

## Von der Sozialen Medizin und Hygiene über die Rassenhygiene zur Sozialmedizin (BRD) / Sozialhygiene (DDR)

GERHARD BAADER

Einleitende Bemerkungen	1
Von der Staatsarzneikunde und Sozialmedizin zur Sozialhygiene	2
Sozialhygiene zwischen Bakteriologie, Konstitutionslehre, Eugenik und Rassenhygiene	7
Biologistisch orientierte Sozial- und Gewerbehygiene auf dem Weg in den Nationalsozialismus	18
Auf dem Weg zur Sozialmedizin (BRD) und zur Sozialhygiene (DDR) nach 1945	26

### Einleitende Bemerkungen

Krankheit und Gesundheit sind die beiden Primärerfahrungen, die mit menschlicher Existenz seit jeher verbunden waren. Gesundheit zu bewahren oder wiederherzustellen sind die beiden Motivationen jeder heilenden Aktivität. Diese Einschätzung von Gesundheit als höchster Wert für den Menschen geht ungebrochen in die noch heute gültige Gesundheitsdefinition der WHO ein: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens.“ Sie übersteigt damit die in ihr enthaltene biologische Komponente. Dies gilt in noch höheren Maße für den von der WHO nicht definierten Begriff Krankheit. Für beide gilt, dass es erst mit den durch die Industrialisierung hervorgerufenen Krankheitsproblemen möglich war – so hat es Alfons *Labisch* ausgedrückt –, über die rein biologischen Tatbestände hinaus „die wechselseitigen Beziehungen und Wirkungen von Medizin und Gesellschaft zu eröffnen“.<sup>1</sup> Damit wird nicht nur Gesundheit, sondern auch Krankheit ein Objekt gesellschaftlicher Beurteilung und erhält damit eine soziale Dimension, ja, sie hat soziale Konsequenzen. Denn nirgendwo – und hier folge ich George *Rosen* –, „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“.<sup>2</sup> Das heißt nichts anderes als dass sich individuelle Gesundheit und öffentliche Gesundheit in einem komplexen Beziehungssystem zueinander befinden. Aus der Wahrnehmung der individuellen Gesundheit resultiert somit die Notwendigkeit – so Alfons *Labisch* –, „dass die Menschen die biologische Seite ihres Daseins in angemessenen Formen von Sinn erklären müssen“<sup>3</sup>, mit denen jeweils der leiblich-körperliche Aspekt sozialen Handelns erfasst wird.<sup>4</sup> Die im Rahmen dieses sozialen Handelns zu erbringenden öffentlichen Gesundheitsleistungen konstituieren die öffentliche Gesundheit, die – so wieder Alfons *Labisch* – mit ihren Maßnahmen „neben dem Nutzen für diejenigen, denen die Maßnahmen gelten, immer auch weitere Ansprüche öffentlichen Interesses befriedigen [...]“. Öffentliche Gesundheit ist „somit ‚eng und vielfältig mit der allgemeinen sozialen Entwicklung, der allgemeinen Politik und der allgemeinen, der ‚herrschenden‘ Weltanschauung verknüpft“. In diesem Rahmen folgt

- 
- 1 *Labisch*, Alfons: *Homo Hygienicus*. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt, New York 1992, S. 12.
  - 2 *Rosen*, George: Was ist Sozialmedizin? Analyse und Entstehung einer Idee (1947). In: *Sozialmedizin*. Entwicklung und Selbstverständnis (= Wege der Forschung, 273). Hrsg.: Erna Lesky Darmstadt 1977, S. 283.
  - 3 *Labisch*, Homo (Anm.1), S. 258.
  - 4 Vgl. ebd., S. 260f.

Gesundheitspolitik „immer sozialtechnischen und sozialutopischen Zielen“.<sup>5</sup> Diese sozialen Tatbestände werden von den Gesundheitswissenschaften wahrgenommen, die sich damit wesentlich „von den medizinischen Disziplinen“ unterscheiden, „die darauf gerichtet sind, Krankheiten in der Form des ‚individuellen Falles‘ zu heilen“ und damit über die Wahrnehmung öffentlicher Gesundheit hinaus Strategien zur Wahrung öffentlicher Gesundheit entwickeln, die zur Legitimation zweier Handlungsbereiche führen, nämlich zur Durchsetzung von

„kollektiven Maßnahmen der Abwehr von Gesundheitsgefahren, weil Verkehrsformen und Normalitätsstandards durch Krankheit bedroht werden“

und von

„kollektiven Maßnahmen der Gesundheitsförderung, um durch Gesundheit neue Verkehrsformen und Normalitätsstandards durchzusetzen“.<sup>6</sup>

Blicken wir in das 19. und das beginnende 20. Jahrhundert, so sind die Mittel, die in diesen Handlungsbereichen eingesetzt werden, Prävention, und Prophylaxe. Die medizinischen Disziplinen, die es sich über ihre kurativen Aufgaben hinaus zum Ziel gesetzt haben, in gesellschaftliche Prozesse (Pauperismus, Industrialisierung, Städtewachstum) und die damit verbundenen gesundheitlichen Gefahren im Sinne einer Verbesserung der Gesellschaft formend einzugreifen,<sup>7</sup> sind neben der Sozialen Medizin die auf dem Boden der Staatsarzneikunde sich entwickelnde wissenschaftliche Hygiene<sup>8</sup> mit ihren Subdisziplinen, Sozialhygiene, Eugenik und Rassenhygiene.

### **Von der Staatsarzneikunde und Sozialmedizin zur Sozialhygiene**

Die Konstituierung der beiden medizinischen Spezialfächer, die sich die Probleme der öffentlichen Gesundheit zur Aufgabe gesetzt haben, nämlich Sozialmedizin und Sozialhygiene, ist zwar relativ jungen Datums. Sie findet nicht vor der zweiten Hälfte des 19. oder eher noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts statt, „als Reaktion“ – so hat es George *Rosen* ausgedrückt – „auf die durch die Industrialisierung hervorgerufenen Krankheitsprobleme“.<sup>9</sup> Sie sind zwar älteren Datums, doch verschärfen sie sich seit den zyklischen Wirtschaftskrisen seit 1847, um jeweils in darauf folgende Depressionen einzumünden. Die Zeit um 1900 wird trotz einer bereits stattgefundenen relativen Erholung als die große Depression wahrgenommen. Doch nicht erst in dieser Zeit des ungezügelter Hochkapitalismus, sondern bereits im merkantilistisch orientierten Frühkapitalismus der neuzeitlichen Territorialstaaten des 18. Jahrhunderts war volkswirtschaftlich gesehen jede Verminderung der Arbeitsleistung durch Krankheit

---

5 Ebd., S. 1.

6 Ebd., S. 269.

7 Vgl. Stöckel, Sigrid; Walter, Ulla: Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriß und Prolog. In: Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Hrsg.: Sigrid Stöckel, Ulla Walter. Weinheim, München 2002, S. 11.

8 Vgl. Eulner, Hans-Heinz: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes (= Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts, 4). Stuttgart 1970, S. 140-142.

9 Rosen, Sozialmedizin (Anm.2), S. 351.

oder Tod zu einem bedeutenden wirtschaftlichen Problem geworden.<sup>10</sup> In diesem Zeitalter frühen industriellen Wachstums schienen zwei Tatsachen miteinander im Widerstreit zu geraten. Es war dies einerseits das Interesse des Staates im Sinne der Populationslehre der französischen Staatsrechtslehre an einer möglichst großen Bevölkerung als Faktor innerer und äußerer Macht.<sup>11</sup> Diesem Streben nach einer größtmöglichen Zahl von gesunden und produktiven Untertanen stand andererseits der beklagenswerte gesundheitliche Zustand eines großen Teils des neu entstandenen Proletariats und im Zuge des Pauperismus die Zunahme der vom Produktionsprozess ausgeschlossenen Armen entgegen.<sup>12</sup> Diese Aporie wurde keineswegs zuerst von Ärzten problematisiert, sondern im Rahmen der Staatswissenschaft von Vertretern der Polizey-Wissenschaft und sie sind es auch, die die Beziehungen der Populationslehre der Aufklärung zur Heilkunde in Form der Staatsarzneikunde thematisierten.<sup>13</sup> In diesem Kontext beginnt jedoch bereits bei einem Teil von ärztlichen Vertretern die Lehre von der individuellen, aber auch von der neu entdeckten öffentlichen Gesundheit und Krankheit ausformuliert zu werden in Begriffen und Denkweisen der Medizin und besonders der Hygiene als noch nicht ausdifferenzierter Teil von ihr.<sup>14</sup> Die Medizin wird darin – so Talcott *Parsons* – zum Paradigma funktionaler Sicherung sozialer Strukturen. Gesundheit wird dabei als Zustand optimaler Leistungsfähigkeit begriffen, um diejenigen Aufgaben und Rollen zu erfüllen, für die ein Individuum sozialisiert worden ist, Krankheit als eine Störung dieser Fähigkeit des Individuums. Die Medizin und der Arzt übernehmen durch die Kontrolle von Gesundheit und Krankheit die Funktion sozialer Kontrolle.<sup>15</sup>

Das alles erfolgte zu einer Zeit, als mit der zunehmenden, wenn auch in Österreich und Deutschland langsamer als in England und Frankreich voranschreitenden Industrialisierung, in dem das Industrieproletariat und seine Gesundheitsprobleme immer deutlicher sichtbar wurden. Das reicht von der mit Kinder- und Frauenarbeit verbundenen überproportionalen Säuglings- und Kindersterblichkeit, dem Fehlen einer Begrenzung der Arbeitszeit, dem Fehlen des Schutzes gegen Berufskrankheiten, den beklagenswerten Wohn- und sanitären Verhältnissen in den neuen Industriestädten als Brutstätten für Infektionskrankheiten bis hin zu mangelhafter Kleidung wie auch Mangelernährung und in ihrer Folge Mangelkrankheiten. Damit korrespondierten darüber hinaus die Schwierigkeiten, die diesem von seinen traditionellen Gewohnheiten in der Agrargesellschaft entfremdeten Industrieproletariat erwachsen, mit seiner neuen Lebenssituation in den neuen Industriestädten und ihren bisher unbekannt sozialen Problemen im hygienischen Sinne adäquat umzugehen. Das alles wurde umso wichtiger für den Arbeiter, als er in dieser Zeit des Übergangs von der extensiven zur intensiven Nutzung seiner Arbeitskraft als Produktivkraft immer mehr auf seine Gesundheit als einzigem Subsistenzmittel für seinen Lebensunterhalt zurückverwiesen wurde.<sup>16</sup> „Gesundheit

---

10 Vgl. Rosen, George: Wirtschafts- und Sozialpolitik in der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens. Ein Interpretationsversuch. In: Sozialmedizin. Hrsg.: Erna Lesky (Anm.2) S. 28f.

11 Vgl. Labisch, Homo (Anm.1), S. 85-87.

12 Vgl. Rosen, Wirtschafts- und Sozialpolitik (Anm.10), S. 29.

13 Vgl. Lesky, Erna: Österreichische Gesundheitswesen im Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus (= Archiv für österreichische Geschichte, 122). Wien 1959, S. 106f.

14 Vgl. Labisch, Homo (Anm.1), S. 81.

15 Vgl. ebd., S. 14.

16 Vgl. Labisch, Alfons; Tennstedt, Florian: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kom-

und Leistungskraft“ – so Alfons *Labisch* – „erhielten für immer mehr Menschen eine immer größere Bedeutung“. <sup>17</sup> Ebenso wurde offenkundig, dass mit dem bisherigen Problemlösungsmuster und den darauf beruhenden Interventionsinstrumentarium der Staatsarzneikunde mit ihrem Schwerpunkt auf der Bekämpfung der akuten Infektionskrankheiten den neuen Gefährdungen der Gesundheit des Proletariats in der neuen industriellen Arbeits- und Lebenswelt nicht beizukommen war, besonders als es in Deutschland nach einer erst seit Mitte der 30er Jahre des 19. Jahrhunderts einsetzenden sprunghaften Ausdehnung der Transport-, Leicht- und Schwerindustrie bereits – wie schon erwähnt – 1847 zu einer ersten zyklischen Überproduktionskrise gekommen war, als deren Folge sich die Unterschicht der handarbeitenden Klassen durch das zunehmende Missverhältnis von Arbeitskraft und Arbeitsangebot in einem sich katastrophenartig steigernden Verelendungsprozess befand. Bei den gesundheitlichen Folgen handelte es sich – so Alfons *Fischer* [siehe auch *Fischer*, Vorwort] unter Bezugnahme auf das „Handbuch der Hygiene“ von Friedrich *Oesterlen* von 1851 – „bei der Fabrikbevölkerung überall am häufigsten um Leiden, die mit Ernährungsstörungen zusammenhingen, wie Skrofulose, Rachitis, Lungenschwindsucht, sowie um Hautkrankheiten, besonders Krätze und Syphilis, und um Übel, welche vorzugsweise einzelne Gewerbe mit sich bringen. Ferner forderte jede Seuche – Typhus, Ruhr, Cholera – die zahlreichsten Opfer in der Arbeiterklasse.“ <sup>18</sup> In Berlin wurden 1845 181.000 Unbemittelte durch 32 schlecht bezahlte Armenärzte versorgt. <sup>19</sup> Die Rechtlosigkeit der Besitzlosen im Staate des „Eigentumsrechts“ – so hat es einer der radikalsten Vertreter einer Medizinalreform Salomon *Neumann* formuliert – „ist der Inhalt der furchtbaren Frage, welche unsere Welt bewegt. Armenwesen, Pauperismus, Proletariat sind Ausdrucksweisen jener schicksalsschweren Frage, deren Beantwortung über die soziale Zukunft der Welt entscheidet.“ <sup>20</sup> Derselbe Salomon Neumann ist es dann auch, der ohne Zögern ausspricht, „daß die Gesellschaft [...] nicht eher die Früchte der medicinischen Wissenschaft und Kunst genießen wird, als von ihr in Wirklichkeit es anerkannt sein wird, daß die medicinische Wissenschaft ihrem innersten Kern nach eine sociale Wissenschaft ist.“ <sup>21</sup> Dies wird die Kernthese dieser Ärzte der demokratischen Medizin von 1848 werden, nicht nur für Salomon Neumann, sondern insbesondere auch für Rudolf *Virchow*. Er verbindet 1848 seine programmatische Aussage: „Die Aerzte sind die natürlichen Anwälte der Armen und die sociale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiction“ <sup>22</sup> mit der Reform der Medizin im Sinne der naturwissenschaftlichen Medizin, deren Protagonist er ebenfalls war. Für alle diese medizinischen Reformer um Rudolf Virchow gilt, dass die naturwissenschaftliche Basis ihrer Medizin die Voraussetzung für ihre sozialmedizinischen Reformansätze war. „Ruhend

---

munalen Gesundheitswesens in Deutschland (= Schriftenreihe der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, 13/1). Düsseldorf 1985, S. 22f.

17 Labisch, Homo (Anm.1), S.142

18 Fischer, Alfons: Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. Bd.2. Berlin 1933, S. 551.

19 Vgl. Baader, Gerhard: Salomon Neumann. In: Berlinische Lebensbilder. Hrsg.: Wolfgang Ribbe. Bd.2: Mediziner (= Einzelveröffentlichungen der Historischen Kommission zu Berlin, 60), Berlin 1987, S. 154f.

20 Neumann, Salomon: Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigentum. Berlin 1847, S. 68.

21 Neumann, Salomon: Zur medicinischen Statistik des preußischen Staates nach den Acten des statistischen Bureau's für das Jahr 1846. Virchows Arch.3 (1851) S. 19.

22 Virchow, Rudolf: Was die „medizinische Reform“ will. Die medicinische Reform (10.7.1848) S. 1, 2.

auf den beiden Säulen Medizin und Sozialwissenschaft“ – so hat es wieder George *Rosen* ausgedrückt – ruht bereits hier „die Sozialmedizin zu gleichen Teilen auf den sozialen *und* medizinischen Wissenschaften“;<sup>23</sup> sie „beschäftigt sich [...] nicht mit dem Individuum ‚per se‘, sondern mit dem Individuum als Glied einer [...] sozialen Gruppe oder genauer ausgedrückt, einer sozialen Klasse“.<sup>24</sup> Wie wichtig beide konstituierenden Teile der Sozialmedizin für die medizinischen Reformer um Rudolf *Virchow* waren, zeigt Virchows Beharren auf ihrer Fortsetzung auch nach dem Scheitern der Revolution selbst. Denn „die medicinische Reform, die wir gemeint haben, war eine Reform der Wissenschaft und der Gesellschaft“.<sup>25</sup> Seine Hoffnung, dass sich die Ideen der sozialmedizinischen Reformansätze auch unter den neuen Bedingungen der „Contrerevolution [...] Bahn brechen“ würden, war jedoch eitel. Ihr Paradigma wird erst bei Alfred *Grotjahn* und zwar in der Form der Sozialhygiene in der Zeit von 1898 bis 1912 ausformuliert und schließlich von ihm zur „*Sozialen Pathologie*“ uminterpretiert werden, der er den Untertitel „Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene“ gab. In der Zeit nach 1848 waren es vielmehr die naturwissenschaftlichen Grundlagen der Medizin und nicht deren sozialmedizinische Reformansätze, wie sie innerhalb der Inneren Medizin wie bei Salomon *Neumann* und in Wien seit Joseph *Skoda*<sup>26</sup> sichtbar geworden waren, die deren Siegeszug in den nächsten Jahrzehnte bestimmten, so sehr ihre Protagonisten selbst in größtem Widerstreit miteinander lagen. Hier seien nur genannt: Rudolf Virchows Zellulärpathologie von 1855, die bereits von Rolf *Winau* behandelte Rezeption der Darwinschen Deszendenzlehre und ihre Popularisierung in Form des Sozialdarwinismus sowie die damit verbundene frühe Akzeptanz eugenischen Denkens, das selbst in die sich in Verbindung mit den Sozialwissenschaften sich entwickelnde Sozialhygiene bei Alfred *Grotjahn* eingegangen war, die Entwicklung der experimentellen Hygiene durch Max von *Pettenkofer*, der bereits als Extraordinarius für medizinische Chemie in München 1853 seine erste hygienische Experimentalvorlesung hielt, und besonders Robert *Koch* in Berlin, der nicht erst seit seiner Tätigkeit 1880 am Reichsgesundheitsamt die Entwicklung der experimentellen Hygiene beförderte. In seine Berliner Zeit gehörte bereits 1882 die Entdeckung des Tuberkel-Bazillus; vorausgegangen war 1872 die Isolierung des Milzbranderreger.<sup>27</sup> Doch waren Koch und Pettenkofer stets Widersacher gewesen: auf der einen Seite Robert *Koch* als Vertreter eines kontagionistischen Ansatzes in der orthodoxen Bakteriologie, die nur den Krankheitserreger als den primär entscheidenden ätiologischen Faktor bei Infektionskrankheiten und besonders bei Epidemien gelten ließ, auf der anderen Seite der vor allem stadthygienisch orientierte *Pettenkofer*, der als Vertreter der lokalistischen Theorie nur diejenigen örtlich-zeitlichen Elemente für die Krankheitsentstehung gelten ließ, die sich besonders in der Bodenbeschaffenheit niederschlugen und auf diese Weise für Krankheitskeime direkt von Bedeutung sein könnten. Dies wird in seinen bereits als Ordinarius für Hygiene in München 1873 gehaltenen Vorlesungen über den „Werth der Gesundheit für eine Stadt“ deutlich, in denen er die Forderung nach Schaffung einer Hygiene auf der Basis der experimentellen Laboratoriumswis-

23 Rosen, Sozialmedizin (Anm.2), S. 351.

24 Ebd., S. 353.

25 Virchow, Rudolf: Schluss. Die medicinische Reform (29.6.1849) 52, S. 274.

26 Vgl. Hubenstorf, Michael: Die Genese der Sozialen Medizin als universitäres Lehrfach in Österreich bis 1914. Ein Beitrag zum Problem der Disziplinbildung und wissenschaftlichen Innovation. Med.Diss. FU Berlin 1992, S. 85-105.

27 Vgl. Labisch, Homo (Anm.1), S. 254f.

senschaft zur Durchsetzung einer durchgehenden Reform der sanitären Verhältnisse Münchens erhob. Wenn er auch in ihnen darauf hinwies, dass die menschliche Gesundheit nicht nur von der physikalischen Umwelt, sondern auch von der sozialen Welt, in der Mensch lebt, beeinflusst wird und somit das öffentliche Gesundheitswesen eine Angelegenheit der ganzen Gemeinschaft wäre und dass jede einzelne Maßnahme, die ergriffen wird, um den in Not Geratenen zu helfen, sich zum Nutzen aller auswirkte,<sup>28</sup> so bekämpfte er vor allem bezogen auf die Stadthygiene lokale Umweltfaktoren mit öffentlichen Interventionen, wie die der Bodenassanierung. So ist Hygiene für ihn – wie er es 1875 ausdrückte – die Wirtschaftslehre von der Gesundheit mit der Aufgabe, die „Werthigkeit aller Einflüsse der natürlichen und künstlichen Umgebung des Organismus zu untersuchen und festzustellen, um durch diese Erkenntniss dessen Wohl zu fördern“.<sup>29</sup> Die Bekämpfung des sozialen Elends – so Michael Hubenstorf – „fand sich dagegen nicht primär darunter“. Er ist somit „der Vertreter einer öffentlichen Gesundheitspflege der bürgerlichen Gesellschaft im liberalen Zeitalter, wie prekär dieser Liberalismus in Deutschland auch immer gewesen sein mag.. Die Soziale Frage im wenig industrialisierten, vorwiegend agrarischen Bayern war ihr noch keineswegs ein deutliches Problem“.<sup>30</sup> Vielmehr war es sein Ziel auch bei der Seuchenbekämpfung – so Alfons Labisch – „private, äußere wie innere Sauberkeit herzustellen, gleich ob dies philosophisch abgeleitet und statistisch untermauert oder aus dem Experiment bewiesen wurde“.<sup>31</sup> In den Choleraepidemien von 1871 und 1873 spielte zunächst Pettenkofer die führende Rolle. Zwar hatte er auch einen von Menschen übertragenen Cholerakeim postuliert, der jedoch so lange harmlos sei, als er nicht im Boden der Gärung unterworfen würde. Somit waren für ihn der Schlüssel zum Sieg über die Epidemien insgesamt und über die Cholera im Besonderen eingehende Untersuchungen über das Grundwasser, Reinlichkeit und Lüfterneuerung sowie die Reinhaltung des Bodens, wo diese Gärung stattfände. Inzwischen hatten Robert Koch und seine Mitarbeiter 1884 den Choleraerreger isoliert, der die besten Überlebens- und Vermehrungsvoraussetzungen im Wasser – also auch im Trinkwasser – vorfand.<sup>32</sup> Damit war – so Michael Hubenstorf – „die komplizierte Cholera-Erreger-Theorie (‘Bodentheorie’) Max von Pettenkofers [...] desavouiert, die ‚Wassertheorie’ Robert Kochs bzw. der Cholera Vibrio als spezifische ätiologische Ursache hatten sich behauptet und prägten hinfort das bakteriologische Denken“.<sup>33</sup> Sozialmedizin und Sozialhygiene wurden aufgrund der Tatsache, dass die durch die moderne Industriegesellschaft entstandenen oder verschärften gesundheitlichen Probleme in dieser Zeit immer mehr ins Blickfeld gerieten, zwar von Koch und seinen Schülern mehr als Problem wahrgenommen als von der Pettenkofer-Schule. Da die von beiden vertretene laborwissenschaftlich orientierte allgemeine Hygiene, mögen ihre Vertreter sich auch in der Einschätzung der Bakteriologie unterscheiden, für beide als die als einzig wissenschaftlich akzeptable galt, konnten besonders die bakteriologisch ausgerichteten Koch-Schüler für sich auch die Kompetenz für sozialhygienische Fragen beanspruchen und

28 Vgl. Rosen, Sozialmedizin (Anm.2), S. 321-323.

29 Vgl. ebd., S. 325.

30 Hubenstorf, Genese (Anm.26), S. 309f.

31 Labisch, Homo (Anm.1), S. 122.

32 Vgl. Evans, Richard J.: Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910. Reinbek bei Hamburg 1990, S. 337-343.

33 Hubenstorf, Michael: Die andere Seite der Bakteriologie: Ferdinand Hueppe contra Robert Koch. Bakterienvariabilität, Konstitutionslehre und rassenhygienische Immunologie in der Revolte gegen die orthodoxe Bakteriologie. Ein Projektvorschlag (hschr.) S. 1.

damit der Sozialhygiene lange den Weg zu einer selbstständigen Disziplin versperren.<sup>34</sup> Indem Sozialmedizin darunter auch subsummiert wurde, wurden ihre Vertreter im Bereich der Inneren Medizin<sup>35</sup>, der Versicherungsmedizin<sup>36</sup> oder der Gewerbehygiene<sup>37</sup> in noch stärkerer Weise von den Hygienikern ignoriert.

### **Sozialhygiene zwischen Bakteriologie, Konstitutionslehre, Eugenik und Rassenhygiene**

Die orthodoxe Bakteriologie um Robert *Koch* bzw. in ihrer Fortentwicklung schien eine nicht zu erschütternde Stellung errungen zu haben. Denn mit ihr schien eine Antwort auf das Problem der Krankheitsursachen, nicht anders als bei der Zellulärpathologie, gefunden zu sein. „Nicht der Patient“ – so hat es George *Rosen* formuliert – „sondern die Krankheit wurde zum Hauptinteresse des Arztes“.<sup>38</sup> Daran änderte auch der Fehlschlag des von Robert Koch 1890 dargestellten Tuberkulin nichts. Innerhalb der experimentellen Hygiene selbst begann sich vielmehr – so Michael Hubenstorf – eine „Opposition gegen Robert *Kochs* ‚kontagionistische Doktrin‘ des ‚Monomorphismus‘ der Bakterien und die Erregerspezifität der Infektionskrankheiten“ zu entwickeln, die die „Bakterienvariabilität (‚Pleomorphismus‘) postulierte und damit den Weg zur Immunitätslehre bahnte“.<sup>39</sup> Aus der *Kochs*chen Laborgemeinschaft des Gesundheitsamtes scherte 1884 der Prager Hygieniker Ferdinand *Hueppe* aus, weil er – wie er später sagte – die Einschränkung durch die ‚bakteriologische Methodik‘, die Robert Koch für ihn verkörperte, nicht mitvollziehen wollte und die ‚Bakterienjagd‘, die typisch für diese Zeit war, verabscheute.<sup>40</sup> Doch *Hueppe* war keine isolierte Einzelercheinung. Innerhalb der Immunologie spielte sich jedoch ein ähnlicher Konflikt ab, nämlich der zwischen den einerseits den *Kochs*chen Positionen weiter verpflichteten Protagonisten der Immunitätsforschung Emil von *Behring* und Paul *Ehrlich* und andererseits einem Wien-München-Prager Denkkollektiv, das „einen relativ engen Forschungszusammenhang“ – so Michael *Hubenstorf* – repräsentierte, das „sich in Opposition gegen Robert *Kochs* orthodoxe Bakteriologie herausgebildet hatte und in der Gegnerschaft zur Position Paul *Ehrlichs* in der Immunologie fortsetzte“.<sup>41</sup> Von dieser Gruppe ist nicht nur Max *von Gruber* zu nennen, der 1896 noch in seiner Wiener Zeit die Agglutination der Bakterien beschrieben hat, sondern auch der Münchener Hygieniker Hans *Buchner*, der 1889 das Alexin als Antitoxin erkannt hat, und besonders Ferdinand *Hueppe*. Diese Gruppe greift nicht nur zum Teil auf alte Vorstellungen, wie die der Gärung, von *Pettenkofer* zurück, wie sie beispielsweise in der Enzymforschung des *Pettenkofer*-Schülers Rudolf *Emmerich* lebendig waren, sondern auch auf *Pettenkofer*s eugenische, wenn nicht rassenhygienische Ansätze,<sup>42</sup> will aber insgesamt zwischen den Ansätzen von *Pettenkofer* und *Koch* vermitteln. Sie „akzeptierte zwar die bakterielle Ätiologie

34 Vgl. Hubenstorf, *Genese* (Anm.26), S. 123f.

35 Vgl. ebd., S. 85-99.

36 Vgl. ebd., S. 385-470.

37 Vgl. ebd., S. 471-545.

38 *Rosen*, *Sozialmedizin* (Anm.2), S. 326

39 Vgl. Hubenstorf, *Seite* (Anm.33), S. 3.

40 Vgl. ebd., S. 304.

41 Vgl. Hubenstorf, *Seite* (Anm.33), S. 9.

42 Vgl. Hubenstorf, *Genese* (Anm.26), S. 123.

der Infektionskrankheiten“ – so Michael Hubenstorf – „bestritt aber die Spezifität der Erreger und eine Reihe anderer Annahmen und Folgerungen Kochs, die sie als zu einseitig ansah“. <sup>43</sup> Unbestritten blieb jedoch die Verbindung von Hygiene und Bakteriologie, durch deren Vereinigung – so Michael Hubenstorf – „neue Konfliktlinien ausgelöst“ wurden, „entlang derer sich Immunologie und Serologie, Sozialhygiene, Epidemiologie und medizinische Statistik – beide in neuformulierter Weise – und schließlich auch die Rassenhygiene entwickelten“. <sup>44</sup> Denn beide, „Sozial- und Rassenhygiene“ – so Michael *Hubenstorf* an anderer Stelle – sind „aus dem Amalgamierungsprozeß von Hygiene und Bakteriologie“ <sup>45</sup> hervorgegangen und für diesen Prozess ist Ferdinand *Hueppe* ein Protagonist. Er „versuchte“ – so wieder Michael Hubenstorf – auf konstitutionsmedizinischer Grundlage „seit seiner Bekanntschaft mit Buchner (1884) die Konzepte Pettenkofers, Kochs und Virchows zu einer ‚biologisch-energetischen Krankheitstheorie‘ zu kombinieren“. <sup>46</sup> Das Entscheidende dieses neuen Konzepts, das Ferdinand Hueppe 1893 auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Nürnberg in seinem epochemachenden Vortrag über die „Ursachen der Gärungen und Infektionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik“ vorstellte, war nicht nur, dass er die orthodox-bakteriologische Basis der Hygiene in Frage stellte. Er hat darin – so wird es Ignaz *Kaup* 1922 formulieren – „als Erster den Standpunkt“ vertreten, „daß [...] die ausreichende Ursache für Infektions- und Gärungsvorgänge nur im Bau des angesteckten Wirtes, in der Anlage und somit in der Konstitution des infektiösen- und gärungsfähigen Körpers liege“. <sup>47</sup> Das bedeutet, dass die spezifischen Infektionserreger nicht mehr die Ursache, die Entität der Infektionskrankheit ausmachen, sondern „die infektiösen- und gärungsfähigen Zellen stehen mit der Summe ihrer Wirkungen als auslösende Faktoren der auslösenden Energie des lebenden Protoplasmas eines Wirtes oder einer gärungsfähigen Substanz gegenüber“. Somit ist Krankheit für *Hueppe* ein energetischer Prozess und zwar „eine Funktion der Auslösung ererbter und erworbener Krankheitsanlagen durch veränderliche Krankheitsreize unter veränderlichen Bedingungen“. „Wie man angesichts solcher Tatsachen“ – resümiert Hueppe – „die entscheidende Bedeutung der Krankheitsanlage als Ursache und die Vererbbarkeit der Krankheitsanlage bestreiten kann, ist mir einfach unbegreiflich.“ Dieser Vortrag hat sofort großes Aufsehen erregt. Es wäre *Hueppe* gewesen, der damit – so der Konstitutionspathologe Friedrich *Martius* – „die Hygiene von den schweren Fesseln der orthodoxen Bakteriologie befreite“; <sup>48</sup> der Sozialhygieniker Adolf *Gottstein* bezeichnete nicht nur auf die Sozialhygiene bezogen Hueppes Entdeckung als „befreiende Tat“. <sup>49</sup> Ignaz *Kaup* hob ihre Bedeutung für die Rassenhygiene hervor. <sup>50</sup> Somit sind es drei Disziplinen, die bereits hier untrennbar miteinander verbunden sind, die moderne Konstitutionspathologie, die Rassenhygiene und die Sozialhygiene. Denn für *Hueppe* ist es „die positive aufbauende Konsti-

---

43 Ebd., S. 306.

44 Ebd., S. 306.

45 Ebd., S. 123.

46 Hubenstorf, Seite (Anm.33), S. 9.

47 Kaup, Ignaz: Ferdinand Hueppe. (Zu seiner Würdigung beim Eintritt ins biblische Alter). Münch. med. Wschr. 69 (1922) S. 1547.

48 Zitiert in: Hueppe, Ferdinand: Autobiographie. In: Die medizinische Gegenwart in Selbstdarstellungen. Hrsg.: Louis Radcliffe Grote. Bd.2. Leipzig 1923, S. 112.

49 Zitiert in: Hueppe: Autobiographie (Anm.48), S. 112.

50 Vgl. Kaup, Hueppe (Anm.47), S. 1548f.



tutionshygiene“, aus der – wie er an anderer Stelle sagt – „die soziale Hygiene zwangsläufig erstand“,<sup>51</sup> aber auch die Rassenhygiene, auch „wahre Volkshygiene und als solche Sozialhygiene“. „Die Hygiene ist als soziale Kunst durch die soziale Not hervorgerufen; sie muß und wird deshalb immer Sozialhygiene sein oder sie wird nicht sein.“<sup>52</sup> Dadurch entsteht die neue Aufgabe, „die Forderungen der Sozialhygiene mit denen einer ebenso notwendigen Rassenhygiene in Einklang zu bringen, weil wir nur auf diese Weise von einer bloß vorbeugenden zu einer positiv aufbauenden Hygiene kommen können“.<sup>53</sup> Hueppe eröffnete damit – so Sigrid Stöckel – „innerhalb der Hygiene den sozialdarwinistisch-rassenhygienischen Diskurs“.<sup>54</sup> Dadurch ist Sozialhygiene von vornherein mit anderen diese Zeit bestimmenden Faktoren verbunden.

Die sozialreformerisch orientierten Sozialhygieniker schienen anders als Hueppe von diesem Diskurs unberührt zu sein; doch dieser Schein trügt. Zwar schien es ihnen zunächst um nichts anderes zu gehen als um die Herausbildung eines Paradigmas zur Lösung der durch die Industrialisierung entstandenen Krankheitsprobleme, wie es Alfred Grotjahn 1911 formulierte:

„Die sozialen Verhältnisse schaffen oder begünstigen die Krankheitsanlage.

Die sozialen Verhältnisse sind Träger der Krankheitsbedingungen.

Die sozialen Verhältnisse vermitteln die Krankheitserregung.

Die sozialen Verhältnisse beeinflussen den Krankheitsverlauf.“<sup>55</sup>

Die Methoden, deren sich diese Sozialhygiene dabei zu bedienen habe – so der Sozialhygieniker Alfons Fischer –, sind diejenigen, „die bei den verschiedenen Zweigen der Sozialwissenschaften zur Anwendung gelangen“<sup>56</sup>; unter den daraus resultierenden Maßnahmen erwähnt Fischer ausdrücklich solche der Selbsthilfe, eine soziale Gemeindepolitik und soziale Gesetze.<sup>57</sup> Das Ziel dieser reformorientierten Sozialhygiene ist nichts anderes als Reform im Rahmen der bestehenden kapitalistischen Leistungsgesellschaft. Diese der Sozialreform verpflichteten, in ihrer Mehrzahl sozialdemokratischen und kommunistischen Ärzte – und die hat bereits Dietrich Milles im Detail behandelt – orientierten sich – um nur auf einige ihrer Ziele

51 Hueppe, Autobiographie (Anm.48), S. 112f.

52 Ebd., S. 129.

53 Hueppe, Ferdinand: Handbuch der Hygiene. Berlin 1899, S. 11.

54 Stöckel, Sigrid: Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Das Beispiel Berlins im Kaiserreich und in der Weimarer Republik (= Veröffentlichungen der Historischen Kommission zu Berlin, 91). Berlin, New York 1996, S. 45.

55 Grotjahn, Alfred: Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene. 2. Aufl. Berlin 1912, S. 15.

56 Fischer, Alfons: Grundriß der sozialen Hygiene. Für Mediziner, Nationalökonomien, Verwaltungsbeamte und Sozialreformer. Berlin 1913, S. 5.

57 Vgl. Baader, Gerhard: Sozialhygiene im Nationalsozialismus – ihre Tradition und ihre Ausformung. In: Anfälligkeit und Resistenz. Zur medizinischen Wissenschaft und politischen Opposition im „Dritten Reich“. Vorträge und Reden anlässlich der Einweihung des Rothe-Geussenhainer-Hauses im Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf am 3.12.1987 (= Hamburger Beiträge zur Wissenschaftsgeschichte, 6). Hrsg.: Hendrik van den Bussche. Berlin, Hamburg 1990, S. 1.

hier nochmals hinzuweisen – an Maßnahmen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, an der Sorge um alleinerziehende Mütter und deren unehelichen Kinder, an der Schaffung von Tagesheimen für die Kinder arbeitender Mütter, an der Errichtung von Ambulatorien, an Sexualaufklärung, an der Wahrnehmung von Alkohol- und Suchtproblemen und der Geschlechtskrankheiten als soziale Fragen, an der Verbesserung der Lungenfürsorge oder des Schularztwesens bzw. am Ausbau einer Gewerbehygiene, die die Lösung der gesundheitlichen Probleme der Arbeiter in den Vordergrund stellt. Diese Ärzte empfanden sich dabei vor allem als Teil der sozialen Bewegungen ihrer Zeit; das gilt insbesondere für ihre Protagonisten, für *Grotjahn* ebenso wie für *Julius Tandler* im „roten“ Wien. Doch andererseits versagen sie sich nur in Ausnahmefällen, wie der Gewerbehygieniker Ludwig *Teleky*, den schon von *Hueppe* formulierten und von Männern wie *Kaup* konkretisierten Aspekten der Rassenhygiene, wenn auch *Grotjahn* in diesem Zusammenhang nicht von Rassenhygiene, sondern von Fortpflanzungs- oder generativer Hygiene spricht. Folgerichtig hat *Grotjahn* schon 1918 eugenische Gesichtspunkte in sein Programm eingefügt, indem er forderte, dass sich die Verallgemeinerung hygienischer Kultur nicht nur auf die Gesamtheit von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörenden Individuen, sondern auch auf die Nachkommenschaft erstrecken müsste.<sup>58</sup> Für ihn gehören somit Maßnahmen zur Vermeidung einer negativen Auswirkung sozialhygienischer Aktivitäten auf den menschlichen Artprozess zum unverzichtbaren Arbeitsprogramm einer Sozialhygiene, wenn sie körperliche Entartung verhüten helfen soll. „Der eugenische Gesichtspunkt“ – so sagt *Grotjahn* 1926 – „muß letzten Endes auch für die sozialhygienischen Bestrebungen, als der übergeordnete, maßgebend sein“ und ist damit nicht weit von *Hueppe* entfernt. Denn nur „die stete Berücksichtigung der eugenischen Belange bei allen sozialhygienischen Bestrebungen kann die kulturell führenden Völker von einer allmählich fortschreitenden Entartung des physischen Substrats ihrer Kultur bewahren“.<sup>59</sup> In seinen „Leitsätzen zur sozialen und generativen Hygiene“ fordert er folgerichtig ärztliche und hygienische Überwachung der menschlichen Fortpflanzung durch die Eugenik, „daß die Erzeugung und Fortpflanzung von konstitutionell körperlich und geistig Minderwertigen zuverlässig verhindert wird“.<sup>60</sup> Für diese genetisch Minderwertigen, die er auf ein Drittel der deutschen Gesamtbevölkerung schätzt, schlägt er nicht nur Verhütungsmaßnahmen und freiwilliges Zölibat, sondern Dauerasylierung und Sterilisation vor, ohne zu ahnen oder zu billigen, dass am Ende solcher Maßnahmen die Zwangssterilisation von 400.000 Menschen zu rassenbiologisch definierter sozialer Assanierung im Nationalsozialismus stehen wird. Zwangsmaßnahmen zur sozialen Ausgrenzung des genetisch „Minderwertigen“ waren allerdings schon bei *Grotjahn*, aber auch bei *Julius Tandler* angedacht worden.

Nicht anders als die Sozialhygiene wird die Konstitutionslehre bereits bei *Hueppe* mit der Rassenhygiene verbunden. „Sie tritt“ – so *Hueppe* – „als Konstitutionshygiene in den Dienst der Rasse, des einzelnen Rassetils, einer Mischrasse und des ganzen Volkes, und die Hygiene wird zu einem der wichtigsten Kampfmittel für die Arbeitsfähigkeit, allgemeine Volksertüchtigung und Volkserneuerung“<sup>61</sup> gesichert „gegen die Allerweltsideen der Sozialdemo-

---

58 Vgl. *Grotjahn*, Alfred: Soziale Hygiene, Geburtenrückgang und das Problem der körperlichen Entartung. In: *Weyl's Handbuch der Hygiene*. 2. Aufl. Hrsg.: A. Gärtner. Ergänzungsbd. Soziale Hygiene. Leipzig 1918, S. 398f.

59 *Grotjahn*, Alfred: Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Wien 1926, S. 319.

60 *Grotjahn*, Alfred: Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene. Karlsruhe 1921, S. 36.

61 *Hueppe*, Autobiographie (Anm.48), S. 121.

kratie, weil es in der Natur keine Gleichheit, sondern nur Ungleichheit, sowohl bei Individuen als auch bei Völkern gibt“.<sup>62</sup> Nicht nur bei *Hueppe* und *Kaup*, sondern auch beim Münchener Hygieniker *Max von Gruber*, einem der Initiatoren der Gruppe Rassenhygiene auf der Dresdner Hygiene-Ausstellung von 1911, ist sie rassenhygienisch determiniert. „Je mehr wir dahin wirken“ – so *Max von Gruber* unter Bezugnahme auf die von *Kaup*, damals noch Titular-Professor für Gewerbehygiene an der Technischen Hochschule Charlottenburg, auf der 5. Generalversammlung für soziale Reform in Berlin 1911 vorgelegte Denkschrift „Sozialhygienische Vorschläge zur Ertüchtigung unserer Jugend“ auf derselben Tagung –, „daß die besseren Varianten sich reichlicher vermehren als die minderwertigen, daß die schlechteren Varianten gänzlich von der Fortpflanzung ausgeschlossen werden, umso eher wird es uns gelingen, eine Verbesserung der durchschnittlichen Beschaffenheit der Generationen herbeizuführen als des eigentlichen Ziels aller Sozialreform.“<sup>63</sup> Denn – so hatte es schon *Hueppe* formuliert – „hygienische Maßnahmen erhalten nicht jedes Leben um jeden Preis, sie wirken sich auch günstig aus auf die Konstitutionskraft und treten damit in den Dienst der Rassenhygiene.“<sup>64</sup>

Die hier ausgesprochene Einheit von Rassenhygiene und Konstitutionslehre ist nicht bei allen Konstitutionsmedizinern selbstverständlich. Für Männer wie *Friedrich Martius* bleibt die eugeneische Komponente am Rande; vielmehr ist bei ihm ein sozialreformerisch orientierter Denkansatz bestimmend. In seiner Programmrede „Krankheitsursachen und Krankheitsanlagen“ greift er auf der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte 1898 in Düsseldorf die Definition der Krankheitsdisposition von *Adolf Gottstein* auf. Für *Gottstein* resultierte sie aus dem Verhältnis der Widerstandskraft des „Wirtsorganismus“ – der so genannten Konstitutionskraft – zur Virulenz der Krankheitserreger. Diese Virulenz der Krankheitserreger deutet *Martius* im *Hueppeschen* Sinne in Reize um, zu denen jedoch – so *Martius* – „nicht nur Bazillen, sondern auch Not und soziales Elend, Kummer und Sorge, Unterernährung und Erkältung, kurz alle schwächenden und angreifenden Lebensreize gehören“.<sup>65</sup> Er stellt darüber hinaus die Verabsolutierung des Erbfaktors radikal in Frage. „Eerbt sind nur solche Eigenschaften und deren materielle Substrate, die als Anlagen im Keimplasma der elterlichen Geschlechtszellen enthalten waren“.<sup>66</sup> Krankheiten können zudem gar nicht selbstständig vererbt werden, da sie keine eigenen Wesenheiten darstellen; vererbt werden immer nur Krankheitsanlagen. Für ihn gibt es somit keine konstitutionellen Krankheiten, sondern aufgrund der Tatsache, dass in jeder Krankheit auch ein konstitutionelles Element beteiligt ist, nur Konstitutionsanomalien, nämlich „spezifische individuelle Organschwächen“<sup>67</sup> und somit keine allgemeine oder schwache Konstitution des Gesamtorganismus. Damit erteilt er einer rassenhygienisch orientierten Konstitutionslehre eine klare Absage. „Nicht der Gesamtorganismus, sondern die einzelnen Organe oder Gewebssysteme sind“ nämlich „stark bezüglich

62 Hueppe, Ferdinand: Handbuch der Hygiene. Berlin 1899, S. 11.

63 Gruber, Max v.: Berufsschutz der Jugendlichen. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege 43 (1911) S. 115.

64 Zitiert nach: *Kaup, Hueppe* (Anm.47), S. 1548.

65 *Martius, Friedrich*: Krankheitsursachen und Krankheitsanlage. Verh. Ges. Dtsch. Naturf. Ärzte 70 (Leipzig 1898) I. Teil, S. 105.

66 *Martius, Friedrich*: Über die Bedeutung der Vererbung und die Disposition in der Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose. Verh. Congr. inn. Med. 22 (1905) 5S. 9.

67 *Martius, Friedrich*: Konstitution und Vererbung in ihren Beziehungen zur Pathologie. Berlin 1914, S. 37.

schwach veranlagt. Dies ist der Punkt, an dem“ – so *Martius* weiter – „der Organicismus und seine Fortbildung, die Cellularpathologie“ Rudolf *Virchows* „unbedingt recht behalten“.<sup>68</sup> Diese *Martius*sche Konstitutionspathologie soll Wissenschaft vom Individuellen<sup>69</sup>, nicht von der Rasse sein. Wenn auch bei ihm nicht anders als bei *Hueppe* das vererbte konstitutionelle Element entscheidend bleibt, tritt bei *Martius* das erworbene gleichberechtigt daneben oder – um mit *Martius* zu sprechen – dem Genotyp, d.h. der vererbten Krankheitsanlage, tritt der Phänotyp, d.h. das äußere Erscheinungsbild der Krankheit gegenüber, wobei angeboren von ihm nie mit vererbt identifiziert wird. Obwohl *Martius* die Vererbung erworbener Eigenschaften kategorisch ablehnt und damit für ihn die Degenerationsfurcht der Rassenhygieniker als solche keinen Stellenwert hat, kommt er nicht umhin von der Entartung einzelner Konstitutionsanomalien als minderwertige Organanlage und damit als degeneratives Stigma zu sprechen. Die radikalen eugenischen Maßnahmen der Rassenhygieniker haben somit bei ihm keinen Platz. Nur „drei Mittel sind es, die der staatlich zu überwachenden Eugenik zur Verfügung stehen werden: der hygienische Ehekonsens, die Rationalisierung des Präventivverkehrs und die künstliche Vernichtung der der Voraussetzung nach schädlicher Frucht“.<sup>70</sup> Da die fallenden Geburtenzahlen nicht in der Degeneration, d.h. nicht in zunehmender biologischer Zeugungs- und Gebärfähigkeit zu suchen sind, sondern in einer Steigerung der ehelichen Geburtenprävention, sind seine Vorschläge – als die der Rassenhygieniker – reformorientiert: Der Staat muss mit wirtschafts- und sozialpolitischen Maßnahmen versuchen, den Willen zum Kinde zu stärken. So ist *Martius*' sozialhygienischer Ansatz weitgehend frei von rassenhygienischem Ballast.

Auch der österreichische Sozialreformer Julius *Tandler* ist in seiner Grundhaltung ebenso wie *Martius* konstitutionsbiologisch orientiert, doch sind bei ihm die eugenischen Elemente *Hueppescher* Prägung von vornherein stärker. Dies wird bereits in seinem Vortrag deutlich, den er am 7. März 1913 bei der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene in München bei *Max von Gruber* zum Thema „Konstitution und Rassenhygiene“ gehalten hat. Auch *Tandler* geht hier letztlich von der *Hueppeschen* Formel aus. Konstitution ist somit auch für ihn nichts anderes als die Gesamtheit der nach Abzug der Rasse- und Artqualitäten übrig bleibenden individuell varianten morphologischen und funktionellen Eigenschaften jedes neuen Individuums, sein „somatisches Fatum“<sup>71</sup> oder im *Hueppeschen* Sinne seine ererbten Eigenschaften. Mit dem Begriff der Rasse geht hier *Tandler* – anders als die radikalen Rassenhygieniker – vorsichtig um. Es ist der *Ploetz*sche Begriff der Vitalrasse, den er hier aufgreift und mit dem er Angehörige einer Gruppe artgleicher Individuen erfassen will, die durch eine Reihe von Merkmalen ausgezeichnet sind, welche bei der Kreuzung der betreffenden Individuen immer wieder in der für die Eltern charakteristischen Art und Weise zum Vorschein kommen. Alles andere, was im *Hueppeschen* Sinne an einem Individuum durch Milieueinflüsse geändert werden kann – ob es sich um erworbene Eigenschaften, Reize oder Umwelteinflüsse

68 *Martius*, Friedrich: Pathogenese innerer Krankheiten. Leipzig, Wien 1899-1908, S. 193.

69 Vgl. Krügel, Rainer: Friedrich *Martius* und der konstitutionelle Gedanke (= Marburger Schriften zur Medizingeschichte, 11), Frankfurt/M. (u.a.) 1984, S. 51.

70 *Martius*, Friedrich: Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarkeit vom Standpunkt der inneren Medizin. In: Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarkeit, ihre Indikationen, Technik und Rechtslage. Hrsg.: Siegfried Placzek. Leipzig 1918, S. 78.

71 *Tandler*, Julius: Konstitution und Rassenhygiene (Vortrag gehalten am 7. März 1913 vor der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene). Zeitschrift für angewandte Anatomie und Konstitutionslehre 1 (1914) S. 13.

handelt –, ist bei *Tandler* nicht seine Konstitution, sondern seine Kondition.<sup>72</sup> *Tandler* als Anatom sieht diese seine Vorstellungen durch seine Beobachtungen am Muskeltonus bestätigt. Denn die Eigenspannung des ruhenden Muskels, der mit seinem Normaltonus, Hypertonus und Hypotonus für die Diagnostik und zur Symptomatologie der Krankheiten herangezogen werden kann, kann konstitutionell oder konditionell sein. Ist er konditionell, so ist er oft von äußeren Momenten wie Ernährungszustand, Krankheit oder Alter des Individuums abhängig. Ist er konstitutionell bedingt, bestimmt er das Lebensschicksal des Individuums. Wichtig ist, dass *Tandler* in damit in lamarckistischer Weise die Vererbung erworbener Eigenschaften nicht ausschließt. Das wird dadurch für ihn möglich, dass er im *Hueppeschen* Sinn den Reiz als einen Teil der Einflüsse des Milieus auf die Kondition auffasst. Deshalb kann er annehmen, dass in vielen Fällen das Milieu zuerst die Funktion der innersekretorischen Drüsen ändert und erst durch diese das übrige Soma. Durch die Vermittlung dieser innersekretorischen Drüsen ist es somit auch möglich, dass Konditionseigenschaften in vererbare, d.h. in konstitutionelle überführt werden. Somit kann Konditionshygiene zu Konstitutionshygiene werden. *Tandler* lehnt in diesem Kontext den Begriff der Rasse nicht rundweg ab; für ihn ist es vielmehr bloß eine erbbiologische Erfahrungstatsache, dass gewisse erworbene Eigenschaften erblich seien. Somit ist es möglich, dass auf dem Wege der Beeinflussung der durch Kondition erworbenen Eigenschaften solche Eigenschaften funktioneller und morphologischer Art durch die Konstitution fortgeerbt, verallgemeinert und auf diese Weise zu Rasseeigenschaften werden. Mit dieser von ihm postulierten erbbiologischen Erfahrungstatsache, dass gewisse erworbene Eigenschaften – meist degenerativ im Sinne von Minderwertigkeit besetzt – erblich seien, hat er sich der Rassenhygiene angenähert und ihr Ziel gleichzeitig eingeschränkt, indem er diesen – wie er es ausdrückte – neuen und bedeutenden Teil sozialmedizinischer Bestrebungen als Teil der konstitutionellen Hygiene definierte, die kein anderes Ziel hätte, als Keimschädigungen hintanzuhalten und mit Konstitutionsanomalien versehene Individuen von der Fortpflanzung auszuschließen. Er lehnt somit Rassenhygiene nicht rundweg ab, macht aber gewisse Bedenken gegen sie geltend. Erstens bleibt der wesentliche Teil der Hygiene Konstitutionshygiene, die nach *Tandlers* Auffassung indirekt auf Konstitution und Rasse verändernd einwirken kann. Zweitens ist eine negative Eugenik weitgehend unnötig, da schlechte Kondition selbst oft insofern auf das Keimplasma schädigend wirkt, als solche Individuen, die für die Ausmerze in Frage kämen, von selbst von der Reproduktion ausgeschlossen werden. „Die auf der Grundlage rassenhygienischer Vorschriften durchzuführende Selektion bei der Fortpflanzung der Individuen“ – so drückt es *Tandler* warnend aus – „steht vorderhand noch vielfach im Widerstreit gerade mit jenen Gefühlen, welche durch Selbstbestimmungsrecht und persönliche Freiheit begründet sind. Ähnlich verhält es sich auch mit den rassenhygienischen Maßnahmen bei der Aufzucht. Solange charitative und nicht biologische Prinzipien die Richtlinien der Aufzucht bilden, ist kaum ein besonderer rassenhygienischer Erfolg zu erwarten. Die goldene Brücke von charitativem Betätigungstrieb zur rassenhygienischen Logik ist lange noch nicht geschlagen.“ Mit dieser Behutsamkeit unterscheidet sich *Tandler* zu dieser Zeit von den Rassenhygienikern seiner Zeit; er hat mit seiner Vorstellung von der Vererbung erworbener Eigenschaften, da er nämlich durch diese Tatsache indirekt auf die Rasse Einfluss nehmen kann, die Möglichkeit, sich in dieser Frage neutral zu verhalten, obzwar er sich – wie er abschließend sagt – „der weittragenden Bedeutung des Rassenproblems in sozialer, politischer, rein menschlicher Beziehung“ be-

---

72 Vgl. Sablik, Karl; Tandler, Julius: *Mediziner und Sozialreformer*. Wien 1983, S. 65.

wusst ist. Auch in Wien wird das Janusgesicht dieser eugenisch beeinflussten Sozialhygiene deutlich werden. Das sei wieder an Julius *Tandlers* bevölkerungspolitischen Aussagen exemplifiziert, wie sie sich bereits in seinem Vortrag „Krieg und Bevölkerung“ finden, den er am 24. März 1916 vor der Gesellschaft der Ärzte in Wien hielt. Er hat sich in ihm weitgehend an der Menschenökonomie Rudolf *Goldscheids* und dessen These vom Menschen als organischem Kapital orientiert. Goldscheid gelangt dabei zu dem Konzept einer präventiven Fortpflanzungsauslese als gezielte eugenische Maßnahme und darüber hinaus zu einem Klassifizierungsschema von Menschen in ‚Höherwertige‘ und ‚Minderwertige‘ – d.h. Minusvarianten im *Tandlerschen* Sinne<sup>73</sup> – und damit – so Gisela Bock – zu einer „Abgrenzung zwischen ‚Normalität‘ und ‚Abweichung von der Norm‘“. <sup>74</sup> *Tandler* sieht nun in der Tatsache, „ daß so viel Untüchtige, also Minusvarianten, infolge des Krieges zur Reproduktion kommen, die Gefahr der Vermehrung dieses Minusvarianten für die nächste Generation“, so dass „die kontinuierlich steigende Unterstützung dieser Minusvarianten menschenökonomisch unrichtig und rassenhygienisch falsch ist“. <sup>75</sup> Folgerichtig setzt *Tandlers* Bevölkerungspolitik – wie er selbst 1924 betonte – bei der „Wertung des Lebens“ an. Es ist *Goldscheids* – so Karin *Lehner* – „Abgrenzung zwischen ‚Normalität‘ und ‚Abweichung von der Norm‘“<sup>76</sup> die zu seiner Unterscheidung von „lebenswertem“ und „lebensunwertem“ Leben führt und aus der er seine Unterscheidung von „produktiven und unproduktiven bevölkerungspolitischen Ausgaben“ ableitete.<sup>77</sup> Folgerichtig ist für ihn somit die Unfruchtbarmachung der Minderwertigen eine unabweisliche Forderung, allerdings „unter den Kautelen der Wissenschaft und der Menschlichkeit und unter voller Bürgerschaft des Rechts“. <sup>78</sup> Er vertraute jedoch insgesamt darauf, dass es keiner Anwendung von Zwangs bedürfe, dass – so Monika *Löscher* – „jemand, durch Aufklärung belehrt, von sich aus dieser Operation zustimmen würde. Auf die Frage, was passiert, wenn sich jemand ‚uneinsichtig‘ zeigt, geht *Tandler* jedoch nicht ein“. <sup>79</sup> Radikaler scheint auf den ersten Blick *Tandlers* Position zum Problem der Vernichtung ‚lebensunwerten‘ Lebens zu sein. Er diskutiert es in Zusammenhang mit den – wie er sagt – immensen Kosten für die Armenpflege in Versorgungshäusern und der Irrenpflege<sup>80</sup> und befindet sich damit innerhalb des auch in Deutschland üblichen Diskurses.<sup>81</sup> Es erhält – so *Tandler* 1924 – „im

73 Vgl. Lehner, Karin: Verpönte Eingriffe. Sozialdemokratische Reformbestrebungen zu den Abtreibungsbestimmungen in der Zwischenkriegszeit. Wien 1989, S. 58f.

74 Bock, Gisela: Frauen und ihre Arbeit im Nationalsozialismus. In: Frauen in der Geschichte I. Hrsg.: Anette Kuhn, Gerhard Schneider. Düsseldorf 1979, S. 142.

75 *Tandler*, Julius: Krieg und Bevölkerung. Wien. klin. Wchschr.29 (1916) 451.

76 Lehner, Eingriffe (Anm.73), S. 59.

77 Vgl. ebd., S. 69f.

78 *Tandler*, Julius: Gefahren der Minderwertigkeit (Vortrag gehalten am 13.2. beim Bund für Volksaufartung und Erbkunde). In: Das Wiener Jugendhilfswerk. Jahrbuch 1928, S.16; vgl. Lehner, Eingriffe (Anm.73 ), S.91.

79 Löscher, Monika: Die Umsetzung und Verbreitung von eugenischem/rassenhygienischem Gedankengut in Österreich bis 1934 unter besonderer Berücksichtigung Wiens. In: Medizin im Nationalsozialismus-Wege der Aufarbeitung. Hrsg.: Sonia Horn, Peter Malina. Wien 2001, S. 111.

80 Vgl. Byer, Doris: Rassenhygiene und Wohlfahrtspflege. Zur Entstehung eines sozialdemokratischen Machtdispositivs in Österreich bis 1934 (= Campus Forschung, 564). Frankfurt, New York 1988, S. 136f.

81 Vgl. Baader, Gerhard: Die sogenannte „Euthanasie“-Aktion. Ihre Voraussetzungen und ihre Realität. In: „Verlegt nach Hadamar. Die Geschichte einer „Euthanasie“-Anstalt (= Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen. Kataloge, 2). Hrsg.: Bettina Winter. 2. Aufl. Kassel 1994, S. 17.

Interesse der Erhaltung des lebenswerten Lebens an Aktualität und Bedeutung, weil vielfach ‚lebenswertes‘ Leben vernichtet werde, um ‚lebensunwertes‘ zu erhalten“. Nur „Tradition und überkommene Humanität“ – so Tandler weiter– „bindet die Gesellschaft derart, daß sie sich nicht berechtigt fühlt, lebensunwertes Leben zu vernichten. Dieselbe Gesellschaft, welche in ihrer Verständnislosigkeit, in ihrer leichtsinnigen Gleichgültigkeit hunderte von Kindern, darunter vielleicht Talente und Genies, glatt zugrundegehen läßt, füttert in sorgsamer Ängstlichkeit Idioten auf und rechnet es sich als eine Leistung an, wenn es ihr gelingt, denselben ein behagliches Greisenalter zu sichern“.<sup>82</sup> Trotzdem: *Tandler* ist kein Befürworter der so genannten „Euthanasie“, in deren Aktionen im Nationalsozialismus nach unserem heutigen Wissensstand 250.000 behinderte und psychisch kranke Menschen<sup>83</sup> und zusätzlich in den so genannten „Kinderfachabteilungen“ mindestens 5.000 Kinder und Jugendliche<sup>84</sup> ermordet wurden. „Ich bin nicht der Meinung“ – so *Tandler* 1932 – „daß bei der heutigen Einstellung der Menschheit, ja vielleicht auch bei der nach 100 Jahren, jemals der Arzt das Recht haben wird, Minderwertige zu töten, ich bin aber der Meinung, daß wir das Recht haben, ihre Geburt zu verhindern“.<sup>85</sup> *Tandler* lässt sich dabei vor allem von der Kategorie der Arbeitsleistung leiten. „Während“ – so Karin *Lehner* – „die prinzipiell ‚Wertvollen‘ von der Gemeinde Wien unterstützt und damit gleichzeitig auch kontrolliert werden sollten, sollten die nur konsumierenden Kinder erst gar nicht geboren werden, mit dem Ziel ‚den Ballast der Minderwertigen‘“ – so *Tandler* bereits 1917<sup>86</sup> – „zu dezimieren“.<sup>87</sup> Insgesamt steht *Tandler* jedoch den Ergebnissen erbpathologischer Forschung noch sehr reserviert gegenüber. „Vorderhand“ – so *Tandler* 1924 – „sind mangels wissenschaftlicher Sicherheit über die Erbvorgänge der quantitativen Beeinflussung des ‚Menschenmaterials‘ Grenzen gesetzt“.<sup>88</sup> Deshalb „können wir“ – so *Tandler* 1926 – „trotz Fortschritt in der Erkenntnis der Erbmöglichkeiten [...] das spärliche Gold der Erkenntnisse noch lange nicht in die gebräuchliche Münze der Fürsorge umprägen, sondern wir müssen vorderhand von ganz allgemeinen Gesichtspunkten ausgehen, die Selektion der Eltern und damit die Erbmöglichkeiten zu beeinflussen suchen“.<sup>89</sup>

Dieser Leistungsbegriff, der bei Tandler vor allem menschenökonomisch hergeleitet wird, wird zumeist jedoch nach zwei anderen Gesichtspunkten definiert. Für den einen steht eine sozialhygienisch ausgerichtete Gewerbehygiene, die sich an den Interessen der Betroffenen und nicht mehr ausschließlich an den Verwertungsinteressen des Kapitals orientiert. Ihre

---

82 Tandler, Julius: Ehe und Bevölkerungspolitik (Vortrag gehalten im Februar 1923; zuerst erschienen in Wien. med. Wschr. 74 (1924) S. 211-214, 262-266, 306-309). Wien; Leipzig 1924, S. 17.

83 Vgl. Baader, Gerhard: Vom Patientenmord zum Genozid. Forschungsansätze und aktuelle Fragestellungen. In: Von der Zwangssterilisierung zur Ermordung. Zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien, Teil II. Hrsg.: Eberhard Gabriel, Wolfgang Neugebauer. Wien, Köln, Weimar 2002, S. 189.

84 Vgl. Baader, Patientenmord (Anm.93), S. 203f.

85 Tandler, Julius: Arzt und Wirtschaft. Volksgesundheit. Zeitschrift für soziale Hygiene 6 (1932) S. 8; vgl. Löscher, Umsetzung (Anm.79), S. 112.

86 Tandler, Krieg (Anm.75), S. 559.

87 Lehner, Eingriffe (Anm.73), S. 70f.

88 Tandler, Ehe- und Bevölkerungspolitik (Anm.82), S. 20.

89 Tandler, Julius: Quantitative Bevölkerungspolitik (Vortrag gehalten auf der 8. Fürsorgetagung der Österreichischen Gesellschaft für Bevölkerungspolitik am 15.5.1926). Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Bevölkerungspolitik und Fürsorgewesen (1926) 5, S. 1-5; vgl. Byer, Rassenhygiene (Anm.80), S. 136.

Ausrichtung an der *Grotjahns*chen sozialen Pathologie, verbunden mit einer Sozialstatistik, lässt in ihr niemals den Bezug zu ihrem sozialen Gegenstand und den sozialen Bewegungen ihrer Zeit aus den Augen verlieren. Doch auch in ihr – selbst bei Männern wie dem *Grotjahns*-Schüler und arbeits- und gewerbehygienischen Berater des Allgemeinen Deutschen Gewerkschaftsbundes bis 1933, Franz-Karl *Meyer-Brodnitz*<sup>90</sup>, oder, wenn auch in geringerem Maße, bei dem aus Wien kommenden Preußischen Landesgewerbearzt für das Rheinland, Ludwig *Teleky*<sup>91</sup> – wurde ihr reformistischer Ansatz besonders, aber nicht nur seit der Weltwirtschaftskrise durch die Tendenzen der Einpassung des Einzelnen in die soziale Norm der kapitalistischen Leistungsgesellschaft verformt. Der andere Zweig der Gewerbehygiene war von vornherein rassenbiologisch oder wenigstens eugenisch orientiert. Dieser Einbruch der Erb- und Rassenhygiene in die Gewerbehygiene und Arbeitsmedizin ist eng – wie auch in Ansätzen bei Tandler – mit einer rassenbiologisch orientierten Konstitutionslehre verbunden, und zwar in der Form, wie er auch von *Hueppe* seinen Arbeiten zugrunde gelegt und von Ignaz Kaup weiterentwickelt worden war. *Kaup* unterschied im Anschluss an Georg von *Schönerer* nur zwei Rassentypen, den deutschen und den jüdischen. „Die Aufgabe des 20. Jahrhunderts ist es den völkischen, erdverwurzelten Lebensstil, einen neuen deutschen Menschentypus geradwinklig an Leib und Seele zu bilden. Typus ist die zeitgebundene plastische Form eines ewigen rassisch-seelischen Gehalts, eines Lebensgebots, kein mechanisches Gesetz“.<sup>92</sup> Diese germanische Konstitution, mit der sich Kaup gegen ein mechanisches Bild vom Menschen richtet, bedingt einen Rassebegriff von *einem* deutschen Menschen, der im Gegensatz zur späteren nationalsozialistischen Doktrin steht, dessen Konstitution durch sozialhygienische Maßnahmen zu verbessern ist, wenn auch seine genotypischen rassischen Grundvoraussetzungen unveränderlich bleiben. Deshalb ist eine konstitutionelle Pädagogik nötig beim jugendlichen Arbeiter, dessen Konstitution besonders der Besserung bedarf. Es sind Massenuntersuchungen, von *Kaup* durchgeführt oder von ihm veranlasst, in denen Konstitution und Umwelt in ihrem Einfluss besonders auf diese Personengruppe mit Verbindung von statistischen Erhebungen mit klinischer Untersuchungsmethode untersucht wurden. Genau mit diesen Methoden hat *Kaup* zusammen mit Theobald *Fürst*, einem klaren Vertreter der später für die Medizin im Nationalsozialismus so wichtigen Leistungsmedizin, 1930 seine Schrift „Körperverfassung und Leistungskraft Jugendlicher“ verfasst. Was am Ende steht, sind der Konstitution und ihren Schwankungen bei Jugendlichen angepasste so genannte sozialtherapeutische Maßnahmen zur Ertüchtigung der Jugendlichen von Sommerübungslagern bis hin zur Arbeitsdienstpflicht. Das heißt nichts anderes als Vorbereitung zur Einpassung in die vom Staat und kapitalistischer Ausbeutung geforderter Leistungsnorm. Dieses Spannungsfeld zwischen Reform und Einpassung ist alt. Schon *Grotjahns* Streben nach Sicherstellung höchster Leistungsfähigkeit beim genetisch Wertvollen zum Bestehen in der internationalen Konkurrenz, besonders nach der deutschen Niederlage im Ersten Weltkrieg, muss sich die Frage gefallen lassen, ob seine Vorschläge zum Ausbau sozialhygienischer

---

90 Vgl. Baader, Gerhard: Sozialhygienische Theorie und Praxis in Berlin der Weimarer Republik. Koroth 8 (1985) 11/12, S. 36-34.

91 Vgl. Wulf, Andreas: Der Sozialmediziner Ludwig Teleky (1872-1957) und die Entwicklung der Gewerbehygiene zur Arbeitsmedizin (= Mabuse-Verlag Wissenschaft, 52). Frankfurt/M. 2001, bes. S. 95-137.

92 Kaup, Ignaz: Deutschland und Österreich als Wesenseinheit im mitteleuropäischen Raum (= Deutsch-österreichische Schriftenreihe, 2). München 1935, S. 29; vgl. dazu auch ders.: Süddeutsches Germanentum und Leibeserziehung der Jugend. München 1925, passim.



Maßnahmen fürsorgerischer Art bewusst oder unbewusst mehr auf die Einpassung des Einzelnen in die Normen der Leistungsgesellschaft durch Eingriffe des Staates oder anderer gesellschaftlicher Institutionen zielen als auf seine Selbstverwirklichung. Bei *Kaup* geht es zweifelsfrei um ersteres, auch wenn er schon früh Maßnahmen für gewerblichen Jugendschutz vorschlägt, um den unbefriedigenden gesundheitlichen Zustand der jugendlichen Arbeiter zu heben. Denn ihr katastrophaler gesundheitlicher Zustand, wie er im Deutschen Kaiserreich bei den Musterungen zutage getreten war und der dem Streben nach Sicherstellung höchster Leistungsfähigkeit zum Bestehen in der internationalen Konkurrenz hinderlich war, führte in München schon Anfang des 20. Jahrhunderts zur Zusammenarbeit von *Kaup* mit sozialdemokratischen Ärzten wie *Mieczyslaw Epstein* in der seit 1904 bestehenden Kommission für Arbeiterhygiene und Statistik des Münchener Ärztevereins für freie Arztwahl in gewerbe- und sozialhygienischen Fragen,<sup>93</sup> auch wenn die rassenhygienisch orientierten Männer wie *von Gruber*, *Hueppe* oder *Kaup* deren soziologisch orientiertes medizinisches Reformdenken nicht teilten. Derselbe *Kaup* arbeitet andererseits nicht nur mit diesen reformorientierten Ärzten, sondern auch mit Männern wie dem schon erwähnten rassenbiologisch orientierten Schularzt *Theobald Fürst* 1913 bei einer erst 1922 erschienenen Erhebung zum Gesundheitszustand männlicher jugendlicher Arbeiter in München zusammen. Für *Kaup* ist dabei über die These von erblicher Berufseignung und erblicher Konstitution hinaus insgesamt die Annahme selbstverständliche Voraussetzung, dass „nur bei gesunder Erbmasse ohne beeinträchtigende Anomalien und entsprechende Lebenslage (normale Ernährung, gesunde Aufzucht), namentlich auch entsprechender Reizverteilung in der Pubertät [...] eine art-, rassen- und sippchaftsgemäße Gestaltung des Skeletts- und Muskelsystems und der inneren Organisation gesichert und die Erreichung einer normalen Konstitution (Körpervfassung) mit der nach der Art bedingten körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, Widerstandskraft, Generationstüchtigkeit und Lebensfähigkeit gewährleistet“<sup>94</sup> sein kann. Denn – so *Fürst* 1926 – „die Richtung, in der moderne Hygiene sich bemerkbar macht, gegenüber der früher vorwiegenden Betonung exogener Schädigungen der menschlichen Gesundheit, jetzt auch mehr die endogenen in der Konstitution des Menschen selbst gelegenen Faktoren zu berücksichtigen, ist auch für die Gestaltung der Gewerbehygiene nicht ohne Einfluß geblieben. Es deckt sich diese Richtung auch vollkommen mit der Tendenz der Leistungssteigerung der modernen Betriebswirtschaft“ Das bedeute nichts anderes, als dass Berufsschäden überwiegend endogene Ursachen hätten. Der Ausbau konstitutionshygienischer Eignungsuntersuchungen könnte somit „in rassenhygienischer Beziehung auf die Arbeiterschaft selbst günstig wirken“ und zu einem „leistungsfähigeren Stamm von Arbeitern“<sup>95</sup> führen.

---

93 Vgl. z.B: den Bericht über die Sitzungen der Kommission für Arbeiterhygiene und Statistik des Münchener Ärztevereins für freie Arztwahl vom 6. Mai 1913 und vom 15. Mai 1913. Münch. med. Wschr. 60 (1913) S. 1125f. Am 6. Mai halten *Kaup* („Untersuchungen an Fortbildungsschülern“) und *Epstein* („Lehrlingsuntersuchungen in München“) zwei einleitende Referate, in der Diskussion sprechen sich *Max v. Gruber*, Gewerkschaftssekretär *Timm*, Stadtschulinspektor *Schmid*, Stabsarzt *v. Heuss* und der Gewerbehygieniker *Franz Koelsch* für die Durchführung der Untersuchungen aus und sagen ihre Unterstützung zu.

94 *Kaup*, *Ignaz*: Konstitution und Umwelt im Lehrlingsalter (Konstitutions-Dienstpflicht. Nach Untersuchungen an männlichen Jugendlichen in München) (= Münchener sozialhygienische Arbeiten. Hygienisches Institut, 1). München 1922, S. 115.

95 *Fürst*, *Theobald*: Der Wert konstitutionshygienischer Untersuchungen für die Auslese und die gesundheitliche Kontrolle jugendlicher Arbeiter. Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung 13 = N.S.3 (1926) S. 68f.

## Biologistisch orientierte Sozial- und Gewerbehygiene auf dem Weg in den Nationalsozialismus

Mehrere Gesichtspunkte sind es, die die Adaption dieser biologistisch orientierten Sozial- und Gewerbehygiene in den Nationalsozialismus begünstigten. Denn sie war es, die bereits in der Weimarer Republik eine entscheidende Rolle spielte und sie ist es, die sich in rassenhygienischer Form nach 1933 voll durchsetzen wird. Auf folgende Aspekte sei dabei verwiesen .

1. Als „Anpassungsleistung“ vollbrachte diese Sozialhygiene eine endgültige Abwendung von ihren von *Grotjahn* formulierten gesellschaftswissenschaftlichen Grundlagen. Nicht mehr soziologisch klar definierte Gruppen wurden betrachtet, sondern ein unscharfes Ganzes wie „Bevölkerung“.
2. Diese soziale Hygiene grenzte sich nicht mehr durch ihre Grundlagen- und Nachbarfächer von anderen Fächern ab, sondern durch ihre Zielsetzung. Als „Klinik des ganzen Volkes“ wollte sie die Schäden aufsuchen, qualitativ und quantitativ umgrenzen, ätiologisch definieren und sie dann in der Gesundheitsfürsorge angehen.
3. Im Gesamtkontext der Gesundheits- und Bevölkerungspolitik kam der Aufgabe des Säuglings- und Mutterschutzes eine besondere Bedeutung zu. Es ist deshalb sicher kein Zufall, dass ein Mann wie der Pädiater Fritz *Rott* sowohl in der Weimarer Republik als auch im Nationalsozialismus – so Elmar *Schabel* – in „dem in den Jahren 1933 – 1935 anstehenden Umbau des Gesundheitswesens nach rassenhygienischen Gesichtspunkten“<sup>96</sup> verantwortliche Positionen innehatte.
4. Die politischen und ökonomischen Vorgaben geben dieser Sozialhygiene den Charakter einer Legitimations-, Anpassungs- und Herrschaftstechnik, die bei der Durchsetzung politischer Planung und Vermeidung sozialer Widerstände im Nationalsozialismus unverzichtbar werden wird. So können Methoden und Maßnahmen dieser Sozialhygiene, nicht nur, aber auch bezogen auf Säuglings- und Mutterschutz, unverändert vom NS-Staat übernommen und vor allem noch weiter ausgebaut werden. Die Ansätze einer Fürsorge der 20er Jahre wurden ausgebaut und durch spezifische Maßnahmen der „Vorsorge“ im Rahmen des nationalsozialistischen Konzepts „Gesundheitsführung“ ergänzt.
5. Diese Art Sozialhygiene war deshalb auch der Vereinnahmung und Instrumentalisierung durch den NS-Staat wehrlos ausgesetzt, da sie nie eine soziologische Wissenschaft sein wollte und es somit unterließ, auf eine klar definierte Gesellschaft und deren Probleme mit einer klaren Aussage zu antworten, sondern immer medizinische und damit auch biologische Wissenschaft sein oder bleiben wollte.
6. „Bewährten Parteigenossen“, die gleichzeitig das Gesamtbild der „neuen Medizin“ entwerfen, fiel es dabei offensichtlich leichter, dieser Sozialhygiene, trotz der Angriffe der Rassenhygiene, einen Stellenwert innerhalb der öffentlichen Gesundheitsverwaltung zuzumessen, als „altgedienten“ Sozialhygienikern, auch wenn sie in der Weimarer Republik bereits für diese biologistisch orientierte Sozialhygiene einstanden. Sie alle haben sich 1933 vorbehaltlos in den Dienst der neuen Herren gestellt. Dies soll an vier Personen exemplarisch dargestellt werden: Hans *Harmsen*, Carl *Coerper*, Hans *Hoske* und Erich *Schröder*.

---

96 Schabel, Elmar: Soziale Hygiene zwischen Sozialer Reform und Sozialer Biologie. Fritz Rott (1878-1959) und die Säuglingsfürsorge in Deutschland (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 71). Husum 1995, S. 343.

Hans *Harmsen* war Promovend von *Grotjahn* gewesen. Er steht für eine aktive eugenische Gesundheitspolitik.<sup>97</sup> Seine beiden Doktorarbeiten – die medizinische bei *Grotjahn* und eine philosophische in Marburg – beschäftigten sich mit bevölkerungspolitischen Fragen am Beispiel Frankreichs. Stand in seiner medizinischen Doktorarbeit noch positive Eugenik anhand der 1913 in Kraft getretenen französischen Sozialgesetzgebung im Vordergrund, so wurde das bei seiner philosophischen Doktorarbeit bereits anders. Der Suche nach Sozialtechniken der „Aufartung“ staatstragender, erblich wertvoller Familien entsprach hier bereits das Konzept, die Gesamtheit des Volkes von schädlichen Erbmassen zu befreien. Aus ihm spricht seine Abscheu gegenüber den so genannten „Deklassierten“ und gegen „fremdvölkische Überflutung“ durch koloniale Einwanderung. Diese rassenhygienisch geprägte Sozialhygiene, die bereits beim jungen *Harmsen* zu finden ist, wird ihn sein ganzes Leben begleiten. Nicht eine akademische Karriere war es, was *Harmsen* zunächst anstrebte, sondern eine bei der Inneren Mission.

Seit 1926 war er Referent des Centralausschusses der Inneren Mission. Schon 1928 forderte er durch die „Erfassung der körperlich und geistig Gebrechlichen, das zahlreiche Heer der Geisteskranken, Krüppel, Tauben und Blinden und geborenen Verbrecher, die nur unter großem Kostenaufwand in Asylen, Irrenhäusern und Gefängnissen ernährt und gepflegt werden, [...] die Gesamtheit des Volkes von diesen schädlichen Erbmassen zu befreien“.<sup>98</sup> An die Realisierung solcher Ideen konnte man allerdings erst im Rahmen der Weltwirtschaftskrise herangehen, in der die Kostenfrage drängender denn je wurde. In dieser Zeit begann auch der eigentliche Aufstieg *Harmsens* in der Inneren Mission. 1929 wurde er Geschäftsführender Vorsitzender des „Gesamtverbandes der evangelischen Kranken- und Pflegeanstalten“ sowie Geschäftsführer des „Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes“. Er war nicht nur verantwortlicher Herausgeber der Zeitschriften der Inneren Mission, „Gesundheitsfürsorge“ und „Dienst am Leben“, sondern ab 1930 auch des „Archivs für Bevölkerungswissenschaft“. Bereits in diese Zeit datiert seine Zusammenarbeit mit radikalen Rassenhygienikern, wie den Genetikern Otmar Frh. *von Verschuer* und Eugen *Fischer*, dem Psychiater Ernst *Rüdin* und dem Bevölkerungswissenschaftler Friedrich *Burgdörfer*. Es passt zu diesem Bild, dass unter *Harmsens* Federführung die Innere Mission Vorkämpfer für aggressive eugenische Maßnahmen in ihren Heil- und Pflegeanstalten gegen die dort lebenden Pflinglinge wurde.<sup>99</sup>

*Harmsens* Tätigkeit diente konsequent diesem Ziel. Er ist es gewesen, der 1931 die „Erste eugenische Fachkonferenz“ des Centralausschusses der Inneren Mission in Treysa durchführte, auf der sich die Innere Mission für eine Sterilisation der Bewohner ihrer Anstalten einsetzte. Auf der Zweiten Fachkonferenz 1932 in Berlin wurden diese Beschlüsse konkreti-

---

97 Vgl. Schleiermacher, Sabine: Sozialethik im Spannungsfeld von Sozial- und Rassenhygiene. Der Mediziner Hans Harmsen im Centralausschuß für die Innere Mission (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 85). Husum 1998, passim; zusammenfassend S.277-282; Kaupen-Haas, Heidrun: Eine deutsche Biographie – der Bevölkerungspolitiker Hans Harmsen. In: Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich. Hrsg.: Angelika Ebbinghaus, Heidrun Kaupen-Haas, Karl Heinz Roth. Hamburg 1984, S. 41-44, 201f.

98 Harmsen, Hans: Wie entwickelt sich die Eheberatung? Innere Mission 23 (1928) S. 249.

99 Vgl. Schleiermacher, Sabine: Die Innere Mission und ihr bevölkerungspolitische Programm. In: Der Griff nach der Bevölkerung. Aktualität und Kontinuität nazistischer Bevölkerungspolitik (= Schriften der Hamburger Stiftung für Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts, 1). Hrsg.: Heidrun Kaupen-Haas. Nördlingen 1986, S. 73-89.

siert und erbbiologische Prüfungen in den Anstalten initiiert. Schon in Treysa hatte *Harmsen* gefordert, dass die Bewohner der Anstalten in von Verschuer ausgearbeiteten Erfassungsbögen, Individual- und Familienkarten erfasst werden sollten; durch diese planmäßige Familienforschung könnten die Anstalten Zentren der biologischen „Sanierung“ werden, die nicht nur die Aufgabe der Bewahrung hätten, sondern durch diese Forschungen einen Beitrag zur Eugenik leisten würden. Inzwischen lag der Entwurf des Preußischen Sterilisationsgesetzes vor, an dem *Harmsen* mitgearbeitet hatte. Auf der Berliner Konferenz wurde dieser Entwurf diskutiert und gutgeheißen. Ebenso wurde über die Pflegesatzpolitik auf der Grundlage der Ergebnisse des erbbiologischen Fragebogens debattiert und die gegenwärtige Lage der „Anormalenfürsorge“ in der Inneren Mission und die Frage der Sterilisierung vom biblischen, evangelisch-theologischen Standpunkt aus besprochen. Das Ergebnis war die Einsetzung des „Ständigen Ausschusses für eugenische Fragen“ am 24. November 1932; in den von *Harmsen* vorgelegten Leitsätzen wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nicht nur die Pflege des Kranken, Elenden und „Lebensunwerten“ Ziel des Christentums wäre, wie es von der Inneren Mission repräsentiert würde, und „keineswegs zur Entartung unseres Volkes“ beitragen dürfe, sondern dass sich die Innere Mission vielmehr für eine „eugenische Erziehung und Aufklärung“ einsetzen müsse. Indem *Harmsen* hier den „Kirchen der Reformation“ – und dies ist im Gegensatz zur Caritas zu verstehen – eine Führungsrolle in diesen Fragen zuwies, wurde auch die Innere Mission letztlich zu nichts anderem als zu – so Sabine *Schleiermacher* – „einer Wegbereiterin der Sterilisations- und Rassegesetze“<sup>100</sup> der Nationalsozialisten. So ist es nur folgerichtig, dass sich dieser Ausschuss am 30.10.1933 in „Ständiger Ausschuss für Rassenpflege und Rassenhygiene“ umbenannte; er war die zentrale Instanz für die Sterilisation im Einzugsbereich der evangelischen Kirche und wurde bis Februar 1938 von *Harmsen* geleitet. Für *Harmsen* war die konsequente Umsetzung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in den Pflegeanstalten der Inneren Mission somit eine Selbstverständlichkeit. Anderthalb Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes waren – bei 69.117 Betten der Inneren Mission insgesamt – 8.856 Anstaltsinsassen sterilisiert worden. Die vorher nicht intendierte akademische Karriere sollte *Harmsens* Aufstieg im Nationalsozialismus abrunden; 1939 habilitierte sich *Harmsen* in Berlin mit einer Arbeit über kriegsdienstverpflichtete Krankenschwestern für Hygiene und wurde Mitglied des Hygienischen Instituts der Friedrich-Wilhelms-Universität. *Harmsen* hat während des Krieges seine bevölkerungspolitische Arbeit fortgesetzt, während die von ihm mitgesäte Saat der so genannten „Euthanasie“ auch in den Anstalten der Inneren Mission aufging; der Widerstand dagegen war nicht zuletzt deshalb so hilflos, da die Verantwortlichen der Inneren Mission nie begriffen hatten, dass Sterilisation und Patientenmord im Rahmen der so genannten „Euthanasie“ nur zwei Seiten derselben Medaille waren. *Harmsen* selbst hat sich zu dieser Zeit mit Konzepten von positiver Rassenhygiene und Eugenik beschäftigt, bis hin zu Maßnahmen zur Förderung lediger Mütter, analog den Konzepten des „Lebensborns“; denn „Hunderttausende von Frauen sind gar nicht imstande zu heiraten, weil ihnen die Männer fehlen“ – so *Harmsen* 1940 –, „insbesondere diejenigen, die auf dem Schlachtfeldern des Weltkrieges geblieben sind“.<sup>101</sup>

Doch diese biologistische Sozialhygiene, die in der Bundesrepublik Deutschland nach 1945 restituiert wurde und die Tendenzen seit dem späten Weimar über den Nationalsozialismus

---

100 Ebd., S. 81.

101 *Harmsen*, Hans: Zur ungeklärten Lage der ledigen Mütter und des unehelichen Kindes. Archiv für Bevölkerungswissenschaft und Bevölkerungspolitik 10 (1940), S. 145.

hinweg fortsetzte, muss nicht so aggressiv wie bei Harmsen sein. Carl *Coerper* möge hier als Beispiel dienen.<sup>102</sup> Er hatte eine Karriere im öffentlichen Gesundheitswesen hinter sich: 1918 war er im Gesundheitsamt Barmen und 1920 Kreiskommunalarzt in Düsseldorf-Land, seit 1926 Beigeordneter, Obermedizinaldirektor und Amtsarzt in Köln. Als politisch zuverlässig behielt er diese Ämter nach 1933 und wurde zusätzlich Abteilungsleiter im Gauamt der NSDAP für Volkswohlfahrt. Schon 1928 wurde er erster Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Soziale Hygiene; bei ihrer Neugründung 1951 wurde er ihr Geschäftsführer. 1950 war er bereits Geschäftsführer der „Arbeitsgemeinschaft Gesundheitswesen des Instituts zur Förderung öffentlicher Angelegenheiten“ in Frankfurt. 1932 habilitierte er sich mit einer Arbeit über das „Verhältnis der Sozialhygiene, Sozialbiologie und Sozialphilosophie“. Aufgrund seiner „Sozialbiologischen Diagnose“ von 1937 wurde er 1938 zum außerordentlichen Professor ernannt.

Konstitutionslehre ist schon sehr früh der Ort gewesen, an dem Nationalsozialisten und konservative Mediziner, die der strengen Rassenbiologie mit einer gewissen Reserve gegenüberstanden, Koalitionen eingingen. Dies sei an einem Internationalen Fortbildungskurs verdeutlicht, der im Frühjahr 1934 in der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung unter dem Titel „Konstitutionslehre und Erbbiologie in der Praxis der Medizin“ stattfand und dessen Vorträge von Walther Jaensch, dem Leiter des neu geschaffenen Ambulatoriums für Konstitutionsmedizin an der Charité, herausgegeben wurde. Der mehr national als katholisch eingestellte Medizinhistoriker Paul *Diepgen* hat diese Tagung mit einem Referat über die historische Dimension der Konstitution eröffnet.<sup>103</sup> Worum es bei dieser Tagung jedoch eigentlich ging, zeigen die programmatischen Referate von Walter *Groß*, dem Leiter des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP,<sup>104</sup> und vom Berliner Stadtmedizinalrat Walter *Klein* zur Rassenpolitik und zur Gesundheitspflege im „Dritten Reich“.<sup>105</sup> Die Rassenhygiene in ihrer Bedeutung für das deutsche Volk, dargestellt vom Berliner Rassenhygieniker Fritz *Lenz*,<sup>106</sup> ist die Grundlage der erbbiologischen Deutung der Konstitutionslehre durch den Direktor des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik Otmar Frh. *von Verschuer*,<sup>107</sup> dem Lehrer Josef *Mengelles* und dem eigentlichen Initiator seiner verbrecherischen Menschenversuche in Auschwitz. In diesen Gesamtrahmen fügen sich Vertreter der Konstitutionsmedizin in all ihren Aspekten ein. Darunter sind nicht nur prominente Nationalsozialisten

---

102 Vgl. Schütz, Horst: Gesundheitsfürsorge zwischen humanitärem Anspruch und eugenischer Verpflichtung. Entwicklung und Kontinuität sozialhygienischer Anschauungen zwischen 1920 und 1960 am Beispiel von Prof. Dr. Carl Coerper (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 98). Husum 2004, S. 15-28.

103 Diepgen, Paul: Zur Geschichte der Lehre von der Konstitution. In: Konstitutions- und Erbbiologie in der Praxis der Medizin. Vorträge eines Internationalen Fortbildungskurses in der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung im Frühjahr 1934. Hrsg.: Walther Jaensch. Leipzig 1934, S. 1-15.

104 Groß, Walter: Rassenpolitisches Amt der NSDAP. In: Konstitutions- und Erbbiologie (Anm.103), S. 65f.

105 Klein, Walter: Gesundheitspflege im Dritten Reich: In: Konstitutions- und Erbbiologie (Anm.103), S. 67-80.

106 Lenz, Fritz: Die Bedeutung der Rassenhygiene für das deutsche Volk. In: Konstitutions- und Erbbiologie (Anm.103), S. 52-64.

107 Verschuer, Otmar von: Konstitution und Erbbiologie. In: Konstitutions- und Erbbiologie (Anm.103), S. 38-51.

wie Jaensch<sup>108</sup> oder der spätere Propagator der Leistungsmedizin am Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP, Hans *Hoske*<sup>109</sup>, der noch ausführlich behandelt werden wird, der Habilitand von Grotjahn, der bereits erwähnte Pädiater Fritz *Rott*,<sup>110</sup> dessen Weg von der Sozialhygiene zur Rassenhygiene bruchlos verlief, der spätere T 4-Gutacher Fritz *Pohlisch*<sup>111</sup> oder der nicht nur wegen seiner Verantwortung für Medizinverbrechen in den Konzentrationslagern wie für die Gasbrand-, Knochengenerations- bzw. -transplantationsversuche im KZ Ravensbrück in Nürnberg zum Tode verurteilte beratende Chirurg der Waffen-SS, Prof. Dr. Karl *Gebhardt*<sup>112</sup>, sondern auch Vertreter der klinischen Fächer an der Charité bzw. deren Ober- und Assistenzärzte. Somit ist für die traditionelle Schulmedizin die Konstitutionslehre der Boden für ihre Integration in die Rassenhygiene als ein konstitutives Element für die Medizin im Nationalsozialismus mit ihren Polen Heilen und Vernichten insgesamt geworden. Auch Carl *Coerpers* biologistisch orientiertes sozialhygienisches Konzept ist hier einzuordnen. Es war 1927 bereits fertig und ist 1937, nur mehr geringfügig modifiziert, unter dem Titel „Die sozialbiologische Diagnose“ erschienen. „Wir Ärzte“ – so hat er schon 1927 in klarer Gegenposition gegen eine sozial orientierte Sozial- und Gewerbehygiene wie etwa die *Telekys* ausgeführt – „sind nicht dazu da, die Wirtschaft zu ändern, wohl, aber haben wir die Aufgabe, das Verhältnis der Naturgegebenheiten einerseits und der Zivilisation andererseits einander zuzuordnen und die Anpassungsnotwendigkeiten möglichst einfach zu gestalten. Es ist unmöglich, die Entwicklung der Wirtschaft und ihre Rationalisierung auf andere Wege zu weisen oder ihr aus ärztlichen Gründen entgegenzutreten. Die Aufgabe des Arztes bleibt es, mit den wirklich bestehenden Verhältnissen zu rechnen und diese Verhältnisse vorbeugend so zu gestalten, daß die Leistungsfähigkeit der Bevölkerung nicht nur angespannt, sondern erhalten wird.“<sup>113</sup> Denn – so *Coerper* auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Hygiene 1928 – „nur der Sozialhygieniker ist imstande, Erbmasse und soziale Verhältnisse einheitlich zu erfassen, und die Aufgaben der Berufswahl können von ihm nur im Zusammenhang mit der Familie durchgeführt werden. Da die Leistungsforderung an die deutsche Jugend quantitativ und qualitativ besonders groß ist, so gewinnen diese Aufgaben der Gesundheitsfürsorge eine besondere Bedeutung“.<sup>114</sup> Wenn er auch auf einer gewissen von der Rassenhygiene abgrenzbaren Aufgabe der Sozialhygiene beharrte – „Rassenhygiene verlangt“ nämlich „Aufzucht und Erhaltung des Gesunden, Sozialhygiene, so setzt man voraus, fordert Erhaltung und Kräftigung des Anbrüchigen [...] oder vom Standpunkt des Arztes gesehen: hier verpflichtet die eugenische, dort die humanitäre Aufgabe des Arztes“<sup>115</sup> –, so

---

108 Jaensch, Walther: Konstitutionstypologie in Klinik, Persönlichkeits- und Rasseforschung. In: Konstitutions- und Erbbiologie (Anm.103), S. 222-235.

109 Hoske, Hans: Leibesübungen als Entwicklungsreiz. In: Konstitutions- und Erbbiologie (Anm.103), S. 351-356.

110 Rott, Fritz: Konstitution, Morbidität und Mortalität im frühen Kindesalter. In: Konstitutions- und Erbbiologie (Anm.103), S. 310-320; vgl. Schabel, Soziale Hygiene (Anm.98), S. 266-270.

111 Pohlisch, Kurt: Konstitution und Rauschgifte. In: Konstitutions- und Erbbiologie (Anm.103), S. 192-205.

112 Gebhardt, Karl: Körperschule der Schwächlichen. In: Konstitutions- und Erbbiologie (Anm.103), S. 357-359.

113 Coerper, Carl: Ärztliche Berufsberatung. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene 40 (1927) S. 214.

114 Sozialhygienische Mitteilungen 12 (1928) 3/4, S. 114.

115 Coerper, Carl: Rassenhygiene und Sozialhygiene. Sozialhygienische Mitteilungen 17 (1933) 25, S. 1.

wird die erbrachte oder zu erwartende Leistung das übergreifende Kriterium für jede soziale Maßnahme. „Nur dann eine Hilfe (Unterstützung oder biologische Maßnahme), wenn eine Leistung nachgewiesen werden kann.“<sup>116</sup> „Denn das Ganze des Menschen stellt sich in seiner sozialen Lebensleistung dar, d.h. in dem, was er für seine Familie, seine Volksgenossen, in seinem Beruf und dadurch für sein Volk leistet“:<sup>117</sup> Deshalb ist die soziale Diagnose „eine drängende Notwendigkeit auf dem Wege zu einer sozialen Gesundheit unseres Volkes“.<sup>118</sup> „Fester Richtpunkt“ – so *Coerper* weiter – „für alle Diagnostik des Menschen, der Krankheit und der sozialen Lage“ sollte dabei „die Erblichkeit samt ihren sozialen Auswirkungen“<sup>119</sup> sein. Nach dem Prinzip der „sozialen Leistungsfähigkeit“ – selbstverständlich determiniert von erblicher Hochwertigkeit – ist nach *Coerper* nicht nur die Berufswelt, sondern auch die Familie zu beurteilen. Der Arzt sei verpflichtet, „die Verantwortung der Jugend vor Gatten, Familie, Blutsgemeinschaft, Rasse und Volk zu erwecken“.<sup>120</sup> Vor diesem Hintergrund gelte: „Gleichgerichtete soziale Minderleistung in Familien (z.B. Interesselosigkeit, Lässigkeit, Gemütsstumpfheit) sollte die eheliche Verbindung von solchen Familien als nicht im öffentlichen Interesse liegend kennzeichnen“.<sup>121</sup>

Zusammenfassend heißt es 1937: „Jedenfalls ein Ganzziel: soziale Leistung im Rahmen des anlagemäßig Möglichen – dies aber durch die Erstrebung von Teilzielen, durch Übung, Gewöhnung, Vorbilder. In dieser Richtung liegt der (Erziehungs-)Wert von HJ, BDM, Frauenschaft, Mütterschulung, SA, SS und Wehrmacht“.<sup>122</sup> Andererseits gelte: „Da die Rassenzugehörigkeit für die Artung der leibseelischen Konstitution von ausschlaggebender Bedeutung ist, so ist die soziale Lage als das Ergebnis der Entwicklung leibseelischer Anlagen von der Rasse im weitesten Maße abhängig“.<sup>123</sup> Aufgrund dieser Gleichsetzung von erblicher Hochwertigkeit und Leistungsstärke soll besonders bei den erblich Hochwertigen das Leistungsprinzip, das *Werner Bockhacker*, seit 1939 Leiter des Amtes für Volksgesundheit der Deutschen Arbeitsfront, als „das einzige gerechte Prinzip auf Erden“<sup>124</sup> bezeichnete, zum allgemeinverbindlichen Maßstab, auch in der Medizin, erhoben werden. Denn bei einem Drittel der deutschen Bevölkerung, die sich nach Einschätzung des Sozialhygienikers *Hans Hoske* ständig an der unteren Grenze der persönlichen Leistungsbreite befände, handele es sich „nur in geringem Teil um minderwertiges Menschenmaterial hinsichtlich der Erbanlage“.<sup>125</sup> Die erste Aufgabe an die Gesundheitsführung wäre es deshalb – so hat es der stellvertretende Reichsärztführer *Friedrich Bartels* 1938 ausgedrückt –, „die erbgebundene

---

116 *Coerper*, Carl: Die sozialbiologische Diagnose (= Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Volksgesundheitsdienstes, 49, 3). Berlin 1937, S. 52.

117 Ebd., S. 12.

118 Ebd., S. 11.

119 Ebd., S. 8.

120 Ebd., S. 20.

121 Ebd., S. 35.

122 Ebd., S. 53.

123 Ebd., S. 25.

124 *Bockhacker*, Werner: Die Arbeits- und Leistungsmedizin (= Schriftenreihe für Arbeits- und Leistungsmedizin, 1/2). Stuttgart 1941, S. 4.

125 *Hoske*, Hans: Die Sorge um das kommende Geschlecht. Völkischer Beobachter. Berliner Ausgabe (23.1.1934); vgl. *Beck*, Herta: Leistung und Volksgemeinschaft. Der Sportarzt und Sozialhygieniker *Hans Hoske* (1900-1970) (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 61). Husum 1991, S. 94f.

Leistungsanlage“<sup>126</sup> zu ermitteln.<sup>127</sup> Gesundheit wurde in diesem Kontext mit Leistungsfähigkeit gleichgesetzt und zur Pflicht gegenüber dem Volk erklärt.<sup>128</sup> Denn – so wieder *Bockhacker* – „naturbedingt und zugleich schicksalhaft ist es, daß im Ablauf des menschlichen Schaffens von einem bestimmten Zeitpunkt an ein allmählicher Kräfteschwund und schließlich Kräfteverfall einsetzt. Je näher dieser Zeitpunkt an das 66. Lebensjahr als ‚künstlicher‘ Altersgrenze heranrückt, umso besser ist es um die zur Zeit gültige Schaffensbasis des Volkes bestellt. Im strengen Sinne biologisch und deswegen ein erstrebenswertes Ziel für die Gesundheitsführung ist aber erst der Zustand, wenn der Zeitpunkt des allmählichen Kräfteschwundes kurz vor dem Zeitpunkt des physiologischen Todes liegt und der endgültige Kräfteverschleiß mit ihm zusammenfällt.“<sup>129</sup> Somit ist *Bockhacker* einer der Exponenten der Leistungsmedizin im Nationalsozialismus, in der Heilen und Vernichten gleichermaßen Aufgabe des Arztes wird. Diese Vernichtung durch Arbeit, die damit keineswegs auf die Konzentrationslager beschränkt ist, habe der Arzt zu begleiten,<sup>130</sup> denn „allein der Leistungswille“ – so hat es Hans *Hoske*, damals schon Referent im Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP, 1936 ausgedrückt – „entscheidet über den sozialen Wert eines Menschen, danach wird sich künftig der Einzelne, die Heilkunde, die Ärzteschaft (wenn sie noch den Anspruch auf Führung auf dem Gesundheitsgebiet erheben will) und die soziale Gesetzgebung richten müssen“.<sup>131</sup>

Einer der Protagonisten der Leistungsmedizin war der bereits mehrfach erwähnte Sportmediziner Hans *Hoske*. Seiner Ausbildung als Turn- und Sportlehrer und Heilgymnast (1920-1923) folgte ein Medizinstudium bis 1925, anschließend 1925 eine Medizinalpraktikantenzeit am Kaiser-Wilhelm-Institut für Arbeitsphysiologie unter Edgar *Atzler*, der gleichzeitig Leiter des sportphysiologischen Laboratoriums der 1920 gegründeten Deutschen Hochschule für Leibesübungen war. Mit dieser Institution stand *Hoske* seit 1920 in Verbindung, zunächst als Student, ab 1922 als nebenamtlicher Dozent und wissenschaftlicher Mitarbeiter und ab 1926 vor allem als Sportarzt. Leistung war in beiden Institutionen das klare Ziel von Forschung und Ausbildung. Im Kaiser-Wilhelm-Institut für Arbeitsphysiologie war im Sinne der Leistungsoptimierung das Ziel das der rationellen Verwertung der menschlichen Arbeitskraft, in der Deutschen Hochschule für Leibesübungen verbanden sich nach dem Verbot der allgemeinen Wehrpflicht nach 1918 wirtschaftspolitische mit wehrpolitischen Zielen – Spiel und Sport sollte als Mittel zur Erhaltung der Wehrkraft des deutschen Volkes dienen. Ob es sich um die Rationalisierung der körperbildenden Übungen, die *Hoske* 1926 in seiner Dissertation untersuchte, oder um von ihm durchgeführte Funktionsuntersuchungen zur Vermeidung ge-

---

126 Bartels, Friedrich: Leistungsanlage, Leistungsbereitschaft und Leistungsbeanspruchung. Die Gesundheitsführung des deutschen Volkes 1 (1939) 1, S. 3.

127 Vgl. Reeg, Peter: Friedrich Georg Christian Bartels (1892-1968). Ein Beitrag zur Entwicklung der Arbeitsmedizin im Nationalsozialismus (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 56). Husum 1988, S. 97f.

128 Vgl. Höfler-Waag, Martin: Die Arbeits- und Leistungsmedizin im Nationalsozialismus von 1939 – 1945 (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 68). Husum 1994, S. 6f.

129 Bockhacker, Werner: Arbeits- und Leistungsmedizin (Anm.124), S. 9.

130 Vgl. Baader, Gerhard: Heilen und Vernichten: Die Mentalität der NS-Ärzte. In: Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozeß und seine Folgen. Hrsg.: Angelika Ebbinghaus, Klaus Dörner. Berlin 2001, S. 293f.

131 Hoske, Hans: Die menschliche Leistung als Grundlage des totalen Staates. Leipzig 1936, S. 30.



sundheitlicher Schäden beim Sport handelte, in beiden Fällen stand die Leistungsoptimierung im Mittelpunkt seines Interesses. Seine politische Ausrichtung zeigt seine Tätigkeit seit 1926 bei der Krankenkasse des Deutschnationalen Handlungsgehilfenverbandes, wo er nicht anders als *Kaup* und *Coerper* Reihenuntersuchungen von Jugendlichen – hier von kaufmännischen Lehrlingen – durchführte. Wenn auch die von ihm vorgeschlagenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung – von Pausensport über Lehrlingserholung und Erholungsfürsorge – sozialfürsorgerische Konzepte erkennen lassen, so warnte er doch vor den „Gefahren für den Gesamtzustand des Volkes“, die durch die Tatsache entstünden, dass infolge des medizinischen Fortschritts „immer mehr Menschen von nicht vollgültiger Kreislaufleistung am Leben erhalten“ würden, „die früher als biologische Schwächlinge starben“.<sup>132</sup> 1933 trat er in die NSDAP und in die SS ein. Seit 1934 war er Volontärassistent am Hygieneinstitut der Friedrich-Wilhelms- Universität, mit dem er bis 1938 verbunden blieb; 1935 habilitierte er sich für Hygiene und vertrat dort eine biologistisch orientierte Sozialhygiene, die sich am Leistungsgedanken orientierte. Ab Ende 1935 verband er diese Tätigkeit mit einer solchen als Referent des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP. Wenn auch Rassenhygiene im eigentlichen Sinne dort nicht zu seinem eigentlichen Arbeitsgebiet gehörte, so weisen seine sozialhygienischen Konzepte nicht erst im Nationalsozialismus durchgängig drei Merkmale auf, die alle einer sozialbiologisch orientierten Sozialhygiene angehören Es ist dies:

1. die Gewährleistung der Brauchbarkeit des Einzelnen im Produktionsprozess, die es zu sichern gälte;
2. die Erbringung und die Förderung von Leistung ist somit oberstes Ziel von Medizin und Sozialhygiene und auf dieser Grundlage die langfristige Sicherung der Leistungsfähigkeit der Arbeitenden; sie sollte nicht zugunsten kurzfristig maximaler Ausbeutung geopfert werden und
3. eine geschickte Menschenführung als Voraussetzung für Leistungssteigerung.

Diese Reduktion des Menschen auf seine Brauchbarkeit ist allerdings nichts anderes als ein Teil des rassenbiologischen Konzeptes der Nationalsozialisten, in dem rassische Hochwertigkeit und Leistungsfähigkeit stets eine Einheit bildeten. Dieses Konzept wird bei *Hoske* besonders manifest, wenn er seine Position gegenüber den Leistungsschwachen entwickelt. Zwar empfiehlt er zunächst schwächliche Schulabgänger entgegen der üblichen Praxis in einem ‚Reizberuf‘ unterzubringen, um ihre körperliche Entwicklung zu fördern.<sup>133</sup> Schwächliche und Geschädigte sollten jedoch nicht vom Arbeitsdienst zurückgestellt werden, sondern an Sonderlagern teilnehmen, wobei er allerdings vorschützt, dass dies auch noch einer Umschulung zum Gemeinschaftssinn dienen sollte, obzwar die Realität der Konzentrationslager damals schon wohlbekanntere Tatsache waren. Nicht Wiederherstellbare sollten jedoch „künftighin

---

132 Hoske, Hans: Die Kreislaufstörungen als Volks- und Berufskrankheit. Berufskrankenkasse 1 (1933) S. 38.

133 Vgl. Hoske, Hans: Ärztliche Aufgaben der Berufsberatung. Gesundheit und Wohlfahrt 15 (1935) S. 44, 46.

auch nicht vollberechtigte Bürger [...] sein. Hier wäre in jedem Fall nachzuprüfen, ob der Betreffende nicht unter das Sterilisationsgesetz falle“.<sup>134</sup>

Erich *Schröder*<sup>135</sup>, von dem hier noch die Rede sein soll, kam ebenso wie Carl *Coerper* aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Nicht anders als *Coerper* blieb er nach 1933 in seiner Position, da er ebenso wie *Coerper* als politisch neutral galt. Seine Tätigkeit wies ihn zunächst als kommunalen Gesundheitsbeamten aus; er war von 1920 bis 1924 städtischer Fürsorgearzt in Essen und von 1924 bis 1942 erster hauptamtlicher Stadtarzt in Oberhausen. 1938 habilitierte er sich an der Medizinischen Akademie Düsseldorf, ab 1939 war er dort Dozent. Seine Tätigkeit in Oberhausen bedeutete in zweierlei Hinsicht die Vorwegnahme der späteren Entwicklung. Die im Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934 vollzogene Vereinigung von kommunalem und staatlichem Gesundheitswesen hat er de facto bereits in der Weimarer Republik in Oberhausen vollzogen. Darüber hinaus hat er mit der sozialbiologischen Erfassung der Oberhausener Bevölkerung in Form der gesundheitlichen Familienfürsorge weitgehend die soziale Kontrolle des Nationalsozialismus, wenn nicht gar die Erb- und Rassenpflege, vorweggenommen und vertritt somit schon früh ebenso wie Carl *Coerper* eine sozialbiologisch orientierte Sozialhygiene. *Schröder* gehörte auch dem Teil des Herausbergremiums der „Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung“ an, das 1933 nicht ausgetauscht wurde. 1942 wurde er Stadtmedizinaldirektor in Berlin. Sein Beitrag über die „Sozialhygienischen Aufgaben des Gesundheitsamtes“ im Handbuch „Der Amtsarzt“ von 1943 lässt ihn als klaren Vertreter einer sozialbiologisch orientierten Sozialhygiene erkennen.

Diese vier Sozialhygieniker stehen exemplarisch für die Sozialhygiene, die bereits in der Weimarer Republik sozialbiologisch orientiert war und deren Vertreter die einzigen waren, die nach der Vertreibung der Vertreter der soziologisch orientierten Sozialhygiene nach 1933 in Deutschland verblieben und dort den Nationalsozialismus überdauerten. Obzwar viele ihrer Vertreter – wie *Harmsen* – selbst in die Verbrechen des Nationalsozialismus verstrickt waren, bestimmten sie das öffentliche Gesundheitswesen der Bundesrepublik dieser Zeit fast allein.

### **Auf dem Weg zur Sozialmedizin (BRD) und zur Sozialhygiene (DDR) nach 1945**

Von den amerikanischen und britischen Siegermächten – und auf die sei zunächst der Blick gerichtet – stand im klaren Bewusstsein der besonderen Nähe der deutschen Ärzteschaft zum Nationalsozialismus für die Neustrukturierung des Gesundheitswesens das Ziel vor Augen, die Entnazifizierung zu gewährleisten und eine Demokratisierung besonders des öffentlichen Gesundheitswesens voranzutreiben. Was die Entnazifizierung betraf, so wurde bereits in der im Dezember 1944 vom anglo-amerikanischen Hauptquartier herausgegebenen Erklärung die „Säuberung“ der deutschen Gesundheitsbehörden von Nationalsozialisten und deren Sympathisanten gefordert.<sup>136</sup> Doch bei der Umsetzung dieser Maßnahmen wurde oft

---

134 Hoske, Hans: Sonderlager im Arbeitsdienst als bevölkerungspolitische Notwendigkeit. *Gesundheit und Erziehung* 47 (1934) S. 279.

135 Vgl. Labisch, Alfons; Tennstedt, Florian: Der Weg zum „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934 (= Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, 13/2). Düsseldorf 1985, S. 494-496.

136 Vgl. Schleiermacher, Sabine: Gesundheitspolitische Traditionen und demokratische Herausforderung: Gesundheitspolitik in Niedersachsen nach 1945. In: *Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten*

der Effizienz der dezentral aufzubauenden Gesundheitsverwaltung, die für die Seuchenprophylaxe und deren Bekämpfung zuständig sein sollte, die die Besatzungsbehörden zu Recht als eines der Hauptprobleme ansahen, und der medizinischen Versorgung der Bevölkerung der Vorrang vor anderen Aspekten gegeben. Während zunächst belasteten Ärzten die Weiterbeschäftigung in einer Funktion, die der medizinischen Ausbildung diene, sowie die Arbeit in einem Amt des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder in vorgesetzter Stellung in einem Krankenhaus untersagt wurde, so konnten sie in freier Praxis weiterarbeiten, um in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung keinen Engpass entstehen zu lassen.<sup>137</sup> Dies schien umso notwendiger zu sein, als infolge der Vertreibung der jüdischen Ärzte ab 1933 dazu kaum alternatives, politisch unbelastetes medizinisches Personal zur Verfügung stand. Zudem taten die schematisierte Entnazifizierungsprozedur mittels Fragebögen und später der Korpsgeist der in den aufgrund des Gesetzes zur Befreiung von Nationalsozialismus und Militarismus vom 5. März 1946 errichteten Spruchkammern tätigen konservativen deutschen Fachkollegen, die – so Dagmar *Ellerbrock* – „wenig an der Säuberung ihres eigene Berufsstandes interessiert waren“<sup>138</sup>, das Ihre dazu bei, dass es oft zu einer schnellen Entlastung der belasteten Kollegen kam. Das Ausmaß der Nazifizierung deutscher Gesundheitspolitik aufzudecken war von ihnen weder beabsichtigt noch wurde es von der amerikanischen Besatzungsmacht eingefordert. Die amerikanischen Bemühungen zur Demokratisierung des öffentlichen Gesundheitswesens wurden zwar zunächst durch amerikanische Experten vorangetrieben, die Deutschland bereisten und Vorträge hielten mit dem Ziel, dass dieser Zustrom von neuer Ideen ein Interesse für die demokratische Lebensform befördern könne. Dem folgten Einladungen deutscher Kollegen in die Vereinigten Staaten.<sup>139</sup> Dies war nichts anderes als der Versuch der amerikanischen Militärregierung, auf diese Weise eine Reform insbesondere des öffentlichen Gesundheitswesens durch die Durchsetzung eines ausdifferenzierten Konzepts von „preventive medicine“, wie es dem amerikanischen Modell von Public Health entsprach, zu bewirken. Er korrelierte auch mit dem Konzept der Prävention als einem eigenständigen gesundheitspolitischen Ziel, das von Anfang – so Dagmar *Ellerbrock* – „im Zentrum amerikanischer Gesundheitspolitik“ gestanden hatte, mit dem der Absicht, „die fragile Beziehung der einstigen Kriegsgegner in eine wichtige Interessenskoalition“ einzubinden“.<sup>140</sup> Nicht in allen Bereichen vollzog sich diese Zusammenarbeit jedoch konfliktarm. Besonders scheiterte der Versuch, in Heidelberg 1949 eine School for Public Health zu errichten. Vielmehr war der Wiederaufbau des westdeutschen Gesundheitssystems – nicht anders als es in anderen Bereichen der Fall gewesen war – ebenso wie vom schnellen Wiederaufbau auch von Restauration und Kontinuität geprägt.<sup>141</sup> Das bedeutete jedoch nichts anderes, als dass Vertreter einer sozialbiologisch orientierte Sozialhygiene, wenn auch der explizit rassenhygienischen Elemente entkleidet, in der Ausbildung der Amtsärzte zu finden waren.

---

Staatsgründung“ (= Schriften zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte, 73). Hrsg.: Wolfgang Woelke, Jörg Vögele. Berlin 2002, S. 272.

137 Vgl. Ellerbrock, Dagmar: „Healing Democracy“ - Demokratie als Heilmittel. Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945-1949. Bonn 2004, S. 138.

138 Ebd., S. 169.

139 Vgl. ebd., S. 184-186, 188-191.

140 Vgl. Ellerbrock, Dagmar: Prävention in der US-Zone 1945-1949. Zielsetzung, Konzeption und Reichweite von Präventionsmaßnahmen nach dem Zweiten Weltkrieg. In: Prävention (Anm.7), S. 155.

141 Ellerbrock, Prävention (Anm.140 ,) S. 159.

Denn erst in den 1950er/1960er Jahren vollzog sich – so Dagmar *Ellerbrock* – in der Sozialmedizin eine Orientierung an US-amerikanischer Public-Health-Medizin“<sup>142</sup>

Wenn auch die Entwicklung in der britischen Besatzungszone sich prinzipiell nicht von der in der amerikanischen unterschied, so gilt doch insgesamt, dass die britischen Behörden in Hinblick auf die Weiterbeschäftigung von politisch belasteten Personen noch pragmatischer als die amerikanischen reagierten. „Im Vordergrund des Interesses der britischen Behörde“ – so Sabine *Schleiermacher* – „stand eine ausreichende medizinische Versorgung der Bevölkerung durch entsprechend ausgebildete Ärzte.“ So wurden von der Entnazifizierung solche Personen ausgenommen, „die von den britischen Behörden als ‚Experten‘ für unverzichtbar gehalten wurden“. Das galt auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Dort wurde „der Effizienz der Verwaltung ein höherer Stellenwert eingeräumt als einer konsequenten und durchgängig umgesetzten Entnazifizierungspraxis“.<sup>143</sup> Das bedeutet, dass als Amtsärzte wieder Personen einrückten, die in der Weimarer Republik ebenso wie im Nationalsozialismus Vertreter einer sozialbiologisch ausgerichteten Sozialhygiene gewesen waren, unabhängig von ihrer Verstrickung oder gar Beteiligung in nationalsozialistische verbrecherische Maßnahmen im Gesundheitsbereich. Trotzdem herrschte weiter ein Mangel an Amtsärzten und vor allem ein Mangel an Ausbildungsmöglichkeiten für neue Amtsärzte. Um dem abzuhelpfen wurden zwei sozialhygienische Akademien innerhalb der Britischen Zone gegründet, die eine in Düsseldorf und die andere in Hamburg. Die Hamburger Akademie wurde am 30. April 1946 eröffnet. Wohl orientierte sie sich in ihrem Lehrplan an dem der Staatsmedizinischen Akademie in Berlin-Charlottenburg, selbstverständlich unter Ausmerzung des nationalsozialistischen Gedankenguts. Doch bedeutete das nicht viel, da Hans *Harmsen* als Geschäftsführer eingesetzt wurde. Es wurde somit bei deren Aufbau auf – so Sabine *Schleiermacher* – „solche Personen, die in der Weimarer Republik für eine eugenisch orientierte Sozialhygiene und ab 1933 für eine nationalsozialistische Rassepolitik verantwortlich zeichneten“,<sup>144</sup> zurückgegriffen. Sie nennt hier nicht nur der Leiter der Akademie Hans *Harmsen*, sondern auch den „Zigeuner“-Experten Hermann *Arnold*, den bereits erwähnten sozialbiologisch orientierten Sportarzt und Sozialhygieniker Hans *Hoske*, den Leiter der Medizinalverwaltung im Warthegau und Abteilungsleiter der dortigen Gauselbstverwaltung, Oskar *Gundermann*, die Bevölkerungswissenschaftlerin Elisabeth *Pfeil*, den an der Durchführung der „Euthanasie“ in Hamburg beteiligten Psychiater Hans *Bürger-Prinz*, den Leiter der Hamburger Wohlfahrtsanstalten Georg *Steigerthal*, der für die Durchführung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in Hamburg mitverantwortlich war und sich zusätzlich an den Diskussionen um ein Bewahrungsgesetz „für asoziale Psychopathen, Arbeitscheue, Trinker, Tuberkulöse, Wanderer, Prostituierte“ beteiligte,<sup>145</sup> und schließlich den ehemaligen Leiter des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik und Lehrer Josef *Mengels*, den Genetiker Otmar Frh. *von Verschuer*. Doch das war weder das Ende von *Verschuers* noch von *Harmsens* Nachkriegskarrieren: *von Verschuer* wurde Genetiker in

142 Ellerbrock, Demokratie (Anm.137), S. 201.

143 Schleiermacher, Traditionen (Anm.136), S. 273.

144 Ebd., S. 280.

145 Vgl. Rothmaler, Christiane: Sterilisationen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933. Eine Untersuchung zur Tätigkeit des Erbgesundheitsgerichtes und zur Durchführung des Gesetzes in Hamburg in der Zeit zwischen 1934 und 1944 (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 60). Husum 1991, S. 36-41, 206f.

Münster, *Harmsen* wurde schon 1946 ordentlicher Professor für Hygiene und Direktor des Hygienischen Instituts in Hamburg, in dessen Räumen auch die Sozialhygienische Akademie untergebracht war. 1949 wurde er Gründungsmitglied des „Internationalen Verbandes für Familienplanung“ und 1952 seiner deutschen Untergliederung „Pro Familia“. 1953 gründete *Harmsen* die „Deutsche Akademie für Bevölkerungswissenschaft“ an der Universität Hamburg, an der unter anderen rassenhygienisch orientierte Männer wie der bereits erwähnte Bevölkerungsstatistiker Friedrich *Burgdörfer* ihre Zuflucht fanden. Dass *Harmsen* unter den Männern zu finden war, die vom „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ behaupteten, es wäre kein Gesetz gewesen, das typisch nationalsozialistische Ideologie widerspiegele und daher die Urteilsprüche der Erbgesundheitsgerichte unanfechtbar wären, versteht sich von selbst. Erst das erwachende Bewusstsein für das Verbrechen der Zwangssterilisation in der Bundesrepublik seit 1980 zwang *Harmsen* 1985, als seine nationalsozialistische Vergangenheit in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gelangt war, als Ehrenvorsitzender von „Pro Familia“ zurückzutreten.

Hans *Hoske*, den *Harmsen* an die Sozialhygienische Akademie geholt hatte, wurde zunächst leitender Arzt in Ohlstedt, einem Krankenhaus, das sich auf die Wiederherstellung von Kriegs- und Berufsgeschädigten und physikalische Therapie spezialisiert hatte. Daneben betreute er vom Wintersemester 1945/46 an als Berater am Institut für Leibesübungen der Universität Hamburg die Sportstudenten ärztlich. Aufgrund eines Lehrauftrags las er im Wintersemester 1946/47 über „Die biologischen Grundlagen der Leibeserziehung“. In seiner Entnazifizierung, die sich bis 1948 hinzog, hat er – wie es damals üblich war – unter Verdrehungen und Lügen seine Biographie umgeschrieben und wurde dem gemäß als politisch unbelastet eingestuft. Darauf war der Weg frei für seine weitere Nachkriegskarriere. Er kehrte an seinen alten Wirkungsort zurück, als Dozent an der Sporthochschule Köln, wo er vom Sommersemester 1948 bis zum Wintersemester 1950/ 51 tätig war. Anschließend war er Leiter des Ausschusses für Jugendfragen des 1950 wieder gegründeten Deutschen Sportbundes, Sachbearbeiter für Jugendfragen des Nordrheinischen Sportärztebundes, gehörte dem Sportbeirat des Deutschen Sportbundes ebenso an wie der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung. Er initiierte die Gründung des Deutschen Jugendgesundheitsdienstes, gehörte dem „Fachausschuß Jugendgesundheit“ in der Arbeitsgemeinschaft für Jugendpflege und Jugendfürsorge an wie dem „Ausschuß für Jugendfragen“ des Deutschen Sportärztebundes. Seine Tätigkeit im Deutschen Jugendgesundheitsdienst fand ihren umfassendsten Niederschlag in wissenschaftlichen Arbeitswochen in Freudenstadt. Leistung bleibt *Hoskes* Leitthema in der ganzen Zeit und lassen eine Kontinuität seines Denkens vom Nationalsozialismus in die Bundesrepublik erkennen. Frühe Vorträge wie über „Ernährung und Leistung“ korrelieren mit den Grundthesen der Freudenstädter Woche von 1965: „Wie müssen Menschen in ihrer Kindheit und Jugend erzogen werden, um im Erwachsenenalter möglichst lang leistungsfähig zu sein?“<sup>146</sup> *Hoske* kritisierte ganz im Sinn einer Zivilisationskritik, die dem konservativen Geist der Adenauer-Ära entsprach, die erschreckenden Zunahme von Leistungsstörungen bei Jugendlichen.<sup>147</sup> Insgesamt vermisse die Jugend Autorität; sie sei von den Lebensformen der Älteren enttäuscht, denn deren Verlangen nach sozialer Sicherheit widerspreche der Psychologie Jugendlicher.<sup>148</sup> Was nötig sei, wäre vielmehr jene

---

146 Vgl. Beck, Leistung (Anm.125), S. 137.

147 Vgl. ebd., S. 138.

148 Vgl. ebd., S. 139.

Qualität bei Jugendlichen zu bilden, die heute im Leben von jedem gefordert wird, die Fähigkeit, die Aufgaben in dem erwarteten Maß erfüllen zu können.<sup>149</sup> Somit taten die in Freudenstadt versammelten Ärzte und Erzieher nichts anderes als – wie schon im Nationalsozialismus – die Leistung zu verabsolutieren und alle Maßnahmen zu befürworten, die die Jugend zur Erfüllung aller Normen befähigen konnten. Nicht nur, dass ein nicht kleiner Teil der dort Versammelten noch selbst wie Hoske zu den in den Nationalsozialismus Verstrickten gehörte, auf der Tagung von 1960 wurde unter dem Gesamthema „Gesundheit als Schicksal“ offen bedauert, dass es in Deutschland zur Zeit noch unmöglich scheinete, die nötige Sterilisierung von „erblich Schwachsinnigen“, deren Schwachsinn selbstverständlich als erblich bedingt definiert wurde, durchzuführen.<sup>150</sup> Hoske selbst interessierten – ebenso wie bereits 1936 – jedoch weniger diese Erbstörungen, die den Schwachsinn angeblich bedingten, sondern die besonderen Leistungen, die eine günstige Erblinie hervorbringen könnten. Ihre Kenntnis – und da steht Hoske wieder voll auf der Basis der Arbeitsphysiologie seiner Frühzeit – sei wichtig für das Fortkommen des Einzelnen und dafür, dass in unserer sozialen Gemeinschaft der richtige Mann an den richtigen Platz gestellt würde.<sup>151</sup> Zwar spricht Hoske bisweilen auch von einem falsch verstandenen Leistungsbegriff, wenn nämlich durch ihn Frühinvalidität in Kauf genommen würde, doch sind all seine Ratschläge zur Lebensführung einzig an der Lebensleistung orientiert. Somit betrachtete Hoske auch in der Bundesrepublik – nicht anders als im Nationalsozialismus – die Leistung als die Grundlage des Staates.<sup>152</sup> Für ihn ist auch 1949 „die Erkennung und Entwicklung erbbedingter Anlagen zur bestmöglichen Leistung einer sozial wertvollen Persönlichkeit in der Volksgemeinschaft“<sup>153</sup> eine unabdingbare Notwendigkeit. Jeder Einzelne sei infolgedessen moralisch verpflichtet, „sich leistungsfähig für die Gemeinschaft zu erhalten und nicht durch fehlerhaftes Verhalten (körperlich wie geistig-seelisch und sozial) sich und letzten Endes immer die Gemeinschaft zu belasten“.<sup>154</sup> Der Nationalsozialismus mit seinen Verbrechen bleibt für Hoske der blinde Fleck, den er niemals reflektiert, weder insgesamt, noch seine eigene Rolle in ihm.

Auch Carl Coerper hat eine ungebrochene Karriere in der Bundesrepublik. Sie begann mit einer Tätigkeit im Evangelischen Hilfswerk Westfalen, doch ab 1950 ist er Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitswesen. Diese Arbeitsgemeinschaft war Teil des 1948 in Frankfurt am Main auf Anregung der Civil Administration Division der amerikanischen Militärregierung gegründeten und zunächst von ihr finanzierten Institute for Public Affairs, das der Förderung eines freiheitlichen Staats- und Verwaltungslebens sowie des öffentlichen Wohls dienen sollte. Die amerikanische Besatzungsmacht versprach sich von dieser Arbeitsgemeinschaft nichts anderes als eine Propagierung des amerikanischen Public Health-Konzepts. Coerper hingegen glaubte im neuen Wort Public Health oder auf deutsch Sozialmedizin nichts anderes als Sozialhygiene zu erkennen. Sie war für ihn selbstverständlich eine sozialbiologische, wie er sie seit 1927 unverändert vertreten hatte. Für ihn bildet diese Arbeitsgemeinschaft nichts anderes als die zentrale Stelle, in der er neuere Zeitthemen, die ihm

---

149 Vgl. ebd., S. 140f.

150 Vgl. ebd., S. 143.

151 Vgl. ebd., S. 144.

152 Vgl. ebd., S. 158f.

153 Hoske, Hans: Die gesundheitliche Erziehung in der Schule. Die Schule 4 (1949) S. 61.

154 Hoske, Hans: Gesunde Jugend-Träger der Gemeinschaft. Mittelungen der Arbeitsgemeinschaft für Jugendpflege und Jugendfürsorge 8 (1960) S. 31, 19.

nach 1945 begegneten, in dieses sein biologistisches und leistungsorientiertes Konzept integrierte. Allgegenwärtig ist dabei sein Ressentiment gegenüber dem Sozialstaat, dessen Leistungen in einem für ihn nicht immer erkennbaren direkten Zusammenhang von Leistung und Gegenleistung stünden oder gar bei einem scheinbar selbst verschuldeten Notstand gewährt werden. Zu groß erschien ihm die Gefahr des Missbrauchs.<sup>155</sup> Als Vertreter der Arbeitsgemeinschaft bekämpfte er konsequenterweise das auf dem Dortmunder Parteitag der SPD 1952 verabschiedete Sozialprogramm, weil es seinen konstitutionsbiologischen Vorstellungen zu widersprechen schien.<sup>156</sup> Auf ihnen basierte sein Modell vorbeugender Familienpflege<sup>157</sup>, das das Thema des 54. Deutschen Ärztetages in München 1951 war und das er dort auch namens der Arbeitsgemeinschaft vertrat. Er war nicht nur Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft, sondern auch der 1951 wieder gegründeten Deutschen Gesellschaft für Sozialhygiene, die, sowohl was die Mitglieder als auch die Zielsetzung betraf, überwiegend sozialbiologische Zielsetzungen vertrat. In den 1953 verabschiedeten Leitsätzen, die *Coerpers* Handschrift tragen, heißt es unverblümt: „Soziale Medizin und soziale Hygiene begründet sich in der sozialen Biologie“. Somit verbreitete *Coerper* in seiner Funktion in der Weiterbildung der Amtsärzte auch über die Arbeitsgemeinschaft hinaus unter Vermeidung direkt rassenhygienischer Schlagworte seine alten Thesen weiter. Sozialbiologie ist – so heißt es noch 1959 –

1. Wissenschaft vom Ich, hineingestellt in den Lebenskampf,
2. Wissenschaft von den menschlichen Verhältnissen (Ich-Du),
3. Wissenschaft vom Verhältnis des Ichs zur Familie bis hin zur Masse.<sup>158</sup>

Bei all dem hätte sich der Sozialhygieniker biologischer Methoden zu bedienen; er hätte von den Sozialwissenschaften nichts zu lernen. Es wäre weiterhin die sozialbiologische Familien diagnose, die Bevölkerungsstatistik und die Statistik der konstitutionellen Befunde, die in der Konstitutionsklinik die Verbindung zur Inneren Medizin herstellten. Mit dem Hinweis, dass Fürsorge nur ein Teil der Sozialhygiene wäre, werden die wirklich reformerischen Ansätze beiseite geschoben. Auch jetzt bliebe die Sanierung bedrohter und erkrankter Familien – so werden jetzt die so genannten Erbkranken umschrieben – erste Pflicht des Sozialhygienikers.<sup>159</sup>

Auch die Nachkriegskarriere von Erich *Schröder* verläuft ungebrochen. Nach ärztlicher Tätigkeit in Berlin (ab 1945) wurde er 1948 Amtsarzt und 1949 außerordentlicher Professor für Sozialhygiene in Göttingen, Leiter des dortigen Gesundheitsamts und Mitglied des Niedersächsischen Landesgesundheitsrats. 1952 kehrte er nach Berlin zurück, als Stadtmedizinaldirektor und als erster Sozialhygieniker der Freien Universität Berlin. Auch sein spätes Werk bleibt sozialbiologisch gefärbt, selbst dort, wo er theologisch zu argumentieren scheint. „Wie die Gesundheit“ – so schreibt er noch in seiner Göttinger Zeit – „Ausdruck einer schöpfungsgemäßen Ordnung und die Krankheit Störung dieser Ordnung ist, so ist die Erhaltung der

---

155 Vgl. Schütz, Gesundheitsfürsorge (Anm.102), S. 170-177.

156 Vgl. ebd., S. 188-190.

157 Vgl. ebd., S. 183-188.

158 Vgl. Coerper, Carl: Sozialhygiene. Ein Abriß ihrer Struktur und ihrer Aufgaben. Der öffentliche Gesundheitsdienst 21 (1959/60) 134-139.

159 Ebd.

Ordnung eben die uns gestellte öffentliche Aufgabe“. Gesundheitsgesetzgebung habe somit zum Ziel, die Gesundheit des Volkes zu erhalten und Leistungsfähigkeit zu fördern. Demgegenüber sei es staatsbürgerliche Pflicht des Einzelnen, seine Gesundheit zu erhalten. Die Familie als „sozialbiologische Grundeinheit“ müsse in einer präventiven Sozialhygiene besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.<sup>160</sup> Zwar fehlt hier wie in späteren Publikationen die rassenhygienische Komponente, doch ist in ihnen beispielsweise von der Erfassung von konstitutionsbiologischen Zusammenhängen in Form eines Gesundheitskatasters der deutschen Jugend ebenso die Rede wie von erbmäßigen Anomalien der Stadtbevölkerung.<sup>161</sup> Auch hier ist es die biologistisch orientierte Sozialhygiene, die im Nationalsozialismus zum Konzept der Gesundheitspolitik wurde und deren Rezeption die Grundlage des Wiederaufbaus des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland in den 50er Jahren bildete, bevor sich ab den 60er Jahren – so Dagmar *Ellerbrock* – „mit der Sozialmedizin“, die mit Hans *Schaefer* in Heidelberg und mit Manfred *Pflanz* in Hannover auch ihre ersten Fachvertreter erhielt<sup>162</sup>, „eine Orientierung an US-amerikanischer Public-Health-Medizin vollzogen“<sup>163</sup> habe, die nach 1945 nicht hatte stattfinden können. Doch erst in den 80er Jahren mit ihrem neuen Bewusstsein für die Kontinuitäten einer biologisch orientierten Medizin in Deutschland vom 19. Jahrhundert bis heute hatte erst das New Public Health Movement eine Chance, sich durchzusetzen und zu Public Health-Studiengängen zu führen,<sup>164</sup> wenn auch festgehalten werden muss, dass die Sozialbiologie in der modernen Genetik von neuem eine Basis gefunden hat.<sup>165</sup>

Die Situation in der Sowjetischen Besatzungszone unterschied sich 1945 nicht prinzipiell von der in den anderen Zonen. Es ging zunächst um die Eindämmung von Seuchen bzw. der Prophylaxe drohender Gefahren, um den Neuaufbau einer demokratischen Gesundheitsverwaltung und – als Voraussetzung dazu – um die Durchführung der Entnazifizierung. Die erste Maßnahme der Sowjetischen Militäradministration (SMAD), die bis zur Gründung der DDR für alle wichtigen Entscheidungen im Gesundheitswesen zuständig war, war vom 4. Juli 1945 an der Aufbau einer zivilen Verwaltung auf der Ebene der Provinzial- und Landesregierungen mit ihren Exekutiv- und Gesetzgebungsbefugnissen. Dem folgte am 27. Juli 1945 der Befehl 17 der SMAD zur Schaffung Deutscher Zentralverwaltungen; als Präsident für die Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (ZVG), die zunächst nur als Beratungsorgan der SMAD vorgesehen war, wurde am 24. August 1945 der sozialdemokratische Kommunalpolitiker Paul *Konitzer* eingesetzt. Seine erste Maßnahme war „die Übergabe der bisher staatlichen Gesundheitsämter an die Träger der Selbstverwaltung in den Gemeinden, Ländern und Provinzen“ und damit insgesamt entsprechend seiner alten Vorstellungen eine Demokratisierung

---

160 Schröder Erich: Gesundheitspflege und Verwaltung. Der öffentliche Gesundheitsdienst 12 (1950) 323f.; vgl. Schleiermacher, Traditionen (Anm.136), S. 278 Anm.48.

161 Vgl. Schröder, Erich: Zur Problematik der Gesundheit in der Großstadt. Berliner Gesundheitsblatt 3 (1952) 359-361.

162 Vgl. Schagen, Udo: Sozialmedizin – verdrängter Lehrinhalt im Medizinstudium. In: Jahrbuch für kritische Medizin im Argument 27: Gesundheit, Bürokratie, Managed Care. Hamburg 1997, S. 116f.

163 Ellerbrock, Demokratie (Anm.136), S. 201.

164 Vgl. Hofmann, Werner; Schwartz, Friedrich Wilhelm: Public Health: Gesundheitspolitik und akademische Disziplin, Entwicklung in den alten Bundesländern. In: Jahrbuch für kritische Medizin 18: Wer oder was ist „Public Health“? (= Argument Sonderband, 198). Hamburg 1992, 14-20.

165 Vgl. Schütz, Gesundheitsfürsorge (Anm.102), S. 216f.



des Gesundheitswesens auf der Basis seiner Kommunalisierung. Zur Durchsetzung seiner alten sozialhygienischen Vorstellungen, die fern jeder Sozial- oder Rassenbiologie waren, sollte diese Verwaltungsreform den Rahmen geben. Diese seine Vorstellung konnte er in seiner kurzen Amtszeit – er wurde im Februar 1947 vom SMAD aus seinen Amtsgeschäften verhaftet und starb am 22. April 1948 angeblich durch Selbstmord in Untersuchungshaft<sup>166</sup> – gegenüber Opponenten auf Landesebene, z.B. Hermann *Redetzky* Leiter der Hauptabteilung Gesundheitswesen bei der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern, nicht durchsetzen.<sup>167</sup> Auch bei der Entnazifizierung lag die Hauptkompetenz bei den Ländern; die ZVG hatte lediglich beratende Funktion. Generell verlief die Entnazifizierung in der SBZ konsequenter als in den Westzonen. Ihre erste Phase reichte bis zum Ende 1945. In der zweiten Jahreshälfte begann jedoch auf Veranlassung der Sowjets eine neuerliche Entnazifizierungswelle, die im Sommer 1948 ihren Abschluss mit dem Angebot an „anpassungsbereite“ ehemalige NSDAP-Parteimitglieder fand, beim sozialistischen Aufbau mitzuarbeiten.<sup>168</sup> Zwar waren die von der ZVG aufgrund der am 9. Oktober 1945 erlassenen „Richtlinien über die der Reinigung der Pflege der Volksgesundheit dienenden Verwaltung von nazistischen Elementen“ in Umsetzung eines von der SMAD am 1. Oktober 1945 erlassenen Gesetzes, das der „Entnazifizierung der Gesundheitsverwaltung von Anfang an Priorität einräumte“, und die ergriffenen Maßnahmen insgesamt erfolgreicher als vergleichbare in den Westzonen; doch was die Mediziner insgesamt betraf, so entbehrte die ZVG der gesetzgeberischen Kompetenz, eine einheitliche Regelung in den Ländern durchzusetzen. Die SMAD stimmte vielmehr wegen des nicht anders als in den Westzonen vorhandenen und durch den Wegzug vieler Ärzte sich verstärkenden Ärztemangels den von den Ländern beantragten Sonderregelungen zu, womit die politische Säuberung des Ärztestandes auch in der SBZ unvollständig blieb.<sup>169</sup> Das Medizinstudium wurde jedoch weitgehend reformiert. Der bereits 1960 verabschiedete Studienplan für Mediziner, der von eher liberal-konservativ Denkenden und Handelnden und nicht von Parteimitgliedern konzipiert und selbstverständlich mit der SMAD abgestimmt worden war, ist – so haben es Udo *Schagen* und Sabine *Schleiermacher* ausgedrückt – „insofern im Vergleich zu den Fakultäten der westlichen Besatzungszonen erstaunlich, als er schon Fächer in den Unterricht einführt, die in der Bundesrepublik erst Ende der sechziger Jahre in die Diskussion kamen [...]. ‚Sehr stark zur Geltung‘ sollten ‚den Ärzten bisher wenig bekannte Fächer‘ kommen wie ‚die soziale Hygiene, die soziale Pathologie und die Sozialmedizin‘. Diese Fächer wurden u.a. mit der Bedeutung der Umwelt für die Krankheitsentstehung

---

166 Vgl. Schagen, Udo: Kongruenz der Gesundheitspolitik von Arbeiterparteien, Militäradministration und der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone. In: Geschichte (Anm.136), S. 395-399; Moser, Gabriele: „Kommunalisierung“ des Gesundheitswesens. Der Neuaufbau der Gesundheitsverwaltung in der SBZ/DDR zwischen Weimarer Reformvorstellungen und „Sowjetisierung“. In: Geschichte (Anm.136), S. 408-413; Schagen, Udo; Schleiermacher, Sabine: Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit: Die sowjetische Besatzungszone und Berlin. In: Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesarchiv. Bd.2/1: 1945-1949. Die Zeit der Besatzungszonen. Sozialpolitik zwischen Kriegsende und der Gründung zweier deutscher Staaten (Bandverantwortlicher: Udo Wengst). Baden-Baden 2001, S. 515-519.

167 Vgl. Moser, „Kommunalisierung“ (Anm.166), S. 413-417.

168 Vgl. Wengst, Udo: Rahmenbedingungen. In: Geschichte Bd.2/1 (Anm.166), S. 12.

169 Vgl. Schagen, Schleiermacher: Rahmenbedingungen (Anm.166), S. 484f.; Ernst, Anna Sabine: „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“. Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961. Diss. rer. soc. HU Berlin 1996 (masch.) S. 165-203.

beim Menschen begründet, 'dessen Bedingungen im wesentlichen von seiner sozialen Lage abhängen'; daher erscheine 'es selbstverständlich, daß Diagnose, Therapie und Prognose der Krankheiten ohne Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse Stückwerk bleiben, und daß der Arzt, der die soziale Lage nicht in Betracht zieht, die Wirklichkeit vernachlässigt'[...]. 'Auch die 'fünfstündige Vorlesung über Sozialhygiene mit Praxis in der Gesundheitsfürsorge' und eine zweistündige Vorlesung über Berufskrankheiten und Gewerbehygiene', die hier begründet und im Einzelnen dann auch in der wenig später veröffentlichten 'Prüfungsordnung für Mediziner' aufgenommen wird, fanden sich für die westdeutschen Universitäten erst in der Approbationsordnung von 1970."<sup>170</sup> Dieses frühe Anknüpfen an Weimarer Traditionen unter Ausklammerung ihrer eugenischen Elemente wie das Fehlen der in der Bundesrepublik in dieser Zeit noch immer virulenten sozialbiologischen Ansätze bei Vertretern des öffentlichen Gesundheitswesens sind selbstständige Neuerungen in der SBZ und weitgehend nicht auf Einflüsse der sowjetischen Medizin zurückzuführen. Wohl hatte der Volkskommissar für das Gesundheitswesen Nikolai Alexandrovic *Semaschko* nach der Oktoberrevolution die Grotjahn'schen Ansätze in sein Programm übernommen<sup>171</sup>, doch ist seine Tätigkeit am Lehrstuhl für Soziale Hygiene in Moskau 1930 zu Ende und damit auch die Blüte des Faches. „Aus der Sowjetunion konnte“ – so Jens-Uwe Niehoff und Frank Schneider – „konnte bei dem Bemühen um die Etablierung und Kultivierung der Sozialhygiene keine Hilfe erwartet werden. Dort wirkte noch das Stalinsche Verbot“ der Sozialhygiene „und zwar bis 1966“.<sup>172</sup> Zwar verbesserte sich danach auch die Stellung des Faches in der DDR, doch scheint bei der Etablierung des Faches Sozialhygiene als akademisches Fach es insgesamt keine Fesseln durch die SMAD gegeben zu haben. Somit befanden sich vor 1966 – so wieder Jens-Uwe *Niehoff* und Frank *Schneider* – „die Mehrzahl der Repräsentanten der Sozialhygiene in der DDR [...] in einem zumeist nicht offen ausgetragenen Dissens mit den gesundheits- und präventionspolitischen Konzeptionen in der Sowjetunion, obwohl sie sich ansonsten ausdrücklich dem Ziel der Formulierung und Realisierung einer sozialistischen Gesundheitspolitik verpflichteten“.<sup>173</sup>

Von diesen Repräsentanten der Sozialhygiene sind an erster Stelle Alfred *Beyer* und Kurt *Winter* zu nennen. Alfred Beyer, der in der Weimarer Republik bis zu seiner Entlassung 1933 als fortschrittlicher Verwaltungsmediziner mit einem Schwerpunkt auf Gewerbehygiene im Preußischen Ministerium des Innern tätig gewesen war, wurde 1945 in die ZVG berufen und wurde schließlich ihr Vizepräsident. 1947, also lange vor der Aufnahme des Faches in die neue Studienordnung 1960, wurde er erster Ordinarius für Sozialhygiene an der Humboldt-Universität und Direktor des neu geschaffenen Sozialhygienischen Instituts.<sup>174</sup> Sozialhygiene hatte in der SBZ zunächst einen hohen Stellenwert. Denn es wurde fast zeitgleich mit der Gründung der Universitätsinstitute für Sozialhygiene die Akademie für Sozialhygiene, Arbeitshygiene und Ärztliche Fortbildung geschaffen. Nach Gründung der DDR 1949 bekam zusätzlich die Sozialhygiene einen Aufgabenbereich im Rahmen des neu geschaffenen Mi-

---

170 Schagen, Schleiermacher: Rahmenbedingungen. In: Geschichte Bd.2/1 (Anm.166), S. 526.

171 Vgl. Karbe, Karl-Heinz: Die Veröffentlichungen N. A. Semaskos in Deutschland über das sowjetische Gesundheitswesen. NTM 5 (1968) 11, S. 79-92.

172 Niehoff, Jens-Uwe; Schneider, Frank: Sozialhygiene – das Ende einer akademischen Disziplin? Reflexionen zur Geschichte der Sozialhygiene in der DDR. Jahrbuch für Kritische Medizin 18: Wer oder was ist „Public Health“ (= Argument-Sonderband 198). Hamburg 1992, S. 65.

173 Ebd., S. 65f.

174 Vgl. Kraatz, H.: Nachruf für Alfred Beyer. Das deutsche Gesundheitswesen 16 (1961) S. 2232.

nisteriums für Gesundheitswesen mit dem Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitswesens, das für die Finanzierung der Hochschulinstitute zuständig war und dadurch auch eine Themensteuerung für die dortigen Forschungsvorhaben vornahm. Wichtig ist dabei, dass schon bei Alfred *Beyer* durch seine Mitgliedschaft in der ZVG eine Verzahnung der Planungs- und der akademischen Ebene stattgefunden hatte. Das wird noch stärker bei dem wohl wichtigsten Vertreter der Sozialhygiene in der SBZ/DDR, Kurt *Winter*, der 1948 Alfred Beyer nicht nur als Vizepräsident in der Zentralverwaltung nachfolgte, sondern nach Beyers Emeritierung 1956 sein Nachfolger als Direktor des Instituts für Sozialhygiene an der Humboldt-Universität wurde. Winters Mitgliedschaft in der Ständigen Kommission beim Politbüro der SED für die medizinische Wissenschaft und Fragen des Gesundheitswesens von 1958 bis 1962 sowie anschließend bis 1969 als Vizepräsident des Rates für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaften beim Ministerium für Gesundheitswesen erleichterte auch seine Aktivitäten im Bereich des Universitätsinstituts. Es gelang unter seiner Federführung – so Jens-Uwe *Niehoff* und Frank *Schneider* –, „eine Integration epidemiologischer und soziologischer Methoden und Konzepte anzustreben und Gesundheit und Prävention sowie Krankheitsfolgenbewältigung und lebensumweltliche Ansätze zu konzeptualisieren“, so dass „beide Säulen der Sozialhygiene (Epidemiologie und medizinische Soziologie)“ in der DDR „eine fruchtbare Entwicklung nahmen“ und wir „etwa zwischen 1965 und 1975 von einer ergebnisreichen Forschungsarbeit sprechen können“. <sup>175</sup> Ob jedoch „die Sozialhygiene“ – so Jens-Uwe Niehoff und Frank Schneider – wirklich „gesundheits- und wissenschaftspolitisch je größeren und nachhaltigeren Einfluß gehabt hätte, muß bezweifelt werden“. <sup>176</sup> Es war vor allem dem Einfluss ihrer Protagonisten, vor allem dem Kurt *Winters* bis zu seiner Emeritierung 1975, zu verdanken, dass es den Anschein machte, als hätte das Fach maßgebend auf die strukturelle Gestaltung des Gesundheitswesens und seiner präventiven Einrichtungen Einfluss nehmen können. Es gab vielmehr bereits in der DDR – so wieder Jens-Uwe *Niehoff* und Frank *Schneider* – „Diskussionen [...]“, die darauf abstellten, daß die Sozialhygiene ihre Aufgabe erfüllt habe, wenn dann das Anliegen einer sozialen Medizin erfolgreich in der Klinik etabliert sei“. <sup>177</sup> Zusätzlich begannen „Fortschritterwartungen in der Medizin und in der Prävention [...] sich immer stärker“ – wie es in der Bundesrepublik stets der Fall gewesen war – „auf die Natur- sowie die technischen Wissenschaften“ zu orientieren. „Die einseitige Betonung der biowissenschaftlichen Forschung“ schließlich „richtete sich definitiv gegen die epidemiologische, speziell sozialepidemiologische Forschung“ als Leitdisziplin. <sup>178</sup> Wenn auch in den letzten Jahren der DDR – parallel zu der Entwicklung in der Bundesrepublik – sich die Unterschätzung sozialepidemiologischer Aspekte in der Gesundheitsforschung wieder zu ändern begann, „so war“ – so wieder Jens Uwe *Niehoff* und Frank *Schneider* – „die innere Wandlungsfähigkeit der DDR zu diesem Zeitpunkt bereits soweit aufgebraucht, daß sich auch an der schwierigen Situation der Sozialhygiene nichts mehr änderte. [...] Die deutsche Sozialhygiene“ ist vielmehr „ihren historischen Weg zu Ende gegangen“. <sup>179</sup> Konsequenterweise wurde 1990 „das ‚Institut für Sozialhygiene‘ an der Berliner Charité, wie auch andernorts, auf eigenen Antrag in ‚Institut für Sozialmedizin und Epidemiolo-

---

175 Niehoff, Schneider, Sozialhygiene (Anm.172), S. 66.

176 Ebd., S. 70.

177 Ebd., S. 70f.

178 Ebd., S. 72f.

179 Ebd., S: 76f.

gie' umbenannt. Am 28.6.1990 beschloß die Mitgliederversammlung der ‚Gesellschaft für Sozialhygiene der DDR‘, deren stellvertretender Vorsitzender ab 1968 auch Kurt *Winter* gewesen war, „ihre Umbenennung in ‚Gesellschaft für Sozialmedizin‘ und diese am 11.9.1991 ihre Auflösung. Die ‚Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention‘, in der schließlich auch die sozialbiologisch orientierten Mitglieder ihre Bedeutung verloren hatten und die sich mehrheitlich am New Public Health-Konzept zu orientieren begann, „bot den Mitgliedern der aufgelösten Gesellschaft den Beitritt an. Hiervon machten etwa 20% der Mitglieder Gebrauch. Anfang 1991 hatten sich fast alle Institute für Sozialhygiene an den medizinischen Fakultäten der ehemaligen DDR in solche für Sozialmedizin umbenannt.“<sup>180</sup>

Prof. Dr. Gerhard Baader  
Institut für Geschichte der Medizin  
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften  
der Berliner Hochschulmedizin (ZHGB) – Charité  
Klingsorstr. 119  
12203 Berlin  
e-Mail: gerhard.baader@charite.de

---

180 Ebd., S. 54.