, wenn nicht identisch mit Tod, Krankheit und Siechthum, doch eben so die unerschöpflichen Quellen derselben sind, gleich wie ihre unzertrennlichen Genossen, Vorurtheil, Unbildung und Dummheit ...“¹⁶.

Virchows grundsätzlicher Standpunkt war sehr ähnlich, doch die Akzente, die er in seinen Formulierungen setzte, wichen von denen Neumanns ab. Die Erforschung der schlesischen Typhusepidemie von 1847 ließ Virchow zu dem Schluß gelangen, daß ihre Ursachen ebenso sozialer, wirtschaftlicher und politischer Art wie biologischer und physikalischer Natur waren. Diesen Standpunkt verallgemeinerte er später in einer Reihe von Artikeln über 'Öffentliche Gesundheitspflege', in denen er die Beziehung medizinischer Probleme zu sozialen und politischen Entwicklungen diskutierte. „Das eine Wort 'öffentliche Gesundheitspflege',“ erklärte er, „zeigt denjenigen, welche da gemeint haben und noch meinen, die Medicin habe mit der Politik nichts zu thun, die Größe ihres Irrthums.“¹⁷ Virchow spannte den Bogen des öffentlichen Gesundheitswesens so weit als möglich und wies darauf hin, daß eine seiner Hauptfunktionen das Studium der Bedingungen sei, unter welchen verschiedene soziale Gruppen leben, und daß es die Auswirkungen dieser Bedingungen auf ihren Gesundheitszustand feststelle. Basierend auf diesem Wissen, würde es dann möglich sein, die entsprechenden Maßnahmen zu ergreifen. „Soll die Medicin daher ihre große Aufgabe wirklich erfüllen, so muß sie in das große politische

¹⁵ Neumann: Öffentliche Gesundheitspflege, S. 64.

¹⁶ Neumann: Zur medicinischen Statistik ... S. 61 (s. Fußnote 10).

¹⁷ Medicinische Reform, S. 21.

und sociale Leben eingreifen; sie muß die Hemmnisse angeben, welche der normalen Erfüllung der Lebensvorgänge im Wege stehen, und ihre Beseitigung erwirken.“¹⁸

Als eine Erweiterung seiner Ansichten über die Beziehungen der Medizin zur Gesellschaft entwickelte Virchow eine Theorie der epidemischen Krankheit als Ausdruck des sozialen und kulturellen Mißverhältnisses. Analog dazu zog er eine Parallele zwischen dem einzelnen und dem politischen Körper: „Wenn die Krankheit der Ausdruck des unter ungünstigen Bedingungen verlaufenden Einzel-lebens ist, so müssen Seuchen das Anzeichen großer Störungen des Massenlebens sein.“¹⁹ Diese Störungen sind sozialer und wirtschaftlicher Natur, etwa Geschäftsrückgang, Arbeitslosigkeit etc. „Sehen wir nicht, daß Epidemien überall Unzulänglichkeiten der Gesellschaft aufzeigen?“, fragte Virchow. „Mag man sich immerhin auf Witterungsverhältnisse, auf allgemeine kosmische Veränderungen und Ähnliches beziehen, niemals machen diese an und für sich Epidemien, sondern sie erzeugen sie immer nur da, wo durch die schlechten socialen Verhältnisse die Menschen sich längere Zeit unter abnormen Bedingungen befanden.“²⁰ Virchow unterschied zwischen *natürlichen* und *künstlichen* Epidemien, wobei seine Unterscheidung sich darauf gründete, in welchem Grad kulturbedingte Faktoren zwischen die Natur und den Menschen treten. Er führte aus:

Die Lebensbedingungen sind entweder natürliche oder künstliche, je nach den räumlichen und zeitlichen Verhältnissen des einzelnen Menschen. Die Entwicklung der Cultur, indem sie die Beziehungen der Einzelnen unter einander vervielfacht, complicirt auch die Lebensbedingungen, und es ist gewöhnlich erst das Resultat langer und vielfach vergeblicher Bestrebungen, daß man endlich die complicirten Bedingungen so ordnet und ausgleicht, daß ihre Summen den natürlichen Lebensbedingungen äquivalent sind.

¹⁸ Rudolf Virchow: Die Einheitsbestrebungen in der wissenschaftlichen Medicin, Berlin, Druck und Verlag von G. Reimer, 1849, S. 48.

¹⁹ Ibid., S. 46.

²⁰ Rudolf Virchow: Die Epidemien von 1848. (Gelesen in der Jahres-sitzung der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin am 27. November 1848.), in: Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin, 3 (1851), S. 3—12 (s. S. 10).

So sind auch die Seuchen *natürliche* oder *künstliche*, je nachdem die Veränderung der Lebensbedingungen „von selbst“, durch Naturereignisse oder künstlich, durch die Lebensweise eintritt.

Die natürlichen Seuchen sind immer da gewesen, so oft der Wechsel der Jahreszeiten, der Witterung etc. die Lebensbedingungen änderte und die große Masse sich vor dieser Veränderung nicht durch künstliche Mittel schützte. Sie wiederholen sich so oft, als die äußeren Verhältnisse es erfordern, und bleiben, so lange diese andauern. Ruhren, Wechselfieber, Pneumonien sind zu allen Zeiten epidemisch vorgekommen.

Die künstlichen Seuchen sind vielmehr Attribute der Gesellschaft, Produkte der falschen oder nicht auf alle Klassen verbreiteten Cultur; sie deuten auf Mängel, welche durch die staatliche und gesellschaftliche Gestaltung erzeugt werden und treffen daher auch vorzugsweise diejenigen Klassen, welche die Vortheile der Cultur nicht mitgenießen. Dahin gehören die Typhen, die Skorbute, die Schweißfieber, die Tuberkulosen.²¹

Ferner treten diese „künstlichen“ Epidemien nicht nur als ein Ergebnis sozialer Widersprüchlichkeiten auf, sondern auch als signifikante Manifestationen des historischen Prozesses. Solche Krankheitseinbrüche erschienen — nach Virchow — an Knotenpunkten der Geschichte, während Perioden politischer und intellektueller Revolution. „Die Geschichte hat es mehr als einmal gezeigt“, erklärte Virchow im August 1848, „wie die Geschicke der größten Reiche durch den Gesundheitszustand der Völker oder der Heere bestimmt wurden, und es ist nicht mehr zweifelhaft, daß die Geschichte der Volkskrankheiten einen untrennbaren Theil der Culturgeschichte der Menschheit bilden muß. Epidemien gleichen grossen Warnungstafeln, an denen der Staatsmann von grossem Styl lesen kann, dass in dem Entwicklungsgange seines Volkes eine Störung eingetreten ist, welche selbst eine sorglose Politik nicht länger übersehen darf.“²² Aus diesem Gedankengang zog Virchow im Jahr 1849 den logischen Schluß:

Seuchen mit einem bis dahin ungewohnten Charakter treten auf und verschwinden, nachdem neue Culturperioden begonnen sind, zuweilen spurlos. So der Aussatz und der englische Schweiß. Die Geschichte der künstlichen Epidemien ist daher die Geschichte der Störungen, welche die

²¹ Virchow: Einheitsbestrebungen, S. 46—47.

²² Medicinische Reform, S. 45.

Cultur der Menschheit erfahren hat; ihr Wechsel zeigt uns das Umschlagen der Cultur zu neuen Richtungen in gewaltigen Zügen. Jede wahrhafte Cultur-Revolution hat in ihrem Gefolge Seuchen, weil ein großer Theil des Volkes erst allmählich in die neue Culturbewegung aufgenommen und ihrer Segnungen theilhaftig wird.²³

Schließlich muß aufmerksam gemacht werden auf die Tatsache, daß Virchow in seine sozio-historische Theorie der epidemischen Krankheit die sogenannten psychischen Epidemien hineinnahm. Gerade dieser Bereich hat durch die Ereignisse unserer Zeit wieder an Interesse gewonnen.²⁴

Wenn die Gesellschaft eine Verpflichtung hat, die Gesundheit ihrer Glieder zu schützen, und anerkannt ist, daß soziale und wirtschaftliche Bedingungen einen wichtigen Einfluß auf Gesundheit und Krankheit ausüben, dann ergibt sich daraus die logische Konsequenz, daß Schritte unternommen werden müssen, um die Gesundheit zu fördern und die Krankheit zu bekämpfen und daß diese Maßnahmen sowohl sozialer als auch medizinischer Art sein müssen. Das ist das dritte Prinzip, das in die Idee der Medizin als einer sozialen Wissenschaft einbezogen ist und das von Virchow, Neumann und den anderen Ärzten, die sich an der Bewegung des Jahres 1848 beteiligten, anerkannt wurde. Die großen Züge des geplanten Aktionsprogrammes, das aus der Bejahung dieses Prinzips resultiert, lassen sich wohl am besten aus Neumanns Entwurf für ein Gesetz zur öffentlichen Gesundheitspflege erkennen, den er der General-Versammlung Berliner Ärzte und Wundärzte am 30. März 1849 vorlegte.²⁵ Der Gesetzentwurf sieht folgendermaßen aus:²⁶

²³ Virchow: Einheitsbestrebungen, S. 47.

²⁴ Es ist interessant zu erwähnen, daß Temkin und Hirschfeld 1929 die Aufmerksamkeit auf Virchows Theorie der epidemischen Krankheit lenkten und die erstaunliche Ähnlichkeit seiner Auffassung zu der von Sigerist 1928 vertretenen aufzeigten. S. O. Temkin: Studien zum „Sinn“-begriff in der Medizin, in: Kyklos, Bd. 2 (1929), S. 103; E. Hirschfeld: Virchow, in: Kyklos, Bd. 2 (1929), S. 110–111; H. E. Sigerist: Kultur und Krankheit, in: Kyklos Bd. 1 (1928), S. 60–63.

²⁵ Medicinische Reform, S. 227 f.

²⁶ Ibid., S. 227. Gertrud Kroeger, The Concept of Social Medicine as

§ 1. Die öffentliche Gesundheitspflege besteht: 1) in der Sorge für die gesundheitsgemäße Entwicklung der Staatsangehörigen in geistiger und leiblicher Beziehung, 2) in der Abwehr der die Gesundheit beeinträchtigenden Schädlichkeiten, 3) in der Beseitigung von Krankheiten.

§ 2. Die öffentliche Gesundheitspflege hat zu sorgen: 1) Für die Gesellschaft im Ganzen durch Berücksichtigung der allgemeinen natürlichen und gesellschaftlichen Verhältnisse, welche der Gesundheit hemmend entgegen treten. (Boden, Wohnung, Nahrungsmittel, Industrie.) 2) Für das einzelne Individuum durch Berücksichtigung derjenigen Verhältnisse, welche das Individuum hindern, selbst für seine Gesundheit einzutreten. Diese sind doppelter Art: a) wo der Einzelne das Recht hat, die Hülfe des Staats in Anspruch zu nehmen (Armuth, Gebrechlichkeit); b) wo der Staat das Recht und die Pflicht hat, in die persönliche Freiheit des Einzelnen im Interesse der Gesundheitspflege bestimmend einzugreifen. (Unzurechnungsfähigkeit, ansteckende Krankheiten.)

§ 3. Diese Verpflichtung erfüllt die öffentliche Gesundheitspflege: 1) durch Beschaffung eines zweckmässig gebildeten und ausreichenden Heilpersonals; 2) durch zweckentsprechende Organisation des Heilpersonals; 3) durch Einrichtungen zur Erreichung der öffentlichen Gesundheitspflege.

Stimmen wurden laut, die ein Vorgehen seitens der Regierung verlangten, und viele definitive Maßnahmen wurden vorgeschlagen, die alle in das umfassende, von Neumann entworfene Programm fallen. Ein besonders wichtiges Problem war die Einrichtung ärztlicher Betreuung für die Armen, und Virchow u. a. machten Vorschläge, wie eine solche geregelt werden sollte. Diese Vorschläge schlugen auch die freie Arztwahl vor.²⁷ Man war sich jedoch bewußt, daß solche Maßnahmen allein nicht genügten, sondern daß sie Hand in Hand gehen müßten mit der sozialen Prophylaxe. Daher proklamierte Virchow *das Recht des Bürgers auf Arbeit* als ein fundamentales Prinzip, das in die Verfassung eines demokratischen Staates aufgenommen werden mußte.²⁸ (Virchow war dabei beeinflusst vom französischen Verfassungsentwurf der Revolutionsregierung des Jahres 1848, der im Artikel 7 das Recht auf Arbeit

presented by Physicians and other Writers in Germany, 1779–1932, Chicago, Julius Rosenwald Fund, 1937, S. 14–15.

²⁷ Ibid., S. 127, 185, 189, 190.

²⁸ Ibid., S. 38.

garantiert; die Doktrin des 'Droit au travail', die Louis Blanc seit 1839 verkündete.)²⁹

Das Problem des Fabrikarbeiters verlangte ebenfalls eine Beachtung. Obwohl die Industrialisierung in Deutschland später begann als in England und Frankreich und während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts langsamer voranging, war 1848 die Existenz einer lohnempfangenden Klasse, eines Arbeiterproletariats, nicht mehr länger zu übersehen. Wie in England und Frankreich, so wurde auch in Deutschland die Industrialisierung eingeleitet durch einen 'bethlehemitischen Kindesmord'. Die Kinder, die nicht schon in der Wiege starben, erwartete die rauhe Behandlung in Fabriken und Gruben. Es war klar, sagte Virchow, daß „das Proletariat mehr und mehr das Opfer von Krankheiten und Seuchen wurde; ihre Kinder starben entweder vorzeitig, oder sie entwickelten sich zu Krüppeln“³⁰. Um dieses Problem in Angriff zu nehmen, schlug Leubuscher ein Programm einer „Diätetik der Gewerke“ vor, deren Schwerpunkt auf der gesetzlichen Regelung der Arbeitsbedingungen lag.³¹ Besonders wichtig war die Frage nach einer Begrenzung des Arbeitstages. Leubuscher befürwortete ein Verbot der Kinderarbeit bis zum 14. Lebensjahr, Verkürzung der Arbeitszeit bei gefährlichen Beschäftigungen, Schutz der Schwangeren, die Schaffung von Normen bezüglich der Belüftung der Arbeitsräume und Schutz vor Vergiftungen bei der Fabrikarbeit infolge Verwendung giftiger Materialien.³²

Forderungen nach einer allgemeingültigen Konzession wurden erhoben, die es Ärzten ermöglichen sollte, in jedem deutschen Staat zu praktizieren; ferner Berufung von Ärzten in offizielle Positionen auf der Basis selektiver Prüfungen und die Einrichtung eines „deutschen Reichsministeriums für die öffentliche Gesundheitspflege“³².

²⁹ J. A. R. Marriott (Hrsg.): *The French Revolution of 1848 in its Economic Aspect*. Vol. I, Louis Blanc's Organisation du Travail ... Oxford, The Clarendon Press, 1913, S. XXXVI—LXIX.

³⁰ *Medizinische Reform*, S. 126—127.

³¹ P. Leubuscher: *Zur Reform der Sanitätspolizei*, *Medizinische Reform*, S. 11—12, 47—49.

³² *Medizinische Reform*, S. 13—16 (besonders S. 14). S. auch Ackerknecht, op. cit., S. 113—130.

Sehr wichtig war die Erkenntnis, daß für eine Erforschung der Kausalzusammenhänge zwischen sozialen Verhältnissen und medizinischen Problemen verlässliche Statistiken erforderlich waren. Die Bedeutung, die Virchow medizinischen Statistiken beimaß, ersieht man aus seiner Feststellung: „Die medizinische Statistik wird unser Richtscheid sein: Leben um Leben wollen wir abwägen und zusehen, wo die Leichen dichter liegen, bei den Arbeitern oder den Privilegierten.“³³ Es war aber Neumann, der sich besonders aktiv für die Erstellung genauer Statistiken einsetzte. 1847 wies er darauf hin, daß es ohne medizinische Statistiken keine wirkungsvolle Organisation der ärztlichen Tätigkeit geben könne. Einige Jahre später machte er klar, daß er nicht medizinische Statistiken im engen Sinn des Wortes wollte, sondern „eine spezielle medizinische Statistik der Krankheitsursachen und der Krankheitswirkungen“³⁴, d. h. statistische Information über alle Zweige des sozialen Lebens, die in irgendeiner Weise Bezug haben auf die Probleme der Gesundheit und Krankheit.³⁵ Neumann setzte seine statistischen Arbeiten in dieser Richtung fort, und wir werden uns im folgenden Abschnitt darauf beziehen.

Aus der vorausgegangenen Analyse der Idee der Medizin als sozialer Wissenschaft erklärt sich die Kluft zwischen Behring und Virchow. Virchow, der die Medizin in ihren organischen Beziehungen zur übrigen Gesellschaft sah und der erkannte, daß Gesundheit und Krankheit vom Netz des sozialen Lebens umspannt sind, mußte die streng bakteriologische Auffassung Behrings nur engstirnig und beschränkt erscheinen, wenn nicht überhaupt als eine völlige verstandesmäßige Verirrung. Virchow kannte die Entdeckungen der Bakteriologen an, aber er war niemals bereit, einen uneingeschränkten Kausalzusammenhang zwischen Bakterium und Krankheit zu akzeptieren. Für ihn war der Tuberkelbazillus nicht identisch mit Tuberkulose.

Die Zeit war für Virchows Ideen und die seiner Mitarbeiter noch nicht reif, aber die Saat war gesät. Die Niederlage der Revolution

³³ *Medizinische Reform*, S. 182.

³⁴ Neumann: *Öffentliche Gesundheitspflege*, S. 84.

³⁵ Neumann: *Zur medizinischen Statistik* ... S. 86—89 (s. Fußnote 10).

von 1848 brachte auch ein rasches Ende für die medizinische Reformbewegung. Die »Medizinische Reform« mußte ihr Erscheinen einstellen, und Virchow schrieb in seinem letzten Leitartikel, in dem er die damalige Situation mit derjenigen verglich, der sich Moses gegenüber sah, nachdem er das Volk Israel aus Ägypten geführt hatte:

Auch wir müssen in der Wüste umherziehen und kämpfen. Unsere Aufgabe ist die pädagogische: wir müssen streitbare Männer erziehen, welche die Schlachten des Humanismus kämpfen. Wir haben von den Regierungen jetzt auf dem Wege der periodischen Presse nichts mehr zu erwarten. Unter den Aerzten bedürfen die Bildungsfähigen keiner fortlaufenden Leitung; die trägen, böotischen Naturen werden von Gründen nie getroffen werden. Wir können daher nur noch die Aufgabe anerkennen, die Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege, die Fragen von dem täglichen Brod und der gesundheitsgemässen Existenz in das Volk hineinzutragen, und ihnen durch immer neue Apostel die breitesten Grundlagen für ihre endliche Durchkämpfung zu erringen. Die medizinische Reform, die wir gemeint haben, war eine Reform der Wissenschaft und der Gesellschaft. Wir haben ihre Principien entwickelt; sie werden sich ohne das Fortbestehen dieses Organs Bahn brechen. Aber jeder Augenblick wird uns beschäftigt finden, für sie zu arbeiten, bereit, für sie zu kämpfen. Wir wechseln nicht die Sache, sondern den Raum.³⁶

III. Von Virchow zu Grotjahn. England, Belgien und Deutschland bis zum Jahr 1900

Der Glaube der Menschen an den sozialen Aufbau und an soziale Änderungen und ihre Einstellungen der Gesellschaft gegenüber, in der sie leben, kann als Variation der Themen: Wünsche und Erwartungen betrachtet werden. Während Deutschlands Mittelstand um politisches Mitspracherecht und politische Macht kämpfte, hatte Englands Mittelklasse dieses Ziel bereits erreicht. Seinen Niederschlag findet dieser situationsbedingte Unterschied in divergierenden Sozialphilosophien. In Deutschland stellten die radikalen Demokraten eine Freiheits-Charta auf, in der sie den Vorrang der

Menschenrechte und Menschenwürde proklamierten und somit die daraus sich ergebenden logischen Konsequenzen in bezug auf Gesundheit und Krankheit anerkannten. Die gleiche liberale Doktrin mit ihren Verflechtungen von Menschenrechten, Menschenwürde, Freiheit und Gleichheit hatte sich in England bereits im Bewußtsein der Öffentlichkeit verankert, hatte aber dort eine andere Ausformung erfahren, denn ihr Schwerpunkt lag auf dem wirtschaftlichen Liberalismus. Da diese Philosophie den sozialen Atomismus und die vorausbestimmte Harmonie von Mensch und Natur billigte, die sich durch unerbittliche Wirtschaftsgesetze offenbarten, mußte sie ebenso unnachgiebig auf der absoluten Notwendigkeit der Unterordnung unter die angenommenen Gesetze der Gesellschaft beharren. Nicht einmal die Proteste gegen die Auswirkungen des wirtschaftlichen Liberalismus auf das Leben der Menschen vermochten diese Doktrin wesentlich zu ändern. Die Diskrepanz zwischen sozialem Faktum und sozialer Theorie wurde nicht notwendigerweise als der harte Kern des wirtschaftlichen Liberalismus angesehen, und es dauerte bis zum Ende des 19. Jahrhunderts, bis die allmähliche und nur an der Peripherie vor sich gehende Erosion, die in der Praxis stattgefunden hatte, auch die Theorie zu beeinflussen begann.

Ein solches intellektuelles Milieu war für kritische Untersuchungen der sozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit kaum empfänglich, und es entwickelten sich keine kompromißlosen theoretischen Theorien, wie man sie in Deutschland vertrat. Und doch ließen sich gewisse hartnäckige Tatsachen nicht aus dem Bewußtsein der Öffentlichkeit verdrängen. Tatsachen wie schlechte Gesundheit, elende Wohnverhältnisse, gefährliche und zu Unfällen führende Beschäftigungen, außerordentlich hohe Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffern ließen sich nicht übersehen. Untersuchungen dieser sozialen Probleme, die oft von Ärzten selbst durchgeführt wurden, sollten die Ursachen klären helfen.

Unter diesem Gesichtspunkt ist es instruktiv, sich mit einer 1832 veröffentlichten Studie von Dr. James Philips Kay, »The Moral and Physical Condition of the Working Classes Employed in the Cotton Manufacture in Manchester« näher zu beschäftigen. Ein Eindringen in diese »Anatomie des sozialen Elends« zeigt uns das trostlose Evangelium des damaligen orthodoxen Wirtschaftsdenkens.

³⁶ Medizinische Reform, S. 274.

Von allem Anfang an betont Kay, daß die unwandelbaren Wirtschaftsgesetze nicht übertreten werden können. „Die in meinem Bericht rücksichtslos aufgezeigten Mißstände“, so sagt er, „sind ganz und gar nicht eine Folge des herrschenden Produktionssystems, sondern sie liegen weit zurück und entstanden unbeabsichtigt; sie könnten sogar durch eine vernünftige Betriebsführung gänzlich beseitigt werden. Noch entspringen sie einer einzigen Quelle: und gerade in der gegenwärtigen Situation, in der sich unser Handel befindet, kann die Arbeitszeit nicht wesentlich verkürzt werden, soll nicht eine Wirtschaftskrise schwersten Ausmaßes die Folge sein.“³⁷ Man muß sich vor Augen halten, daß dies die Periode war, in der Richard Oastler die Kampagne um eine Verkürzung des Arbeitstages anführte.³⁸ Die Arbeitgeber antworteten auf eine solche Forderung, daß eine Verkürzung der Arbeitszeit direkt proportional zu einer Lohnverminderung führen müßte. Außerdem ergänzten sich die Interessen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber, und beide wären von der ausländischen Konkurrenz bedroht. Unüberlegte Agitation und Gesetzgebung würde deshalb den Arbeitnehmern mehr schaden als ihnen nützen. Was gebraucht würde, sei nicht eine Fabrikgesetzgebung, sondern Freihandel. In diesem Sinne schrieb Kay:

Die Handelsgewinne werden keine höhere Bezahlung der Arbeitskräfte erlauben und durch die Konkurrenz droht sogar eine Verminderung des Einkommens. Jede Verkürzung der Arbeitszeit muß einen Lohnabzug von gleichem Ausmaß mit sich bringen und wir fürchten, daß die Lage des Arbeiterstandes sich nicht viel verbessern läßt, solange die Belastungen und Beschränkungen des kommerziellen Systems nicht abgeschafft sind.

Diejenigen politischen Spekulanten, die eine echte Verkürzung der Arbeitszeit versprechen, ohne vorangegangene Entlastung der kommerziellen Lasten und ohne nebenherlaufende Einführung eines allgemeinen Bildungssystems, scheinen uns irregeleitet durch ein theoretisches Hirnspinnst.³⁹

³⁷ J. P. Kay: The Moral and Physical Condition of the Working Classes Employed in the Cotton Manufacture in Manchester, London, James Ridgway, 1832, S. 1.

³⁸ Cecil Driver: Tory Radical. The Life of Richard Oastler, New York, Oxford University Press, 1946, S. 118–190.

³⁹ Kay, op. cit., S. 59–60.

Im Glauben daran, daß der natürliche Zweck des uneingeschränkten Handels darauf abzielt, die Kräfte der Gesellschaft zur Entfaltung zu bringen, die Bequemlichkeiten und Annehmlichkeiten des Lebens zu vergrößern und den physischen Zustand eines jeden Gliedes des sozialen Körpers zu verbessern, haben wir mit gewissenhafter aber wohlmeinender Hand die Bedingungen der unteren Klassen, die mit den Fabriken dieser Stadt verbunden sind, ausgearbeitet, weil wir meinen, daß das Unglück, das sie trifft, aus Ursachen herrührt, die vom Ausland und unbewußt herbeigeführt wurden. Ein System, das den Fortschritt der Kultur unterstützt, und diesen über die ganze Welt verbreitet, das verspricht, den Frieden unter den Nationen aufrecht zu halten durch ein dauerndes und internationales Gesetz, das sich auf die Vorteile des kommerziellen Zusammenschlusses stützt, kann nicht unvereinbar sein mit dem Glück der großen Masse der Bevölkerung.⁴⁰

Trotzdem konnte man das Überhandnehmen der Krankheit gerade unter den Armen nicht leugnen, und wie Kay es selbst formuliert, war es das starke Auftreten von Seuchen, das zu einer Untersuchung der Fabrikarbeiter in Manchester führte. Man stellte fest, daß Laster, körperliche Degeneration, Armut und Krankheit innigst verflochten waren. Um den Zusammenhang zwischen schlechtem Gesundheitszustand und anderen Formen von sozialer Pathologie zu beweisen, zitiert Kay die Kommissionsberichte der ärztlichen Wohlfahrtseinrichtungen Manchesters. Nach einer Überprüfung der statistischen Unterlagen gelangt er z. B. zu dem Schluß, daß mehr als die Hälfte der Einwohner Manchesters „entweder so verarmt oder so heruntergekommen sind, daß sie der Hilfe einer öffentlichen Wohlfahrtseinrichtung bedürfen, um ihre Nachkommenschaft zur Welt zu bringen“⁴¹. Doch kann Kay keinen notwendigen Zusammenhang zwischen der herrschenden sozio-ökonomischen Organisation und den verschiedenen Arten sozialen Mißverhältnisses sehen, die er beobachtet hatte. Kays Darstellung zu analysieren ist tatsächlich eine instruktive Studie hinsichtlich der durch die Umstände bestimmten Ideenrichtung, denn er bleibt immer ein scharfer Beobachter. In einem Belang ist er seiner Zeit aber weit voraus: bei der Erörterung des irischen Einwanderer-Problems und

⁴⁰ Ibid., S. 47.

⁴¹ Ibid., S. 40–42.

der daraus sich ergebenden Auswirkung auf die Zustände in Manchester zeigt er, daß er sich bewußt ist, daß die von ihm geschilderte Trostlosigkeit das Ergebnis einer kulturellen Katastrophe ist, wenn auch seine Darstellungsweise unklar und ohne genaue begriffliche Ausformung ist.⁴² In jüngster Zeit haben Anthropologen erkannt, daß der Wandel, den ein großer Teil der weißen Bevölkerung in der Frühzeit des Kapitalismus durchgemacht hat, Ähnlichkeiten mit den Veränderungen aufweist, denen verschiedene afrikanische Stämme unter dem Einfluß und durch den Kontakt mit der weißen Zivilisation ausgesetzt sind.⁴³

Andere Ärzte erkannten jedoch, daß soziale und wirtschaftliche Einrichtungen, insbesondere der Industrialismus, in einem bedeutsamen und unvermeidlichen Zusammenhang mit den gesundheitlichen Problemen der Fabrikarbeiter standen. In dieser Hinsicht ragt C. Turner Thackrah heraus, dessen 1831 in erster Auflage erschienene Abhandlung über Arbeitsmedizin *'The Effects of Arts, Trades, and Professions . . . on Health and Longevity'* eine Pionierleistung darstellt. Dieses Buch wurde zur Bibel der Fabrikreformer, und Thackrah selbst unterstützte aktiv den Kampf um die Einschränkung der Kinderarbeit.⁴⁴ Er schrieb:

Die Heranziehung Halbwüchsiger zu jeglicher schwerer Berufsarbeit ist falsch. . . . Niemand, der menschliches Gefühl hat, kann ohne Mitleid und Sorge an die Lage von Tausenden von Kindern denken, die oft nicht älter als sechs oder sieben Jahre sind und im Morgengrauen aus ihren Betten gerissen, in die Baumwollspinnereien geschleppt werden, um dort zu schuften bis spät in die Nacht mit einer einzigen kurzen Pause von nur vierzig Minuten. Dies noch dazu in einer Luft, die nicht nur so verschmutzt wie Stadtluft und aufgrund schlechter Ventilation stickig ist, sondern darüber hinaus voll ist von giftigem Staub. Gesundheit! Sauberkeit! Geistiger Fortschritt! Wie steht es damit? Erholung gibt es nicht. Es ist kaum Zeit zum Essen, sogar der Schlaf, der für die Heranwachsenden so

⁴² Ibid., S. 6–7.

⁴³ R. C. Thurnwald: *Black and White in East Africa; The Fabric of a New Civilization*, 1935.

⁴⁴ Der Verfasser besitzt ein Exemplar der 2. Auflage (1832) von Thackrahs Buch mit einer Widmung des Autors an Michael Thomas Sadler, dem Parlamentssprecher für eine Fabrikreform.

wichtig ist, wird nur zu oft eingeschränkt; ja nicht nur eingeschränkt: manchmal zwingt man die Kinder sogar zur Nachtarbeit.⁴⁵

Anläßlich eines Treffens in Leeds zur Unterstützung der Fabrikgesetzgebung im Jahre 1831 stand Thackrah gemeinsam mit Richard Oastler und Michael Sadler auf der Rednerbühne. In einer eindrucksvollen Rede verurteilte er das Fehlen von Vorschriften, die die Arbeitsbedingungen regelten. Um seine Einstellung zu untermauern, zitierte er aus den Krankengeschichten einiger seiner kindlichen Patienten. Wen sollte es wundern, so fragte er, daß die Widerstandskraft der heranwachsenden Generation gegenüber Krankheiten ausgehöhlt wird durch die herrschenden Zustände?⁴⁶

In den frühen 30er Jahren des 19. Jahrhunderts verhinderte aber noch die herrschende Meinung eine grundlegende Änderung der Verhältnisse. Wirtschaftliche und religiöse Doktrinen begünstigten die Billigung des 'status quo' und standen allen Versuchen, eine Änderung der Zustände herbeizuführen, im Wege. Wirtschaftlicher Erfolg war ein Beweis für Gottes Segen, während Mißerfolg dessen Fehlen anzeigte und deshalb als ein Zeichen mangelnder Moral ausgelegt wurde.⁴⁷ Demnach war jeder Versuch, eine Änderung der bestehenden Zustände herbeizuführen ein Verstoß gegen Gottes Gebot und gefährlich für das Wohl der Gesellschaft, denn es bedeutete einen Eingriff in die göttliche Vorsehung.

Peter Gaskell legte 1833 eine Studie über die Fabrikarbeiter Englands vor, in der er zeigte, wie die Einführung der Dampfkraft und die damit zusammenhängende industrielle Revolution sich auf die Arbeiter und ihre Familien ausgewirkt hatte. Er erkannte, daß

⁴⁵ C. Turner Thackrah: *The Effects of Arts, Trades and Professions, and of Civic States and Habits of Living, on Health and Longevity*, 2. stark erweiterte, Auflage, London und Leeds, 1832, S. 80.

⁴⁶ Driver, op. cit., S. 135–136.

⁴⁷ Für den Hintergrund, aus dem heraus diese Ideen sich entwickelten und zu ihrer Entwicklungsgeschichte s. Max Weber: *Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie* (Bd. I), Tübingen, 1922, S. 17–206; Ernst Troeltsch: *Die Soziallehren der christlichen Kirchen und Gruppen*, in: *Gesammelte Schriften* (Bd. I), Tübingen, 1923, S. 710 ff.; R. H. Tawney: *Religion and the Rise of Capitalism*, New York, 1926; Erich Fromm: *Escape from Freedom*, New York, 1941.

die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Fabrikarbeiter deren Gesundheit angriffen. Seine Schlußfolgerung war: „Obwohl das Leben nicht unbedingt durch die Arbeit in den Fabriken verkürzt wird, so wird es doch dadurch ihres wesentlichsten Teiles beraubt, der es erst lebenswert macht, nämlich der Gesundheit und von den Fabrikarbeitern kann gesagt werden, daß ihr Leben ein verlängertes Sterben ist.“⁴⁸ Trotzdem weist er darauf hin, daß „der Gesundheitszustand und der physische Zustand der Fabrikarbeiter zum größten Teil aus der Veränderung ihrer sittlichen und sozialen Gewohnheiten resultieren und darinnen ihren Ursprung haben“. Deshalb muß zuerst „der sittliche Zustand der arbeitenden Bevölkerung verbessert werden, denn sonst ist keine Hilfe möglich“⁴⁹. Über Kinderarbeit sagt er:

Die Beschäftigung von Kindern in Fabriken sollte so lange nicht als ein Übel betrachtet werden, bis die gegenwärtigen sittlichen und häuslichen Gewohnheiten der Bevölkerung völlig reorganisiert sind. ... Zweifellos stehen schwerwiegende praktische Schwierigkeiten einer umfassenden Änderung der Arbeitszeit für Kinder im Wege. ... Es ist unsicher, ob ein gesetzliches Eingreifen erfolgversprechend ist; andererseits könnte dies möglicherweise sehr entscheidend die materiellen Zukunftsaussichten der Arbeiter nachteilig beeinflussen und ein Schicksal beschleunigen helfen, das ohnedies bereits zu rasch auf sie zukommt. Immerhin könnten gewisse Modifikationen, die im Gegensatz zu Fanatismus und engstirniger Ignoranz stünden, gemacht werden, um den Ansprüchen der Natur und der Menschlichkeit Genüge zu tun.⁵⁰

Das Ende der 30er Jahre brachte jedoch auch eine stetige, aber entscheidende Änderung innerhalb der nächsten zehn Jahre im Denken über die sozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit mit sich. Die Berichte an die 'Poor Law Commission', die Armenrechtskommission, erreichten 1842 in Chadwicks klassischem 'Inquiry into

⁴⁸ P. Gaskell: The manufacturing Population of England, its Moral, Social and Physical Conditions, and the changes which have arisen from the use of Steam Machinery ..., London, Baldwin and Cradock, 1833, S. 239.

⁴⁹ Ibid., S. 215—216.

⁵⁰ Ibid., S. 209—210.

the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain« ihren Höhepunkt und der Bericht der 'Health of Towns Commission' von 1844 schaffte die sachliche Basis für dieses ideologische Manöver. In Arthur Helps Bemerkungen aus dem Jahr 1845 kommt dieser Gesinnungswandel gut zum Ausdruck: „Wie wahr es auch sei“, so schrieb er, „daß moralische Arzneien die am meisten gewünschten sind, so dürfen wir doch nicht vergessen, daß solche Arzneien nur von lebenden Menschen zubereitet werden können“; und während „zunächst Abneigung gegen jegliche Einmischung höchst vernünftig ist, ... muß man sich trotzdem oft zum Eingreifen entschließen“ im Interesse einer sozialen Verbesserung.⁵¹

Das Erkennen der Kausalzusammenhänge zwischen den sozialen Problemen und den medizinischen Verhältnissen ging Hand in Hand mit Programmen zur Erstellung von Abhilfemaßnahmen. Der größte Teil dieser Aktivitäten war empirischer Art, und man unternahm kaum Anstrengungen, solche Programme auch theoretisch zu untermauern. Schon deswegen gebührte Henry W. Rumsey große Anerkennung, denn er unternahm den Versuch, eine Theorie des öffentlichen Gesundheitswesens und der ärztlichen Versorgung innerhalb des Sozialsystems und des -prozesses aufzustellen. Doch verdient Rumsey noch mehr Lob: er unternahm nicht nur den Versuch, eine medizinische Sozialpolitik zu schaffen, sondern er setzte klare Ziele, die bis heute noch nicht erreicht sind. 1856 veröffentlichte er ein Buch mit dem Titel 'Essays on State Medicine', in dem er sich u. a. auch mit der ärztlichen Armenpflege beschäftigte. Rumseys Haltung wird durch folgendes Zitat charakterisiert:

Die Stabilität und Effizienz des organisatorischen Überbaues der medizinischen Polizei hängt von der Schaffung einer gesetzlich verankerten Organisation ab, durch die eine ärztliche Betreuung der ärmeren Bevölkerungsschichten in ihren Wohnungen gewährleistet wird.

Und ich sage *Betreuung* der Armen, denn es ist jetzt ziemlich allgemein

⁵¹ [Arthur Helps]: The Claims of Labour. An Essay on the Duties of the Employers to the Employed. The Second Edition. To which is added, an Essay on the Means of Improving the Health and Increasing the Comfort of the Labouring Classes, London, William Pickering, 1845, S. 195, 245.

bekannt, daß eine solche Maßnahme, soll sie von dauerndem Nutzen sein, sich nicht erschöpfen darf in einer Routine, beginnend mit dem Arztbesuch nur bei tatsächlicher Krankheit oder Unfall, im nachlässigen Verschreiben von Pillen oder Arzneien, in nüchternen Formularen, die nur Namen, Krankheit, Arztbesuch etc. enthalten und die von unsicheren Sanitätsbeamten erstellt und an inkompetente Behörden weiterzuleiten sind.⁵²

Er fuhr fort, daß die Gesundheitsförderung und die Krankheitsverhütung Anliegen von sozialem Interesse wären und staatliches Handeln verlangten:

Eine Heilbehandlung ebenso wie eine entsprechende Unterweisung überschreitet die finanziellen Mittel der Hälfte unserer Bevölkerung. Beide sind aber eine unumgängliche Notwendigkeit für die Sicherheit des Gemeinwesens, für die Gesundheit und ein glückliches Leben des Volkes. Beides kann unentgeltlich gegeben werden, wenn es von der richtigen Seite kommt, ohne eine Verarmung zu bewirken. Und nicht nur das, eine Heilbehandlung und eine entsprechende Unterweisung der Bevölkerung sind sogar die besten Garantien zur Verhinderung von Armut, weil dadurch Gesundheit und langes Leben gefördert werden, und weil dadurch die Kranken oder die Unwissenden dazu angehalten werden, nutz- und gewinnbringend zu arbeiten. Jede Arbeiterfamilie sollte mit den oben erwähnten Maßnahmen vertraut gemacht werden und besonders qualifizierte und mit amtlicher Vollmacht ausgestattete Beamte sollten dafür Sorge tragen, daß diese Maßnahmen auch richtig durchgeführt werden.⁵³

Abschließend gab Rumsey eine Beschreibung des medizinischen Personals, von dem er glaubte, daß es ein solches Programm auch in der Praxis durchsetzen könnte. Der Wirkungskreis eines 'District Medical Officer', eines Distriktsamtsarztes, sollte sich auf die Präventivmedizin beschränken. Im einzelnen umfaßten seine Aufgaben viel von dem, was sich auch im Programm eines modernen öffentlichen Gesundheitswesens findet. Rumsey verlangte, daß ein solcher ärztlicher Gesundheitsbeamter

der Berater der Armen werden [solle] und sie in dieser Funktion in ihren Wohnungen aufsuchen müsse. Viele im Lebensbereich der Armen zu

⁵² Henry W. Rumsey, *Essays on State Medicine*, London, John Churchill, 1856, S. 239.

⁵³ Ibid., S. 248.

suchende Krankheitsursachen ließen sich durch seine nützlichen Besuche beseitigen. Trunksüchtigen könnte durch einen ärztlichen Hausbesuch die verderbliche Wirkung einer Stimulierung durch Alkohol schon zu einem Zeitpunkt eindrucksvoll klargemacht werden, wenn alle anderen Warnungen oder Ratschläge noch in den Wind geschlagen werden. Die Wohnverhältnisse der Armen, ihre Kleidung und ihre Schlafstätten, die Auswahl und Zubereitung ihrer Speisen, die physische Betreuung ihrer Kinder, ihre Betreuung bei Krankheit — all dies würde allmählich in seinen Zuständigkeitsbereich fallen. Sehr oft würde er als erster das Vorhandensein schädlicher Berufe oder Gewerbebetriebe in der Nachbarschaft von Wohnungen aufgrund ihrer Auswirkungen auf die von ihm Betreuten feststellen können. In der Ausübung seines Dienstes würde er oftmals verfälschte, verunreinigte oder bereits verdorbene Genußmittel, oder die schädlichen Wirkungen von als Medizin deklarierten oder verfälschten Drogen, die die Armen einnehmen, entdecken. ... [Kurzum], durch seine besondere Stellung würde er in der ihm unterstellten Gemeinde oder dem Distrikt der 'Gesundheitsapostel' sein, der die Arbeiterklasse in Fragen der persönlichen und der häuslichen Hygiene unterweist, und dadurch tatsächlich den Hilflosen und den Erniedrigten, den Entmutigten und Unzufriedenen beweist, daß sich der Staat ihrer annimmt, denn bis vor kurzem haben sie davon noch nicht sehr viele Beweise gesehen.⁵⁴

Zu der Zeit, als Rumsey diese Ansichten vertrat, war der ärztliche Gesundheitsbeamte noch ein Novum. Der erste 'Medical Officer of Health' Englands war Dr. W. H. Duncan, der 1847 in Liverpool ernannt wurde. 1848 berief die Stadtbehörde Londons ('Corporation of the City of London') John Simon auf einen ähnlichen Posten.⁵⁵ Chadwick hatte 1842 vorgeschlagen, daß ein 'District Medical Officer' von den einzelnen Ortsbehörden direkt ernannt werden sollte, und die 'Public Health Act' aus dem Jahre 1848, das große sanitäre Organisations-Werk, das bis heute die Grundlage der englischen Sanitätsverfassung bildet, legte mit Ausnahme von London den Bestellungsmodus für die ärztlichen Gesundheitsbeamten Englands fest. Durch das im Jahre 1855 erlassene hauptstädtische Orts-Verwaltungs-Gesetz für Gesundheits-

⁵⁴ Ibid., S. 280—282.

⁵⁵ John Simon: *English Sanitary Institutions*, London, John Murray, 1897, S. 246—248.

und Straßenbau-Polizei (>Metropolis Management Act<) zog London nach; allerdings galt dieses Gesetz nur außerhalb der City.⁵⁶

Die Anstellung von ärztlichen Gesundheitsbeamten in zahlreichen Londoner Distrikten und in vielen Provinzstädten sowie die Tatsache, daß das öffentliche Gesundheitswesen zu einem Gegenstand von beträchtlichem Interesse wurde, bewog die Leitung des St. Thomas Hospital im Jahre 1856 eine Vortragsreihe über öffentliches Gesundheitswesen zu veranstalten, die die erste ihrer Art in England war.⁵⁷ Dr. Edward Headlam Greenhow wurde als Lektor berufen. Als er die erste Vorlesungsreihe konzipierte, stellte er fest, daß ein Großteil der Angaben, auf denen die Angriffe gegen das bestehende Gesundheitssystem in den vorhergegangenen zwanzig Jahren basiert hatten, vage und unqualifiziert waren. Als er sich mit der Krankheitsvorsorge beschäftigen wollte, mußte er feststellen, daß das statistische Material darüber lückenhaft war. Er beschloß, diese Lücke zu schließen und arbeitete an dem Projekt ein ganzes Jahr. Auf Verlangen von John Simon erschien seine Studie 1858 als ein Parlamentsbericht des 'General Board of Health', des Zentralgesundheitsamtes.⁵⁸

Abschließend wies Greenhow darauf hin, daß die Ursachen der am häufigsten auftretenden Krankheiten durch die der Gesundheit abträgliche Örtlichkeiten hervorgerufen werden und diese Krankheiten

mannigfaltig sind; und daß, obwohl verschmutzte Luft — sei es durch ungenügende Beseitigung von Abfällen oder durch Exkremente oder sei es durch die Industrien — zu den Hauptschädigern zählt, es viele andere Krankheitsursachen gibt, auf die man bisher zu wenig geachtet hat. Un-

⁵⁶ George Newman: *The Building of a Nations's Health*, London, Macmillan and Co., Ltd., 1939, S. 15.

⁵⁷ John Simon berichtet, daß die „Einrichtungen des St. Thomas Hospitals in Übereinstimmung mit meinen Vorschlägen, die ich als Angehöriger der Anstalt gemacht hatte, geschaffen wurden.“ (*English Sanitary Institutions*, S. 266, Fußnote.)

⁵⁸ General Board of Health: *Papers Relating to the Sanitary State of the People of England: Being the Results of an Inquiry into the different Proportions of Death produced by certain Diseases in different Districts in England; communicated to the General Board of Health by Edward*

genügende oder unrichtige Ernährung, sitzende Lebensweise, das Fehlen einer körperlichen oder geistigen Betätigung, wie sie ein abwechslungsreiches Leben mit sich bringt, und im besonderen das Fehlen einer ländlichen Umgebung, das Überdrüssigwerden der Arbeitsmonotonie und nicht zuletzt die Lebensnöte und -sorgen: alle diese Ursachen tragen dazu bei, den Katalog von Krankheiten zu vergrößern und die Sterbeziffern in den großen Städten hinaufzutreiben. Manche verhütbare Krankheit und manch frühzeitiger Todesfall ist notwendigerweise unserem sozialen System zuzuschreiben. Diese Ursachen sind nur zum geringsten Teil, wenn überhaupt, unter der Kontrolle der Exekutive. Ungeachtet ihrer Beseitigung, würde ein breites Arbeitsgebiet für die Anwendung hygienischer Maßnahmen verbleiben. ... Eine im Zuge der gegenwärtigen Untersuchung ganz klar hervorgetretene Tatsache ist der Einfluß des Berufes auf die Gesundheit. Die Beeinflussung erfolgt entweder direkt oder indirekt; so scheint etwa durch die Beschäftigung von Frauen in den Fabriken die Säuglingssterblichkeit anzusteigen und im besonderen eine schädliche Auswirkung auf die nervösen Kindheitserkrankungen daraus zu resultieren. Es ist wahrscheinlich, daß eine sorgfältige Untersuchung darüber, welcher Art diese Beschäftigungen sind und auf welche Weise ihre schädigenden Ergebnisse zustande kommen, zeigen würde, daß solche Resultate nicht die unvermeidlichen Folgen der verschiedenen industriellen Beschäftigungen sind. ... Schwieriger könnte es werden, die andere Seite dieser Frage zu behandeln. Ein Übel, das aus dem gegenwärtigen Fabrikssystem resultiert, ist folgendes: An Orten, wo die Frauen zum Großteil in den Fabriken arbeiten, kommt es zu einer erhöhten Säuglingssterblichkeit, und zwar wahrscheinlich deshalb — dies ist vielleicht nur eine Ursache unter vielen —, weil die Kleinkinder der mütterlichen Obsorge entzogen werden und anstatt der natürlichen Nahrung eine künstlich hergestellte erhalten. Die Erörterung dieser Frage, ob eine Lösung des Problems ohne allzugroße Beeinträchtigung der Arbeitsrechte möglich ist, liegt außerhalb meiner jetzigen Pflichten.⁵⁹

In seiner Einleitung zu Greenhows Bericht pflichtete John Simon den Ausführungen seines Kollegen bei und betonte, wie notwendig es wäre zu erwägen,

Headlam Greenhow, M. D. ... with An Introductory Report by the Medical Officer of the Board, on the Preventability of certain Kinds of Premature Death, London, Eyre and Spottiswoode, 1858. X 2. Band 1940.

⁵⁹ Ibid., S. 131—133.

ob die Vorteile unseres sozialen Fortschrittes solche Übelstände wie die von mir beschriebenen in ihrem Gefolge haben müssen; ob die höhere städtische Kultur nicht ohne eine entsprechende Zunahme der Krankheiten erreicht werden kann, die ihre Ursachen in der Nichtbeseitigung des Kotes, in der nicht vorhandenen Lüftung der Wohnungen haben; ob die industrielle Machtposition Englands sich nicht in Einklang bringen ließe mit besserer sanitärer Versorgung der Beschäftigten und mit einer Verringerung der Krankheiten von Kleinkindern.

Fragen dieser Art werden auch für den Volkswirtschaftler nicht uninteressant sein. Denn die physische Stärke einer Nation ist kein unbedeutender Faktor ihres Wohlstandes. Und dies vielleicht gerade in Anbetracht der Tatsache, daß der Preis des 'Rohmaterials Mensch' gestiegen ist, weil Krieg im Osten und Auswanderung westwärts so viele unserer Männer an sich gezogen haben.

Aber wenn es dieser Gegenstand mit Recht verdient, von der Regierung und der gesetzgebenden Körperschaft dieses Landes beachtet zu werden, so sind es stärkere Motive als die eben aufgeführten. Das Prinzip, das vor allen anderen die Fortdauer der menschlichen Gesellschaft sichert, ist das der Unantastbarkeit des menschlichen Lebens durch ungerechte Aggressionen. Die Anerkennung dieses Prinzips durch die Regierung und seine gesetzliche Verankerung ist das erste Kennzeichen eines sozialen Staates.⁶⁰

Dieses Dokument zeigt die Notwendigkeit auf, Mechanismen zu schaffen, die die Regierung ermächtigen würden, systematische Untersuchungen einzuleiten, wenn irgendwo ein verstärktes Krankheitsauftreten registriert würde. Daß das Parlament diese Forderung akzeptierte, läßt sich aus der 'Public Health Act' von 1858 erschließen, die den Geheimen Staatsrat ('Privy Council') autorisierte, von Zeit zu Zeit das öffentliche Gesundheitswesen betreffende Untersuchungen anzustellen, wenn es der Staatsrat für nötig hielt. John Simon wurde zum ärztlichen Gesundheitsbeamten des Staatsrates bestellt und führte in dessen Auftrag zahlreiche Untersuchungen durch. Zwischen 1862 und 1865 beschäftigte er sich besonders mit der Untersuchung „der Nahrungsmittelversorgung, der Unterkünfte und der physischen Umwelt sowie der Fabrikverhältnisse...“⁶¹

⁶⁰ Ibid., S. XLVI—XLVII.

⁶¹ Simon, op. cit., S. 293.

Im sechsten Bericht an den 'Privy Council' (1863) legte Simon die Ergebnisse einer Untersuchung über die Ernährung der Armen vor, die Dr. Edward Smith durchgeführt hatte. Simon stellte fest, daß die Unterernährung weit verbreitet sei und fuhr fort:

Ich bin sicher, daß in dem Ausmaß, in dem Unterernährung unter den am schlechtesten Ernährten anzutreffen ist — wie dies Dr. Smith herausfand —, diese vielfach die direkte Ursache des schlechten Gesundheitszustandes ist, oder daß die damit zusammenhängenden Krankheitsursachen in ihrer Schädlichkeit dadurch stark erhöht werden. Das sind schmerzliche Überlegungen, besonders wenn man sich vor Augen hält, daß die Armut, zu der uns unsere Überlegungen kommen lassen, nicht eine durch den Müßiggang verdiente ist. In allen Fällen ist es die Armut der arbeitenden Bevölkerung. Tatsächlich ist es so, besonders was die Fabrikarbeiter betrifft, daß ihre Arbeit — obgleich übermäßig viele Stunden dauernd — nicht mehr als einen kärglichen Hungerlohn abwirft. Doch ist es aller Wahrscheinlichkeit nach so, daß nur eine qualifizierte Arbeit zur Erwerbung des Lebensunterhaltes ausreicht. Deshalb muß jegliche Krankheitsbehandlung unter der Arbeiterbevölkerung und die daraus resultierende Verhinderung des Elends von der öffentlichen Hand getragen werden.

Wie sehr (wenn überhaupt) die beschriebenen Zustände unter der ärmsten Arbeiterschicht zu einer Verbesserung neigen und in welchem Maß (wenn überhaupt) die Zustände durch von außen kommende Maßnahmen verbessert werden können, das sind Fragen, die nur unter Bedachtnahme auf die Erfordernisse der Volkswirtschaft erörtert werden können; dafür bin ich aber nicht kompetent. Indirekt sind natürlich solche Fragen von größter Bedeutung für das Gesundheitswesen, denn „öffentliches Gesundheitswesen“ eines Landes bedeutet ja nichts anderes als Gesundheit der breiten Masse, und die breite Masse kann kaum gesund sein, wenn sie nicht wenigstens in mäßigem Wohlstand lebt. Obwohl es die Pflicht anderer Wissenschaften als der der Medizin ist, diese Probleme zufriedenstellend zu lösen, so wird ganz gewiß eine Lösung, falls überhaupt möglich, zu den vorzüglichsten Errungenschaften gehören, die ein Gesundheitsamt verbuchen wird können.⁶²

Zweifellos hatte Großbritannien am Beginn der 60er Jahre beträchtliche Fortschritte gemacht in der Abfassung einer sozial

⁶² John Simon: Public Health Reports (2 Bde.), London, J. and A. Churchill, 1887, Bd. II, S. 97—98.

orientierten Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit. Obwohl man diese Auffassung von Medizin als einer sozialen Wissenschaft nicht ausschließlich als deutsches Gedankengut bezeichnete, so hatten doch verschiedene medizinische Schriftsteller und Verwaltungsbeamte erkannt, daß soziale und wirtschaftliche Voraussetzungen eng mit einem stärkeren oder weniger starken Auftreten von Krankheit verbunden waren. Diese Beziehungen sollten — ihrer Meinung nach — zum Gegenstand exakter wissenschaftlicher Forschung werden, wobei in beträchtlichem Umfang statistisches Material und statistische Methoden zugrunde gelegt werden sollten. Ein wenig langsamer sollte sich die allgemeine Erkenntnis durchsetzen, daß die Gesundheit des Volkes eine Angelegenheit von direktem sozialem Interesse ist und daß sowohl soziale wie auch medizinische Maßnahmen notwendig wären, um Krankheit zu verhüten und Gesundheit zu fördern. Wirtschaftlicher Liberalismus war anscheinend immer noch die dominierende Sozialphilosophie, aber in der Praxis erkannte man allmählich, daß sie für eine Industriegesellschaft im Grunde unhaltbar war. So erwog die Armenrechtskommission ('Poor Law Board') im Jahre 1870 ernsthaft die Einführung eines Systems, das freie ärztliche Betreuung aller Lohnempfänger in England und Wales sichern sollte. „Die wirtschaftlichen und sozialen Vorteile einer kostenlosen ärztlichen Betreuung der ärmeren Klassen im allgemeinen“, sagte ein Kommissionsmitglied, „zum Unterschied von Armen im engeren Sinne des Wortes und der umfassende Zugang zu ärztlicher Beratung zu jeder Zeit, garantiert durch eine gutfunktionierende Organisation, dürfen als solche so wichtig erachtet werden, daß mit größter Sorgfalt alle Gründe abgewogen werden sollen, die dafür sprechen.“⁶³ Aber erst in den 80er Jahren konzentrierte sich das Zusammenspiel lang andauernder Entwicklungsströmungen und spezifischer Ereignisse in einer Neuformulierung der sozialen Probleme und Werte.⁶⁴ Aus dieser Umformulierung sozialer Ziele und Ideologien sollte sich im Lauf der Zeit eine Theorie der Sozialmedizin entwickeln.

⁶³ Sidney und Beatrice Webb: *The State and the Doctor*, London, Longmans, Green and Co., 1910, S. 7.

⁶⁴ Helen Merrell Lynd: *England in the Eighteen-Eighties*, New York, Oxford University Press, 1945, S. 3—19 und 61—112.

Aber während diese Entwicklungen in Großbritannien noch Zukunftsmusik waren, hatte ein belgischer Arzt bereits ein gut durchdachtes sozialmedizinisches System entwickelt. Dies war das Verdienst von Dr. Meynne, einem Militärarzt, dessen Buch *Topographie Médicale de la Belgique* 1865 erschien. (Ein interessantes Detail am Rande: der Untertitel auf der Titelseite lautete: *Études de géologie, de climatologie, de statistique et d'hygiène publique* und ist auf dem Schutzumschlag mit einem Papierstreifen überklebt, der folgenden Aufdruck trägt: *Études d'hygiène publique et médecine sociale, de statistique, de climatologie et de géologie médicales*.)

Unter dem Einfluß der Industriellen Revolution in England und den drängenden Bedürfnissen des Napoleonischen Imperiums hatte die Industrialisierung in Belgien schon früh einen hohen Stand erreicht. Chapham stellt fest, daß Belgien das einzige Land Europas war, „das in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts auf industriellem Gebiet mit England Schritt halten konnte“⁶⁵. Aber genau wie in England hatte die Industrialisierung schwerwiegende soziale Probleme in ihrem Gefolge, deren Ursachen in nicht geringem Grad im starken Überhandnehmen der Krankheiten, insbesondere unter den Fabrikarbeitern, zu suchen waren. Während der dreißig Jahre, die dem Erscheinen von Meynnes Buch vorausgegangen waren, hatte man Studien und Untersuchungen über den sozialen, wirtschaftlichen und medizinischen Status der belgischen Bevölkerung durchgeführt, so daß er ein reiches Datenmaterial zur Verfügung hatte, das seinen Niederschlag im Umfang und in der erschöpfenden Darstellung seines Gegenstandes fand.

Meynne wollte ursprünglich eine medizinische Topographie verfassen, oder anders ausgedrückt, eine medizinische Lokalgeographie Belgiens.⁶⁶ Aber das Buch kann nur teilweise als medizinische Topo-

⁶⁵ Zitiert in Knight, M. M., Barnes, H. E., und Flugel, F.: *Economic History of Europe in Modern Times*, Boston, Houghton Mifflin Company, 1928, S. 674.

⁶⁶ Meynne: *Topographie Médicale de la Belgique*, Bruxelles, H. Mancaux, 1865, S. I—III. Zur Medizinischen Topographie und Medizinischen Geographie s. Arne Barkhuus: *Medical Geographies*, in: *Ciba Symposia*, 6 (1944—45), S. 1997—2016.

graphie bezeichnet werden, denn Meynne ging über das Studium und die Darstellung der vorherrschenden Krankheiten in ihrer Beziehung zu den ursächlichen Faktoren hinaus. In der letzten Analyse stellte er eine Sozialpathologie und Sozialhygiene Belgiens dar. Tief erfüllt von der grundlegenden Wichtigkeit einer Präventivmedizin schrieb er:

Eine kurative Medizin, die einen Schwerkranken hier und einen anderen dort vor dem Sterben bewahrt, erfüllt unbestritten eine verdienstvolle Aufgabe, aber Hygiene, die tausende Krankheitsfälle verhindert, wird in Hinblick auf die sozialen Ergebnisse immer der ersten voranzustellen sein. Das letzte ist Medizin im großen, Medizin auf Völker angewandt. . . .

Hygiene, basierend auf der Kenntnis von den Krankheitsursachen, wird eines Tages das Fundament der gesamten Sozialwissenschaft bilden, weil die Volksgesundheit immer der wichtigste Besitz der Menschen sein wird, weil die Volkswirtschaft bald dem Ausland unterlegen wäre, wenn die physische Kraft der Arbeiterbevölkerung schwer in Mitleidenschaft gezogen wird. Hygiene wird eines Tages zum Wegweiser für den Verwaltungsbeamten wie für den Gesetzgeber werden. Die Volkswirtschaftslehre, die sich jetzt zu sehr mit der Erforschung des Nationalwohlstandes beschäftigt, wird dann die sanitäre Lage der Bevölkerung als Ausgangspunkt für ihre Doktrinen nehmen.⁶⁷

Die »Topographie Médicale« besteht aus vier Teilen. Der erste Teil handelt von der Geographie, Geologie und Klimatologie Belgiens. Der zweite von der Morbidität und Mortalität der belgischen Bevölkerung, der auch eine Abhandlung über die Ursachen der meistverbreiteten oder schwerwiegendsten Krankheiten einschließt. Der dritte zeigt die Verbindungen zwischen Krankheiten und Boden, Klima, Armut, Ernährung, Wohnverhältnissen und Alkoholismus. Der vierte schließlich bringt eine Erörterung verschiedener Präventivmaßnahmen, mit deren Hilfe die vorher dargestellten Zustände zu verringern oder ganz zu beseitigen wären. Meynne schöpfte das vorhandene statistische Material voll aus, denn er erkannte, daß die Statistik ein ungeheures Instrument für das Studium der Probleme, an denen er interessiert war, darstellte.

Aufgrund seiner Studien gelangte Meynne zu dem Schluß, daß

⁶⁷ Meynne, op. cit., S. III—IV.

die Armut der allerfruchtbarste Nährboden für die Krankheit war und bei weitem alle anderen vermeintlichen Krankheitsursachen wie Boden, Klima und Ansteckungsherde übertraf. Er stellte fest:

Als Ursache der meisten schweren Krankheiten übertrifft die Armut alle anderen Einflüsse, sogar diejenigen des Bodens und des Klimas. Allgemein darf gesagt werden, daß *Todesfälle und die Krankheiten, die zu einer Degenerierung der Art führen, in verschiedenen sozialen Schichten in Proportion zum Grad der dort herrschenden Armut zu finden sind*. Wir gelangten zu diesem bemerkenswerten Gegensatz zwischen den wohlhabenden und arbeitenden Klassen ohne Vorurteil. In jedem Kapitel wurden die Ergebnisse der Statistik und der Beobachtung auffallender, das Problem kristallisierte sich klarer und schärfer heraus. Am Ende sahen wir uns einer bedeutenden gesellschaftlichen Tatsache gegenüber: dem ungeheuren Tiefstand des hygienischen und physischen Zustandes der Proletarier. Ihre Lebenserwartung ist viel geringer; sie altern frühzeitig; ihre Nachkommen sind weniger lebensfähig; die Wahrscheinlichkeit, daß sie von Tuberkulose oder von dyskrasischen Krankheiten befallen werden ist doppelt so groß; sie sind gegen alle Seuchen weniger geschützt; fast ausschließlich sie allein fallen Unglücken oder einem gewaltsamen Tod zum Opfer. Halten wir außerdem fest, daß die Armut in den meisten Fällen die Hauptursache ihrer geistigen Beschränktheit, ihrer Unordentlichkeit, ja sogar ihrer moralischen Ausschweifungen und Zügellosigkeit ist. Kurz, man könnte sagen, die physische und moralische Dekadenz wirkt sich verhängnisvoll auf eine große Anzahl jener aus, die das Unglück haben, arm geboren zu sein.⁶⁸

Aber, so fuhr er fort, da nun alle Krankheitsursachen untersucht sind, wäre es nun notwendig, die Aufmerksamkeit auf die Präventivmaßnahmen zu lenken, oder auf die Kontrolle des größten Teiles der schweren Krankheiten. Aber für jemanden, der vom Standpunkt der Vorbeugung ausgeht,

dehnt sich der Horizont weit über den Bereich der ärztlichen Verschreibungen. Tatsächlich wird es ein Aufräumen mit Vorurteilen, Irrtümern und Unwissenheit; eine Ermutigung zu gesundheitsfördernder Arbeit, zur Entwicklung eines Gefühles der Menschenwürde auf der einen Seite und der Besiegung der Habgier und der Ungerechtigkeit auf der anderen. Für dieses ungeheure Projekt ist es notwendig, sich der Zusammenarbeit aller

⁶⁸ Ibid., S. VIII—IX.

Menschen, die guten Willens sind, zu versichern und vor allem den Beistand und die einheitliche Leitung durch den Staat und durch die Wissenschaftler zu haben.

Da wir glauben, daß der Arzt zu Recht ein Mitglied dieses großen wissenschaftlichen Rates ist, haben wir am Schluß dieser Studie kühn unsere Meinung über die dringlichsten Vermögensreformen und wirtschaftlichen Mittel vorgebracht und dies sogar auf die Gefahr hin, daß irgendwer Einwände wegen unserer Inkompetenz erheben wird.

... Gewiß kann niemand behaupten, alles zu wissen, aber wir lehnen es ab, die scholastischen Begrenzungen einer jeden speziellen Wissenschaft anzuerkennen. Alle Wissenschaften sind Schwestern, sie sollten einander die Hände reichen, damit sie eines Tages zu einem Ganzen werden, nämlich zu der großen sozialen Wissenschaft.⁶⁹

Meynne war überzeugt, daß die Zukunft dem öffentlichen Gesundheitswesen gehören würde, oder, in seiner Terminologie, der Präventivmedizin. Seine Auffassung vom Gegenstand ist eindrucksvoll und weitreichend. Die Präventivmedizin sollte sich mit der Reinhaltung von Erde und Wasser beschäftigen; mit der Hygiene der ungesunden und gefährlichen Industriezweige; mit der Anlage, Planung und Funktion von Krankenhäusern, Gefängnissen, Schulen und Kasernen; mit der Überprüfung von Nahrungsmitteln, um Betrug und Verfälschung derselben zu verhindern; mit der Kinderbelehrung und -erziehung; mit der Berufsberatung; der Heirats- und Familienberatung — kurz gesagt: sie würde eine Rolle spielen in der Erziehung, öffentlichen Verwaltung und Volkswirtschaft. Zum Teil ist dieses weitblickende Programm in unserer Zeit verwirklicht worden; aber es bleibt noch viel zu tun übrig.

Genauer ausgedrückt: Meynne wollte, daß die Arbeiter zu größerer Selbständigkeit geführt würden und wollte sie vor Ausbeutung schützen. Er sprach sich aus für höhere Löhne, bessere Wohnverhältnisse, bessere Ernährung und für die Abschaffung der verschiedenen sozialen Übelstände wie Alkoholismus etc. Da er die außerordentliche Bedeutung der Ernährung erkannt hatte, schlug er vor, daß besondere Detailgeschäfte für die Arbeiter eingerichtet würden, wo diese Lebensmittel zum Selbstkostenpreis einkaufen könnten. Solche Geschäfte könnten gleichfalls Kleider und Ein-

⁶⁹ Ibid., S. XII.

richtungsgegenstände verkaufen. Meynne verlangte auch die Verkürzung des Arbeitstages, die Hinaufsetzung des Lehrlingsalters und verbesserte Arbeitsbedingungen in den Fabriken und Geschäften mit besonderer Berücksichtigung der Hygiene am Arbeitsplatz.⁷⁰ Erwähnt sei auch sein Vorschlag zur Errichtung eines Systems von Landspitälern zur Betreuung der Landbevölkerung. Der Gedanke war an sich nicht neu, denn sowohl in Frankreich als auch in Belgien hatte man dem Problem der ärztlichen Versorgung und dem Spitalwesen in ländlichen Gebieten beträchtliche Aufmerksamkeit zugewendet.⁷¹ Das Neue daran ist, daß das Problem nun in den größeren Gesamtkomplex der Sozialmedizin hineingestellt wurde. Schließlich verdient das Kapitel VI von Meynnes Abhandlung Beachtung. Darin behandelt er die wichtigsten Krankheiten, analysiert eine jede im Hinblick auf die Ursachen und lenkt das Interesse auf die daran beteiligten sozialen Faktoren. Unter den aufgeführten Krankheiten befinden sich Lungenschwindsucht, Skrofulose, Pneumonie, Bronchitis, Emphysem und Asthma, Herzkrankheiten, Rheumatismus, Arthritis, Gicht, Neuralgie, Magen- und Darmkrankheiten, Typhus, Dysenterie, Skorbut, Milzbrand, Krebs, Pocken, Scharlach, Geisteskrankheiten, Epilepsie, Chorea, Taubstummheit und Seuchen (Cholera, Fleckfieber, Diphtherie, Keuchhusten). Dieses Kapitel ist einzigartig, denn bis zu Grotjahns »Sozialer Pathologie« finden wir kein zweites Mal eine derartige Untersuchung.⁷²

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts blieb der Gedanke der Sozialmedizin in Deutschland lebendig und wurde von einigen weitblickenden und sozialgesinnten Männern weiter entwickelt. In manchen Fällen leiteten sie ihre Vorstellungen von der Bewegung des Jahres 1848 ab. Die Führer der Bewegung von 1848, Virchow und Neumann, waren aktiv im politischen Leben stehend und blieben ihren Prinzipien treu. 1856 rief man Virchow nach Berlin zu-

⁷⁰ Ibid., S. 519—547.

⁷¹ S. die Artikel »Hygiène Rurale« und »Médecins Cantonaux« in: Dictionnaire d'Hygiène Publique ..., hrsg. v. Ambroise Tardieu, Paris, J.-B. Baillière, 1854 (II), S. 216; 465.

⁷² Meynne, op. cit., S. 123—235.

rück, und 1861 wurde er Mitglied des Berliner Stadtverordneten-Collegiums. 1862 wurde er in das Preußische Abgeordnetenhaus gewählt, und von 1880 bis 1893 war er auch Mitglied des Deutschen Reichstages. Während dieser Zeit blieb er seiner Überzeugung treu, daß Gesundheit und Krankheit sowohl sozialer als auch medizinischer Natur seien. Bei der Versammlung der Deutschen Naturforscher und Ärzte im Jahr 1860 forderte Virchow mit allem Nachdruck die Bekämpfung und Verhütung der Auswirkungen von Krankheit und Gebrechlichkeit:

Wenn die Statistik lehre, daß an einigen Orten ein Drittel aller Todesfälle durch Lungenerkrankungen erfolge, wenn die Schwindsucht im engeren Sinne des Wortes 15 bis 18 Prozent und noch mehr der Todesfälle liefere, so deute das darauf hin, daß in der Entwicklung unserer Bevölkerungen Störungen gegeben sind, welche in den gesellschaftlichen und staatlichen Einrichtungen begründet, also vermeidlich sind.⁷³

In ähnlicher Weise fuhr Neumann fort, Krankheit unter einem sozialen Gesichtspunkt zu betrachten. Viele seiner Untersuchungen waren statistischer Natur. Zwischen 1865 und 1866 unternahm und veröffentlichte er drei Studien über Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffern unter der Arbeiterbevölkerung Berlins. Als 1905 in Berlin die Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik gegründet wurde, wählte man Neumann zum Ehrenmitglied. Als er 1908 starb, hatte Alfred Grotjahn bereits sein Konzept der Sozialen Hygiene entwickelt.

In den drei auf 1848 folgenden Jahrzehnten wandelte sich das Programm der medizinischen Reform in ein begrenzteres, sozialhygienisches Reformprogramm, das auch praktisch durchführbar war. Trotzdem waren die Kausalbeziehungen zwischen den allgemeinen sozialen Verhältnissen und der Gesundheit einzelner Personen nicht zu übersehen. 1867 beschäftigte sich Lorenz von Stein, Jurist und Verwaltungsbeamter, in einer Abhandlung über die öffentliche Verwaltung mit den verwaltungstechnischen Gesichtspunkten des öffentlichen Gesundheitswesens.⁷⁴ Stein wies darauf

⁷³ Karl Sudhoff: Rudolf Virchow und die Deutschen Naturforscherversammlungen, Leipzig, Akademische Verlagsgesellschaft, 1922, S. 14.

⁷⁴ Zu Stein s. S. 287 und Fußnote 7.

hin, daß die Gesundheit des einzelnen zu einer Angelegenheit von öffentlicher Bedeutung werde, wenn die Einzelperson schädlichen Einflüssen ausgesetzt ist, über die sie keine Kontrolle hat und wenn diese Person zu einer Belastung der Gesellschaft wird. Unter diesen Umständen — so verlangte er — ist es die Pflicht des Staates, Voraussetzungen zu schaffen und aufrechtzuerhalten, die den einzelnen vor den Gefahren schützen würden, die das Gemeinschaftsleben mit sich bringt, und die außerdem auf positive Weise die Gesundheit der erkrankten Einzelpersonen wiederherstellen bzw. diesen Prozeß unterstützen würden.⁷⁵ Von Stein war stark beeinflusst von der englischen Gesundheitsgesetzgebung und führte zur Unterstützung seiner Forderungen die Erfahrungen an, die man in England bereits gemacht hatte.

Von Stein hatte eine Reihe von Medizinern als Zeitgenossen, die in unterschiedlichem Ausmaß die Bedeutung des Einflusses von sozialen Bedingungen auf die Gesundheit erkannten und die dieses Thema unter verschiedenen Gesichtspunkten erörterten. Einer der interessantesten und doch am wenigsten bekannten ist Eduard Reich (1836—1919), ein exzentrischer und peripatetischer medizinischer Gelehrter. Er lebte und lehrte in Jena, Göttingen, Bern, Straßburg, Gotha, Kiel, Würzburg, Erlangen, Koburg und Sondershausen. Im Verlauf seines Wanderlebens fand Reich noch die Zeit, eine große Anzahl von Büchern zu schreiben. Das letzte erschien 1910.⁷⁶ Am wichtigsten ist das 1870—71 in zwei Bänden erschienene »System der Hygiene«. Das Buch bringt eine ausgewogene Darstellung dessen, was Reich als das Gebiet der Hygiene ansah. Das Werk ist das Ergebnis einer profunden Bildung und Belesenheit. Die umfangreiche Lektüre, auf der das Werk basiert, läßt sich aus einigen der von Reich zitierten Autoren ablesen. Unter ihnen sind Brillat-Savarin, P. J. G. Cabanis, Henry C. Carey, Girolamo Cardano, August Hirsch, Liebig, Paola Mantegazza, Malthus, Moleschott,

⁷⁵ Lorenz von Stein: Die Verwaltungslehre, III. Teil. Erstes Hauptgebiet. II. Teil, Stuttgart, J. G. Cotta, 1867, S. 1 ff. S. auch Kroeger, op. cit., S. 18—19 (Fußnote 26).

⁷⁶ Alfons Fischer: Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Bd. II, Berlin, Kommissionsverlag F. A. Herbig, 1933, S. 362—365.

Quetelet; das 'Regimen Salernitanum'; Ramazzini, der Volkswirtschaftler J. B. Say, Virchow, Villermé und J. G. Zimmermann. Der Aufbau von Reichs 'System' ergibt sich aus seiner Definition der Hygiene. Zur Frage „Was ist Hygiene?“ schrieb er:

„Ich verstehe unter Hygiene die Gesamtheit jener Lehren, deren Anwendung die Erhaltung der individuellen und socialen Gesundheit, der Sittlichkeit, die Zerstörung der Krankheits-Ursachen, und die Veredelung des Menschen in physischer wie moralischer Beziehung abzwackt. Es umfasst also der Begriff der Hygiene weit mehr, als man ehemals unter Diätetik und medicinischer Polizei verstand. Die Hygiene hat es mit dem ganzen Menschen, wie er als Individuum, als Familie und Gesellschaft sich zeigt, zu thun, mit seinen Zuständen und Verhältnissen; sie umfasst demnach die ganze physische und moralische Welt, und communicirt mit allen Wissenschaften, deren Gegenstand die Betrachtung des Menschen und der diesen umgebenden Welt ist.“⁷⁷

Philosophie, Wissenschaft und Kunst des gesunden Lebens des Einzelnen, der Familie, der Gesellschaft und des Staates: dies ist die Hygiene, oder die Gesundheits- und Wohlfahrts-Lehre. Ihren Strom bilden drei Flüsse; der erste entspringt dem Boden der praktischen Philosophie, der zweite dem der Medicin, der dritte dem der Social-Wissenschaft. Die moralische Hygiene ist ein Ausfluss der Social-Wissenschaft, die diätetische (und klimatische) und die polizeiliche Hygiene ein Ausfluss der Medicin.⁷⁸

Auf dieser Basis teilte Reich die Hygiene in vier Zweige ein: in die moralische Hygiene, in die soziale Hygiene, in die diätetische Hygiene und in die polizeiliche Hygiene. Innerhalb dieser Kategorien versuchte er, den Einfluß der menschlichen Erfahrung — sowohl der persönlichen als auch der sozialen — auf die Gesundheit zu erforschen. Aus dem Inhaltsverzeichnis des 'Systems' wird klar, was Reich als in die einzelnen Sparten gehörig betrachtete:

1. Moralische Hygiene

Die moralischen Handlungen

Die Leidenschaften

Das geistige Leben

Die Erziehung

Die Religion und die Sittlichkeit

⁷⁷ Eduard Reich: System der Hygiene (2 Bde. in einem), Leipzig, Friedrich Fleischer Verlag, 1870—71, Bd. I; S. XVI.

⁷⁸ Ibid., S. XII.

2. Sociale Hygiene

Einleitung

Die Bevölkerung

Die Ehe

Die Arbeiten und das Elend

Arbeit

Elend

Quellen des Elend's

Wirkungen des Elend's

Formen des Elend's

Barmherzigkeit

Association

Schluss

3. Diätetische Hygiene

Die Nahrung

Die Haut-Pflege

Kleidung

Reinigung

Kosmetik

Die Gymnastik

Reisen

Die Sinne. Der Schlaf. Die Fortpflanzung

Die Wohnung

Das Klima

4. Polizeiliche Hygiene

Das Amt der Gesundheit

Das Gesetz der Gesundheit

Gesundheits-Polizei der Nahrungs- und Genussmittel

Gesundheits-Polizei der Institute und Wohnsitze

Gesundheits-Polizei der Epidemien

Aus dieser Inhaltsangabe ist ersichtlich, daß Reichs Kategorien zwar nicht ganz mit den heute gebräuchlichen übereinstimmen, trotzdem kann man seine „Polizeiliche Hygiene“ als der heutigen Gesundheitsverwaltung gleichwertig ansehen, seine „Sociale Hygiene“ stellt eine frühe Form der Sozialmedizin und der Fürsorgearbeit dar und seine „Moralische Hygiene“ ist eine Verbindung aus Sozialpsychologie, Soziologie und Gesundheitserziehung. Von größtem Interesse ist Reichs Begriff der Sozialhygiene:

Die sociale Hygiene nimmt das Wohl der Gesellschaft wahr. An der Hand der Statistik verfolgt sie die Erscheinungen des gesellschaftlichen Lebens, überblickt die Bevölkerung in deren verschiedenen Zuständen und die Ehe, studirt die Arbeit und steigt hinab in das Jammerthal des Elends, nicht um hier nur leeren Trost zu bringen, sondern um zu helfen, zu retten, um die Erlahmenden zu stärken und zu neuem Leben zu erwecken, und um die Erlahmten auf den Händen der Barmherzigkeit durch das Dasein zu tragen.⁷⁹

Krankheiten der Gesellschaft zu verhindern und die Wohlfahrt der bürgerlichen Gemeinschaft zu erhalten: dies ist die Aufgabe der socialen Hygiene. Um aber das vorgesetzte Ziel zu erreichen, muss die sociale Hygiene die Entäusserungen des gesellschaftlichen Lebens kritisch untersuchen, ihre Strömungen bis an die Quelle verfolgen, und dort die regulirende und verbessernde Arbeit vornehmen.

Zwei Dinge sind es, welche das sociale Leben auf das Mächtigste beeinflussen, Gepräge und Färbung ihm geben; wir meinen die individuelle Gesamt-Constitution und das Verhältniss des Besitzes. Diese beiden bedingen sich gegenseitig.

Weil das sociale Leben von der physischen und moralischen Constitution der Individuen, auf der anderen Seite von dem Besitze abhängt, darum können die Massnahmen der socialen Hygiene nur dann von Wirksamkeit sein, wenn sie auf Verbesserung der Constitution hinarbeiten und zugleich naturgemäss Entwicklung der Besitzes-Verhältnisse ermöglichen. Die sociale Hygiene muss vor allem Andern das Elend auslöschen; denn so lange dies besteht, wird weder von Verbesserung der Constitution, noch von normaler Gestaltung des Besitzes die Rede sein; ...⁸⁰

Zur Erreichung dieses Zieles sprach sich Reich für Selbsthilfe und Zusammenarbeit aus; Massnahmen, die zu seiner Zeit in weiten Kreisen vertreten wurden und die in einem gewissen Grad Proudhons Sozialphilosophie zu reflektieren scheinen. Ausserdem war Reich ein eifriger Vertreter der Gesundheitserziehung für alle Altersgruppen und sozialen Klassen.

Die Ideen von Eduard Reich wurden nur wenig bekannt, aber ähnliche Ansichten, die auch ein breites Publikum fanden, vertrat sein besser bekannter Zeitgenosse Max von Pettenkofer.⁸¹ Am 26.

⁷⁹ Ibid., S. XXII.

⁸⁰ Ibid., S. 267.

⁸¹ Pettenkofer ist zu bekannt, als daß er in dieser Arbeit vorgestellt zu werden brauchte. Für die an biographischen Details Interessierten ver-

und 29. März 1873 hielt Pettenkofer Vorlesungen im Verein für Volksbildung in München über den »Werth der Gesundheit für eine Stadt«. Der Zweck dieser Vorlesungen war die dringliche Forderung nach einer durch und durch gehenden sanitären Reform zur Verbesserung der sanitären Verhältnisse Münchens. Es war Pettenkofer, der die Hygiene zu einer experimentellen Laboratoriumswissenschaft machte, aber er war sich vollkommen darüber im klaren, daß die menschliche Gesundheit nicht nur von der physikalischen Umwelt, sondern auch von der sozialen Welt, in der der Mensch lebt, beeinflusst wird. Nachdem er die Aufmerksamkeit seiner Zuhörerschaft auf die Notwendigkeit einer sanitären Reform gelenkt hatte, warnte er sie, nicht ein Allheilmittel zu erwarten. Die Gesundheit wäre das Ergebnis des Zusammenwirkens einer Reihe von Faktoren und sie alle müßten in Betracht gezogen werden.

Im Augenblick ist es fast Mode geworden, den Gesundheitszustand einer Stadt wesentlich nur von einer Canalisirung, von reichlicher Wasserversorgung und guten Abtrittanlagen, wesentlich von Einführung der Water-closets abhängig zu denken, ... , denn mit diesen Mitteln lösen wir nach den anderwärts gemachten Erfahrungen noch nicht den dritten Theil der Aufgabe, da müssen wir uns auch noch in mancher andern Richtung umsehen.

Von der Nahrung ist unsere Gesundheit gleichfalls sehr abhängig, und zwar nicht bloss von ihrer Qualität, sondern auch von ihrer Quantität; was wir geniessen, kann nicht bloss gut oder schlecht, sondern auch zu wenig und zu viel sein. ...⁸²

Es wird daher nothwendig sein, an die Arbeit zu gehen, und es wird mit jedem Tag nothwendiger werden, da alle Preise der Lebensmittel in stetigem Steigen begriffen sind. So lange der Mensch unter Umständen lebt, dass er haben und sich auswählen kann, was und wie viel er will, da findet er instinktmässig auch leicht das Rechte; wenn er aber mit

weise ich auf E. E. Hume: Max von Pettenkofer, New York, Paul B. Hoeber, 1927; H. E. Sigerist: Grosse Aerzte, München, J. F. Lehmanns Verlag, 1932, S. 288—292.

⁸² Max von Pettenkofer: Über den Werth der Gesundheit für eine Stadt. Zwei populäre Vorlesungen, gehalten am 26. und 29. März 1873 im Verein für Volksbildung in München, Braunschweig, Druck und Verlag von Friedrich Vieweg und Sohn, 1873, S. 27, 32.

Dürftigkeit zu kämpfen hat, oder wenn ihm ein fremder Wille die Nahrung vorsetzt, da sollte auch festgesetzt sein, was und wie viel mindestens nothwendig ist. ...⁸³

Von grosser Wichtigkeit sind auch die Wohnungsverhältnisse. Die Wohnung hat namentlich auf zwei Wegen einen grossen Einfluss auf unsere Gesundheit, erstens für unsern nothwendigen Luftgenuss und dann für die Wärmeökonomie unseres Körpers. ...

Sitten und Gebräuche sind von nicht geringem Einfluß auf die allgemeine Gesundheit. ...

Nach meiner Ansicht muss zu Sitten und Gebräuchen auch gerechnet werden, wie viel z. B. ein Mensch von seinem Verdienst oder Einkommen durchschnittlich auf Nahrung, wie viel auf Getränke, Wohnung, Kleidung und andere Zwecke und Genüsse des Lebens verwendet. ...

Auch gesetzliche und sociale Verhältnisse haben Einfluss auf die Gesundheit und Sterblichkeit einer Bevölkerung. In der ganzen Welt hat durchschnittlich der Reichere eine bessere Gesundheit und eine längere Lebensdauer, als der Aermere; zu jeder Epidemie, sei es Wechselfieber, Typhus oder Cholera, liefert die ärmere Classe ein grösseres Contingent, ja manchmal und an manchen Orten in einem solchen Grade, dass namentlich noch vor mehreren Jahren die Cholera geradezu eine Krankheit des Proletariats genannt wurde. Die Aermeren erkranken gewiss nicht deshalb mehr, als die Reicheren, weil sie weniger Geld in der Tasche haben, sondern nur, insofern sie an Nothwendigem Mangel leiden. ...⁸⁴

Pettenkofer wies außerdem darauf hin, daß das öffentliche Gesundheitswesen eine Angelegenheit der ganzen Gemeinschaft sei, und daß eine jede Maßnahme, die ergriffen wird, um den in Not Gerathenen zu helfen, sich zum Nutzen aller auswirken würde:

In jeder grösseren Gemeinde gibt es Viele, welche nicht die Mittel haben, um sich zu verschaffen, was sie zu einem gesunden Leben unumgänglich brauchen, und da müssen Diejenigen, welche mehr haben, als sie brauchen, etwas beisteuern, und zwar in ihrem eigenen Interesse. ...

Soweit solche Ursachen nicht vom Einzelnen zu beseitigen oder fernzuhalten sind, müssen Alle dafür eintreten und nach Vermögen sich besteuern lassen. Wenn eine Stadt für gute Canalisirung, gute Wasserversorgung, für gute Strassen und Reinlichkeit in denselben, wenn sie für gute Anstalten in Bezug auf Victualien, für Schlachthäuser und sonstige

⁸³ Ibid., S. 34—35.

⁸⁴ Ibid., S. 35, 37, 38.

unentbehrliche Lebensbedürfnisse sorgt, lauter Gegenstände, welche auch dem Unbemittelten zu Gute kommen, obschon diese nichts, sondern nur der Bemittelte daran bezahlt, — so hat doch auch der Bemittelte davon, dass sie auch dem Unbemittelten zu Gute kommen, die grössten Vortheile. Eine Stadt muss sich gewissermassen als Familie betrachten, für Alle im Hause muss gesorgt werden, auch für diejenigen, welche nichts verdienen, oder nichts verdienen können.⁸⁵

Angesichts dieses Standpunktes überrascht es überhaupt nicht, daß Pettenkofer 1882 die Bezeichnung „soziale Medizin“ anstelle von Hygiene verwendete.⁸⁶

Auf den wichtigen Einfluß, den soziale Einrichtungen und Verhältnisse auf die Gesundheit ausüben, hat auch Nikolaus Alois Geigel (1829—1887) hingewiesen. Als Student hatte er sich tatkräftig an der Bewegung des Jahres 1848 beteiligt und ihre Ideologie hinterließ einen dauernden Eindruck in seinem Denken. 1870 wurde er zum ordentlichen Professor der Hygiene in Würzburg ernannt und 1874 veröffentlichte er in Pettenkofers »Handbuch der öffentlichen Gesundheitspflege und der Gewerbekrankheiten« eine ausführliche Darstellung des öffentlichen Gesundheitswesens. In der Einleitung schilderte er besonders die Beziehung der sich verändernden sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse zu Gesundheit und Krankheit. Dann kam er auf die Herrschaft des Kapitalismus zu sprechen, auf das Anwachsen des industriellen Proletariats, auf die zunehmende Verstädterung und auf die gesundheitswidrigen Zustände unter denen die Arbeiter leben mußten, auf den gefährlichen Materialismus der besitzenden Klasse und auf den Einfluß der Kirche, den er als schädlich und reaktionär erachtete. So wie viele seiner Vorgänger und Zeitgenossen legte Geigel großen Wert auf genaue Gesundheitsstatistiken, die Licht in die sozialen Phänomene bringen sollten. Er glaubte, daß die Bewegung der Marktpreise für Lebensmittel und die Vermehrung oder Verminderung des Verbrauches der landwirtschaftlichen und industriellen Erzeugnisse für die Begünstigung oder das Zustandekommen der Krankheiten ebenso wichtig, ja entscheidend, wären, wie klimatische Verände-

⁸⁵ Ibid., S. 39, 40.

⁸⁶ Hynek Pelc: La Médecine sociale et son développement en Tchécoslovaquie, in: Bruxelles médical (No. 26), 26. April 1936.

rungen, die Zu- und Abnahme des Proletariats oder des Nationalvermögens.

Diese Ideen blieben nicht ohne Wirkung. Als 1876 das Reichsgesundheitsamt gegründet wurde, legte Dr. Struck, der erste Leiter des Amtes, in einer programmatischen Denkschrift die Aufgaben und Ziele dar.⁸⁷ Darinnen nimmt die medizinische Statistik eine ganz vorrangige Stellung ein. Struck schrieb:

Die Beziehungen der Menschen untereinander, ihre Geburts-, Entwicklungs- und Arbeitsverhältnisse, ihr Alter, ihre Umgebung, ihre Vertheilung in territorialer Beziehung, der Boden, auf dem sie leben, das Wasser, das sie trinken, ihr Wohlstand, ihre Ernährung u.s.w. sollen in Beziehung gebracht werden zu den bei ihnen auftretenden Krankheiten, zu ihrer Lebensdauer und zu ihrer Sterblichkeit, um so die Ursachen zu finden, welche Abnahme der Kraft und Gesundheit und Verkürzung der Lebensdauer der Bevölkerung herbeiführen.

Die Bedeutung solcher Unterlagen wurde von den Führern der Arbeiterbewegung nicht aus den Augen verloren. August Bebel, der Führer der Sozialdemokratischen Arbeiterpartei, bemerkte zu der oben angeführten Stelle aus Strucks Denkschrift:

Ergibt z. B. eine solche Statistik, daß die Wohnungen, die Arbeitsräume, die Ernährungsweisen breiter Bevölkerungsschichten absolut unzulänglich sind, so folgt daraus mit Nothwendigkeit, daß Mittel und Wege ergriffen werden müssen, sie zu verbessern. Die Erörterung der socialen Fragen wird damit in den Vordergrund gestellt und, gestützt auf die officiellen, nicht wegzuleugnenden Zahlen und Ergebnisse, werden die Forderungen und praktischen Vorschläge für Umgestaltung der Zustände eine unwiderstehliche Macht erlangen, weil sie Tausende und Hunderttausende, und zwar aus allen Schichten der Bevölkerung, veranlassen werden, dafür einzutreten.⁸⁸

⁸⁷ Denkschrift über die Aufgaben und Ziele, die sich das Kaiserliche Gesundheitsamt gestellt hat, verfasst von Struck, Berlin 1878, zitiert bei Fischer, op. cit., (II), S. 307. [Da mir das Original nicht zugänglich war, erfolgte die Übersetzung anhand dieses Zitates. Dasselbe gilt für Fußnote 88. Anm. d. Übers.]

⁸⁸ August Bebel: Das Reichsgesundheitsamt und sein Programm vom socialistischen Standpunkt beleuchtet, Berlin, Verlag der Allgemeinen deutschen Associations Buchdruckerei, 1878, S. 9.

Die Beziehungen von Gesundheit und Hygiene zur Nationalökonomie zeigte Heinrich Rohlfs im selben Jahr in einem Artikel auf, in dem er dafür eintritt, daß Deutschland eine Wirtschaftspolitik auf der Grundlage von Friedrich Lists nationalen Schutzzöllen („Erziehungszölle“) verfolge. Im Rahmen seiner Darstellung zitierte Rohlfs mit Anerkennung Pettenkofers Bemerkungen aus dem Jahre 1875:

Ich [Pettenkofer] fasse die Hygiene als Wirtschaftslehre von der Gesundheit auf, ganz ähnlich wie die Nationalökonomie die Güterwirtschaft betrachtet. Wie in der Nationalökonomie nicht bloss die Furcht vor der Einbusse, sondern noch vielmehr das Streben nach höherem Gewinne die treibende Kraft ist, so muss es auch in der Hygiene als Gesundheitslehre werden. Die Hygiene hat die Werthigkeit aller Einflüsse der natürlichen und künstlichen Umgebung des Organismus zu untersuchen und festzustellen, um durch diese Erkenntniss dessen Wohl zu fördern.⁸⁹

Rohlfs wies außerdem darauf hin, daß die Errichtung eines Reichsgesundheitsamtes ein großer Schritt vorwärts war und einen beträchtlichen Einfluß auf die Entwicklung der Hygiene nehmen würde.

Trotz dieses Bewußtseins der sozialen Beziehungen von Gesundheit und Krankheit ist für die letzten drei Jahrzehnte des 19. Jahrhunderts in Deutschland ein Milieu kennzeichnend, das für die Entwicklung dieses Bewußtseins zu einem klaren Begriff, der eine praktische und medizinische Anwendung erlauben würde, ungünstig war. Nach 1871 lag für die meisten Deutschen die Bewegung von 1848 in einer fernen Vergangenheit. Man anerkannte zwar noch den nationalen Aspekt der Bewegung, aber ihre sozialen Ideale hatte man aufgegeben. Die deutschen Intellektuellen und die Mittelklasse akzeptierten Bismarcks Politik und gaben zum größten Teil ihr progressives Programm auf. Zur gleichen Zeit verschaffte die ungeheure Schnelligkeit, mit der sich die Naturwissenschaften

⁸⁹ Heinrich Rohlfs: Ueber das Wechselverhältnis der Nationalökonomie zur Hygiene in seiner historischen Ausbildung, in: Deutsches Archiv für Geschichte der Medicin und Medicinische Geographie, 1 (1878), S. 71—106 (s. S. 85).

entwickelten, der Medizin ein enormes Ansehen. Dazu kam noch die Entwicklung der Bakteriologie, wodurch die Antwort auf das Problem der Krankheitsursachen gefunden zu sein schien. Unter diesen Umständen war es nicht schwer, den Patienten und seine Umwelt zu überblicken und die Krankheitserreger und die Krankheit in Beziehung zu Ursache und Wirkung zu setzen. Nicht der Patient, sondern die Krankheit wurde zum Hauptinteresse des Arztes. Dies war die Einstellung, die Emil Behring 1893 so scharf formulierte.

Doch auf dem Höhepunkt des Triumphes der Bakteriologie führte das Interesse an der Bedeutung der sozialen Verhältnisse als Ursache der Krankheit zahlreiche Ärzte dazu, dem übertriebenen bakteriologischen Standpunkt entgegenzutreten. Hueppe faßte seinen Standpunkt 1899 in der Feststellung zusammen: „Die Hygiene ist als eine soziale Kunst durch die soziale Not hervorgerufen, sie muss und wird deshalb immer Sozialhygiene sein oder sie wird nicht sein.“⁹⁰ Nur wenige Jahre danach legte Alfred Grotjahn sein Konzept der Sozialhygiene vor, das die theoretische Entwicklung der Sozialmedizin während der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts einleitete.

IV. Alfred Grotjahn und danach

Genau zu der Zeit, als Behring glühend die Bakteriologie als die einzige medizinische Wahrheit proklamierte und Koch als ihren Propheten, entwickelte ein junger deutscher Medizinstudent, auf der Suche nach einem Dissertationsthema für eine medizinische Doktorarbeit, die Idee, medizinische Probleme unter einem sozialwissenschaftlichen Aspekt systematisch zu erforschen, um „schließlich zu einer Theorie der sozialen Pathologie und der sozialen Hygiene zu gelangen, die mit ihr eigentümlichen Methoden, ..., die Abhängigkeit von Leben und Gesundheit namentlich der unbemittelten Bevölkerungsschichten von den sozialen Verhältnissen und

⁹⁰ Hueppe: Handbuch der Hygiene, Berlin, 1899, S. 11, zitiert bei Alfons Fischer: Grundriss der sozialen Hygiene, Berlin, Julius Springer Verlag, 1913, S. 23.

der Umwelt zu erforschen und darzustellen hätte“⁹¹. Dieser Student war Alfred Grotjahn, und sein ganzes Leben hindurch verfolgte er dieses Ziel mit „paranoider Hartnäckigkeit“, wie er es in späteren Jahren selbst bezeichnete. Daraus entwickelte er eine systematische Theorie der Sozialmedizin und beeinflusste zutiefst die Entwicklung dieses medizinischen Teilgebietes.

Grotjahns Denkweise wurde von zwei Gedankenströmungen nachhaltig beeinflusst. Noch als Medizinstudent trat er der Sozialdemokratischen Partei bei und beschäftigte sich mit der Literatur über den Sozialismus und mit sozialistischen Problemen. Später lehnte er die marxistische Richtung des Sozialismus ab und kam zu seiner Einstellung durch den sozialen Reformismus. Der Nationalökonom und Historiker Gustav Schmoller, dessen Seminar Grotjahn im Wintersemester 1901–1902 besuchte, beeinflusste ihn dauerhafter. Hier lernte er die Methodologie der Sozialwissenschaften kennen und wendete dieses Wissen in einer Seminararbeit an. Diese Arbeit handelt von den Veränderungen im Nahrungsmittelkonsum der Arbeiter, die in Deutschland und in anderen Ländern als Teil des Industrialisierungsprozesses stattfanden. Schmoller veröffentlichte diese Studie 1902, aber Grotjahns Ansichten fanden Widerstand bei Max Rubner, dem damaligen Professor für Hygiene an der Universität Berlin. Grotjahn warnte davor, die Nahrungsmittelzusammenstellung ausschließlich auf der Basis des Kaloriengehaltes vorzunehmen, und Rubner, der weltberühmt geworden war wegen seiner Forschungen über die kalorischen Aspekte der Ernährung, nahm Anstoß an diesen ketzerischen, empirischen Ansichten. Das waren die Anfänge eines ausgedehnten Konfliktes, der die deutsche Medizin und Hygiene bis nach dem Ersten Weltkrieg spaltete. Rubner konnte einige Zeit hindurch verhindern, daß Grotjahn einen akademischen Posten erhielt. 1912 wurde er in einer untergeordneten Stelle bei Carl Flüge angestellt und schließlich 1920 als erster Professor auf den neugeschaffenen Lehrstuhl für Sozialhygiene an der Universität Berlin berufen. (Ausführlich

⁹¹ Alfred Grotjahn: Erlebtes und Erstrebtes. Erinnerungen eines sozialistischen Arztes, Berlin, Kommissions-Verlag F. A. Herbig G.m.b.H., 1932, S. 72.

beschreibt Grotjahn diese Auseinandersetzung in seiner fesselnden Autobiographie ›Erlebtes und Erstrebtes‹.)

Schon 1898 hatte Grotjahn eine Studie über den Alkoholismus vom Standpunkt der Sozialhygiene veröffentlicht.⁹² In Zusammenarbeit mit seinem Freund F. Kriegel begann Grotjahn mit der Herausgabe des ›Jahresberichtes über soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik...‹⁹³. Der Umfang seines Gegenstandes, wie ihn sich Grotjahn zu dieser Zeit vorstellte, läßt sich von den Titelüberschriften der Bibliographie ablesen: 1. Methode und Geschichte der sozialen Hygiene; 2. Bevölkerungsstatistik und Mortalität; 3. Morbidität, Prophylaxe und Krankenfürsorge; 4. Soziale Hygiene der Arbeit; 5. Soziale Hygiene der Ernährung; 6. Soziale Hygiene der Wohnung; 7. Soziale Hygiene der Kinder und jugendlichen Personen; 8. Medizinalwesen; 9. Entartungstheorie, Konstitutionspathologie und Rassenhygiene.

Am 1. März 1904 legte Grotjahn der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege eine Arbeit über das Wesen und den Zweck der Sozialhygiene vor.⁹⁴ Darin umriß er den Bereich der Sozialhygiene, gab eine vorläufige Definition des Gegenstandes und zeigte die wahrscheinlichen Entwicklungslinien auf. Von allem Anfang an hielt Grotjahn fest, daß er die Bezeichnung soziale Medizin

⁹² Alfred Grotjahn: Der Alkoholismus nach Wesen, Wirkung und Verbreitung, Leipzig, 1898.

⁹³ A. Grotjahn und F. Kriegel: Jahresbericht über soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik, sowie alle Zweige des sozialen Versicherungswesens, hrsg. vom Verlag Gustav Fischer, Jena, von 1902 bis 1915, und vom Verlag Richard Schoeth, Berlin, von 1916 bis 1923. Im Jahr 1925 wurde der bibliographische Teil im Archiv für Soziale Hygiene und Demographie weitergeführt.

⁹⁴ A. Grotjahn: Was ist und wozu treiben wir Soziale Hygiene? In: Hygienische Rundschau (No. 20), 1904. (Da mir diese Arbeit nur in Form eines Sonderdruckes zugänglich war, den mir Dr. Bruno Gebhard vom Cleveland Health Museum freundlicherweise zur Verfügung stellte, kann ich keine Seitenangaben machen. Die Arbeit erschien in den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege zu Berlin, Sitzung vom 1. März 1904.) [Die Zitate stammen von den folgenden Seiten: 1020 und 1028. Anm. d. Übers.]

nicht verwenden wollte, weil ihm der Begriffsinhalt zu klein wäre. Seit der Einführung der Krankenversicherung durch Bismarck im Jahr 1883 hatte man soziale Medizin als Versicherungsmedizin verstanden und Grotjahn glaubte, daß es zu verwirrend wäre, wenn diese Bezeichnung in einem weiteren Sinn verwendet würde.

Er betonte, daß sich bis zu dieser Zeit die theoretische und die praktische Hygiene mit den schädlichen natürlichen Faktoren beschäftigt hatte, die den menschlichen Organismus bedrohen und mit den Mitteln zur Bekämpfung und Beherrschung dieser Faktoren. Dies war im wesentlichen eine physisch-biologische Hygiene. Indem sie die Ergebnisse der Physik, Chemie und Biologie anwandte, stellte sie den Menschen in Beziehung zu seiner natürlichen Umwelt. Aber Grotjahn hielt daran fest, daß sich die wissenschaftliche Hygiene nicht auf diesen Aspekt beschränken dürfe. Der Mensch hat noch eine andere Dimension; er ist ein soziales Wesen und das läßt sich nicht übersehen. Grotjahn erklärte:

Der Mensch hat es eben verstanden, sich von dem unmittelbaren Einflusse der Natur unabhängig zu machen. Zwischen ihm und der Natur steht die Kultur, und diese ist gebunden an die gesellschaftlichen Gebilde, in denen allein der Mensch wirklich Mensch sein kann, an Horde, Stamm, Familie, Sippe, Gemeinde, Staat, Volk und Rasse mit ihren historisch und geographisch so überaus verschiedenen Wirtschaftsformen. ... Die Hygiene muss daher auch die Einwirkungen dieser gesellschaftlichen Verhältnisse und des sozialen Milieus, in dem die Menschen geboren werden, leben, arbeiten und genießen, sich fortpflanzen und sterben, eingehend studieren. Sie wird damit zur sozialen Hygiene, die der physikalisch-biologischen Hygiene als notwendige Ergänzung zur Seite tritt.

Grotjahn wies darauf hin, daß eines der Hauptprobleme der sozialen Hygiene das der physischen und sozialen Entartung wäre. Im Hinblick darauf hob er die Wichtigkeit einer Rassenhygiene hervor.

Nach diesen einleitenden Betrachtungen definierte er sein Konzept der sozialen Hygiene. Danach hat die soziale Hygiene zwei Aspekte: 1. einen deskriptiven und 2. einen normativen:

Ist es die Aufgabe der sozialen Hygiene als deskriptiver Wissenschaft, den allgemeinen Status praesens hygienischer Kultur zu schildern, so bezweckt sie bewusst als normative die Verallgemeinerung der hygienischen Mass-

nahmen, die ja immer zunächst nur einer bevorzugten Minderheit zu gute kommen, auf den ganzen Volkskörper, und somit eine fortschreitende Verbesserung des jeweiligen Status praesens. War die soziale Hygiene als deskriptive Wissenschaft schon den Naturwissenschaften entrückt und auf die Hilfswissenschaften, wie Statistik, Nationalökonomie u.s.w. angewiesen, so ist sie als normative Wissenschaft ganz den naturwissenschaftlichen Methoden entzogen und dafür den geisteswissenschaftlichen unterworfen. Kulturhistorische, psychologische, nationalökonomische und politische Elemente gehen in das sozialhygienische Kalkül ein. Die Zielvorstellung aber bleibt natürlich immer die grösstmögliche Verhütung von dem Körper drohenden Schädlichkeiten bei der grösstmöglichen Zahl oder gar der Gesamtheit.

Schließlich fuhr Grotjahn fort, einige der Hilfswissenschaften aufzuzählen, auf die sich die soziale Hygiene stützen müßte. Diese wären die Medizinalstatistik, die Demographie und insbesondere die Anthropometrie, die Nationalökonomie und die Sozialwissenschaften.

Diese Arbeit über das Wesen und den Zweck der sozialen Hygiene erschien in einer etwas abgeänderten Form als Vorwort zum dritten Band des ›Jahresberichtes‹.⁹⁵

Den 1904 vorgelegten Entwurf baute Grotjahn später in seiner bekanntesten Publikation, dem Standardwerk ›Soziale Pathologie‹ weiter aus, das 1911 erstmals erschien und viele Auflagen erlebte. Das Buch besteht aus zwei Hauptteilen, von denen der erste in siebzehn Krankheitsgruppen die sozialen Beziehungen einer jeden Krankheit erörtert; der zweite beschäftigt sich mit den allgemeinen Aspekten der sozialen Medizin. Im ersten Teil macht Grotjahn in einem größeren Maßstab das gleiche, was Meynne vierzig Jahre vorher versucht hatte. Die Liste der von Grotjahn abgehandelten Gegenstände ist instruktiv. Es sind dies: Akute allgemeine Infektionskrankheiten; Chronische allgemeine Infektionskrankheiten; Geschlechtskrankheiten; Hautkrankheiten; Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße; Krankheiten der Atmungsorgane; Ver-

⁹⁵ A. Grotjahn und F. Kriegel: Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Sozialen Hygiene und Demographie. Dritter Band: Bericht über das Jahr 1903, Gustav Fischer, 1904, S. I—XV.

dauungs- und Stoffwechselkrankheiten; Gewerbliche Vergiftungen; Rheumatismus; Zahnkrankheiten; Frauenkrankheiten und Gebärtätigkeit; Säuglings- und Kinderkrankheiten; Nerven- und Geisteskrankheiten; Chirurgische Krankheiten; Krebs; Augenkrankheiten; Hals- und Ohrenkrankheiten. Im allgemeinen Teil behandelt Grotjahn die folgenden Themen: Die soziale Wertung der Krankheitsgruppen und ihre soziale Bedingtheit; der soziale Wert der ärztlichen Betätigung; der soziale Wert der hygienischen Betätigung und die soziale Hygiene; der soziale Wert des Krankenhaus- und Anstaltswesens; die qualitative Rationalisierung der menschlichen Fortpflanzung; die quantitative Rationalisierung der menschlichen Fortpflanzung.

Den beiden Hauptteilen der ›Sozialen Pathologie‹ geht eine Einleitung voraus, die eine Reihe von fundamentalen Prinzipien beinhaltet, die helfen, unsere Darstellung von Grotjahns Ideen abzurunden. Nach einem kurzen Überblick über die Geschichte und Definition der sozialen Hygiene (oder sozialen Medizin) stellt er sechs Punkte auf, die wichtig sind für ein systematisches Studium der menschlichen Krankheit vom sozialen Standpunkt aus:⁹⁶

1. Die Bedeutung der Krankheit vom sozialen Gesichtspunkte aus wird in erster Linie bestimmt durch ihre *Häufigkeit*. Die medizinische Statistik ist demnach die Grundlage jeder sozialpathologischen Betrachtung.

2. Eine Krankheit erhält noch nicht allein durch ihre Häufigkeit soziale Bedeutung. Es erhebt sich also zweitens die Frage nach der *Form*, in der die betreffende Krankheit am häufigsten vorkommt. Aber die charakteristische Form der Klinischen Pathologie, der Schulfall, ist in der Regel nicht die Form, in der die Krankheit am häufigsten vorkommt oder am meisten durch soziale Verhältnisse bedingt ist oder letztere selbst wieder bedingt. Es ist daher durchaus

⁹⁶ Alfred Grotjahn: Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene. Zweite neubearbeitete Auflage, Berlin, Verlag August Hirschwald, 1915, S. 9—18. [Zur Übersetzung stand mir nur die 3. Auflage zur Verfügung: Verlag von Julius Springer, Berlin, 1923, S. VI—VIII, 1—20. Anm. d. Übers.]

erforderlich, auch ihre sozialpathologisch typische Form festzustellen.

3. Die wichtigsten Beziehungen zwischen krankhaften Zuständen und den sozialen Verhältnissen liegen natürlich auf ursächlichem Gebiete. Die Ätiologie der Krankheit ist biologisch und sozial zugleich. Bis jetzt ist nur die biologische Ätiologie ausgedehnt erforscht worden. Dasselbe muß für die soziale Ätiologie der Krankheit geschehen. Am zweckmäßigsten hält sich die ursächliche Betrachtung an folgendes Schema: Die sozialen Verhältnisse (a) schaffen oder begünstigen die Krankheitsanlage; (b) sind die Träger der Krankheitsbedingungen; (c) vermitteln die Krankheitserregung; (d) beeinflussen den Krankheitsverlauf.

4. Nicht nur werden krankhafte Zustände durch soziale Verhältnisse in Entstehung und Verlauf bedingt, sondern sie beeinflussen auch ihrerseits wieder die sozialen Zustände. Besonders durch ihren Ausgang wirken die Krankheiten auf die gesellschaftlichen Zustände ein. Dieser Ausgang kann bestehen in Tod, Heilung, Verkümmern, Siechtum, Veranlagung für andere krankhafte Zustände und schließlich in Entartung.

5. Ein fünfter Punkt unserer Betrachtung wird daher sein, ob bei einer sozialpathologisch wichtigen Krankheit die ärztliche Behandlung überhaupt wesentliche Erfolge aufzuweisen hat und in welchem Maße sie die Bedeutung der Krankheit im sozialen Leben zu verändern imstande ist.

6. Wie können wir krankhafte Zustände durch soziale Maßnahmen in ihrem Verlaufe beeinflussen oder verhüten? Die Beantwortung dieser Frage verlangt die Beschäftigung mit der sozialen und wirtschaftlichen Umwelt des Patienten.

Grotjahn erkannte, daß viele Krankheiten von sozialer Bedeutung chronischer Natur waren. Er erkannte ferner, daß eine große Zahl von diesen vermeidbar waren und daß eine Gesundheits-erziehung ein ungeheuer wichtiger Faktor in diesem Zusammenhang sein könnte. Er erkannte gleichfalls die Tatsache an, daß ein freiwilliges Gesundheitsamt eine bedeutende Rolle innehatte bei der Lösung sozialhygienischer Probleme. Desgleichen war er der Meinung, daß der Arzt seine Stellung dazu verwenden sollte, um Entwicklungen auf dem Gebiet der Medizin und sozialen Hygiene zu

fördern, so daß sozialhygienische Maßnahmen auf alle Menschen angewandt werden könnten. Damit die Ärzte sich dieser Aufgaben bewußt würden, sah Grotjahn ein, daß die soziale Hygiene in den medizinischen Lehrplan aufgenommen werden mußte. Er selbst lehrte an der Universität Berlin, und akademischer Unterricht wurde auch an anderen deutschen und österreichischen medizinischen Hochschulen vermittelt.

Grotjahn war kein isoliertes Phänomen. Er war nur der hervorragendste Vertreter einer Gruppe von Männern, die den Begriff der Sozialhygiene in den ersten zwei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts entwickelten, so daß er für den medizinischen Unterricht und die medizinische Praxis fruchtbar wurde. Ein wichtiger Anstoß zu dieser Entwicklung kam von Bismarcks Programm einer Sozialversicherung. Viele Ärzte erkannten aber, daß das Blickfeld zu weit eingengt würde, wenn man den Begriff der Sozialmedizin nur auf die medizinischen Aspekte der Sozialversicherung beschränken würde. Folglich finden wir, daß viele der Männer, die über Sozialmedizin schrieben, versuchten, die Grenzen so weit wie möglich hinauszuschieben, aber sie doch in einem praktischen Bereich zu halten.

Die Literatur über die Sozialmedizin, die zwischen 1900 und 1920 erschien, ist umfangreich, und wir können in diesem Überblick nur einige der Autoren auswählen, die in irgendeiner Hinsicht zur Entwicklung des Begriffs der Sozialmedizin beitrugen.

Am Beginn einer Vorlesung über die soziale Medizin legte Ludwig Teleky 1909 in Wien die Aufgaben und Ziele der sozialen Medizin dar.⁹⁷ Er stellte fest: „Die Erforschung des Zusammenhanges zwischen den durch ihre soziale Lage bedingten Lebensverhältnissen einer Bevölkerungsschicht und ihrem Gesundheitszustand, die Erforschung des Zusammenhanges zwischen den in einer sozialen Schicht in besonderer Form oder besonderer Stärke sich geltend machenden Schädlichkeiten und den Gesundheitsverhältnissen dieser sozialen Schicht oder Klasse ist Aufgabe der sozialen Medizin.“ Mit dieser Definition fügte Teleky ein wichtiges

⁹⁷ Ludwig Teleky: Die Aufgaben und Ziele der sozialen Medizin, in: Wiener klinische Wochenschrift, 1909.

Element zu einem Verständnis des Wesens der sozialen Medizin hinzu. Indem er den Begriff der sozialen Schichte oder Klasse einführte und die Aufmerksamkeit auf ihre wichtige Rolle im Studium der Gesundheitsunterschiede lenkte, führte er ein wichtiges methodologisches Werkzeug ein. In diesem Sinn betonte er, daß der Ursprung der sozialen Medizin und die praktische Tätigkeit auf diesem Gebiet von der Existenz verschiedener Schichten herrühre, die sich voneinander nicht nur durch ihre sozialen Funktionen unterscheiden, sondern auch durch unterschiedliche Lebensstandards gekennzeichnet sind, die die Angehörigen dieser Schichten charakterisieren.

Wenn dies die Aufgabe der sozialen Medizin ist, welchen Zweck haben dann diese Untersuchungen? Telekys Antwort darauf lautet, daß das Ziel der sozialen Medizin darin bestehe — begründet auf den durch spezielle Untersuchungen gewonnenen Ergebnissen —, zur Beseitigung aller Elemente beizutragen, die einen schädlichen Einfluß auf die Gesundheit und auf den allgemeinen Gesundheitszustand ausüben. Um dieses Ziel zu erreichen, sei es notwendig, einen Schritt weiter zu gehen und den vagen Begriff „soziale Lage“ in seine Bestandteile zu zerlegen. Wenn die Ursachen der Gebrechen freigelegt werden, müssen Mittel und Wege gefunden werden, um sie unter Kontrolle zu bringen.⁹⁸

Abschließend stellte Teleky fest:

Die soziale Medizin ist das Grenzgebiet zwischen den medizinischen Wissenschaften und den Sozialwissenschaften. Sie hat die Einwirkung gegebener sozialer und beruflicher Verhältnisse auf die Gesundheitsverhältnisse festzustellen und anzugeben, wie durch Maßnahmen sanitärer oder sozialer Natur derartige schädigende Einwirkungen verhindert oder ihre Folgen nach Möglichkeit behoben oder gemildert werden können. Ihre Aufgabe ist es auch, anzugeben, wie die Errungenschaften der individuellen Hygiene und der klinischen Medizin jenen zugänglich gemacht werden können, die einzeln und aus eigenen Mitteln nicht imstande sind, sich diese Errungenschaften zunutze zu machen. Sie hat den Ärzten das wissenschaftliche Rüstzeug zu liefern, dessen sie bei ihrer Tätigkeit auf

⁹⁸ Teleky weist auch darauf hin, daß die Einflüsse der sozialen Verhältnisse auf die Gesundheit bestimmbar sind durch 1) direkte Beobachtung und 2) mittels Statistiken.

dem Gebiete der sozialen Versicherung und der sozialen Fürsorge bedürfen. Auch die Wandlungen in der Stellung des Aerztestandes, sowie die hier sich geltend machenden Entwicklungstendenzen hat sie zu studieren.

Einen Überblick über die Sozialmedizin, wie sie sich in Deutschland vor dem Ersten Weltkrieg entwickelt hatte, enthält der von M. Mosse und G. Tugendreich herausgegebene Sammelband »Krankheit und Soziale Lage«, der 1913 erschien.⁹⁹ Dieses Werk besteht aus drei Teilen: Der erste, allgemeine Teil, beschäftigt sich mit der Krankheits- und Todesursachenstatistik. Der zweite Teil behandelt die Soziale Ätiologie der Krankheiten und der dritte die Soziale Therapie der Krankheiten. Die einzelnen Artikel eines jeden Teiles wurden von verschiedenen Autoren verfaßt, die spezifische Faktoren der Krankheitsätiologie herausstellen wie Wohnung, Ernährung, Arbeit bzw. Beruf, oder eine bestimmte Gruppe von Krankheiten wie Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Nerven- und Geisteskrankheiten, Entstehung von Geschwülsten, Zahnkrankheiten und Alkoholismus. Im Teil über die Soziale Therapie der Krankheiten erörterten die Herausgeber den Einfluß der Sozialgesetzgebung auf Verhütung, Erkennung und Verlauf der Krankheiten, die Aufgaben der öffentlichen und privaten Fürsorge und die Bekämpfung der sozialen Krankheitsursachen durch den Staat.

Im großen und ganzen folgen Mosse und Tugendreich Grotjahns Ideen, aber sie glaubten, daß sozialhygienische Maßnahmen in rasenhygienischen Maßnahmen gipfeln sollten, wohingegen Grotjahn eine gleiche Lebenserwartung für alle sozio-ökonomischen Schichten der Gesellschaft als Ziel der Sozialhygiene ansah. Genau wie Grotjahn sind sie der Überzeugung, daß statistische Methoden und statistisches Material von allergrößter Wichtigkeit für die sozialmedizinische Forschung und Praxis seien und widmeten diesem Gegenstand ein eigenes Kapitel.

Der Fortschritt, den die Theorie und Praxis der Sozialmedizin in Deutschland bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges genommen hatte, ist zusammengefaßt in Adolf Gottsteins Feststellung: »Die

⁹⁹ M. Mosse und G. Tugendreich (Hrsg.): Krankheit und Soziale Lage, München, J. F. Lehmanns Verlag, 1913, (880 S.).

soziale Ätiologie kann heute als anerkannt gelten.¹⁰⁰ Diese Ansicht wird verstärkt durch die Tatsache, daß eine Reihe wichtiger Werke zur Sozialmedizin zu der Zeit erschienen, von denen wir bereits einige im Vorangegangenen erwähnt haben, andere waren z. B. Walter Ewald: *Soziale Medizin* (1911); A. Grotjahn und J. Kaup: *Handwörterbuch der Sozialen Hygiene* (1912); Adolf Gottstein: *Einführung in das Studium der Sozialen Medizin* (1913); L. Teleky: *Vorlesungen über Soziale Medizin* (1914). Charakteristisch für alle diese Autoren und für die Tatsache, daß sie mit einem relativ neuen Forschungsgebiet sich auseinandersetzten, ist der Umstand, daß der Methodenforschung wenig Interesse geschenkt wird. Alle sind übereinstimmend der Meinung, daß statistische Unterlagen und Methoden von allergrößter Wichtigkeit seien. Fischer widmet einen Abschnitt den Arbeitsmethoden und Arbeitsstätten der sozialen Hygiene. Der größte Teil dieser Erörterung setzt sich zwar mit der Gesundheitsstatistik auseinander, aber er erwähnt auch, daß für bestimmte Probleme der Forscher sich Methoden der verschiedenen Sozial- und anderen Wissenschaften bedienen müsse. So nennt er z. B. die Anthropometrie, die Seuchenlehre, die Familienforschung, die Soziologie, die Nationalökonomie, die Berufstechnologie, die Gesetzeskunde und im allgemeinen die Gesundheitserziehung und die organisatorischen Einrichtungen des Gemeinwesens.¹⁰¹

Die auf den Ersten Weltkrieg folgende Periode brachte für die Theorie der Sozialmedizin keinen wesentlichen Gewinn: einschlägige Werke und Handbücher für medizinische Verwaltungsbeamte, Studenten der Sozialmedizin und praktizierende Ärzte wurden veröffentlicht, aber zum größten Teil beschäftigten sie sich nicht sehr ausführlich mit der sozialmedizinischen Theorie. Der 1932 veröffentlichte *Grundriss der Sozialen Medizin* von Franz Ickert und Johannes Weickel ist erwähnenswert, denn der erste Abschnitt dieses Buches beschäftigt sich ausführlich mit dem Begriff der sozialen Medizin.¹⁰² Franz Ickert verfaßte ihn, und bei seinem

¹⁰⁰ Ibid., S. 722.

¹⁰¹ Fischer, op. cit., S. 7—13 (s. Fußnote 90).

¹⁰² Franz Ickert und Johannes Weickel: *Grundriss der Sozialen Medizin*, Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1932, S. 1 ff.

Versuch einer Definition des Gebietes der sozialen Medizin unterscheidet er vier Teile: Die Soziale Physiologie und Pathologie, die Soziale Diagnose, die Soziale Therapie und die Soziale Prophylaxe.

Der Sinn dieser Einteilung wird klar, wenn man die dargestellten Gegenstände näher betrachtet. Unter die Soziale Physiologie und Pathologie fallen die verschiedenen Aspekte des Einkommens, der Ernährung, der Wohnverhältnisse und des Berufes. Unter der Sozialen Diagnose versteht Ickert eine Einstellung zur Gesundheit wie sie von der Sozialfürsorge gehandhabt wird. Von Interesse ist sein Hinweis auf Mary Richmonds Begriff der Sozialen Diagnose, den Alice Salomon in Deutschland einführte. Davon rühren die Soziale Therapie und die Soziale Prophylaxe her. Die erste schließt Maßnahmen ein, die die Erreichung medizinisch-therapeutischer Ziele ermöglichen. Sie können finanzieller oder sozialer Natur sein und können eingereiht werden unter die Gruppen Sozialwohlfaht, Sozialversicherung und Berücksichtigung besonderer Gruppen wie z. B. Körperbehinderter. Die Soziale Prophylaxe umfaßt legislative Maßnahmen in bezug auf Wohnung und Arbeit (Arbeitsgesetze, Sicherheitsmaßnahmen, Unfallverhütung), Gesundheitserziehung, Leibeserziehung und Eugenie. Ickert war begeistert, daß in den Vereinigten Staaten soviel Wert auf die Gesundheitserziehung gelegt wurde, und betonte die Notwendigkeit eines verstärkten Einsatzes auf diesem Gebiet.

Bei der Erörterung der sozialen Beziehungen zwischen den einzelnen Krankheiten und der Umwelt folgt Ickert den sechs Punkten, die Grotjahn aufgestellt hatte. Die Grundlage einer jeden sozialmedizinischen Arbeit ist nach Ickert ein statistisches Wissen, und er unterstreicht die Wichtigkeit von statistischen Daten für die Beschäftigung mit der Bevölkerung in bezug auf Alter, Geschlecht, Morbidität, Mortalität und Migration.

Die in Deutschland entwickelten sozialmedizinischen Konzepte und im besonderen die Ideen von Grotjahn beeinflussen weitreichend die theoretische Entwicklung dieses Gebietes in anderen Ländern, besonders in Mittel- und Osteuropa. Erwähnenswert ist die Entwicklung der Sozialmedizin in der Tschechoslowakei.

Was man unter Sozialmedizin in der Tschechoslowakei verstand,

kann man aus der von Hynek Pelc 1936 aufgestellten Definition ersehen:

Die Medizin im weitesten Sinne studiert die Faktoren, auf denen die menschliche Gesundheit ruht und auch die Mittel zur Erhaltung, Verbesserung und Förderung der Gesundheit. Wir fassen die Sozialmedizin als eine Disziplin auf, die es uns erlaubt, die physischen und psychischen Gebrechen von Menschengruppen zu erkennen und die Mittel festzulegen (sie sind immer allgemeiner Natur), die es ermöglichen, diese Krankheiten zu behandeln und zu kontrollieren und den gesundheitlichen Status dieser Menschengruppen zu verbessern. In der Sozialmedizin lassen sich zwei fundamentale Aspekte unterscheiden, nämlich der deskriptive und der normative.¹⁰³

Der Umfang der Sozialmedizin, wie Pelc ihn sich vorstellte, läßt sich aus seinem an der Universität Prag abgehaltenen Kurs ablesen.¹⁰⁴ Dieser Kurs dauerte zwei Semester und fand am Institut für Sozialmedizin in Prag statt. Die theoretischen Vorlesungen nahmen zwei Wochenstunden in Anspruch und die praktischen Demonstrationen drei. Im ersten Semester stand Sozialpathologie und Sozialhygiene auf dem Lehrplan, wobei die folgenden Themen behandelt wurden: Methoden der statistischen Demographie und ihre Anwendung hinsichtlich der Wertung der körperlichen Verfassung und des Gesundheitszustandes eines Volkes; die Gesundheits-erziehung; die Ernährung; das Wohnungswesen; die Gesundheit werdender Mütter und der Kinder und die Schulhygiene; Probleme behinderter Kinder; Behandlung von Geisteskrankheiten; die Kontrolle der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten; der Alkoholismus und chronische Krankheiten; Berufshygiene. Der Lehrplan des zweiten Semesters enthielt den Aufbau des öffentlichen Gesundheitswesens und der kurativen Medizin in der Tschechoslowakei und gliederte sich in folgende Teile: sanitäre und soziale Organisation eines Landes; das Krankenhauswesen und die Kran-

¹⁰³ Pelc, op. cit. S. Fußnote 86.

¹⁰⁴ Hynek Pelc: Les méthodes d'enseignement de la médecine sociale à l'Université Charles à Prague, Sonderdruck aus »Bruxelles Médical« (no. 11), 10. Januar 1937. S. auch Hynek Pelc: Le problème de la création de l'Institut de médecine sociale près la Faculté de l'Université de Prague, Sonderdruck aus »Revue d'Hygiène et de Médecine sociale«, Oktober 1936.

kenhausverwaltung; die Organisation des Ärztestandes (einschließlich der ärztlichen Ethik) und die Sozialversicherung.

Die Sozialmedizin hat sich auch in den skandinavischen Ländern, der Sowjetunion, Italien, Frankreich, der Schweiz, Holland, Belgien und Jugoslawien sehr weit entwickelt. Das sozialmedizinische Denken in der Sowjetunion wurde weitgehend von den Ideen Grotjahn's beeinflusst.¹⁰⁵ Allgemein läßt sich sagen, daß die Entwicklungen in den verschiedenen Ländern spezifische Züge aufweisen, die von den Verhältnissen in dem entsprechenden Land bestimmt werden.¹⁰⁶ In Italien neigte man z. B. dazu, die Physiologie und Pathologie der verschiedenen Berufe zu betonen; in Frankreich und Belgien konzentrierte man sich auf die Kinderhygiene, auf die Kontrolle der Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten und auf medizinische Probleme des Berufswesens. Unter dem Einfluß von Andrija Stampar wandte man sich in Jugoslawien besonders den Problemen der Landbevölkerung zu.

Die belgische Sozialmedizin hatte in René Sand einen hervorragenden Repräsentanten, und es ist von Interesse, sein sozialmedizinisches Konzept vorzustellen, bevor wir uns den jüngsten Entwicklungen in Großbritannien und den Vereinigten Staaten zuwenden. In seinem Buch »L'Économie humaine par la médecine sociale«, das 1934 erschien, definiert Sand die Sozialmedizin als „das präventive und kurative Fachgebiet — sowohl in seinen wissenschaftlichen Grundlagen, als auch in seinen Anwendungen individueller und kollektiver Art — vom Standpunkt der reziproken Beziehungen aus betrachtet, die die Gesundheit des Menschen mit seiner Umwelt verbinden“.¹⁰⁷ Er unterteilt die Sozialmedizin folgendermaßen:¹⁰⁸

1. Die Soziale Anthropologie. Sie beschäftigt sich mit dem Studium der physischen und psychischen Abweichungen in verschiedenen sozialen Schichten oder Klassen.

2. Die Soziale Pathologie. Sie untersucht die Unterschiede in der

¹⁰⁵ Grotjahn: Erlebtes und Erstrebtes, S. 270.

¹⁰⁶ René Sand: L'Économie humaine par la médecine sociale, Paris, Les Editions Rieder, 1934, S. 11—13.

¹⁰⁷ Ibid., S. 14.

¹⁰⁸ Ibid., S. 15—17.

Häufigkeit, im Verlauf und im Ausgang einer Krankheit innerhalb derselben sozialen Schichte oder Klasse, oder anders ausgedrückt: die sozialen Unregelmäßigkeiten der Krankheit und des Todes.

3. Die Soziale Ätiologie. Sie sucht die Ursachen dieser Unterschiede im Erbgut und in der Umwelt.

4. Die Soziale Hygiene. Sie schließt sowohl die soziale Therapie als auch die soziale Prophylaxe ein. Sie beschäftigt sich mit der Anwendung von palliativen, kurativen und präventiven Maßnahmen in bezug auf Krankheiten sozialen Ursprungs. Dabei spielen die Sozialversicherung und die Arbeitsmedizin eine große Rolle.

Sands sozialmedizinisches Konzept ist weitgefaßt und es ist auch wichtig zu erwähnen, welche Schlüsselposition der Begriff der sozialen Schichte oder Klasse darinnen einnimmt.

In Großbritannien und den Vereinigten Staaten hat sich das Interesse für die Sozialmedizin nur langsam entwickelt und erst jüngst ist das Bewußtsein für die Notwendigkeit einer Abfassung eines sozialmedizinischen Konzeptes erwacht. Die sozialen Beziehungen von Gesundheit und Krankheit hatten Ärzte und Laien erkannt, aber bedingt durch eine Reihe von Umständen hatte man keine gemeinsamen Anstrengungen unternommen, um diese Erkenntnis auf eine einheitliche Grundlage zu stellen und sie dadurch für die praktische Anwendung fruchtbar zu machen. Dies war teils eine Folge der dominierenden Rolle, die die Laboratoriumswissenschaften und -techniken in der Medizin zu spielen begonnen hatten, teils eine Folge der damit einherlaufenden Zunahme und Ausdehnung des medizinischen Spezialistentums und teils eine Folge der engstirnigen Haltung dem öffentlichen Gesundheitswesen gegenüber, die in den beiden Ländern herrschte. Außerdem wurde das Vorurteil, das diese Faktoren erzeugten, noch verstärkt durch mächtige soziale Ideologien, die noch immer in der im 19. Jahrhundert herrschenden Auffassung der Naturgesetze verwurzelt waren.

Während der vergangenen zwei Jahrzehnte gelang es aber den Einflüssen, die in der Medizin selbst und in der Gesellschaft als Ganzes wirksam wurden, diese Hindernisse zu überwinden. Die Entwicklung der Psychiatrie, der ärztlichen Sozialarbeit und der verschiedenen Zweige der Medizin wie etwa der Endokrinologie und der Ernährungslehre neigten dazu, das fachbegrenzte Denken

der Ärzte niederzureißen und den kranken Menschen, den Patienten wieder in den geistigen Brennpunkt zu stellen. Außerdem nutzte sich in der Gesellschaft selbst die Ideologie des mit sich selbst zufriedenen Individualismus ab und das Bewußtsein für die sozialen Probleme einschließlich der Gesundheitsprobleme wurde äußerst aktuell. Der Begriff des Wohlfahrtsstaates wurde während der bedrohlichen 30er Jahre in den Vordergrund gerückt und erreichte seinen Höhepunkt im nächsten Jahrzehnt mit dem berühmten Beveridge Report.

In Großbritannien erschienen während der 30er Jahre zahlreiche Untersuchungen über die sozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit. Darunter sind erwähnenswert: G. C. M. McGonigle und J. Kirby: *Poverty and Public Health* (1936); J. B. Orr: *Food, Health and Income* (1936); und R. M. Titmuss: *Poverty and Population* (1938). Der Untertitel des letztgenannten Buches — »A Factual Study of Contemporary Social Waste« — mit seinem Hinweis auf die Vergeudung von menschlichen Leben charakterisiert den Standpunkt der meisten dieser Autoren.

Ein anderes bedeutendes Unternehmen war das Sozialwerk des Peckham Health Centre in London, das 1926 von G. Scott Williamson und Innes H. Pearse begonnen wurde.¹⁰⁹ In dieser Einrichtung versuchte man, die Gesundheit als einen positiven sozialen Wert, basierend auf der fundamentalen Sozialeinheit, d. h. auf der Familie, zu entwickeln. Diese Sozialarbeiter definieren die Gesundheit als das Produkt „einer progressiven wechselseitigen Synthese, an der der Organismus und die Umwelt teilhaben“. Demzufolge ist die Gesundheit nicht etwas, das passiv durch die sozialen Verhältnisse beeinflusst wird, sondern sie ist das Produkt eines funktionellen dynamischen Vorganges, der ein unerläßlicher Teil eines gesunden sozialen Lebens ist.

¹⁰⁹ Zur Geschichte des Peckham Health Centre und seiner Arbeit s. I. H. Pearse und G. S. Williamson: *The Case for Action*, London, Faber and Faber, 1931; *Biologists in Search of Material. An Interim Report on the Work of the Pioneer Health Centre Peckham*, London, Faber and Faber, 1938; I. H. Pearse und Lucy H. Crocker: *The Peckham Experiment. A Study in the Living Structure of Society*, London, George Allen and Unwin, Ltd., 1943.

Bis 1943 hatten sich diese Ideen in Großbritannien so weit entwickelt, daß ein Institute of Social Medicine in Oxford gegründet wurde, mit John A. Ryle als dem ersten Professor für Sozialmedizin. (Das Institut begann im Frühjahr 1944 mit seiner Arbeit.) Etwa zwei Jahre später wurde F. A. E. Crew auf den Lehrstuhl für Sozialmedizin in Edinburgh berufen. Es ist von beträchtlichem Interesse zu erfahren, welche sozialmedizinischen Konzepte von Ryle und Crew entwickelt wurden. 1943 definierte Ryle die Sozialmedizin als die Verkörperung

der Idee der Medizin angewandt auf den Dienst am Menschen als 'socius', mit einem Blick auf ein besseres Verständnis und eine dauerhafte Abhilfe aller seiner größeren und kleineren Gebrechen, die seiner aktiven Gesundheit schaden, und die nicht bloß darauf abzielt, einen vorhandenen Krankheitszustand zu beseitigen oder zu lindern. Sie verkörpert auch die Idee der Medizin angewandt auf den Dienst an der 'societas', der menschlichen Gemeinschaft, mit einem Blick darauf, die Häufigkeit aller vermeidbaren Krankheiten zu verringern und das allgemeine Niveau der menschlichen Gesundheit zu erhöhen.¹¹⁰

Der 1945 veröffentlichte 'Annual Report' des Institute of Social Medicine enthält eine Feststellung über die Absichten des Institutes, die man als Ryles Auffassung über den Rahmen der Sozialmedizin betrachten kann. Diese Absichten sind

(a) den Einfluß der sozialen, genetischen, milieubedingten und häuslichen Faktoren auf die Häufigkeit des Vorkommens von Krankheit und Körperbehinderung zu erforschen. (b) Andere als die gewöhnlich in der Heilmadin angewandten Maßnahmen zu suchen und zu fördern, um den einzelnen und die Gemeinschaft gegen solche Kräfte zu schützen, die der vollen Entfaltung und Aufrechterhaltung der psychischen und physischen Fähigkeiten des Menschen entgegenwirken.

[Zusammengefaßt] ist also die Sozialmedizin ein Sammelbegriff. Sie kann also tatsächlich so aufgefaßt werden, daß sie das Gesamtgebiet der öffentlichen und gewerblichen Gesundheitsdienste sowie die Sozialdienste und die Hilfsdienste einer Gemeinschaft einschließt. Aber genauso wie die klinische Medizin nicht nur in bezug auf die „medizinische Praxis“ betrachtet werden kann, sondern auch als eine „akademische Disziplin“, so

¹¹⁰ John A. Ryle: Social Medicine: Its Meaning and its Scope, in: British Medical Journal, 20. November 1943, Bd. II, S. 633.

kann auch die Sozialmedizin von zwei Seiten betrachtet werden. Ihre Beobachtungen und Forschungen stehen eher im Zusammenhang mit Bevölkerungsgruppen oder der Gesamtbevölkerung als mit dem Einzelwesen. Die Sozialmedizin verlangt andere Methoden und die Zusammenarbeit mit anderen Fächern. ... Die Sozialpathologie etwa ist die der Sozialmedizin verwandte Wissenschaft. ... Die Probleme der Sozialpathologie müssen in der praktischen Arbeit gesucht werden.

Ryle nennt folgende Methoden, die verwendet werden müßten, um das sozialmedizinische Wissen zu vergrößern: 1. Statistische Untersuchungen über die Morbidität und Mortalität; 2. die sozio-medizinische Umfrage und 3. das soziale Experiment (das bezieht sich auf die oben genannten Studien von M'Gonigle und Kirby aus dem Jahre 1936).

Am 7. März 1947 sprach Ryle bei der Hundertjahrfeier des Bestehens der New York Academy of Medicine über 'Social Pathology and the New Era in Medicine' ('Sozialpathologie und die neue Ära in der Medizin').¹¹¹ In dieser Ansprache stellte er fest, daß die Sozialmedizin im Gegensatz zum öffentlichen Gesundheitswesen „ihre Anregungen mehr aus der klinischen Praxis bezieht und — indem sie danach strebt, an der Erarbeitung eines allgemeinen Zieles für die Heil- und Verhütungsdienste mitzuarbeiten — die Betonung mehr auf den Menschen verlegt und versucht, ihn in Beziehung zu seiner Umwelt zu betrachten“.

Der Begriff der Umwelt wird in der Sozialmedizin so weit ausgedehnt, daß er

die Gesamtheit der wirtschaftlichen, der ernährungs-, berufs-, erziehungsbedingten und psychologischen Erfahrungsmöglichkeiten des Einzelnen oder der Gemeinschaft einschließt. ... Die Sozialmedizin beschäftigt sich mit allen vorkommenden Krankheiten, einschließlich von Magengeschwüren und chronischen rheumatischen Erkrankungen, Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße, Krebs, Psychoneurosen und Unfällen — alle haben sie ihre „Seuchenlehre“ und die Korrelationen mit sozialen und berufsbedingten Zuständen. Sie müssen schließlich alle zu einem bestimmten Grad als vermeidbar betrachtet werden. [Schließlich fällt in den Bereich der Sozialmedizin] das gesamte Werk eines modernen Sozialdienstes.

¹¹¹ "City Seen as Heart of Medical World", New York Times, 7. März 1947.

Das beinhaltet die Sozialdiagnose und Sozialtherapeutik — die Untersuchung von Zuständen, die Organisation der Genesungszeit und die Wiederaanpassung der durch Krankheit ge- oder zerstörten Individuen und Familien. Der Sozialfürsorger oder Sozialarbeiter übernimmt auch eine wichtige Rolle in der Aus- und Weiterbildung einer klinischen Forschungseinheit.

Die von Crew 1944 veröffentlichten Ausführungen über die Sozialmedizin fügen den Ryle'schen Ansichten nichts Neues hinzu.¹¹² Im Januar 1947 erschien die erste Nummer des von F. A. E. Crew und Lancelot Hogben herausgegebenen »British Journal of Social Medicine«. Die Herausgeber definieren die Sozialmedizin folgendermaßen:

Die Sozialmedizin ist der Zweig der Wissenschaft, der sich beschäftigt mit: a) den biologischen Bedürfnissen, Wechselwirkungen, Behinderungen und Entwicklungsmöglichkeiten der menschlichen Wesen, die in sozialen Aggregaten leben; b) den numerischen, strukturellen und funktionellen Veränderungen der menschlichen Bevölkerung unter biologischen und medizinischen Aspekten. Zum Großteil müssen die Methoden der Sozialmedizin statistischer Natur sein, wobei sie numerische Daten einbeziehen, die entweder aus offiziellen Quellen oder aus zu diesem Zweck angestellter Feldarbeit herrühren, und sie im Lichte der schon anerkannten, aus dem Laboratorium oder aus der Klinik stammenden Befunde interpretieren. In den Bereich der Sozialmedizin fällt das Studium aller Umweltkräfte — lebend oder tot —, die für die Gesundheit und die menschliche Leistungsfähigkeit relevant sind, aber auch das Studium der Fruchtbarkeit und der Bevölkerungsgenetik, der Normen und der Variationsbreiten in Hinblick auf individuelle Unterschiede, und schließlich fallen in den Bereich der Sozialmedizin Untersuchungen, die zur Festsetzung einer gesunden Lebensweise führen.¹¹³

Während diese britischen Entwicklungen zweifellos von großem Interesse sind und Versprechungen an die Zukunft in sich tragen, scheinen doch die begrifflichen Hilfsmittel der oben zitierten Auto-

¹¹² F. A. E. Crew: Social Medicine. An Academic Discipline and an Instrument of Social Policy, in: Lancet, 11. November 1944, S. 6.

¹¹³ British Journal of Social Medicine, Bd. 1, No. 1, Januar 1947. Die zitierte Definition findet sich in »Notice to Contributors« auf der Rückseite des Umschlages.

ren noch nicht so gut ausgebildet zu sein, wie die der vorher erwähnten deutschen. Obwohl das Wort „sozial“ zu wiederholten Malen verwendet wird, machen diese Autoren doch keine Anstrengung, den Begriff „sozial“ zu definieren. In einer Feststellung ist es die Aufgabe der Sozialmedizin, „den Einfluß der sozialen, genetischen, milieubedingten und häuslichen Faktoren auf die Häufigkeit des Vorkommens von Krankheit und körperlicher Behinderung hin zu erforschen“, während in einer anderen Feststellung die Umwelt definiert wird als „die Gesamtheit der wirtschaftlichen, ernährungs-, berufs-, erziehungsbedingten und psychologischen Erfahrungsmöglichkeiten des einzelnen oder der Gemeinschaft“. Wenn also die Umwelt so weit gefaßt wird wie hier, dann schließt sie natürlich auch soziale und häusliche Faktoren ein. Wenn dies aber nicht der Fall ist, dann müssen diese beiden Faktoren klar definiert werden. Im Vergleich zu der von den Herausgebern des »British Journal of Social Medicine« gegebenen Definition sind die Ryleschen Begriffe Muster an Klarheit. Ihre Definition schließt alles mögliche ein und zielt offenbar darauf ab, alle Arten von Studien unterzubringen, die irgend etwas mit den die Masse betreffenden Aspekten von Gesundheit und Krankheit zu tun haben.

Weiterhin scheint trotz der häufigen Verwendung des Wortes sozial, wie etwa in der Feststellung von Crew, daß die Sozialmedizin sowohl in der Medizin als auch in der Soziologie [Hervorhebung vom Autor, G. R.] wurzelt und daß „die Sozialmedizin die Anwendung von soziologischen Konzepten und Methoden auf Probleme der Gesundheit und Krankheit einschließt“, in den veröffentlichten Studien eine Neigung zum Klinischen und Statistischen vorhanden zu sein. Es bleibt immer noch abzuwarten, in welchem Ausmaß die britischen Sozialarbeiter tatsächlich die soziologischen Konzepte und Methoden zur Erforschung spezifischer Probleme nutzbar machen werden und ob sie versuchen werden, das vorhandene sozialwissenschaftliche Kapital zur Verbesserung der Gesundheit einzusetzen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist jedoch wichtig, daß 1945 das Institute of Social Medicine in Oxford unter seinen Mitarbeitern einen ärztlichen Sozialarbeiter hatte, jedoch keinen Sozialwissenschaftler (Soziologe, Anthropologe oder Nationalökonom).

Die Tendenz zur Entwicklung eines sozialmedizinischen Konzeptes ist in den Vereinigten Staaten wie in Großbritannien ein junges Phänomen. Schon lange waren sich Ärzte in einem allgemeinen Sinn der sozialen Beziehungen der Medizin bewußt. Daniel Drake verwies in seinen »Discourses« darauf, daß „die Medizin eine Naturwissenschaft ist, aber ein sozialer Beruf. Was die Skelette für den vergleichenden Anatomen sind und die Pflanzen für den Botaniker, das sind die Menschen in Gesundheit und Krankheit für den Arzt. Sowohl seine grundsätzlichen Studien und nachfolgenden Pflichten werden unter ihnen durchgeführt und können nirgendwo anders ausgeführt werden“. Zur selben Zeit waren sich einige Laien im klaren, daß die menschliche Not sehr wohl staatliches Handeln erfordern würde, um soziale Dienste zu initiieren. Abraham Lincoln bekannte sich z. B. 1854 zur Feststellung Jeffersons, wonach es eine legitime Aufgabe der Regierung wäre, „für das Volk das zu tun, was getan werden braucht, aber was es selbst durch seine eigene Anstrengung nicht oder nicht so gut tun kann“. („To do for the people what needs to be done, but which they cannot by individual effort, do at all, or do so well, for themselves.“)

Die Wurzeln der Sozialmedizin in den Vereinigten Staaten lassen sich in der organisierten Sozialarbeit finden, die aus organisierter karitativer Arbeit während der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts hervorging.¹¹⁴ Hier war es, wo die Medizin und die Sozialwissenschaft ein gemeinsames Betätigungsfeld fanden — in der Bekämpfung der Tuberkulose, der Sicherung anständiger Arbeitsbedingungen in Fabriken, besserer Wohnverhältnisse etc. Es war aber auch Teil dieser Richtung, daß Richard Cabot 1905 den ärztlichen Sozialdienst einführte. (Der Ausdruck „medizinische Soziologie“ wurde erstmals 1902 von Leartus Connor in Amerika verwendet und von Elizabeth Blackwell in England.)

In diesem Milieu versuchte Francis Lee Dunham 1925 ein Konzept der Sozialmedizin zu entwickeln.¹¹⁵ Dunham schrieb:

¹¹⁴ S. Edward T. Devine: *When Social Work was Young*, New York, Macmillan Company, 1939; Alice Hamilton: *Exploring the Dangerous Trades*, Boston, Little, Brown and Company, 1943, S. 53—117.

¹¹⁵ Dunham, ein Psychiater, war Lehrbeauftragter für Sozialmedizin

Ob als eigenständiges Gebiet oder als Attribut anderer Gebiete, hat die Sozialmedizin eine klar umrissene Funktion; sozial bezieht sich hier auf den öffentlichen Charakter des Problems und Medizin auf das Wissen um und das Praktizieren von Fürsorge. Ich definiere: Der Zweck der Sozialmedizin besteht darin, die Anwendung der wissenschaftlichen Methoden und Organisation der sozialen Gewohnheiten der Menschen zu fördern, um ihre gewohnten biologischen Eigenschaften festzustellen, um die Quellen, Ursachen, Auswirkungen der menschlichen Labilität zu entdecken und ein angenehmes Gleichgewicht zwischen den angeborenen und erworbenen Neigungen des Organismus herzustellen.¹¹⁶

Nach Dunham war grundlegend für den Ursprung des Konzeptes der Bedarf in der Sozialarbeit nach „einem Gebiet der Präventivmedizin, zu dem die Sozialwissenschaft, die Psychologie, die Psychiatrie und die verschiedenen anderen Fachgebiete beitragen werden, wobei auf keines die Gesamtlast der Verantwortung fallen soll. Ein solches Fachgebiet funktioniert natürlicher als eine Haltung oder ein Standpunkt, als eine eigene Abteilung. Man könnte dieses Teilgebiet 'Sozialmedizin' nennen und die Arbeitsweise 'eine Einstellung zum Gebiet der Sozialmedizin'“. Außerdem sind „Armut und Krankheit von alters her Weggefährten und weil das erste so oft das Ergebnis des zweiten ist, widerspricht eine weiterbestehende verwaltungstechnische Trennung der zwei Probleme, nämlich der Armut und der Krankheit ... der staatlichen Verpflichtung“¹¹⁷.

Bei der Festlegung des Umfangs und der Funktion der Sozialmedizin betonte Dunham die soziale und persönliche Anpassung. Die Sozialmedizin — so sagte er — hilft menschliches Verhalten abzustimmen und das Verhalten zu organisieren.

[Die Sozialmedizin] versucht, eine Harmonie zwischen den persönlichen Tendenzen und der Umwelt zu erreichen. Bestimmte Abteilungen der Sozialmedizin schließen verschiedene Behörden ein, die sich mit der Familie als Einheit in der Gemeinschaft, mit den Interessen der frühen

an der Johns Hopkins University. Er hielt einen Kurs über das klinische Studium der Persönlichkeit für Studenten der Sozialökonomie.

¹¹⁶ Francis Lee Dunham: *An Approach to Social Medicine*, Baltimore, Williams and Wilkins Company, 1925, S. 30.

¹¹⁷ Ibid., S. 14—15.

Kindheit, der Kindheit und des Jugendalters beschäftigen; die sich beschäftigen mit der Erziehungs- und Gewerbehygiene in ihrer Beziehung zum Verhalten, mit der Exekution der Gesetze durch Gerichte; mit Straf- und Besserungsanstalten und mit anderen sozialen Phänomenen. Die allgemeine und die präventive Medizin sind genauer genommen analytische Fachgebiete, wobei die Sozialmedizin versucht, aus den von ihnen gewonnenen Daten eine ausreichende soziale Anpassung synthetisch zusammenzufügen oder zu gestalten.¹¹⁸

Dunhams Auffassung ist nachhaltig vom biologischen und sozialen Zeitdenken beeinflusst. Die eugenische Einstellung wird klar sichtbar und der Schatten von William Graham Sumner fällt noch immer auf diesen amerikanischen Pionierversuch, ein Konzept der Sozialmedizin zu formulieren.

Einige andere Ärzte vertraten zu dieser Zeit ähnliche Ansichten. Lewellys F. Barker äußerte sich 1926 in diesem Sinn über die weiter werdenden Auffassungen hinsichtlich der Pflichten der praktizierenden Ärzte.¹¹⁹ Doch diese Versuche waren eine Totgeburt. Der Grund mag wohl sein, daß die beinahe ausschließliche Konzentration auf die wirtschaftlichen Aspekte der ärztlichen Behandlung, die mit der Arbeit des Committee on the Costs of Medical Care anfangen, sich gegenteilig auf die Entwicklung einer sozialmedizinischen Theorie ausgewirkt hat. Man könnte glauben, daß durch das Eintreten der Weltwirtschaftskrise mit ihren nachhaltigen Wirkungen auf die Gesundheit der Arbeitslosen und ihrer Familien das Denken mancher in diese Richtung gelenkt wurde. Dennoch war dies mit Ausnahme eines Falles nicht so. Die Ausnahme war Edgar Sydenstricker, der 1933 seine Studie über »Health and Environment« veröffentlichte. Diese Monographie zerlegt meisterhaft die Umwelt in ihre einzelnen Komponenten und zeigt dann die Beziehung einer jeden dieser Komponenten zu Gesundheitsproblemen. Dadurch legte Sydenstricker die Grundlage zu einer Theorie der Sozialmedizin, aber leider unternahm er es nie, eine solche Theorie zu entwickeln.

¹¹⁸ Ibid., S. 20.

¹¹⁹ Lewellys F. Barker: Comments on Health and Life, and on Broadening Conceptions of the Tasks of Practising Physicians, in: Annals of Clinical Medicine, IV (1926), S. 525—534.

Sporadische Hinweise auf die Sozialmedizin finden sich in den 30er Jahren. 1937 legte Gertrud Kroeger einen Überblick der Entwicklung des Begriffs der Sozialmedizin in Deutschland vor.¹²⁰ 1938 lenkte Michael M. Davis die Aufmerksamkeit der Soziologen auf die Sozialmedizin als einem Forschungsgebiet.¹²¹ Joseph Hirsh und Elizabeth G. Pritchard gaben 1940 folgende Definition der Sozialmedizin in einem Überblick über den Unterricht in Sozialmedizin an 'Liberal Arts Colleges' und an Universitäten:¹²²

Da die gegenwärtigen Probleme des öffentlichen Gesundheitswesens und der Medizin ihre Wurzeln in den evolutionären Veränderungen, die in vielen und unterschiedlichen Denk- und Handlungsbereichen eingetreten sind, hat, ist der Ausdruck „Sozialmedizin“ eingeführt worden, um ein Gesamtkonzept der sozialen, wirtschaftlichen und psychologischen Probleme, die die menschliche Gesundheit betreffen, zu bezeichnen. ... „Sozialmedizin“ bezieht sich auf die wirtschaftlichen, sozialen und psychologischen Probleme des öffentlichen Gesundheitswesens und der ärztlichen Behandlung, einschließlich kollektiver Versuche, diese Probleme durch eine allgemeine Gesundheitsgesetzgebung, durch aus Steuergeldern finanzierter ärztlicher Behandlung, freiwilliger und obligatorischer Krankenversicherung zu lösen. Der Ausdruck „Sozialmedizin“ bezieht sich weiters auf die medizinischen Einrichtungen und Organisationen, auf die Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens und der Medizin in Bezug auf die Gesellschaft.

Henry E. Sigerist betonte wiederholt die Wichtigkeit eines sozialmedizinischen Konzeptes. In seinem 1924 veröffentlichten Vorschlag für eine neue medizinische Hochschule wurde der Rolle der Sozialmedizin im Lehrplan Rechnung getragen. 1945 lenkte Sigerist neuerlich die Aufmerksamkeit auf die wichtige Rolle, die die Sozialwissenschaften im medizinischen Unterricht spielen und wies darauf hin, daß „Sozialmedizin nicht so sehr eine Technik ist als vielmehr eine Haltung und eine Einstellung den medizinischen

¹²⁰ S. Fußnote 26.

¹²¹ Michael M. Davis: Social Medicine as a Field for Social Research, in: American Journal of Sociology, XLIV (1938), S. 274—279.

¹²² Joseph Hirsh und Elizabeth G. Pritchard: Teaching of Social Medicine in Liberal Arts Colleges and Universities, in: Public Health Reports, 55 (1940), S. 2041—2060.

Problemen gegenüber“, die zweifelsohne „eines Tages das ganze medizinische Studium durchdringen werden“. ¹²³

Die Notwendigkeit einer begriffsmäßigen Ausformung, einer Theorie der Sozialmedizin gewinnt gegenwärtig an Bedeutung in den Vereinigten Staaten. Um dies zu unterstreichen, könnte man die Veröffentlichung von Studien wie die von Henry B. Richardson, »Patients Have Families« (1945), des Kongresses über Sozialmedizin, der vom 19. bis 21. März 1947 anlässlich der Hundertjahrfeier der »New York Academy of Medicine« abgehalten wurde und den jüngsten Artikel von Winslow Carlton über das Problem der Sozialmedizin ¹²⁴ nennen. Nach Carlton ist

die Wiederherstellung eines in sich ruhenden Gleichgewichtszustandes der Medizin als eine soziale Einrichtung eine Aufgabe, die nach der Beteiligung der höchstqualifizierten Ärzte ruft. Bis jetzt haben die Führer der Ärzteschaft nur in einigen wenigen Gemeinschaften eine aktive Rolle gespielt; Führer des medizinischen Geschäftswesens haben dafür eine zu große Rolle gespielt. Warum ist das nicht ein Anliegen der medizinischen Hochschulen? Dies ist für die Medizin eine genauso wichtige Angelegenheit wie die Außenpolitik für die Regierung. Staatskunst ist erforderlich und wo sonst sollte man hinblicken als auf die medizinischen Hochschulen?

Was nötig ist, ist die Schaffung einer neuen Disziplin innerhalb der Medizin — sie könnte mit Recht »Sozialmedizin« genannt werden, die sich mit den Beziehungen der medizinischen Wissenschaften und Kunst zur Gesellschaft beschäftigt. Es ist dies nicht ein Gegenstand, der außerhalb des Lehrplanes stehen soll und nur anlässlich von Tagungen und Konferenzen behandelt wird; er verlangt dieselbe konzentrierte Aufmerksamkeit und dieselben Fachleute wie jedes Hauptfach in Forschung und Praxis. Der Unterricht in der medizinischen Verwaltung wird nicht genügen — wenngleich Verwalter brauchbar sein würden, weil etwas Verwaltungswertes notwendig ist. Echte Antworten auf die fundamentalen strittigen Fragen wird nur ein organisierter Mitarbeiterstab von Sozialarbeitern und -arbeiterinnen bringen können, die die medizinischen Verhältnisse auf das sorgfältigste beobachten und sich mit repräsentativen Leuten beraten; weiters die Ergebnisse lokaler medizinischer Pläne prüfen und ihre Befunde wissenschaftlich interpretieren.

¹²³ Henry E. Sigerist: *The University at the Crossroads*, New York, Henry Schuman, 1946, S. 130; s. auch S. 106—126.

¹²⁴ Winslow, Carlton: *The Problem of Social Medicine*, in: *New England Journal of Medicine*, 236 (1947), S. 496.

Aus diesen exemplarischen Definitionen geht hervor, daß das amerikanische Denken über die Sozialmedizin noch im Fluß ist. Vieles ist noch zu vage und zu verschwommen, um praktischen Wert zu haben. Goethe sagte: »Die Geschichte der Wissenschaft ist die Wissenschaft selbst«, und wenn er recht hatte, dann kann diese genetische Analyse des Begriffs der Sozialmedizin, wie wir sie im Vorliegenden beabsichtigten, zu einem besseren Verständnis der komplexen Probleme dieses Fachgebietes beitragen, indem sie einen Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen bietet.

V. Was ist Sozialmedizin?

Historisch gesehen ist der Begriff der Sozialmedizin als Reaktion auf die durch die Industrialisierung hervorgerufenen Krankheitsprobleme entstanden. In einem sehr beträchtlichen Ausmaß ist die Geschichte der Sozialmedizin auch die Geschichte der Sozialpolitik bzw. Wohlfahrtspolitik. Ursprünglich mit der neuen Klasse der Industriearbeiter und ihren Problemen beschäftigt, kann die Sozialmedizin heute weiter gefaßt werden, so daß sie verschiedene soziale Gruppen einschließt.

Ruhend auf den beiden Säulen Medizin und Sozialwissenschaft könnte der Begriff der Sozialmedizin nur bei einem entsprechenden Fortschritt der Medizin und der Entwicklung der Sozialwissenschaft präziser werden. Man kann nicht stark genug betonen, daß die Sozialmedizin zu gleichen Teilen auf den sozialen und medizinischen Wissenschaften ruht. Die Anthropologie, die Sozialpsychologie, die Soziologie und die Volkswirtschaft sind genauso wichtig für dieses Fachgebiet wie die verschiedenen Zweige der Medizin.

Grundlegend für den Begriff der Sozialmedizin ist die Auseinandersetzung mit dem, was für die Gesundheit des Menschen von Bedeutung ist, weil der Mensch ein Gemeinschaftsleben führt. Im Lichte dieser Auseinandersetzung hat die Sozialmedizin zwei weitgefaßte Aspekte: 1. einen deskriptiven und 2. einen normativen. Als eine deskriptive Wissenschaft erforscht sie die sozialen und medizinischen Verhältnisse besonderer Gruppen und stellt solche

Kausalbeziehungen her, wie sie zwischen diesen Verhältnissen bestehen; als eine normative Wissenschaft stellt sie Maßstäbe für die verschiedenen Gruppen auf, die studiert werden, und führt Maßnahmen auf, die ergriffen werden könnten, um die Verhältnisse zu erleichtern und die aufgeführten Maßnahmen zu realisieren.

Der Umfang der Sozialmedizin kann auch durch drei bedeutende soziologische Aspekte abgegrenzt werden: 1. Gesundheit in Beziehung zur Gemeinschaft; 2. Gesundheit als ein sozialer Wert und 3. Gesundheits- und Sozialpolitik.

In bezug auf die Gemeinschaft beschäftigt sich die Sozialmedizin mit Gesundheit und Krankheit in Beziehung zu Gemeinschaftseinrichtungen, zur Bevölkerungsbewegung innerhalb großer Gemeinschaften, d. h. mit dem Einwandern und der Aufeinanderfolge verschiedener Bevölkerungsgruppen in spezifischen Gegenden. Sie beschäftigt sich ferner mit Gesundheit und Krankheit in Beziehung zu den Rassen und ethnischen Gesellschaftsmustern, zum Lebensstandard und zum sozialen und wirtschaftlichen Status verschiedener Gruppen.

Wenn man der Gesundheit einen sozialen Wert beimißt, wäre es von Interesse, zu wissen, was diesen Wert ausmacht für verschiedene soziale Gruppen, die Art der Wünsche und Erwartungen verschiedener Gruppen bezogen auf die Gesundheit und das Ausmaß, in dem diese Ziele erreicht oder vereitelt werden. Selbstverständlich verlangt dies ein Verständnis für die Wertskala unserer Gesellschaft und ein Wissen um den Rang, den die Gesundheit als ein Wert in verschiedenen sozialen Schichten einnimmt. Es wird sofort klar werden, daß das Wissen darum fundamentale Folgen für die medizinische Behandlung, für die Ernährung und für die Gesundheitserziehung usw. hat.

Die Forschung, die zur Ausformung der Sozialpolitik beitragen wird, ist der dritte Hauptaspekt der Sozialmedizin. Zunächst könnte Aufmerksamkeit auf das Problem gelenkt werden, wie weit die Gesetzgebung mit dem zunehmenden Wissen um die Beziehungen zwischen Gesundheit und anderen Aspekten des sozialen Lebens Schritt hält. Es ist bekannt, daß einmal akzeptierte Maßstäbe und Maßnahmen dazu neigen, wohlerworbene Rechte anzunehmen und für einen weiteren Fortschritt hinderlich sein können. Die Unter-

suchung solcher Hemmnisse würde von beträchtlichem Interesse sein, denn sie würde zweifellos Licht auf die Machtverhältnisse zwischen politischen Interessengruppen werfen und zeigen, welchen Einfluß sie auf gesetzgebende Körperschaften ausüben in Sachen der Gesundheit und der Wohlfahrt. Weiter fällt unter diesen dritten Aspekt die Entwicklung von Konzepten zur öffentlichen Verantwortlichkeit in Gesundheitsangelegenheiten verschiedener sozio-ökonomischer Gruppen.

Der Begriff der sozialen Gruppe, oder genauer ausgedrückt, der sozialen Klasse, bildet die Grundlage der Sozialmedizin. Die Sozialmedizin beschäftigt sich daher nicht mit dem Individuum 'per se', sondern mit dem Individuum als Glied einer Gruppe, einer bestimmten wirtschaftlichen Gruppe, oder weiter gefaßt, mit dem Individuum als Glied einer sozialen Gruppe, das aufgrund dieser Zugehörigkeit verschiedenen, seiner Gesundheit schädlichen Einflüssen ausgesetzt ist; Einflüssen und Faktoren, die ausschließlich, vorwiegend, mit besonderer Intensität oder in einer eigentümlichen Ausformung in seiner sozialen Gruppe vorkommen und mit dem wirtschaftlichen Status seiner Gruppe eng verbunden sind. Folglich ist es der Zweck der Sozialmedizin, alle Faktoren zu studieren, die den sozialen Zustand einer besonderen Gruppe ausmachen und die einen Einfluß auf den gesundheitlichen Status irgendwelcher Glieder dieser Gruppe haben. Aufgrund dieses Wissens ist es die Aufgabe der Sozialmedizin, Maßnahmen medizinischer, sanitärer oder sozialer Natur zu ergreifen, die notwendig sind, um die Gesundheit zu verbessern und die Errungenschaften der Gesellschaft hinsichtlich der Verhütung und Behandlung von Krankheiten im größtmöglichen Ausmaß der Bevölkerung zugänglich zu machen.

Die Weiterentwicklung der Sozialmedizin verlangt auch, daß diejenigen, die mit diesem Gegenstand beschäftigt sind, ihre Aufmerksamkeit der Erreichung größerer Genauigkeit — was die Begriffsbildung betrifft — zuwenden. Es besteht die unbestrittene Notwendigkeit für genauere Begriffsbildung und für eine gewisse Übereinstimmung hinsichtlich der Verwendung gewisser Termini. Es sollte Übereinstimmung geben, was unter dem Ausdruck „sozial“ zu verstehen ist. Es muß klargemacht werden, daß sozial nicht „die Umwelt betreffend“ bedeutet. Die Umwelt ist ein viel umfas-

senderer Begriff, von dem sozial nur ein Aspekt ist.¹²⁵ Die sozialwissenschaftlichen Begriffe wie etwa Sozialstruktur, Institution, soziale Organisation und Desorganisation müssen näher geprüft werden, um herauszufinden, wie brauchbar sie sein können für die Auseinandersetzung mit Gesundheits- und Krankheitsproblemen. Grob gesprochen wird wahrscheinlich Adolf Meyers Untersuchungsmuster, das auf der kritischen Intelligenz basiert, am nützlichsten sein: „Was ist das Faktum? Was sind die Bedingungen, unter denen es vorkommt und sich zeigt? Welche Funktionen wirken mit und sind am Werk? Wie funktionieren sie? Mit welchen Ergebnissen? Mit welcher Abwandlungsfähigkeit?“¹²⁶

Über Forschungs- und Anwendungsmethoden braucht nicht sehr viel gesagt zu werden. Statistische Methoden und statistisches Material werden natürlich eine große Rolle spielen, aber die Sozialmedizin als eine synthetische Wissenschaft wird von jeder Methode Gebrauch machen, derer sie zur Lösung eines vorliegenden Problems bedarf.

Schließlich werden die Feststellung von Mitteln und Wegen, wie man diesen Gegenstand Medizinstudenten vermittelt und wie man das vorhandene Wissen den praktizierenden Ärzten zugänglich macht, wichtige Aspekte sein. In diesem Zusammenhang wird es von Bedeutung sein, die Rolle des praktischen Arztes in der Sozialmedizin zu bestimmen.

Wir leben heute in einer Welt der komplexen sozialen, wirtschaftlichen und politischen Organisation. Um in dieser Welt mit Gesundheits- und Krankheitsproblemen möglichst wirksam fertig zu werden, dafür wird die Entwicklung der Sozialmedizin eine notwendige Voraussetzung sein. Dieser Überblick ist ein bescheidener Beitrag zu diesem Ziel.

¹²⁵ R. M. MacIver: *Society. A Textbook of Sociology*, Farrar and Rinehart, 1937, S. 102.

¹²⁶ Adolf Meyer: Spontaneity, in: *A Contribution of Mental Hygiene to Education, Program of the Mental Hygiene Division of the Illinois Conference on Public Welfare*, Chicago, 1933.