

Anerkennung des Individuums oder des Kollektivs?

Sozialhygienische Zuteilungskriterien im
Gesundheitswesen bei Alfred Grotjahn,
Max Mosse und Gustav Tugendreich im Vergleich zur
heutigen Sozialepidemiologie

Sebastian Kessler

1. EINLEITUNG: SOZIALE UNGLEICHHEIT UND DER WERT VON KRANKEN IN DER SOZIALEPIDEMIOLOGIE UND IHREN VORLÄUFERN

Der Zusammenhang von Armut und Krankheit beschäftigt Medizin und Wissenschaft bereits seit einiger Zeit.¹ Auch in neueren sozialepidemiologischen Arbeiten steht die Frage nach dem Einfluss von gesellschaftlichen Variablen auf Morbidität und Mortalität im Zentrum des Erkenntnisinteresses. Dabei handelt es sich schon längst nicht mehr um einen kleinen Seitenzweig der Epidemiologie. Andreas Mielck trug allein für den Zeitraum zwischen 1950 und 1999 insgesamt 441 deutschsprachige Publikationen zusammen, die das übergeordnete Thema soziale Bedingtheit von Krankheit und Gesundheit aus einer wissenschaftlichen Perspektive in den Blick nehmen (vgl. Mielck 2000, S. 67). Seitdem hat die Veröffent-

1 | Ich danke Uta Bittner, Heiner Fangerau und Kathrin Dengler für ihre Anmerkungen, Vorschläge und Ideen zu diesem Text.

lichungsrate von Studien über den Einfluss sozialer Faktoren auf beispielsweise kardiovaskuläre Krankheiten (siehe exemplarisch Puska und Keller 2004), Übergewicht im Kindesalter (siehe exemplarisch Kolip 2004) oder die Zahngesundheit (siehe exemplarisch Heinrich-Weltzien et al. 2007) eher zu- als abgenommen.

Die junge Sozialepidemiologie formierte sich in Deutschland als wissenschaftliches Fach vor allem nach der Publikation des richtungsweisenden Black-Reports (Townsend 1982). In deutschsprachigen Texten wird auf der Suche nach einer Tradition aber immer wieder auch auf die Werke von Alfred Grotjahn (1869-1931) (Grotjahn 1977 [1923]), sowie von Max Mosse (1873-1936) und Gustav Tugendreich (1876-1948) (Mosse und Tugendreich 1977[1913]) verwiesen. Beispielsweise schreibt Manfred Pflanz, damaliger Direktor der Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover, im Vorwort des Reprints von 1977, der Band von Mosse und Tugendreich sei kein Museumsstück. Im Vergleich stelle man fest,

»daß unsere heutige Sozialmedizin, wiederentstanden lange Jahre nach dem 2. Weltkrieg, noch längst nicht wieder den Stand des Wissens und vor allem des Ansetzens an soziale Probleme erreicht hat, der damals selbstverständlich war. Wir sind erst angelangt im Mittelalter und bei der Auffassung, alles Kranksein ist der Sünde Sold, der Sünden des Essens, Rauchens und Trinkens. Soziale Faktoren werden entweder abgewertet oder übermäßig gezeichnet. Arme Menschen, Leute in schlechten Wohnungen und harten Berufen werden heute als Randgruppen abqualifiziert, während sie von den Autoren des Mosse/Tugendreich liebenvoll betrachtet werden, als Gruppe, deren natürlicher Anwalt der Arzt ist« (Mosse und Tugendreich 1977[1913], Vorwort Manfred Pflanz).

Die Adelung durch die Zitierung genau dieser Textstelle findet sich in der Folge auch in einigen der heutigen Forschungsstände

wieder.² So werden die »Arbeiten von Grotjahn (1923) und Mosse u. Tugendreich (1913)« (Schaefer 1996, S. 443) ohne weitere Einschränkung hintereinander weg genannt und als »bahnbrechend« (Schaefer 1996, S. 443) bezeichnet.³ Auch in den Überlegungen zur »Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit« (Elkeles und Mielck 1997) wird an die beiden deutschen Autoren zu Beginn des 20. Jahrhunderts erinnert. Die Frage des Einflusses sozialer Faktoren auf Morbidität und Mortalität sei nicht neu. »Die >soziale Medizin< [habe] sich in Deutschland, insbesondere nach der Jahrhundertwende bis zum Beginn des 1. Weltkriegs, intensiv mit ihr beschäftigt« (Elkeles und Mielck 1997, S. 137). Das Bedürfnis der Erforschung einer eigenen Geschichte geht schließlich sogar so weit, die Tradition der

»sozialen Medizin seit J. P. Frank (1745 -1821), S. Neumann (1819-1908), R. Virchow (1821 -1902), A. Grotjahn (1869 -1931), Mosse und Tugendreich (2), sowie A. Gottstein (1857 -1941)« (Gostomzyk und Schaefer 1998, S. 4)⁴

als ab 1933 unterbrochen zu bezeichnen. Demnach sei es bedauerlich, dass sich die Neuanfänger in dem Forschungsbereich ab 1961 nicht mit den alten Studien auseinandergesetzt haben. Der Verlust des Wissens über die Sozialhygiene sei auf die starke Neuausrichtung in der Medizin ab der Machtübertragung an die Nationalsozialisten zurückzuführen. Nach der Zeit des Nationalsozialismus, so muss man in der Konsequenz

2 | Vgl. zum Beispiel Mielck 1994, S. 51; Brand und Schmacke 1998; Mielck 2000, S. 127. In späteren Forschungsständen wird auch nicht mehr auf die Originalwerke verwiesen, sondern auf die medizingeschichtliche Darstellung in den Forschungsständen von Kollegen. Vgl. zum Beispiel Trojan 2001, S. 46.

3 | Auch andernorts finden sich entsprechende Verweise auf Grotjahn (vgl. exemplarisch Bardehle 2001, S. 342) sowie Mosse und Tugendreich (vgl. exemplarisch Swart 2001, S. 330)

4 | Vgl. auch Gostomzyk 2001, S. 220-223.

weiter vermuten, wäre dann das »vor-nationalsozialistische« Wissen um Armut und Krankheit in Vergessenheit geraten. Dabei wird insbesondere Grotjahns »Verhältnis zur Eugenik« (Mielck 1994, S. 38) früh problematisiert. Nicht ganz zehn Jahre vor der Einreihung von Grotjahn, sowie Mosse und Tugendreich in die wissenschaftliche Tradition von Frank bis Gottstein wird von Kaspari festgehalten, dass sich

»die Grundlagen von Grotjahns Eugenik als spezifisches, aber zwanglos in den Rahmen der generellen rassenhygienischen Strömung jener Zeit einzuordnendes Konzept« (Kaspari 1989a, S. 314-315)

erweisen würden. Auch die Warnung »Vorsicht vor Alfred Grotjahn!« des Direktors des Instituts für Medizinische Soziologie in Frankfurt, Hans-Ulrich Deppe, war zu diesem Zeitpunkt bereits seit 15 Jahren publiziert (vgl. Deppe 1983).⁵ Der Sozialdemokrat Alfred Grotjahn, der nicht nur ab 1920 Ordinarius für Sozialhygiene an der Universität Berlin, sondern auch von 1921-1924 Mitglied des Reichstages war und von 1925-1928 an der hygienischen Sektion des Völkerbunds in Genf mitarbeitete (vgl. Koppitz und Labisch 2007), strebte nach einer »guten« Bevölkerungspolitik in der Weimarer Republik. Eugenische Überlegungen waren ein Kern-

5 | Es darf nicht unterschlagen werden, dass diese sich bereits 1994 findende Problematisierung der Traditionenbeziehung zu den frühen Autoren immer wieder aufgegriffen wird (Gardemann 2001). Es wird zum Beispiel erklärt, dass die Diskussion um den Einfluss von Klima und Rasse in den alten Werken Teil der wilhelminischen Zeit war, und herausgestellt, dass sich Mosse und Tugendreich gegenüber rassenbiologischen Ausleseverfahren kritisch geäußert haben. Die Gesundheitsfürsorge der Weimarer Republik fuße jedoch »im Gedankengut der Sozialhygiene« (Gardemann 2001, S. 279). In neueren Publikationen finden sich außerdem informierte Einordnungen von Alfred Grotjahns Ansatz in die »Entwicklung von Konzepten und Methoden der Prävention« (Rosenbrock und Küppers 2006, S. 414), in der auch seine eugenischen Überlegungen differenziert in Frage gestellt werden.

bestandteil seines Denkgebäudes über Ungleichheit und Krankheit. Der Internist Mosse und der Pädiater Tugendreich (Seidler 2008, S. 26) richteten ihr Hauptaugenmerk auf die soziale Lage. Auch sie schlossen den Nutzen von den von ihnen als vererbungshygienisch klassifizierten Ansätzen (vgl. Mosse und Tugendreich 1977[1913], S. 21) nicht aus. Für Grotjahn ist das Allgemeinziel der Sozialhygiene »die Fernhaltung der gesundheitlichen Schädigungen in negativer und die Vervollkommnung der Körperkonstitution in positiver Hinsicht« (Grotjahn 1977 [1923], S. 8). Mosse und Tugendreich möchten klären, inwiefern sich allgemeine soziale Einflussfaktoren auf Krankheit auswirken oder wie sich negative soziale Einflüsse beseitigen bzw. vermeiden lassen, um die allgemeine Gesundheit in der Gesellschaft zu stärken. Offensichtlich liegen hier Anknüpfungspunkte für die heutige Literatur, die auf die beiden Werke als historische Vorgänger der eigenen Forschung verweist (siehe oben). Wie in der Forschung Gesunden und Kranken Wert zugeteilt wird, hat sich hundert Jahre nach dem Erscheinen der Werke von Grotjahn, Mosse und Tugendreich zwar sehr verändert, dennoch lohnt sich eine Rückschau auf diese Arbeiten, um Einblicke in die Konstruktion sozialer Wertschätzungen und die Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen aus unterschiedlichen sozialen Perspektiven auf Krankheit zu gewinnen.

Diese scheint umso notwendiger, da die Sozialepidemiologie sich hier in eine Traditionslinie stellt, die aus heutiger Sicht nicht vollständig unproblematisch erscheint. In der unter dem Eindruck der eugenischen Bewegung stehenden Literatur aus den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts kommen andere Formen der Anerkennung von ‚krank‘ oder ‚gesund‘ zum Tragen. Während in der Eugenik ein Teil der Untersuchungspopulation missachtet wurde und sich ein Bestreben abzeichnete, nur als wertvoll anerkannte Individuen in eine idealisierte Gesellschaftsutopie einzubeziehen, muss die Sozialepidemiologie die Frage stellen, inwiefern ein unproblematisierter Verweis auf frühere Forschungen der Sozialhygiene heutige Normvorstellungen unterwandern kann. Der hier zugrundeliegenden Hypothese folgend bringt die heutige Sozialepi-

demiologie dem Einzelnen im Gesundheitswesen ein höheres Maß an Anerkennung entgegen als ihre (selbstgewählten) Vorläufer.

Im Folgenden möchte ich daher an exemplarisch ausgewählter Literatur Zuteilungskriterien der Achtung und Missachtung ausarbeiten, die sich entweder am Individuum oder Kollektiv orientieren.⁶ Dafür wird zunächst dargestellt, wie Anerkennungsphänomene wissenschaftliche Überlegungen zu Gesundheit und Krankheit mit impliziten Normen der Zuteilung verknüpfen. Anschließend wird die Anerkennung des Wertes individueller Gesundheit und Krankheit bei Grotjahn sowie bei Mosse und Tugendreich herausgearbeitet.⁷ Wie Heiner Fangerau bereits gezeigt hat waren »Prozesse der Anerkennung und Selbstkonstitution zentral [...] für die eugenische Diskussion und Wirkmächtigkeit ihrer Argumente« (Fangerau 2013, S. 84) im Zeitraum zwischen 1890 und 1945. Diese werden danach mit jenen sozialepidemiologischen Arbeiten verglichen, die sich in ihren Forschungsständen explizit auf die frühen Werke beziehen. Hier soll eine Forschungsfrage um die wissenschaftliche Achtung des Individuums respektive des Kollektivs in der Präventionsforschung entwickelt und exemplarisch getestet werden. Trägt der induktiv erarbeitete Vergleich von Unterschieden der Anerkennung von Gesundheit und Krankheit zwischen den ausgewählten

6 | Hinweise auf historische Veränderungen in der Gesundheitspolitik zwischen kollektiver und individueller Verortung finden sich auch an anderer Stelle. Siehe hierfür beispielsweise: Lengwiler/Madarász 2010, S. 15-16.

7 | Sowohl zu den drei genannten Autoren, als auch zur Sozialhygiene und im weiteren Sinne auch zur Rassenhygiene existiert eine ganze Reihe von Ausarbeitungen, Analysen und Untersuchungen. Da in diesem Text der Fokus auf dem historisch kontingenten Wandel von Anerkennungsstrukturen und Gerechtigkeitsverständnissen liegt, kommen diese Arbeiten hier leider nicht zu der ihnen gebührenden Geltung. Siehe exemplarisch: Thomann 1979; Weindling 1984; Weindling 1985; Weindling 1987a; Weindling 1987b; Kaspari 1989a; Kaspari 1989b; Labisch 1992; Weingart, Kroll, Bayertz 1992; Fangerau 2001; Mildenberger 2002; Roelcke 2002; Satzinger 2002.

Arbeiten aus beiden Epochen, soll abschließend ein Ausblick geben werden, wie die Differenzierung zwischen der Achtung individueller und kollektiver Normen weiter historisch vergleichend erforscht werden kann. Zunächst soll aber auf den Zusammenhang von Anerkennungsprozessen von Gesundheit und Krankheit mit impliziten Normen eingegangen werden.

1.1 Anerkennung und Selbstkonstitution: Einfluss wissenschaftlicher Erkenntnis auf die soziale Wertschätzung

Anerkennung als vollständige Persönlichkeit, aber auch als Teil einer Gemeinschaft, ist Grundlage der Ausformung des eigenen Selbst. Da Wissenschaft heute mit Erkenntnis identifiziert wird (vgl. Habermas 2001, S. 13), spielen moderne Wissenschaften eine besondere Rolle für die Art und Weise, wie in der Gesellschaft Anerkennung zugeteilt wird. So können Personen, die aufgrund einer wissenschaftlichen Rechtfertigung als wertvoll gelten, in die Gemeinschaft eingeschlossen werden. Menschen jedoch, die beispielsweise in der Sozialhygiene wegen ›degeneriertem Erbgut‹ nicht als vollständige Persönlichkeit anerkannt werden, sind in Deutschland entlang dieser Logik mit externalisierter Legitimation aus der Gesellschaft ausgeschlossen worden.

Da das Selbst sich immer »aus der Perspektive seines Gegenübers« (Honneth 2008, S. 119) wahrnimmt, hat Missachtung nicht nur eine Auswirkung auf die Handlung der Gruppe, sondern vermittelt immer auch auf das Individuum. Wird Anerkennung verweigert und auch nicht erfolgreich erkämpft, kann in Folge eines Ausschlusses aus der Gemeinschaft der ›Selbst-Wert‹ des oder der Missachteten sinken. Das dialektische Paar von Anerkennung und Selbstkonstitution ist daher grundlegend, sowohl für die individuelle Persönlichkeitsentwicklung, als auch für Ausformungen kollektiver Identität.

tiver Handlungen und Partizipation in der Gesellschaft.⁸ In einem »Kampf um Anerkennung« (Honneth 2008) würden nach Axel Honneth Selbstvertrauen, Selbstachtung und Selbstwertgefühl erstritten, erteilt oder verweigert. Dabei unterscheidet Honneth mit der Anerkennung als eigenständiges Subjekt in der Liebe, der Achtung als Rechtssubjekt und der sozialen Wertschätzung als moralische Person zwischen einer individuellen, einer legalen und einer gesellschaftlichen Ebene. Szientistische Einschätzungen zur Bedeutung einer Person für die Fortpflanzung und gesellschaftliche Reproduktion (etwa weil sie an einer Erbkrankheit leidet oder nicht), können der betroffenen Person soziale Wertschätzung verweigern oder zugestehen. Ähnlich wie es Judith Butler für die Ausbildung und Zuweisung von Geschlechterkategorien zeigt, können historisch kontingente, wissenschaftliche Diagnosekriterien Menschen in unterschiedliche Gruppen, Kategorien und Kohorten einteilen.⁹ In der Folge ist es daher möglich, dass den Menschen, die anhand angeblich ›harter‹ wissenschaftlicher Kriterien in unterschiedliche Gruppen eingeteilt wurden, ein unterschiedlicher sozialer Wert zugestanden wird.

8 | Siehe für sozialphilosophische Arbeiten zu Anerkennung: Honneth 2008; Fraser et al. 2003; Honneth 2002. Nach Honneth liegt die Grundlage für Teilhabe an und in der Gesellschaft in der Anerkennung des Subjektes. Konstitution des Selbst und Anerkennung seien demnach in einem Aushandlungsprozess miteinander verbunden, für den Honneth auch die Metapher des »Kampfes um Anerkennung« gebraucht (siehe auch: Habermas 1999; Habermas 1991; Honneth 1990; Honneth 2000).

9 | Nach Judith Butler vollzieht sich die Ausbildung des sozialen Geschlechts mit der ärztlichen Untersuchung eines Kleinkindes. Dieses werde in der Untersuchung »von einem ›es‹ zu einer ›sie‹ oder einem ›er‹« (Butler 1997, S. 29). Dem Körper werde so ein weibliches Geschlecht zugeordnet. Die soziale Kategorisierung in unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen durch die wissenschaftliche Forschung erscheint mir hier vergleichbar.

2. VOM PRIMAT DER OPTIMALEN MEDIZINISCHEN VERSORGUNG DES »VOLKSKÖRPERS« – EXEMPLARISCHE ANALYSE DES KRANKHEITSVERSTÄNDNISSES BEI GROTHAHL UND MOSSE/TUGENDREICH

Dem oben skizzierten Plan folgend werden im Weiteren die Anerkennungsstrukturen von Gesundheit und Krankheit bei Grotjahn sowie Mosse und Tugendreich herausgearbeitet.¹⁰ Im Vergleich lassen sich einige Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Ansätzen aus der Zeit nach der Wende zum 20. Jahrhundert darstellen. Diese sind auch für die heutigen Analysen zum Teil relevant. Beispielsweise ist in der neueren sozialepidemiologischen Forschungsliteratur der Hinweis auf politischen Handlungsbedarf Teil des Genres. Ähnlich beinhaltet auch die soziale Hygiene nach Grotjahn nicht nur ärztliche, sondern auch politische Maßnahmen. Denn es gehe darum, alle (sozialen) Umwelteinflüsse zu untersuchen, die die Gesundheit des Volkskörpers beeinträchtigen könnten (Vgl. Grotjahn 1977 [1923], S. 5-6). Dabei sei nach Ansicht Grotjahns der Sozialismus eine Art Heilsbringer, der »die während der kapitalistischen Epoche errungene Gesundheitstechnik zum Gemeingut aller werden« (Grotjahn 1977 [1923], S. 6) lasse.

Ähnlich erklären bereits zehn Jahre zuvor Max Mosse und Gustav Tugendreich, dass Krankheiten sowohl von biologischen, als auch von sozialen Faktoren beeinflusst würden. Ihr Fokus liegt dabei auf den sozialen Gründen. Die »Ursache von Entstehung und Verlauf der Krankheiten [sei] ebensowenig etwas Einheitliches [...], wie der Begriff »Soziale Lage«« (Mosse und Tugendreich 1977 [1913], S. 3). Es handele sich um komplexe Zusammenhänge, bei denen alle Einflüsse in den Blick genommen werden müssten, die das

10 | Analysiert werden im Folgenden die Reprints der beiden Standardwerke aus den siebziger Jahren, und damit jene Ausgaben, die den Sozial-epidemiologien für ihre Literaturstände aller Wahrscheinlichkeit nach zur Verfügung standen.

Gesellschaftsleben und die Kultur erzeugt habe. Gewöhnlich seien allerdings »beide Gruppen, soziale und natürliche (biologische), gemeinsam am Werke.« (Mosse und Tugendreich 1977[1913], S. 3).

Die Autoren beider Veröffentlichungen interessieren sich folglich nicht für den Einzelfall. Ihrer Meinung nach müsse die Aufmerksamkeit auf die (medizinische) Statistik gelenkt werden. Sie sei sowohl »Grundlage jeder sozialen Pathologie und jeder sozialen Hygiene« (Grotjahn 1977 [1923], S. IV), als auch die zentrale methodische Herangehensweise, um »die Einwirkung der sozialen Lage auf Entstehung und Verlauf von Krankheiten zu studieren« (Mosse und Tugendreich 1977[1913], S. 6). In der Analyse statistischer Daten zu Gesundheit und Krankheit findet sich so eine weitere Analogie zu den moderneren sozialepidemiologischen Studien. Letztere haben ebenfalls in der Erhebung quantitativer Daten und in der Auswertung von Variablen zu sozialen Konstrukten sowie von Variablen zur Morbidität und Mortalität der Untersuchungskohorte ein wesentliches Kennzeichen.

2.1 Zur An- und Aberkennung des Rechts auf individuelle Lebensentwürfe bei Grotjahn

Wirft man einen Blick auf die Arbeit Alfred Grotjahns, dann fallen im Kontext der Anerkennung von Gesundheit und Krankheit vor allem die Legitimationsstrategien auf, mit denen beispielsweise Forderungen von Zwangsmaßnahmen gegen bestimmte Personengruppen gerechtfertigt werden. Im Vergleich zu Mosse und Tugendreich erscheint er dabei als der radikalere Autor. Ihm geht es nicht nur um die Rechte, sondern auch um die »Pflichten des einzelnen dem Volks- ganzen gegenüber« (Grotjahn 1977 [1923], S. 7). Die in seiner Lesart zu Anfang des 20. Jahrhunderts propagierte soziale Hygiene setze als ihr »Endziel nichts mehr und nichts weniger als die ewige Jugend der eigenen Nation« (Grotjahn 1977 [1923], S. 9). Es seien daher

»Maßnahmen abzuleiten, die einem Volke, das in Sitte, Gesetz und Verwaltung diesen Regeln folgt, mit Sicherheit ermöglichen, die körperliche

Grundlage seiner Kultur, seine Volkskraft, dauernd unversehrt zu erhalten« (Grotjahn 1977 [1923], S. 9).

Alfred Grotjahn macht deutlich, dass es ihm nicht um Wohltätigkeit ginge, wenn er das Wort ›sozial‹ gebrauche, sondern um die Betonung des Gemeinschaftlichen (vgl. Grotjahn 1977 [1923], S. 10-11).

In seiner Auffassung stellt zudem Rasse einen wichtigen Einflussfaktor für das dar, was er mit ›Sozialpathologien‹ bezeichnet. Zeige doch beispielsweise die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Entstehung des Alkoholismus:

»im weitesten Sinne, daß einerseits Zustände des inneren Menschen, wie psychopathische Konstitution oder epileptische Anlage, und andererseits Zustände der Außenwelt, wie Klima, Rassenzugehörigkeit, Gestaltung des geselligen und öffentlichen Lebens, Form der Spirituosenproduktion und soziale Umwelt in ganz verschiedener Weise als Komponenten wirken können, um als Resultante dann den Alkoholmißbrauch als Massenerscheinung zu erzielen« (Grotjahn 1977 [1923], S. 17).

Wie bereits einleitend erklärt, war Grotjahns Hauptanliegen eine von ihm als ›gut‹ verstandene Bevölkerungspolitik auf wissenschaftlichen Grundlagen zu entwerfen. Insofern seine Sorge dem Geburtenrückgang galt, setzte er sich als sozialdemokratischer Reichstagsabgeordneter im Bereich des §218 gegen Abtreibungen ein und außerdem gegen den Einsatz von Verhütungsmitteln und -methoden. Wichtig war ihm außerdem eine Verbesserung des Genbestands. Er teilte die Bevölkerung in die »zur Fortpflanzung völlig geeigneten, ›die bedingt geeigneten‹ sowie die ›Belasteten‹« (Kaspari 1989b, S. 218). Während die Geeigneten zur Fortpflanzung verpflichtet werden müssten, sollten die Belasteten von dieser ausgeschlossen werden.

Diese Einteilung in ›Belastete‹ und ›Geeignete‹ bildet den Kern von Grotjahns Anerkennungsansatz von gesunden bzw. kranken Menschen. Aus dieser Einteilung zog er normative Schlüsse für die Zu- bzw. Aberkennung von Rechten und Ansprüchen: Wer in diesem Raster an die falsche Stelle geriet, dem solle die Fortpflan-

zung verboten oder per Zwangsmaßname unmöglich gemacht werden. An anderer Stelle erklärte Grotjahn, der Staat müsse, je nach Schwere des Falls, zwischen Asylierung, Verordnung ‚leichter‘ Präventivmittel, Schwangerschaftsabbruch oder Sterilisierung wählen (vgl. Kaspari 1989a, S. 310–311). In dem dialektischen Gerüst sozialer Wertschätzung und Missachtung unterscheidet der Sozialhygieniker aber ferner zwischen ‚Depravation‘ auf der einen Seite und ‚Degeneration‘ auf der anderen. Damit räumt er, wiederum ähnlich wie Max Mosse und Gustav Tugendreich, sozialen Umständen einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit ein. Als Depravation sei eine erworbene »körperliche Minderwertigkeit« (Grotjahn 1977 [1923], S. 17) aufgrund von Umwelteinflüssen zu bezeichnen, welche zwar zum Beispiel wegen Zuchthaushalt die ‚Rüstigkeit‘ vermindern und so zum Siechtum führen könne, welche sich aber nicht auf eine schlechte Erbanlage zurückführen lasse. Für die Gemeinschaft gefährlich hingegen sei die ‚Degeneration‘. Denn, wenn:

»jemand unter den hygienisch und erzieherisch denkbar besten Bedingungen aufwächst und trotzdem ein Schwächling bleibt, so handelt es sich um eine ererbte konstitutionelle Minderwertigkeit, die man am besten als ‚Degeneration‘ von der oben erwähnten Depravation unterscheidet« (Grotjahn 1977 [1923], S. 17–18).

Somit fallen vor allem Wohlhabende und Reiche in seinen Fokus. ‚Degenerierte‘ würden:

»durch ungünstige Verhältnisse der Außenwelt schnell dahingerafft werden, während eine günstige Umwelt die Schwächlinge sorgfältig erhält und sie womöglich sich noch fortpflanzen lässt« (Grotjahn 1977 [1923], S. 18).

Implizit beinhaltet das sozialhygienische Konzept somit ein Verständnis von sozialer Auswahl, wobei die größte Gefahr für die Bevölkerung möglicherweise eher bei den Bessergestellten, als bei den Armen zu vermuten wäre, die wegen ihrer schwierigen sozialen Lage ohnehin schon stärker gesiebt würden, so der Denkansatz

Grotjahns. Es ist zu betonen, dass Alfred Grotjahn sich stark vom Sozialdarwinismus, genauso wie vom Antisemitismus oder von antischem Gedankengut distanzierte. Er räumte zwar dem Darwinismus in der Auslegung etwa von Schallmayer oder Ploetz ein gewisses wissenschaftliches Recht ein. Dennoch hielt er diesen für eine deduktive Theorie, die eine induktive Einteilung in ›ungeeignet‹ und ›rüstig‹ nicht ersetzen könne (vgl. Grotjahn 1977 [1923], S. 469-470; siehe auch: Kaspari 1989a, S. 307 und S. 316-319).

Denn auf Grundlage von Degeneration müsse Entartung befürchtet werden, die sich als ›körperliche oder geistige Verschlechterung der Nachkommen im Vergleich zu dem als vollkommen oder doch wenigstens nach dem Durchschnitt gemessen als im wesentlich fehlerfrei vorgestellten Vorfahren‹ (Grotjahn 1977 [1923], S. 468) verstehen lasse. Entsprechend müsse man im Sinne einer ›Fortpflanzungshygiene‹ ›die Minderwertigen durch die Maßnahmen der Geburtenprävention an der Erzeugung von unerwünschten Nachkommen‹ (Grotjahn 1977 [1923], S. 477) hindern.

Doch auch trotz der Unterscheidung zwischen Depravation und Degeneration führt Grotjahn eine lange Liste von Personen, denen er aus ›fortpflanzungshygienischen‹ Gründen die Zeugung von Nachkommen verwehren will.

›Folgende Gruppen benannte (in der Originalwortwahl) Grotjahn als für die Fortpflanzung gänzlich ungeeignet: Asteniker, Schwachsinnige, Epileptiker, Geisteskranke, an M. Basedow Leidende, Kranke mit Chorea Huntington, Trunksüchtige, sexuell Abartige, Taubstumme, erblich Augenkranke, Zuckerkranke, Konduktoriinnen der Bluterkrankheit, chronisch Nierenkranke. Eine spätere, eugenisch interessiertere Zeit solle ihr Augenmerk auch auf die Träger ›verdeckter Anlagen‹ richten und nur noch die ›Vollrüstigen‹ zur Fortpflanzung zulassen.‹ (Kaspari 1989a, S. 311)

Aufforderungen zum Ausschluss aus der Fortpflanzungsgemeinschaft finden sich nicht nur in anderen Arbeiten, sondern auch in dem von der heutigen Literatur immer wieder zitierten Werk. So gelte etwa für die Basedowsche Krankheit, dass die Kranken

»[w]ie bei den meisten erblich begründeten Krankheitszuständen, [...] im-Stande [seien], entweder die Erkrankung selbst oder doch wenigstens eine psychische Minderwertigkeit ihren Nachkommen weiterzuvererben. Die mit Basedowscher Krankheit, auch in ihrer leichtesten Form, behafteten Frauen sind also für die Fortpflanzung unerwünscht und blieben besser davon ausgeschlossen« (Grotjahn 1977 [1923], S. 310).

In dem szientistischen Gerüst von Alfred Grotjahn wird somit nach Überlegungen, welche bereits nach der Machtübertragung an die Nationalsozialisten datieren, etwa einem Drittel der Bevölkerung (vgl. Rüdin 1934, S. 15) Anerkennung mit Bezug auf wissenschaftliche Begründungsstrategien vorenthalten. Die sozialhygienisch begründete Missachtung von Menschen eskaliert bis hin zur Forderung von Zwangsmaßnahmen gegenüber Kranken. ›Degenerierte‹ Individuen, die durch ihre Fortpflanzung die ›Volksgemeinschaft entarten‹ könnten, müssten mit den Mitteln der Geburtenprävention kontrolliert werden. Zwar lehnte er Euthanasie scharf ab, sprach sich aber dennoch dafür aus, dass der Gesetzgeber Zwangsterilisierungen einführen dürfe (vgl. Kaspari 1989b, S. 221). Die Konzentrierung auf den Volkskörper kann dabei als ein Indiz für eine am aggregierten Kollektivwohlergehen (unter bewusstem Ausschluss bzw. Diskriminierung bestimmter Bevölkerungsgruppen) orientierte zugrundeliegende Vorstellung von Gerechtigkeit gewertet werden. Von dieser lassen sich Ansprüche auf Gesundheitsleistungen, aber auch staatliche Rechte zu medizinischen Interventionen am Einzelnen (wie etwa Zwangsterilisationen) ableiten. Die Konzentrierung auf den Volkskörper ging einher mit einer stark pointierten Missachtung jener Kranken, die im wissenschaftlichen Raster der Sozialhygiene als degeneriert klassifiziert wurden. In der Arbeit Alfred Grotjahns zeichnet sich damit eine starke Betonung von Normen ab, die sich am Kollektiv orientieren bei gleichzeitiger Missachtung der Rechte des Individuums.

2.2 Soziale Lage und gesellschaftliche (Miss-)Achtung im Werk von Mosse und Tugendreich

Während sich bei Alfred Grotjahn Legitimationsstrategien für Zwangsmaßnahmen finden lassen, steht in der folgenden Betrachtung des Werkes von Mosse und Tugendreich deren Definition von »sozialer Fürsorge« im Vordergrund, sowie deren wissenschaftliches Verhältnis zu Alfred Grotjahn. Wie bereits erwähnt, erklären auch Max Mosse und Gustav Tugendreich, dass sowohl die soziale Lage als auch kulturelle Faktoren neben der natürlich-biologischen Seite die Gesundheit beeinflussten. Sie bedienen sich ebenso wie Grotjahn statistischer Datensätze für ihre Analysen. Genauso wie dieser distanzieren sie sich stark von sozialdarwinistischem Gedankengut. Ihrer Ansicht nach verfälsche soziale Fürsorge nicht einen natürlichen Ausleseprozess; überhaupt seien hier unterschiedliche Kräfte am Werk. Es müsse

»mit aller Deutlichkeit gesagt werden, dass die durch die soziale Lage herbeigeführte Siebung in keiner Hinsicht gleichzusetzen ist der auslesenden Wirkung der natürlichen Einflüsse« (Mosse und Tugendreich 1977[1913], S. 19).

Nach Mosse und Tugendreich dürfe man daher nicht davon ausgehen, dass soziale Fürsorge zu einer »Dekadenz des Volkes und der Rasse« (Mosse und Tugendreich 1977[1913], S. 19) führe.

Im Vergleich zu Grotjahn müssen aber auch die Unterschiede zu Mosse und Tugendreich (Seidler 2008, S. 26) betont werden. Grotjahns Blick ist auf das »generative Konglomerat« (Kaspari 1989a, S. 316; vgl. auch Weindling 1984) gerichtet. Ihm geht es damit um die Vererbung von genetischen Bestimmungsfaktoren auf die nächste Generation. Dabei betont er immer wieder die allgemeingültige Wertfreiheit seiner Theorie. Im Prinzip ließen sich seine Vorschläge auf jegliche Gruppierung von Menschen anwenden. Mosse und Tugendreich hingegen legen den Fokus der Arbeit in

dem von ihnen herausgegebenen Sammelwerk klar auf soziale Einflüsse. In der Sprache Grotjahns würden sie sich ausschließlich mit der ›Depravation‹ beschäftigen. Während Mosse und Tugendreich erklären, aus der Statistik¹¹ gehe ohne weiteres hervor, dass »beispielsweise bei der Tuberkulose, die soziale Lage im höchsten Massen infektionsfördernd einwirkt« (Mosse und Tugendreich 1977[1913], S. 4), sieht auch Grotjahn den sozialen Einfluss auf die Tuberkulose, möchte aber dennoch Tuberkuloseverdächtige von Heirat und Fortpflanzung ausschließen (vgl. Grotjahn 1926, S. 189).

Faktoren wie Klima und Rasse sind jedoch auch für Mosse und Tugendreich eindeutig Einflussfaktoren auf die Gesundheit, die den Einfluss der sozialen Lage verschleiern oder verdecken könnten (Mosse und Tugendreich 1977[1913], S. 4-5). Die Annahme, dass »Rasse und Klima überhaupt Einfluss haben, [können], Deklination in den Konjunktiv durch SK] allerdings kaum bestritten werden.« (Mosse und Tugendreich 1977[1913], S. 5). Als Beweis setzen sich die beiden Autoren mit Studien ›wohlverstandener Rassentheorie‹ (vgl. Mosse und Tugendreich 1977[1913], S. 5) auseinander. So zitieren sie beispielsweise Sofers Studie über die jüdische Widerstandskraft gegen Tuberkulose. In New York, London und Chicago hätten die

»Juden trotz der ungünstigen hygienischen Verhältnisse und des Schwitzsystems doch eine erhöhte Widerstandskraft gegen Tuberkulose« (Sofer, zitiert nach: Mosse und Tugendreich 1977[1913], S. 5)

gezeigt.¹² Dabei möchten sie allerdings auch diese rassischen Einflüsse zum Teil durch ihr Konzept der sozialen Lage einhegen. Es dürfe

11 | Leider erklären die beiden Autoren an dieser Stelle nicht, auf welche Statistik sie sich beziehen. Relevant erscheint mir hier auch weniger der geführte Nachweis der Behauptung, als vielmehr die allgemeingültige Wahrheit beanspruchende Rhetorik.

12 | Siehe für den Originaltext von Sofers Studie: Sofer 1910.

»nicht übersehen werden, dass bestimmte Klimata und auch Rassen oft bestimmte Berufe oder bestimmte Lebensweisen begünstigen, so dass dann die Eigentümlichkeiten der Morbidität und Mortalität unter diesem Klima, bei dieser Rasse nicht diesen selbst zuzuschreiben sind, sondern dem durch sie bedingten sozialen Milieu.« (Mosse und Tugendreich 1977[1913], S. 5)

Dennoch wird auch in dieser Einschränkung deutlich, dass für Mosse und Tugendreich die ›Rasse‹ eine wissenschaftliche Kategorie ist, deren Einfluss auf Gesundheit und Krankheit durchaus anerkannt werden müsse. Dies wird auch klar, wenn sie im Anschluss an ein langes Zitat aus einem frühen Werk von Alfred Grotjahn, der sich bereits 1904 von sozialdarwinistischer Rassentheorie distanziert, von »Bestrebungen vernünftiger Vererbungshygieniker« (Mosse und Tugendreich 1977[1913], S. 21) sprechen.¹³ Solche Vererbungshygieniker, zu denen ihrer Meinung nach Alfred Grotjahn zu zählen ist, zielten

»nicht auf Verschärfung der Vitalauslese, sondern nur auf Verschärfung und Vervollkommenung der Fortpflanzungsauslese. Die Sozialhygiene soll also aus rassebiologischen Gründen nicht eingeschränkt, sondern ergänzt werden durch Massnahmen, welche die Fortpflanzung minderwertiger Eigenschaften verhüten.« (Mosse und Tugendreich 1977[1913], S. 21)

Während sich Mosse und Tugendreich ebenso wie Grotjahn gegen Euthanasie aussprechen, äußern sie sich hier eindeutig bejahend zu dessen Vorstellungen über Geburtenplanung. Sie nehmen letzten Endes Zwangsmaßnahmen bis hin zur Sterilisierung von Menschen mit ›minderwertigen‹ Erbanlagen in Kauf.

Christoph Kaspari spricht von einem eugenischen Konzept, welches bereits vor 1933 in der Medizin und Hygiene entstanden sei. An diesem sieht er Alfred Grotjahn beteiligt (vgl. Kaspari 1989a, S. 325). Eine ähnliche Auffassung vertritt Paul Weindling, wenn er erklärt, dass die Eugenik sich bereits vor 1933 entwickelt habe, um

13 | Siehe für das von Mosse und Tugendreich zitierte Werk: Grotjahn 1904.

dann ein wesentlicher Bestandteil der sozialen Medizin zu werden (vgl. Weindling 1985). Beide Werke stellen damit Teil einer Entwicklung hin zum nationalsozialistischen Präventionsverständnis dar, das »ideologisch verbrämkt Krankheit weitgehend negierte« (Madarász 2010, S. 162).

Die soziale Lage ist für Mosse und Tugendreich ein Kernbestandteil des Zusammenhangs unterschiedlicher Häufigkeiten von Gesundheit und Krankheit in der Gesellschaft. Sie verteidigen ihre Idee sozialer Fürsorge, die nicht aufgrund eines falsch verstandenen Sozialdarwinismus verhindert werden dürfe. Doch auch wenn Mosse und Tugendreich selbst die soziale Lage in den Mittelpunkt stellen, schließen sie eugenische Überlegungen zur Geburtenprävention nicht explizit aus. Im Gegenteil erklären sie unter anderem den Faktor »Rasse« zum wichtigen Einflussfaktor, selbst wenn für sie die konkreten Ausformungen von Gesundheit und Krankheit jeweils immer auch über die soziale Lage gedeutet werden müsse. Mit der klaren Positionierung für den sozialdemokratischen Sozialhygieniker aus Berlin zeigen sie sich erheblich von dem eugenischen Konzept im Sinne Kasparis beeinflusst. Allerdings verweigern sie selbst Kranken, die aufgrund ihrer Erbanlage erkrankt sind, nicht die Anerkennung als vollständige Person in einem Honnethschen Sinne. Dass jedoch eine Einteilung in »belastete« und für die »Fortpflanzung geeignete« Bevölkerungsteile durchaus Sinn machen könnte, scheint den beiden Autoren einzuleuchten. Implizit kommt so auch bei ihnen eine Norm der Maximierung des Kollektivnutzens zum Tragen, die Menschen mit Anlagen für genetische Erkrankungen zugunsten eines »Gesamtwohls« missachtet; die Rechte der Individuen auf selbstbestimmte Lebensvollzüge treten bisweilen hinter die Rechte und Interessen des Kollektivs zurück.

3. VON DER OPTIMIERUNG DES KOLLEKTIVS ZUR FOKUSSIERUNG AUF DIE INDIVIDUELLE GESUNDHEIT? EXEMPLARISCHE ÜBERLEGUNGEN ZUM BEDEUTUNGSWANDEL DES RECHTS AUF GESUNDHEITLICHE LEISTUNGEN IN HISTORISCHER PERSPEKTIVE

Während die soziale Hygiene in Anlehnung an Grotjahn aus heutiger Sicht stark nationalistisch aufgeheizt erscheint, wie Grotjahn schrieb, zielte sie auf die »ewige Jugend der eigenen Nation« (Grotjahn 1977 [1923], S. 9), kann meines Erachtens nicht von einem ›völkischen‹ Erkenntnisinteresse der sozialepidemiologischen Forschung gesprochen werden. Besonders nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelte sich der Trend, in vergleichenden Statistiken unterschiedliche Variablen als soziale Einflüsse auszuwerten. Die Vielfalt der untersuchten sozialen Faktoren hat zur Einführung der Unterscheidung von ›horizontaler‹ sozialer Ungleichheit auf der einen Seite geführt, wie zum Beispiel Alter, Geschlecht oder Nationalität. Auf der anderen Seite wird das Spektrum zwischen Armut und Reichtum in Form von Variablen wie etwa Einkommen, Gehalt oder Vermögen als ›vertikale‹ soziale Ungleichheit erhoben (vgl. exemplarisch Lampert et al. 2002). Eine Fokussierung auf den ›Volkskörper‹ in diesem Rahmen erfolgt nicht mehr. Damit verliert auch gleichzeitig die Norm des Volkskörpers als Kollektiv, dessen Nutzen (im Hinblick auf die nächstfolgenden Generationen) es im Sinne eines aggregierten Gesamtnutzens zu maximieren gilt, an Bedeutung. Dadurch wird Raum eröffnet, um beispielsweise die Perspektive auf individuelle Ansprüche und Lebensentwürfe aufnehmen zu können.

In den Forschungsdesigns der hier zugrundeliegenden Publikationen finden sich induktive Hinweise auf beide Verständnisse wieder. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Publikationen, die sich nicht einer der beiden dichotomen Ausprägungen zuordnen lassen, sondern die eine hybride Auffassung vertreten, in welcher sich sowohl Elemente individueller als auch kollektiver Argumentationen zeigen.

Schaefer führt beispielsweise 1996 unterschiedliche Sterblichkeiten in verschiedenen sozioökonomischen Schichten zu einem bedeutenden Teil auf verschiedene Lebensstile zurück. Diese können entweder ein höheres oder ein geringeres Gesundheitsrisiko mit sich bringen. Schichtspezifische Ungleichheiten der Gesundheit seien »zu einem guten Teil von den Risikofaktoren des Verhaltens« (Schaefer 1996, S. 445) abhängig. Schaefer lässt sich daher in eine Logik gesundheitsrelevanten Verhaltens einordnen.¹⁴ Für diese lässt sich die Frage stellen, ob bzw. inwiefern dem Individuum heute ein höherer Wert anerkannt wird als in den älteren Werken. Man kann argumentieren, dass hier die Gesundheit der gesamten Bevölkerung nur noch vermittelt über die Gesundheit des Individuums verbessert werden soll. In dieser Richtung sozialepidemiologischer Forschung verursachen somit nicht mehr gesellschaftliche Verhältnisse Krankheiten. Vielmehr tritt an die Stelle von Ursachenüberlegungen im Kontext der Vererbungshygiene die Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit. Spitzt man die Grundannahmen zu, dann soll sich hier das Individuum gegenüber seinem zukünftigen Selbst ›fair‹ verhalten. Das tue es, indem es eine bewusste gesundheitsrelevante Verhaltensweise an den Tag lege und so lebe, dass es auch in der Zukunft gesund bleibe. Der Einzelne, so die Interpretation, ist entsprechend primär für sich selbst und seine Gesundheit verantwortlich.

Des Weiteren gibt es Autoren, die kollektive Pflichten und Bedürfnisse stärker achten. So werden beispielsweise die öffentlichen Gesundheitsdienste in die Verantwortung genommen, um gemeinsam mit der Sozialepidemiologie sozio-ökonomische Unterschiede in der Gesundheit zu reduzieren (vgl. Gardemann 2001). Auch Brand und Schmacke lassen sich meines Erachtens nach der Achtung von Normen, welche sich am Kollektiv orientieren zuordnen (Brand und Schmacke 1998). Sie erklären, dass der öf-

14 | Vergleiche exemplarisch: Karmaus 1981; Blane, Bartley, und Smith, 1997; Gostomzyk und Schaefer 1998; Steinkamp 1999; Richter und Mielck 2000; Swart 2001; Rosenbrock und Kümpers 2006.

fentliche Gesundheitsdienst die Chancenungleichheit für Gesundheit immer wieder zum Thema machen müsse. Sie beziehen sich dabei ausdrücklich auf die Thesen Wilkinsons, nach dem soziale Benachteiligungen mit gesundheitlichen Ungleichheiten einhergingen. In seinem, für das Fach zentralen Artikel, bezieht Richard Wilkinson die nationale Mortalitätsrate auf die Weite der Armutsschere (Wilkinson 1992). Konsequenterweise lässt sich eine geringere Mortalitätsrate bei einer gleicheren Einkommensverteilung erwarten. Eine bessere Gesundheit der Gruppe ließe sich demnach durch eine gemeinschaftliche Umverteilung und nicht durch die individuelle Verantwortung zum gesundheitsrelevanten Verhalten erreichen. Während dieser Argumentation ebenfalls der Gedanke einer Maximierung eines Kollektivwohls zugrundeliegt, zeigt sich jedoch im Gegensatz zu einer Rechtfertigung über den kollektiven Volkskörper keine Missachtung einzelner Kranker zugunsten des Volkskörpers als Ganzem. Vielmehr wird das Individuum durch eine Verbesserung der individuellen Position in der Gesellschaft gesund erhalten.

Eins der wichtigsten Mittel zur Angleichung der Morbiditäten in der Gesellschaft läge nach der Ansicht von Autoren, die sich diesem kollektivistischen Verständnis zuordnen lassen, an der den Betroffenen gegenüber ausgesprochenen Anerkennung. Ungleichheiten aufgrund sozialer Benachteiligung würden durch emotionale Unsicherheiten in der frühkindlichen Entwicklung verschlimmert.

»Es sei insofern von größter Bedeutung, Menschen glaubhaft das Gefühl zu vermitteln, daß sie wertgeschätzt werden und zur Gesellschaft zugehörig betrachtet werden« (Brand und Schmacke 1998, S. 630).

Somit läge bei ihnen die Lösung sozialer Ungleichheiten nicht in der Missachtung kranker Individuen. Publikationen, die sich diesem neueren kollektiven Normverständnis zuschreiben lassen, brächten vielmehr über gemeinschaftliche Maßnahmen einzelnen Individuen ihre Achtung zum Ausdruck.

Schließlich lassen sich einige Ansätze als Vertreter hybrider Verständnisse deuten, in denen sich sowohl Merkmale für die Achtung des Individuums, als auch des Kollektivs finden lassen (vgl. Gostomzyk 2001, S. 226-227; Trojan 2001 S. 44; Rosenbrock und Kümpers 2006). Prägnant schlagen beispielsweise Elkeles und Mielck ein systematisiertes Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten vor (Elkeles und Mielck 1997). Soziale Ungleichheit präge eine Reihe von Gesundheitsrisiken, die auf der Ebene des Individuums anzusiedeln sind, wie dem Risikoverhalten. Sozial ungleich verteilte Gesundheitsrisiken finden sich aber auch auf der Ebene gemeinschaftlicher Güter, in etwa unterschiedliche gesundheitliche Belastungen bei der Arbeit oder in der Wohnungsumgebung, divergierende Ressourcen zur Bewältigung von Krankheitsrisiken oder Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung (vgl. Elkeles und Mielck 1997, S. 140). Kollektive Einflüsse auf die Gesundheit führen in diesem Modell aber zu Veränderungen im gemeinschaftlichen Rahmen, etwa einer Verbesserung der Versorgungslage und nicht zu individuellen Konsequenzen, wie dies bei Alfred Grotjahn der Fall war. Die Missachtung individueller Rechte aus dem ersten Viertel des 20. Jahrhunderts findet sich somit in dieser neueren Publikation nicht wieder. Im Gegensatz stehen sie für die Anerkennung des individuellen Rechts auf Gesundheit durch beispielsweise eine bessere Verteilung im Gesundheitswesen.

4. FAZIT UND WEITERFÜHRENDE ÜBERLEGUNGEN ZUR ANALYSE DER ANERKENNUNG VON KRANKHEIT UND GESUNDHEIT IM HISTORISCHEN VERGLEICH

Sowohl Max Mosse und Gustav Tugendreich als auch Alfred Grotjahn grenzen sich stark von sozialdarwinistischen und antisemitischen Strömungen und Überlegungen ab. In beiden Werken wird Patientenmord und Euthanasie abgelehnt, in beiden Büchern finden sich aber auch eine mehr oder weniger starke Billigung von staatlichen Zwangsmaßnahmen gegenüber Kranken, im Sinne der von

den Autoren vertretenen Bevölkerungspolitik. Alfred Grotjahn kategorisiert die von ihm untersuchten Populationen als »geeignet« oder »ungeeignet« für die Fortpflanzung. Er spricht klare Empfehlungen aus, wer von der Fortpflanzung besser ausgeschlossen bliebe und fordert, dass bestimmte Patientinnen zur Not sterilisiert werden müssten, um einer »Entartung des Volkskörpers« vorzubeugen. Als gefährlich für die Gemeinschaft sieht er vor allem jene schwachen und kranken Menschen, die sozial unter besten Umständen aufwachsen würden, weil ihre Mängel nicht auf ein erworbenes, sondern auf ein ererbtes Defizit zurückzuführen seien.

Demgegenüber versuchen Max Mosse und Gustav Tugendreich, den Einfluss von Krankheit und Gesundheit mit der sozialen Lage zu erklären. Auch den Einfluss von Klima und Rasse möchten sie als einen über die soziale Lage vermittelten Einfluss verstehen. Dennoch erklären sie sich einverstanden mit den Forderungen »vernünftiger Vererbungshygieniker« (Mosse und Tugendreich 1977[1913], S. 21), zu denen sie Alfred Grotjahn offensichtlich zählen.

In unterschiedlichem Ausmaße erkennen die Autoren der beiden Publikationen so nur bestimmte Teile der Bevölkerung vollständig an. Anderen Bevölkerungsgruppen wird das individuelle Recht bzw. der Anspruch auf Fortpflanzung abgesprochen und zudem Zwangsmaßnahmen wie beispielsweise Zwangssterilisationen befürwortet. Die Autoren fordern sogar, dass solchen Personengruppen die Ehe (und eigene Kinder) zu verbieten sei. Einen Wert für den »Volkskörper« haben letzten Endes nur jene, die als »rüstig« eingeschätzt werden. Sie schließen damit große Teile der Bevölkerung von der öffentlichen Partizipation in Politik und Gesellschaft aus, aber auch von individuellen Lebensentwürfen (wie etwa Familiengründung). Hier herrschte eine Fokussierung auf das Kollektiv vor, nach der sich spezifische Einzelinteressen dem Gesamtwohl unterzuordnen hatten und keine Berücksichtigung mehr fanden. Diese allein auf das Kollektivwohl ausgerichtete Sichtweise erscheint aus der Perspektive der sozialepidemiologischen Literatur als eine eklatante Missachtung bzw. Diskriminierung von Menschen mit z.B. Anlagen für Erbkrankheiten.

Vergleicht man diese Formen der Achtung von Krank und Gesund mit jenen in der sozialepidemiologischen Literatur seit den 1960er Jahren, zeigen sich Veränderungen in der impliziten Achtung der Rechte, Bedürfnisse und Pflichten des Individuums sowie des Kollektivs. Während Anfang des 20. Jahrhunderts das Recht auf Gesundheit eingeschränkt werden konnte, scheint dies heute in dieser Form nicht mehr möglich zu sein. Die Veränderung liegt zum Teil im Wandel des Adressaten, gegenüber welchem man sich gerecht verhalten solle. Es steht nicht mehr der kollektive Volkskörper im Mittelpunkt.

In neuerer Forschung tritt dem Gedanken einer solchen einzig am Kollektivwohl orientierten Position zumindest die Achtung dem kranken Individuum gegenüber hinzu. Darüber hinaus finden sich Hinweise auf eine stärkere Anerkennung der Rechte und Ansprüche dem zukünftigen Individuum gegenüber. In Arbeiten mit dem Fokus auf das gesundheitsrelevante Verhalten wird paradigmatisch die individuelle Verantwortung für die eigene Gesundheit in den Vordergrund gerückt. Schließlich zeigen sich auch hybride Formen, in denen Argumentationen, die sich am aggregierten Gesamtwohl einer Bevölkerung orientieren, mit solchen ergänzt werden, die für eine stärkere Berücksichtigung der Perspektive und Ansprüche der Individuen sprechen. In den hier analysierten sozialepidemiologischen Publikationen wurde also trotz des Interesses an für die Untersuchungskohorte allgemeingültigen Erkenntnissen die Stellung des Individuums deutlich gestärkt.

Wie bereits oben ausgeführt, baut das hier vorgeschlagene Konzept der Unterscheidung zwischen ›Maximierung des Kollektivwohls‹ und ›Maximierung des Wohl des Individuums‹ auf einer induktiven Analyse eines begrenzten Teils eines größeren Textkorpus auf. Zur weiterführenden Arbeit müsste die Analyse um eine Diskussion der Arbeiten von anderen Sozialhygienikern wie Adolf Gottstein (1857-1941) und um die Schriften von Rassenhygieniker, von denen sich Grotjahn distanziert hatte, wie Friedrich Wilhelm Schallmayer (1857-1919), Alfred Ploetz (1860-1940), Ernst Rüdin (1874-1952) ergänzt werden. Dennoch lässt sich bereits festhalten,

dass der heutigen Sozialepidemiologie neben dem Verweis auf die frühe Auswertung von Statistiken in Hinblick auf soziale Einflussfaktoren auf Krankheit bei Alfred Grotjahn, Max Mosse und Gustav Tugendreich ein weiterer Verweis offensteht. Nicht nur haben sich Autoren bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit der Korrelation von Armut und Krankheit befasst, heutige sozialepidemiologische Forschungen grenzen darüber hinaus nicht über einen konstruierten Sziertismus ganze Bevölkerungsteile wegen ihrer Krankheit aus der Gesellschaft aus.

LITERATUR

Bardehle, D. (2001): Sozial-Epidemiologische Indikatoren in der Gesundheits- und Sozialstatistik. In: Mielck, A. und Bloomfield, K. (Hg.): *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim/München: Juventa-Verlag, 341-357.

Brand, H.; Schmacke, N. (1998): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Die Rolle kommunaler Gesundheitsdienste in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* 60(11): 626-631.

Deppe, H.U. (1983): Vorsicht vor Alfred Grotjahn! Sozialhygiene und Eugenik. *Demokratisches Gesundheitswesen* (5): 23.

Elkeles, T.; Mielck, A. (1997): Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. *Das Gesundheitswesen* 59(3): 137-143.

Fangerau, H. (2001): *Etablierung eines rassenhygienischen Standardwerkes 1921 – 1941. Der Baur-Fischer-Lenz im Spiegel der zeitgenössischen Rezensionsliteratur*. Frankfurt a.M.: Lang (u.d.T.: Fangerau, Heiner: Das Standardwerk zur menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene von Erwin Baur, Eugen Fischer und Fritz Lenz im Spiegel der zeitgenössischen Rezensionsliteratur 1921 – 1941, Univ. Diss. Bochum 2000).

Fangerau, H. (2013): Armut, Arbeit, Menschenwert: Anerkennung und Selbstkonstitution als Schlüsselkategorien in der eugenischen

schen Bewegung des frühen 20. Jahrhunderts. In: Fangerau, H. und Kessler, S. (Hg.): *Achtung und Missachtung in der Medizin. Anerkennung und Selbstkonstitution als Schlüsselkategorien zur Deutung von Krankheit und Armut*. Freiburg/München: Verlag Karl Alber, 69-97

Fraser, N.; Honneth, A.; Wolf, B.; (2003): *Umverteilung oder Anerkennung? Eine politisch-philosophische Kontroverse*. Orig.-Ausg., 1. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Gardemann, J. (2001): Kommunikation zwischen Sozial-Epidemiologie und dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). In: Mielck, A. und Bloomfield, K. (Hg.): *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim/München: Juventa-Verlag, 277-285.

Gostomzyk, J.G. (2001): Sozialepidemiologie in der Sozialmedizin. In: Mielck, A. und Bloomfield, K. (Hg.): *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim/München: Juventa-Verlag, 219-230.

Gostomzyk, J.G.; Schaefer, H. (1998): Gegenwart und Zukunft der Sozialmedizin. *Das Gesundheitswesen* 60(1): 3-12.

Grotjahn, A. (1904): Soziale Hygiene und Entartungsproblem. In: Weyl, T. (Hg.): *Handbuch der Hygiene. Soziale Hygiene*. Vierter Supplement-Band. Jena: Verlag von Gustav Fischer, 727-790.

Grotjahn, A. (1926): *Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Versuch einer praktischen Eugenik*. Berlin/Wien: Urban & Schwarzenberg.

Grotjahn, A. (1977 [1923]): *Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der Krankheiten als Grundlage der sozialen Hygiene*. Berlin: Springer.

Habermas, J. (1991): *Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln*. 4. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Habermas, J. (1999): *Die Einbeziehung des Anderen. Studien zur politischen Theorie*. 1. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Habermas, J. (2001): *Erkenntnis und Interesse. Mit einem neuen Nachwort*. 13. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Habermas, J. (2009): *Theorie des kommunikativen Handelns*. [Nachdr.]. Frankfurt a.M.: Suhrkamp (Band 1: Handlungsrationaliät und gesellschaftliche Rationalisierung. Band 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft).

Heinrich-Weltzien, R.; Kühnisch, J.; Goddon, I.; Senkel, H.; Stößer, L. (2007): Zahngesundheit deutscher und türkischer Schüler – Ein 10-Jahresvergleich. *Das Gesundheitswesen* 69(2): 105-109.

Honneth, A. (1990): *Die zerrissene Welt des Sozialen. Sozialphilosophische Aufsätze*. 1. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Honneth, A. (2000): Das Andere der Gerechtigkeit. Habermas und die ethische Herausforderung der Postmoderne. In: Honneth, A.: *Das Andere der Gerechtigkeit. Aufsätze zur praktischen Philosophie*. 1. Aufl., Orig.-Ausg. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 133-170.

Honneth, A. (2002): *Kommunikatives Handeln. Beiträge zu Jürgen Habermas Theorie des kommunikativen Handelns*, erw. u. aktualisierte Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Honneth, A. (2008): *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*. 1. Auflage, [Nachdr.]. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Karmaus, W. (1981): Präventive Strategien und Gesundheitsverhalten. *Das Argument: Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissenschaften* (Sonderband, 64): 7-26.

Kaspari, C. (1989a): Der Eugeniker Alfred Grotjahn (1869-1931) und die »Münchner Rassenhygieniker«. Der Streit um »Rassenhygiene oder Eugenik?«. *Medizinhistorisches Journal* 24(3/4): 306-332.

Kaspari, C. (1989b): *Alfred Grotjahn (1869-1931). Leben und Werk*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Hohen Medizinischen Fakultät der Rheinischen-Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn. Bonn: Dissertationsdruck M. Wehle.

Kolip, P. (2004): Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 47(3): 235-239.

Koppitz, U.; Labisch, A. (2007): Grotjahn, Alfred. In: Gerabek, W.; Haage, B.; Keil, G.; Wegner, W. (Hg.): *Enzyklopädie Medizingeschichte*. Berlin: Walter De Gruyter, 513.

Labisch, A. (1992): *Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt a.M.: Campus.

Lampert, T.; Schenk, L.; Stolzenberg, H. (2002): Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. *Das Gesundheitswesen* 64(1): 48-52.

Lengwiler, M.; Madarász, J. (2010): Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik. In: Lengwiler, M.; Madarász, J. (Hg.): *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*. Bielefeld: transcript, 11-28.

Madarász, J. (2010): Die Pflicht zur Gesundheit. Chronische Krankheiten des Herzkreislaufsystems, zwischen Wissenschaft, Populärwissenschaft und Öffentlichkeit, 1918-1945. In: Lengwiler, M.; Madarász, J. (Hg.): *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*. Bielefeld: transcript, 137-167.

Mielck, A. (1994): »Soziale Medizin«. Die Diskussion zu Beginn des 20. Jahrhunderts. In: Mielck, A. (Hg.): *Krankheit und soziale Ungleichheit*. Opladen: Leske + Budrich, 35-52.

Mielck, A. (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. 1. Auflage. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber.

Mildenberger, F. (2002): Auf der Spur des »scientific pursuit«. Franz Josef Kallmann (1897-1965) und die rassenhygienische Forschung. *Medizinhistorisches Journal* 37(2): 183-200.

Mosse, M.; Tugendreich, G. (1977[1913]): *Krankheit und soziale Lage*. München: Lehmanns.

Puska, P.; Keller, I. (2004): Primärprävention von nicht übertragbaren Krankheiten. Erfahrungen von bevölkerungsbasierten Interventionen in Finnland bis zur globalen Arbeit der WHO. *Zeitschrift für Kardiologie* 93(2): 37-42.

Richter, M.; Mielck, A. (2000): Strukturelle und verhaltensbezogene Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit. *Journal of Public Health* 8(3): 198-215.

Roelcke, V. (2002): Programm und Praxis der psychiatrischen Genetik an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie unter Ernst Rüdin: Zum Verhältnis von Wissenschaft, Politik und Rasse-Begriff vor und nach 1933. *Medizinhistorisches Journal* 37: 21-55.

Rosenbrock, R.; Kümpers, S. (2006): Zur Entwicklung von Konzepten und Methoden der Prävention. *Psychotherapeut* 51(6): 412-420.

Rüdin, E. (Hg.) (1934): *Erblehre und Rassenhygiene im völkischen Staat*. München: Lehmanns.

Satzinger, H. (2002): Krankheiten als Rassen. Politische und wissenschaftliche Dimensionen eines biomedizinischen Forschungsprogramms von Cécile und Oskar Vogt zwischen Tiflis und Berlin (1919-1939). *Medizinhistorisches Journal* 37(3-4): 301-350.

Schaefer, H. (1996): Beruf und Krankheit. *Das Gesundheitswesen* 58(8-9): 442-446.

Seidler, E. (2008): »... die glückliche Spezialität der Kinderheilkunde«. 125 Jahre deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. In: Historische Kommission der DGKJ (Hg.): *Gesellschaft für Kinderheilkunde 1883 – 2008*. Berlin: H. Heenemann, 17-35.

Sofer, L. (1910): Beiträge zur Rassenphysiologie und Rassenpathologie. *Politisch Anthropologische Revue* 9.

Steinkamp, G. (1999): Soziale Ungleichheit in Morbidität und Mortalität. Oder: Warum einige Menschen gesünder sind und länger leben als andere. In: Schlicht, W. und Dickhuth, H.H. (Hg.): *Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität?* Schorndorf: Hoffmann, 101-154.

Swart, E. (2001): Sozial-Epidemiologie in der Lehre. In: Mielck, A. und Bloomfield, K. (Hg.): *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim/München: Juventa-Verlag, 330-340.

Thomann, K.D. (1979): Die Zusammenarbeit der Sozialhygieniker Alfred Grotjahn und Alfons Fischer. *Medizinhistorisches Journal* 14(4): 251-274.

Townsend, P. (1982): *Inequalities in health. The Black report*. Harmondsworth: Penguin.

Trojan, A. (2001): Soziale Stadtentwicklung und Armutsbekämpfung als Gesundheitsförderung. *Das Gesundheitswesen* 63(Sonderheft 1): 43-47.

Weindling, P. (1984): Soziale Hygiene: Eugenik und medizinische Praxis. Der Fall Grotjahn. *Das Argument* 119: 6-20.

Weindling, P. (1985): Weimar Eugenics: The Kaiser Wilhelm Institute for Anthropology, Human Heredity and Eugenics in Social Context. *Annals of Science* 42: 303-318.

Weindling, P. (1987a): Die Verbreitung rassenhygienischen/eugenischen Gedankengutes in bürgerlichen und sozialistischen Kreisen in der Weimarer Republik. *Medizinhistorisches Journal* 22: 352-368.

Weindling, P. (1987): Medical practice in imperial Berlin. The case-book of Alfred Grotjahn. *Bulletin of the History of Medicine* 61(3): 391-410.

Weingart, P.; Kroll, J.; Bayertz, K. (1992): *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Wilkinson, R.G. (1992): Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal* 304: 165-168.