

Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik im Deutschen Reich (1871 - 1945)

Alfons Labisch und Florian Tennstedt

1. Vorboten neuzeitlicher Gesundheitsförderung in Deutschland

Aus England kam die Pockenimpfung, und England hat auch im 19. Jahrhundert als erster Staat die Wege der Prävention beschritten. In dieser Zeit wurden in Deutschland wegweisende Bücher, Broschüren und Aufsätze über solche Maßnahmen geschrieben, praktisch aber geschah auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung wenig (Sigerist 1931, S. 328 ff.).

In Deutschland steht, kaum verwunderlich, der Aufschwung der Hygiene in enger Verbindung mit dem Prozeß der Reichseinheit und dem ihm folgenden ökonomischen Wachstum; staatliche Initiativen und Interessen ergänzten sich mit denen bürgerschaftlicher Selbstverwaltung und vor allem natürlich mit denen der Ärzte als Profession. Der soziale Problemdruck der Industrialisierung allein bewirkte wenig, waren doch in den vierziger Jahren die gesundheitlichen Zustände der Bevölkerung noch schlechter als in England, aber die Revolution von 1848 brachte keine wesentlichen sozialen Veränderungen. Die von liberalen Ärzten wie Rudolf Virchow und Salomon Neumann initiierte Medizinalreformbewegung blieb weitgehend folgenlos (Frevert 1984, S. 306 ff., Göckenjan 1985).

2. Gesundheitsvorsorge und -förderung im Deutschen Kaiserreich

2.1 Die Ära der öffentlichen Gesundheitspflege

Gegen Ende der sechziger Jahre nahm eine neue Generation von Ärzten Gedanken der Medizinalreformbewegung von 1848 auf und propagierte den Gedanken der öffentlichen Gesundheitspflege. Diese war mehr fach-

lich-professionell als politisch ausgerichtet; soweit man sie politisch klassifizieren will, läßt sich vielleicht sagen, daß sie anfänglich linksliberal orientiert war und unter Parteigängern der Nationalliberalen ihre größten Erfolge verbuchen konnte (Sachße/Tennstedt 1988, S. 18 ff.). Diese Bewegung, die wie andere bürgerliche Reformbewegungen in einem »Deutschen Verein« und dessen Jahresversammlungen, hier dem 1873 gegründeten »Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege«, ihre organisatorische Plattform hatte, wendete sich mit ihren Forderungen in erster Linie an die damals meist liberal dominierten Kommunalverwaltungen. Hier gab es einen vom konservativen Staat »freigelassenen« Sektor, hier konnte sich die politische Produktivität des Bürgertums, die im autoritär-konstitutionellen Staat enge Grenzen hatte, am ehesten entfalten. Fachlich stützte sich diese Bewegung auf englische Vorbilder und auf die Experimentalhygiene des Münchner Hygienikers Max Pettenkofer (Breyer 1981). Die Gesundheitsbewegung wendete sich auch an den Staat, nicht zuletzt an das 1871 gegründete Reich, und es ist nicht zu verkennen, daß auch dieses Vorgehen zur Prophylaxe beitrug. Der deutsch-französische Krieg von 1870/71 hatte die Vorteile der im preußischen Heer schon 1834 eingeführten Revakzination gleichsam experimentell erwiesen: Während die ungeimpfte französische Armee 23 400 Mann an Pocken verlor, betrug die Verluste im geimpften deutschen Heer nur 297 Mann. In Preußen und Deutschland starben allerdings nahezu 200 000 Zivilisten an den durch französische Gefangene eingeschleppten Pocken. 1874 wurde die Pockenimpfung in Deutschland durch Reichsgesetz obligatorisch. Seither spielen die Pocken keine Rolle mehr. 1878 wurde ein Reichsgesundheitsamt als beratende Instanz gegründet (100 Jahre Forschung 1976).

Das Impfgesetz war von großer prinzipieller Bedeutung, konstituierte es doch so etwas wie eine Gesundheitspflicht: Mit Steuerpflicht, Militärflicht und Schulpflicht hatte der moderne Staat in die Freiheiten seiner Untertanen eingegriffen. Nun griff er auch in das somatische Leben des Individuums ein. Jeder einzelne wurde nun gezwungen, sich künstlich, wenn auch nur leicht, krankmachen zu lassen, um sich selbst und die Allgemeinheit vor größerem Schaden zu bewahren - diese intervenierende Prophylaxe resultierte in Deutschland aus militärischen Erfahrungen und Notwendigkeiten. Der Gedanke, durch Schutzimpfung den Menschen zu immunisieren, dadurch einen wirkungsvollen Schutz gegen eine Reihe von Infektionskrankheiten zu erlangen, wurde in der Folge verschiedentlich wieder aufgenommen, aber nicht mit Hilfe von staatlichem Zwang und entsprechend wenig flächendeckend. Die weitere Ausweitung von staatli-

chem Zwang, die mit der Einführung der Sozialversicherung, beginnend mit der gesetzlichen Krankenversicherung von 1883, verbunden war, betraf weniger die Prophylaxe als die Ausweitung der Therapie als Form ärztlicher Hilfe und auch diese nur mittelbar (Tennstedt 1983).

2.2 Die Ära bakteriologischer Feldversuche: Die Rolle des Militärs

Gleichwohl spielten Staat und Militär für die Prophylaxe noch eine bedeutende Rolle. Dies galt bereits für die Ära der öffentlichen Gesundheitspflege. In den Kasernen - eingeführt ab den zwanziger Jahren des 19. Jahrhunderts - konnten die Wohn- und Versorgungsprobleme der Industriezentren in einem von Herrschaft und Gewalt durchsetzten Raum angegangen werden. Mehr noch gilt die Kooperation von Medizin, Staat und Militär für die Ära der Bakteriologie. Nachdem die öffentliche Gesundheitspflege den akuten *epidemischen* Infektionskrankheiten (Cholera) den Boden entzogen hatte, waren die akuten *endemischen* Infektionskrankheiten in den Vordergrund getreten. Experimentell erprobt durch die Choleraepidemie von 1892 in Hamburg, hatte Robert Koch, später Generalarzt à la suite des Kaisers, eine spezifische, mit den von ihm entwickelten Methoden der Bakteriologie durchzuführende Epidemiologie entwickelt. In einem riesigen, vom Militärretat finanzierten Feldversuch wurde ab 1905 der Südwesten Deutschlands nun von Typhus befreit - das militärische Aufmarschgebiet gegen den »Erzfeind« Frankreich vorbereitet (Denkschrift 1912; Drigalski 1948). Robert Koch und viele seiner Schüler - nahezu ausschließlich Militärärzte - stehen für dieses Programm, das auch für die koloniale Expansion genutzt wurde (Möllers 1950). Aber auch auf den zivilen Bereich wirkte es zurück. Die kommunalen Verwaltungen wußten nun, um welche Erreger es bei vielen Krankheiten ging, wie sie vom Menschen ferngehalten und wie sie vernichtet werden konnten. Der ökonomische Aufschwung gab die Mittel zu einer großzügigen, nunmehr spezifischen Assanierung der Städte (vgl. generell: Labisch 1990, S. 31 ff.).

2.3 Die Ära der Gesundheitsfürsorge: Die Rolle der Gemeinden und private Initiativen

Nunmehr traten die chronischen Infektionskrankheiten, die »stillen« Volksseuchen, in den Vordergrund. Hier erwiesen sich allerdings die Hoffnungen, die sich auf Prophylaxe durch allgemeine und spezifische Asanierung stützten, als überzogen. Es war dies allerdings auch ein (sozial-)politisches Problem: jedem ausreichend Wohnung, Nahrung, Kleidung etc. zur Verfügung zu stellen, hätte zu weit in das Getriebe privatwirtschaftlicher Produktion eingegriffen. Die Versuche individueller Immunisierung und Therapie blieben trotz der Fortschritte der Bakteriologie bis weit in das 20. Jahrhundert epidemiologisch wenig erfolgreich. Hervorgehoben werden müssen von den weiter grassierenden Infektionskrankheiten die Geschlechtskrankheiten, Typhus und die Tuberkulose. Die vorrangige innenpolitische Aufmerksamkeit galt im Kontext der inneren Reichsgründung dem Proletarier - die Proletarierkrankheit schlechthin war die Tuberkulose. Höchste politische Aufmerksamkeit wurde daher diesem Problem zuteil: In jeder Krankenkassen-, Invaliditäts- oder Sterblichkeitsstatistik nahm sie den ersten oder zweiten Platz ein. Waren die bisherigen Maßnahmen und Erfolge der Prävention durch eine Symbiose von naturwissenschaftlich-technischem und politischem »Fortschritt« im nationalen Kontext erreicht, so schien sich auch ein Rückgriff auf die Sozialwissenschaften zu empfehlen, die massenhaft Statistiken über den Zusammenhang von Tuberkulose und sozialer Lage produziert hatten (Mosse/Tugendreich 1913).

Es entsprach auch dem (sozial-)politischen Aufbruch, immer weniger als »natürlich« hinzunehmen, sondern vielmehr als sozial bedingt und daher sozial beeinflussbar anzusehen. Die »sozialen Zustände« wurden auch ein entscheidendes Paradigma hygienisch-prophylaktischer Forderungen: Die Sozialhygiene gab an, die Stagnation der Prophylaxe durch Rückgriff auf die neuen Sozialwissenschaften zu überwinden. Soziologie, Ökonomie und Statistik spielten eine ähnliche Rolle wie Chemie und Physik bei der experimentellen Hygiene und die Mikrobiologie bei der Bakteriologie. Gruppenbezogene Betrachtungs- und Interventionsformen wurden favorisiert. Es genügte offensichtlich nicht mehr, daß man die Umwelt einer Gruppe von Menschen kontrollierte, daß man die Stoffe, die in die Menschen eingingen, und diejenigen, die sie verließen, bewachte. Man mußte sich der sozialen Lage der benachteiligten gesellschaftlichen Klassen und Schichten und deren offenbar pathogenem Lebensverhältnis zuwenden,

sozialpolitisch und individuell eingreifen. Maßnahmen wurden gefordert, die die »Verallgemeinerung hygienischer Kultur unter der Gesamtheit von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und deren Nachkommen bezwecken« (Grotjahn 1912).

Die praktische Folge der Sozialhygiene war nicht eine durch neue Verteilung gesellschaftlichen Reichtums gekennzeichnete Sozialpolitik, sondern die Indienstnahme der Fürsorge für die Prophylaxe. Diese Gesundheitsfürsorge führte allerdings über die klassische Armen-Fürsorge hinaus, die gleichwohl auch weiterhin die vorherrschende blieb.

Dieser Ausbau der Gesundheitsfürsorge kann ebenso wie die Schaffung der gesetzlichen Krankenversicherung als Prozeß der Ausdifferenzierung eines spezifischen Risikos »Krankheit« aus dem unspezifischen Armutsrisiko verstanden werden. Dabei konzentrierten sich die spezifischen kommunalen und privaten Maßnahmen auf Risiken und Probleme, die von der gesetzlichen Krankenversicherung, die damals nur auf finanzielle Absicherung und Therapie der akuten Krankheiten bei Lohnarbeitern ausgerichtet war, nicht erfaßt wurden. Prophylaxe war nicht im Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten, und die ärztlichen Standesvertreter setzten sich dafür ein, daß die Finanzierung der Therapie neben der vorherrschenden Finanzierung des Lohnausfalls den ihr gebührenden Stellenwert bekam.

Die kommunalen, meist durch ärztliche Beratung gekennzeichneten Anstrengungen konzentrierten sich also einmal auf besonders gefährdete Adressatengruppen, die nicht den Status des Lohnarbeiters hatten: Säuglinge, Kleinkinder, Schüler, Schwangere und Wöchnerinnen, also gruppenspezifische Fürsorgemaßnahmen, und zum anderen auf die Erfassung und Betreuung derjenigen, die durch chronische Krankheiten wie Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten ihre Mitmenschen gefährdeten. Die von der Gesundheitsfürsorge ausgehenden Eingriffe, an denen sich die gesetzlichen Kranken- und Invalidenversicherung teilweise mittelbar finanziell beteiligte, in soziale Verhältnisse waren allerdings gering - und sie mußten dies unter den gegebenen politischen Verhältnissen auch bleiben. Im Grunde waren sie beschränkt auf Maßnahmen, die Konstitution und Verhalten eines Menschen so verbesserten, daß er den Umwelteinflüssen besser als zuvor gewachsen war und im übrigen lernte, ärztliche Hilfe rechtzeitig zu beanspruchen: Hygienische Volksbelehrung wurde zum generellen Wohlfahrtsprogramm, soziale Probleme wurden als Beratungsprobleme reformuliert und waren so »behandelbar« und gleichzeitig poli-

tisch »entschärft« (Sachße/Tennstedt 1988, S. 114 ff., generell: Göckenjan 1985). Gegenüber humanitär argumentierenden Gruppen hoben die wissenschaftlich orientierten Sozialhygieniker den wissenschaftlich-national-ökonomischen Aspekt hervor. Die Sozialhygiene war also, obwohl heftig angefeindet - keinesfalls ein Hebel, um Arbeits-, Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse »gesundheitlich« zu verbessern.

2.4 Spezifische Arbeitsfelder der Gesundheitsfürsorge

Die sozialhygienisch begründete Gesundheitsfürsorge wendete sich vor allem an Säuglinge (Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit) bzw. Schwangere, Wöchnerinnen und stillende Mütter sowie Schulkinder. Fast jede Stadt stellte einen oder mehrere Schulärzte an, die Reihenuntersuchungen und periodische Sprechstunden abzuhalten hatten. Die Schüleruntersuchungen und Gesundheitsberatungen fanden gewöhnlich zwei- bis dreimal während der ganzen Schulzeit in der Schule statt. Ihr Hauptzweck war, Krankheiten zu verhüten bzw. frühzeitig zu erkennen und die Schüler einer geeigneten Behandlung (außerhalb der Schule!) zuzuführen.

Im Mittelpunkt der kommunalen Gesundheitsfürsorge aber stand die Bekämpfung der Tuberkulose, der Proletarierkrankheit schlechthin. Die Idee von Fürsorgestellen, die hygienisch-prophylaktische Aufgaben mit wirtschaftlicher Fürsorge verbanden, ging von französischen Vorbildern aus, wurde aber auch unabhängig davon in Halle a.d.S. schon 1899 aus der Fürsorge für Heilstättenentlassene entwickelt.

An den Maßnahmen zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten läßt sich der Paradigma-Wechsel von der Repression zur Prophylaxe besonders deutlich demonstrieren. Die Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten war im 19. Jahrhundert herkömmlicherweise unter polizeilichen Aspekten als Reglementierung der Prostitution durchgeführt worden. Die Fortschritte der Bakteriologie wie auch die Kritik an den überkommenen Maßnahmen aus den Reihen der Frauenbewegung bewirkten die allmähliche Herausbildung mehr fürsorgerisch ausgerichteter Maßnahmen. Die 1902 gegründete Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten setzte sich vor allem für ein umfassendes Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ein, das allerdings im Kaiserreich nicht mehr zustandekam. Daneben leistete sie unermüdliche Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit.

In den Jahren des Ersten Weltkriegs ging die Initiative zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten dann auf die Landesversicherungsanstalten über, die über entsprechende finanzielle Ressourcen zur Prophylaxe verfügten (Schneider 1932).

3. Gesundheitspolitik als gesellschaftsgestaltende Politik in der Weimarer Zeit

Damit waren im Deutschen Kaiserreich bereits die wesentlichen Grundlagen der modernen Gesundheitssicherung geschaffen. Der individuellen Therapie und der ökonomischen Absicherung im Krankheitsfall dienten Arbeiter- und Angestelltenversicherung. Die therapeutischen Möglichkeiten in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, insbesondere gegenüber den großen Volkskrankheiten, waren nach wie vor gering. Von daher galt der Prophylaxe von Krankheiten notwendigerweise weiterhin ein besonderes öffentliches Interesse. Zu Beginn der Weimarer Republik hatte sich die gesundheitliche Situation gegenüber der Vorkriegszeit deutlich verschlechtert. Diese Misere erhielt ihr besonderes politisches Gewicht dadurch, daß sie unschwer politischen Ereignissen während und nach dem Ersten Weltkrieg zugerechnet werden konnte. Dieser quantitative und qualitative »Sprung« führte zu einer weitreichenden politischen Aufwertung von - sieht man von akuten Seuchen ab - bis dahin als privat, bestenfalls als Selbstverwaltungsproblem behandelten Gesundheitsfragen zu Staatsproblemen. Die kritische Dimension dieser Politisierung von Gesundheit richtete sich aber nunmehr - anders als vor dem Ersten Weltkrieg - nicht mehr vorrangig »nach innen«, war nicht primär klassenbezogen, sondern sehr stark »nach außen« gerichtet, hatte starke nationale und bevölkerungspolitische Untertöne bekommen. Thema war weniger »Krankheit und soziale Lage« als die »Bedrohung der deutschen Volksgesundheit«. Vordergründig gesehen war das ein günstiger Ausgangspunkt für die politischen Maßnahmen zugunsten der Gesundheit. Diese nahmen einen geradezu erstaunlichen personellen und organisatorischen Aufschwung. Allerdings wurde »Gesundheit« damit auch in die großen Konfliktlinien des Wohlfahrtsstaates mit einbezogen: Mit politischen Argumenten von links wie von rechts wurde Gesundheitssicherung als Staatsaufgabe angesehen, deutliches Indiz dafür ist die Forderung nach einem Gesundheitsministerium auf Reichsebene. Der Staat griff nicht nur das

Thema Prophylaxe auf, sondern auch das Thema Rehabilitation, das das Bindeglied zur Arbeitspolitik bildete.

Gesundheitspolitische Gesichtspunkte wurden tendenziell herrschender Maßstab in der Gesetzgebung zum Wohnungswesen, zum Ernährungswesen, zur Arbeiterfürsorge und zur gesamten Wohlfahrtspflege. In Gesetzgebung und Verwaltungspraxis kam es zu einem sachlich begründeten Ineinandergehen von Gesundheitsfürsorge und allgemeiner Wohlfahrt: Einerseits hatte soziale Hygiene nachgewiesen, daß wirtschaftliche Not Entstehung, Verlauf und Ausgang der infektiösen Volkskrankheiten beeinflusste, deren Ansteckungsgefahr die Gesundheit bedrohte, und so für soziale Maßnahmen plädiert, andererseits hatte die Armen- und Wohlfahrtsstatistik gezeigt, »daß Krankheiten die häufigste Ursache der dauernden Verarmung oder der zeitweisen Hilfsbedürftigkeit sind. In dieser Erkenntnis war ein neues festes Band zwischen Wohlfahrtspflege und Gesundheitspflege geschaffen, das sie zu gemeinsamer Forschung und praktischer Arbeit zusammenschloß« (Hirtsiefer 1924, S. 8).

Der Wohlfahrtsstaat setzte angesichts weitgehend fehlender effizienter Therapien besondere Hoffnungen auf die Prophylaxe, die von Sozialhygienikern als frohe Botschaft prophetisch verkündet wurde. Diese hatten mit missionarischer Begeisterung ihre Jünger unter den Ärzten gelehrt, »statistische Kurven als Schicksalslinien zu entziffern: Geburtenrückgang, Sozial-Krankheiten, Erblichkeit, Genußgifte, Wohnungswesen - das wurden alles berechenbare Größen in dem großen Rechenexempel 'Leben'« (Hodann o.J.). Die Steuerung, gar die Lösung der statistisch faßbaren Probleme, die die Konzeption der Prophylaxe erforderte, überstieg sofort den medizinischen Ansatz und geriet in ökonomische Mangelsituationen. Gegenüber den sozialen Notständen und chronischen Infektionskrankheiten gab es keine derart prophylaktisch durchgreifenden Maßnahmen wie gegenüber den klassischen Seuchen (»Assanierung«), und soweit es sie ansatzweise gab, verfügte der Weimarer Wohlfahrtsstaat nicht über die dafür notwendigen materiellen Ressourcen. Jedenfalls hatten sich die ökonomischen Ausgangsvoraussetzungen dafür gegenüber dem Kaiserreich verschlechtert und behinderten den verstärkten politischen Gestaltungswillen.

Vergleichsweise billig, aber auch begrenzt wirksam und neue Konfliktfelder aufreißend, war die Ausübung staatlichen Zwanges bei der sozialen Umverteilung der insgesamt zu knappen Güter, etwa bei der Zwangsbewirtschaftung von Lebensmitteln und Wohnraum. So waren die Maßstäbe

der sozialen Hygiene allein nie maßgeblich für gesellschaftliche Umverteilungen, konnten aber wirksam werden, wenn konkrete Dienst- und Transferleistungen in Anspruch genommen werden sollten, etwa Erholungs- und Kurmaßnahmen, Volksspeisungen, Heizmittelabgabe und Wohnraumzuteilung. Die Rahmenbedingungen der Weimarer Republik bewirkten, daß der praktische Ansatz der sozialen Hygiene hinter den theoretischen Forderungen zurückblieb. Die aufgewiesene unterschiedliche gesundheitliche Gefährdung sozialer Gruppen führte regelmäßig nur zu einer letztlich individuell ansetzenden Gesundheitsfürsorge bzw. zum Aufbau eines entsprechenden Apparates, der im wesentlichen auf individuelle Verhaltensbeeinflussung (gesundheitsgerechtes Verhalten als Prophylaxe) und Früherkennung im Interesse aussichtsreicher Therapie hinauslief.

Die medizinischen Zielvorstellungen Prophylaxe und Früherkennung hatten sich gegenüber den Jahren vor 1914 ebensowenig geändert wie der Ansatzpunkt der Erfassung der bedrohten Bevölkerungs- oder Altersgruppen durch periodische Reihenuntersuchungen, Beratung und Belehrung, Veranlassung therapeutischer Verfahren. Darüber hinaus wurden offene Maßnahmen befürwortet, bei denen Gesundheits- und materielle Wohlfahrtspflege ineinander übergingen: Speisungs-, Erholungs- und Heilfürsorge, letztere eventuell sogar in ärztlich geleiteten Anstalten. Die Gesunden sollen durch die Gesundheitsfürsorge immer mit geschützt werden. Diese Prophylaxe reichte vom isolierten Bett (Verschaffung eines Einbett-Schlafzimmers) bis zum isolierenden und disziplinierenden Anstaltsaufenthalt (Adam/Kayser 1931, S. 100 f.).

Auffallend gegenüber den Maßnahmen im Deutschen Kaiserreich ist zunächst die quantitative Ausweitung der Gesundheitsfürsorge gemessen am professionellen Personal und der institutionellen Verfestigung (Amtsstruktur, Beratungsstellen). Diese quantitative Veränderung entsprang jedoch nicht nur einer Selbstverwaltungsinitiative, sondern, mehr als im Deutschen Kaiserreich, rahmengesetzlichen Vorgaben des Reiches und der Länder; vor allem waren Meldepflicht und Inanspruchnahme der Frühbehandlung zwangsmäßig verallgemeinert worden.

Bemerkenswert für die Weimarer Republik ist auch eine stärkere Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Gesundheitsfürsorge und Prävention. Die gesetzliche Krankenversicherung, 1883 für einen begrenzten Personenkreis gewerblicher Arbeiter reichsgesetzlich begründet, versicherte 1885 nur etwa 4,8 Millionen, also etwa 11 v.H. der Gesamtbevölkerung. 1929 waren es - bedingt sowohl durch Ausweitung abhängiger

Arbeit im Verlauf der industriellen Entwicklung als auch durch Ausweitung des versicherten Personenkreises durch Gesetz- und Satzungsänderungen (insbesondere Familienhilfe) - 42,17 Millionen, also 68 v.H. der Reichsbevölkerung, und die Sachleistungen übertrafen die Barleistungen (Tennstedt 1976). Dieser quantitative Bedeutungszuwachs und qualitative Wandel blieb nicht ohne gesundheitspolitische Konsequenzen, d.h. stärkere Einbeziehung der Krankenversicherung und damit der Kassenärzte in die prophylaktisch orientierte Gesundheitsfürsorge, die ihren Ausdruck in den »Richtlinien über die Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung« vom 21. Februar 1929 (RGBl I 69) fand, insbesondere in der Gründung von Ambulatorien und Polikliniken durch Krankenkassen und Krankenkassenverbände seit 1924 (Hansen et al. 1981).

1927 wurde das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, das erste und einzige sozialhygienische Reichsgesetz, vom Reichstag verabschiedet. Das Gesetz verknüpfte »abolitionistische« und fachärztlich-dermatologische Gesichtspunkte, an die Stelle der polizeilichen Bekämpfung der Prostitution traten hygienische Überwachung und sozialfürsorgereiche Betreuung. Aus besonderem Polizeirecht wurde ein hygienisch-fürsorgerisches Verwaltungsrecht. Im Mittelpunkt stand nicht der Polizist (»die Sitte«), sondern der Arzt als Gesundheitsfachmann. Anlaß für polizeiliches Einschreiten war nicht mehr der Verdacht der gewerbsmäßigen Unzucht, also der Sittenverstoß, sondern der dringende Verdacht der geschlechtlichen Erkrankung und der Weiterverbreitung solcher Erkrankung, also der Gesundheitsverstoß. Die Polizei war insoweit Hilfsbehörde der Gesundheitsbehörde geworden, sie mußte bei Anzeigen, Zwangsvorführung, Zwangsbehandlung oder Schutzhaft für Minderjährige die Gesundheitsbehörden und Fürsorgestellen unterstützen, nur als Strafverfolgungsbehörde behielt sie auch im Rahmen dieses Gesetzes ihren selbständigen Aufgabenkreis. Es ging also nicht so sehr darum, eine geschlechtskranke Einzelperson zu heilen, sondern um Prophylaxe, das heißt Schutz der Gesunden vor den Gefahren einer Ansteckung. Im Hintergrund des Gesetzes standen zahlreiche Möglichkeiten der Ausübung von Zwang gegenüber dem einzelnen Geschlechtskranken im Interesse der gesunden Gesamtheit (Sachße/Tennstedt 1988, S. 129 ff.).

Auffallend an der Entwicklung im Bereich der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge während der Weimarer Republik ist, wie das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zeigt, die Ambivalenz im Verhältnis von positiven und negativ-repressiven Maßnahmen. In dem

Maße, in dem die Gesundheitsfürsorge ihre privaten und sporadischen Anfänge verließ, kommunalisiert und mit Hilfe sozialhygienischer Richtlinien und Gesetze standardisiert und verallgemeinert wurde, weitete sich der öffentliche Zugriff auf alle Staatsbürger aus. Der Gesundheitssektor wurde zu einer Gefahrenzone neuen Typus und neues Gebiet gesellschaftsgestaltender Politik. Von hier aus wurden neue Interventionsanlässe und -formen entwickelt und legitimiert, die auf den einzelnen und seine Privatsphäre einwirkten, dabei war der Gedanke *rechtzeitiger* Therapie bzw. der Prophylaxe legitimierend. Das ging über die Eingriffe und Eingriffsmöglichkeiten der klassischen Gesundheitspolizei weit hinaus. Auf der einen Seite wurde mit der Entwicklung des Wohlfahrtsstaats polizeiliche Kontrolle zurückgenommen, auf der anderen Seite nahm die »steuernde« Intervention zu, wenn auch zunächst unter fürsorglich-medizinischen Vorzeichen. Dabei waren dann nicht mehr ausschließlich die konkrete Gefahr und zurechenbares Handeln maßgebend, sondern das verborgene Risiko von Gesundheitsstörungen, der einzelne als möglicher Träger von krankheitsverursachenden »Keimen«. Da nun Gesundheitsgefahren vorbeugend bekämpft werden sollten, wurden Risikogruppen »durchleuchtet« und gegebenenfalls einem Spektrum abgestufter Interventionen ausgesetzt, das, bei positiven Anreizen beginnend, schließlich durchaus in repressiv-isolierenden Zwang münden konnte. Diese Entwicklung ist keineswegs zufällig, sondern schon angelegt in gesundheitsbezogenen Normen, insbesondere im Begriff der gesundheitsbezogenen Prophylaxe (Haug 1986).

Diese Janusköpfigkeit gesundheitspolitischen Fortschritts läßt sich besonders gut in den Schriften der sozialhygienischen Vorkämpfer, auch von Sozialisten, erkennen, die auf Gesellschaftsgestaltung nach ihren Vorstellungen drängten und für die Eugenik bzw. generative Hygiene integraler Bestandteil der sozialen Hygiene, nicht deren negatives Gegenprinzip waren (Weindling 1987). Dadurch wurden sie »fachlich« willkommene Kronzeugen ihrer politischen Gegner, nämlich all derer, die die allgemeine wohlfahrtsstaatliche Fürsorglichkeit im Interesse der Volkswohlfahrt mehr oder weniger ablehnten, nämlich Rassenhygieniker aus dem rechten Lager.

4. Gesundheitsvorsorge in der NS-Zeit: Das »Volk der Zukunft« als Zielgruppe und der Staat als Träger von »Auslese« und »Ausmerze«

Die Grundideen der Rassenhygiene wurden im Deutschen Kaiserreich entwickelt, damals war sie aber noch mehr eine Bewegung von Außenseitern; in der Weimarer Republik entwickelte sie sich zu einer gesundheitspolitischen und sozialpolitischen Bewegung, deren praktische, »zukunftsweisende« Zielvorstellungen zunehmende öffentliche Unterstützung fanden, vor allem von konservativen und zentrumsorientierten Medizinalbeamten Preußens. Im Interesse der Volkswohlfahrt galt es, die weitere Ausbreitung (weit gefaßter!) erblicher »Minderwertigkeit« prophylaktisch zu hemmen, möglichst sogar durch Sterilisation zu unterbinden. Der erste praktische Ansatzpunkt der Rassenhygiene war Eheberatung unter eugenischen Vorzeichen. In Preußen wirkten ab der Mitte der zwanziger Jahre neben dem fördernden Staat auch Gemeinden als Träger von freiwilligen Eheberatungsstellen mit. Im Falle als minderwertig und/oder erbkrank eingeschätzter Partner wurde zum Verzicht auf Eheschließung geraten, daneben wurde, wenn auch außerhalb der Legalität, sterilisiert und die Euthanasie öffentlich diskutiert. Ein Sterilisationsgesetz lag in Preußen als Entwurf im Dezember 1932 vor. Eugenik war damit in den Dienst der Volkswohlfahrt gestellt (Labisch/Tennstedt 1985).

Im Nationalsozialismus wurde ein neues Bezugssystem für Gesundheit eingeführt und der Apparat der Gesundheitsfürsorge zentralisiert und verstaatlicht. Der Apparat des neuen staatlichen Gesundheitsdienstes war auf die Gesundheit des Volkes ausgerichtet, nicht auf die Gesundheit des einzelnen: *Volksgesundheit* hatte eine eigene und vorrangige Qualität gegenüber ihrem traditionellen Verständnis als Summe der Gesundheit der einzelnen Staatsbürger erhalten. Volksgesundheit gehörte zur Volksgemeinschaft, dem tragenden Begriff der nationalsozialistischen Gesellschaftslehre: Durch politische Maßnahmen sollte die Volksgemeinschaft erneuert und »auf der Grundlage eines neuen Gemeinschaftsbewußtseins die nationale und soziale Gesundung des Volksganzen erreicht werden« (Gemeinschaft 1935). Es galt, das gesunde Volk der Zukunft durch positive und negative Maßnahmen gegenüber Angehörigen des gegenwärtigen, geschwächten und kranken »Volkskörpers« entstehen zu lassen.

Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der Nationalsozialisten fanden grundsätzlich deutliche Anknüpfungspunkte, sowohl in den theoretischen Vorstellungen der Rassenhygieniker als auch in den praktischen ge-

sundheitspolitischen Ansätzen zur Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten (Seuchen). Nicht nur die Protagonisten der Rassenhygiene, sondern »gestandene« Sozialhygieniker stimmten zu, als es nach dem Januar 1933 hieß, das Wort »Sozial«(hygiene) sei endlich - und wichtig - durch das Wort Rassen(hygiene) zu ersetzen. Sterilisierung wurde dem Impfen mit Kuhpocken gleichgestellt, »das zwar den einzelnen Körper stark schädigt, aber den gesamten Volkskörper allmählich von der Pokkengefahr zu befreien verspricht« (Mayer 1927, S. 121).

Die Durchsetzung der Rassenhygiene wurde als ähnliche säkulare Tat verstanden, wie Robert Kochs Bakteriologie. Damit war der Kreis von der Individualprophylaxe zur »Volksprophylaxe« theoretisch abgeschlossen. Darüber hinaus aber verband das nationalsozialistische Programm die weithin akzeptierten Forderungen nach Volksgesundheit mit seinem ideologischen Kernelement, dem Rassismus. Für die biologistische Ideologie der Nationalsozialisten war der »Volkskörper«, der zu entgiften, zu pflegen und zu erziehen sei, der entscheidende Grundwert. Diesem gegenüber hatten Ansprüche einzelner auf Selbstzwecksetzung zurückzustehen. Die Volksgesundheit, bezogen auf diesen imaginären Volkskörper, war für die nationalsozialistischen Gesundheitspolitiker in erster Linie durch Maßnahmen der Erb- und Rassenpflege zu verwirklichen. Der Erbarzt sollte der eigentliche Sozialarzt sein, und dieser hatte auch Prophylaxe im Dienste des zukünftigen Volkskörpers auszuüben.

Mittel zur »Sicherung des ewigen Lebens des Volkes« wurde eine »erbbiologisch« ausgerichtete Gesetzgebung (Linden 1943, S. 2, Labisch/Tennstedt 1985). Diese begann mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. Aufbauend auf Vorarbeiten aus der Endphase der Weimarer Republik sah es »ausmerzende« Maßnahmen bei sogenannten Erbkranken vor, und zwar auch mittels hoheitlichen Zwangs. Nach dem Gesetz sollte, wer erbkrank war, durch chirurgischen Eingriff sterilisiert werden - dies geschah, wie wir wissen, in großem Maßstab. Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses war das erste einer Reihe rassenhygienischer Gesetze, die den »Erbstrom des Volkes« sichern sollten. Diese rechneten zu sogenannten Staatsgrundgesetzen, die programmatische Forderungen der NSDAP umsetzten. Gemeinsam ist diesen bzw. den ihnen folgenden Verordnungen, daß Gesundheit hier zur sozialen Kategorie wurde, die innerhalb der Volksgemeinschaft differenzierte, unterschiedliche Grade von Außenseitergruppen schuf.

Im Jahre 1935 wurde als modernes Instrument zur Durchsetzung der nationalsozialistischen Bevölkerungs- und Rassenpolitik ein reichsweites Netz von staatlichen Gesundheitsämtern in Stadt und Land geschaffen. Grundlage dafür war das »Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens« vom 3. Juli 1934. Mit dem GVG erhielt der Staat, in diesem Falle das Reich, den endgültigen Vorrang, den ihm seit der Jahrhundertwende die Gemeinden zunehmend erfolgreich streitig gemacht hatten (Labisch/Tennstedt 1985).

»Pflege der Gesundheit der Volksganzen« war nunmehr Aufgabe der Gesundheitsämter: Um die Durchsetzung des Paradigmas der *Volks*gesundheitspflege zu gewährleisten, waren sie geschaffen worden. Das GVG verband deshalb die traditionellen gesundheitspolizeilichen und gesundheitsfürsorglichen Aufgaben und fügte die »Erb- und Rassenpflege einschließlich der Eheberatung« hinzu. Demzufolge oblag - detailliert geregelt durch die 3. Durchführungsverordnung zum GVG vom 30. Mai 1935 - an ärztlichen Aufgaben den Gesundheitsämtern die Durchführung der Gesundheitspolizei, der Erb- und Rassenpflege einschließlich der Eheberatung, der gesundheitlichen Volksbelehrung, der Schulgesundheitspflege, der Mütter- und Kinderberatung, der Fürsorge für Tuberkulose, für Geschlechtskranke, körperlich Behinderte, Sieche und Süchtige. Für eine eigenständige kommunale Gesundheitsvorsorge blieb kein Raum, mochten auch einige großstädtische Gesundheitsämter in kommunaler Trägerschaft belassen worden sein.

Die Erb- und Rassenpflege war nicht nur eine Aufgabe in der Reihe, sondern sämtlichen Aufgaben gleichsam »vorgesaltet«, d.h. auch die traditionellen Bereiche der Gesundheitsfürsorge waren nunmehr »im rasenhygienischen Geiste« zu betreiben. Diese »Vorschaltung« war vergleichsweise leicht, weil sie den gleichen instrumentellen Ansatzpunkt wie die Gesundheitsfürsorge für den einzelnen hatte: Periodische Reihenuntersuchungen, Beratung und Belehrung im Interesse von Prophylaxe und Früherkennung. Erb- und Rassenpflege konnte also nicht nur aus besonderem Anlaß der bevölkerungspolitisch-rassenhygienischen Gesetze stattfinden, sondern auch bei Gelegenheit der traditionellen Gesundheitsfürsorge. Diese traditionellen Instrumente wurden jetzt (auch) Mechanismen der Kontrolle, Filterung und Ausgrenzung bis zur Ausmerzung - nur bei »amtlich« festgestellter Identität von Einzelinteresse und Volksinteresse als Bezugsgröße wurden materielle Leistungen von Staat und Partei zur individuellen Gesundung angeboten. In der Bekämpfung gesundheitswid-

rigen Verhaltens wurde in nie zuvor gekanntem Maße die Polizei eingeschaltet. Wer »gesundheitlichen« Auflagen nicht genügte, sei es bei Erbkrankheiten, sei es bei Infektionskrankheiten, wurde einem Verbrecher gleichgestellt (Werle 1989, S. 505 ff.).

Mit der Indienstnahme der Eugenik bzw. Rassenhygiene für die Volkswohlfahrt wurde ein neuer Rahmen aufgebaut: Das bislang für die Gesundheitsfürsorge grundlegende egalitäre Menschenbild wurde aufgegeben zugunsten eines solchen, dem die qualitative Ungleichheit und Verschiedenartigkeit der Menschen zugrunde lag, der Ansatz einer vom Gedanken der Sozialhygiene getragenen Prophylaxe war in sein Gegenteil verkehrt worden.

Literatur

- Adam, Carl/Kayser, Curt (Hrsg.) (1931): *Hygienische Tatsachen, die man sonst nur mühsam findet*. Jena: Fischer.
- Breyer, Hans (1981): *Max von Pettenkofer*, 2. Aufl. Leipzig: Thieme.
- Bundesgesundheitsamt (1976): *100 Jahre Forschung für die Gesundheit*. Berlin: Eigenverlag.
- Denkschrift über die seit dem Jahre 1903 unter Mitwirkung des Reichs erfolgte systematische Typhusbekämpfung im Südwesten Deutschland* (1912), Berlin.
- Drigalski, Wilhelm von (1948): *Im Wirkungsfelde Robert Koch*. Hamburg.
- Frevert, Ute (1984): *Krankheit als politisches Problem 1770 - 1880*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Gemeinschaft (1935): Artikel in: *Der große Brockhaus*. Ergänzungsband A-Z, 15. Aufl. Leipzig: Brockhaus, S. 350.
- Göckenjan, Gerd (1985): *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goldscheid, Rudolf (1911): *Höherentwicklung und Menschenökonomie*. Leipzig.
- Grotjahn, Alfred (1912): *Soziale Pathologie*. Berlin: Springer.
- Hansen, Eckhart et al. (1981): *Seit über einem Jahrhundert . . . verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik*. Köln: Bund.
- Haug, Wolfgang F. (1986): *Faschisierung des Subjekts*. Berlin: Argument.
- Hirtsiefer, Heinrich (1924): *Die staatliche Wohlfahrtspflege in Preußen 1919 - 1923*. Berlin: Heymanns.
- Hodann, Max (o.J.): *Der Heidedoktor*. Typoskript (Nachlaß). Archiv der Arbeiterbewegung Stockholm.
- Labisch, Alfons (1990): »Problemwahrnehmung und Interventionsformen präventiver Medizin«, in: Rolf Rosenbrock/Andreas Salmen (Hrsg.): *AIDS-Prävention*. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 1. Berlin, S. 31-43.

- Labisch, Alfons/Tennstedt, Florian (1985): *Der Weg zum »Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens«*. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf.
- Linden, Herbert (1943): »Erb- und Rassenpflege«, in: *Der Amtsarzt*, 2. Aufl. Jena: Fischer.
- Mayer, Joseph (1927): *Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker*. Freiburg: Herder.
- Möllers, Bernhard (1950): *Robert Koch. Persönlichkeit und Lebenswerk 1843 - 1910*. Hannover.
- Mosse, Max/Tugendreich, Gustav (Hrsg.) (1913): *Krankheit und soziale Lage*. München: Lehmann.
- Sachße, Christoph/Tennstedt, Florian (1988): *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland*, Band 2. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, Werner (1932): *Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung in der deutschen Sozialversicherung*. Weimar: Eigenverlag.
- Sigerist, Henry E. (1931): *Einführung in die Medizin*. Leipzig: Thieme.
- Tennstedt, Florian (1976): »Sozialgeschichte der Sozialversicherung«, in: Maria Blohmke et al. (Hrsg.): *Handbuch der Sozialmedizin*, Band 3. Stuttgart: Enke.
- Tennstedt, Florian (1983): *Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 - 1914*. Köln: Bund.
- Weindling, Paul F. (1987): »Die Verbreitung rassehygienischen/eugenischen Gedankengutes in bürgerlichen und sozialistischen Kreisen in der Weimarer Republik«, in: *Medizinhistorisches Journal*, 22, S. 382-368.
- Werle, Gerhard (1989): *Justiz-Strafrecht und polizeiliche Verbrechensbekämpfung im Dritten Reich*. Berlin, New York: de Gruyter.