

DIE SOZIALE KONSTRUKTION DER „GESUNDHEIT“ UND DES „HOMO HYGIENICUS“: ZUR SOZIOGENESE EINES SOZIALEN GUTES

Alfons Labisch

1. Zur Einführung in Problemstellung, Konzeption und bisherige Ergebnisse: die wissenschaftliche Konstruktion des „homo hygienicus“

Die Verflechtung von Medizin und Gesellschaft offenbart sich besonders in den Teilbereichen, in denen einerseits Gruppen innerhalb einer Gesellschaft oder ganze Gesellschaften beginnen, ihr Leben nach gesundheitlichen Gesichtspunkten zu gestalten und/oder andererseits die Medizin auf gesellschaftliche Verhältnisse reagiert und auf diese einzuwirken sucht. Annäherungen an die wechselseitige Verflechtung von Medizin und Gesellschaft bedürfen theoretischer Konzeptionen, die zwar den Zugriff auf den gültigen Teil des abundanten empirischen Materials erlauben, aber das Material nicht erkenntnisthemend strukturieren. Für den Problembereich der Rolle der Medizin bei der Gestaltung von Lebensverhältnissen und von Verhaltensweisen bieten sich einige Theorien als heuristische und analytische Hilfe an.

Norbert Elias hat in seiner „Theorie der Zivilisation“ gezeigt, daß der Prozeß der Zivilisation sich soziogenetisch als ständig neue Differenzierungs- und Integrationsschübe abspielt, die die Menschen in immer längere Handlungsketten zwingen; diese Handlungsketten sind nur dadurch aufrecht zu erhalten, daß die Menschen psychogenetisch die immer differenzierteren Handlungserfordernisse als Verhaltenszwänge internalisieren (Elias 1969; v. Ferber 1981).

Nach Max Weber sind die westlichen Industriegesellschaften aus einem Prozeß der Rationalisierung und Entzauberung der Welt hervorgegangen: der okzidentale Rationalisierungsprozeß ist dadurch gekennzeichnet, daß der Rekurs auf in der natürlichen wie in der politisch-gesellschaftlichen Welt scheinbar vorgegebene ethische Normen restlos aufgepersonalisiert werden, andererseits das Weltverhalten in Form radikaler „Versachlichung“ und „Verunpersönlichung“ aller Tatbestände und Bezüge rationalisiert wird (Weber 1924 I, S. 1 – 16, 203 f., 237 – 275, 536 – 573; Schluchter 1979; Kalberg 1981; Weiss 1981). Peter L. Berger und Thomas Luckmann schließlich haben gezeigt, daß die Bedeutung, die ungleichartigen Institutionen anhaftet, in einem Prozeß „sekundärer“ Objektivation von Sinn“ zu neuer Sinnhaftigkeit integriert werden: Institutionen und Rollen werden durch ihren Ort in einer umfassenden Sinnwelt legitimiert. „Weltspezialisten“ schaffen als offizielle Weltexperten neue Stützkonzeptionen und setzen sie für und mit Hilfe der bereits bestehenden Institutionen – und Machtpositionen – durch: über Therapie und Nihilisierung, d.h. der theoretischen Liquidation alles dessen, was außerhalb der Sinnwelt besteht (Berger/Luckmann 1977).

Nimmt man diese zwar unterschiedlichen, aber einander ergänzenden Theorien als heuristisches Gerüst und untersucht die gesellschaftliche Konstruktion und Funktion von „Gesundheit“, ergibt sich für die Zeit vom ausgehenden Mittelalter bis zum Beginn der Hochindustrialisierung Deutschlands (Labisch 1984; 1985a; Labisch/Tennstedt 1985):

„Gesundheit“ wird seit der spätmittelalterlichen Städtkultur als Argumentationsfigur benutzt, um auf die Gestaltung eines Gemeinwesens einzuwirken. Individuell wird Gesundheit über die Stufen „Glaube und Gesundheit“, „Moral und Gesundheit“ und schließlich „Sittlichkeit, Sauberkeit und Gesundheit“ zunächst noch anderen, höherrangigen Werten nach- und deren Begründungszusammenhang zugeordnet. Gleichzeitig steigt Gesundheit in der Rangskala möglicher Werte immer höher. Im aufgeklärten Bürgertum wird langes Leben und Gesundheit zu einem philosophisch-rational deduzierten Wert an sich, der zugleich im Zentrum der Legitimation der bürgerlichen Lebenswelt gegenüber der adligen Lebenswelt steht (Foucault 1977, S. 149 f.; Rüegg 1967). In der experimentellen Hygiene wird dieser Wert medizinisch-naturwissenschaftlich erklärt und in der Bakteriologie schließlich stichhaltig bewiesen.

Die Medizin allgemein und die Gesundheitswissenschaften im besonderen rücken in diesem Rationalisierungsprozeß von akzidentellen über nachrangigen zu erstrangigen legitimatorischen Stützkonzeptionen auf: dies ist der Weg der Gesundheitswissenschaften zum Rang „offizieller Weltexperten“. Der „homo hygienicus“ als Mensch, der Gesundheit als oberstes Lebensziel ansieht und seine Lebensführung völlig gesundheitlichen, aus der Medizin abgeleiteten Prinzipien unterwirft, wird zunächst als wissenschaftlich konzipierte Sinnwelt des im Zivilisations- und Rationalisierungsprozeß fortgeschrittenen Bürgertums geschaffen.

Während dieser Prozeß auf der Ebene der Eliten ethischer Virtuosität jeweils eine neue Stufe der Rationalisierung individuellen Verhaltens prägte, wurde beginnend mit dem Konsolidierungsprozeß der neuzeitlichen Territorialstaaten „Gesundheit“ in der jeweils früheren, gewissermaßen einfacheren, geläufigeren und damit lebensweltadäquaten Argumentationsfigur dazu benutzt, in peripheren, in neue Handlungszusammenhänge zu kolonisierenden Unterschichten neue Verhaltensanforderungen durchzusetzen: „Gläubigkeit und Gesundheit“ für den bäuerlichen Untertan des aufgeklärten Absolutismus, „Moral und Gesundheit“ für den Pauper in der ersten Phase der Industrialisierung. Aus soziogenetischen Notwendigkeiten heraus wird folglich eine lebensweltbezogene Deutung von „Gesundheit“ einer anderen Lebenswelt oktroyiert: „Gesundheit“ legitimierte – und legitimiert – folglich sowohl den Versuch, öffentliche Verhältnisse, als auch den Versuch, privates Verhalten zu steuern, zu gestalten und dauernd zu strukturieren.

Derartige Versuche der Verhaltensregulierung waren allerdings bis in die säkularisierte Missionsbewegung der experimentellen Hygiene hinein – in der das nunmehr allseits verfügbare Wasser und die allseits gültige Säuberungsmaßregel zum sozialen und moralischen Allheilmittel gerieten – paternalistisch gestaltet und damit augenscheinlich von durchsichtigen gesellschaftlichen Ordnungsvorstellungen, Werten und Machtverhältnissen getragen. Diese schiefe Kommunikationsebene zwischen den integrierten und den zu kolonisierenden Schichten war in dem mit der zweiten Phase der Industrialisierung vehement voranschreitenden gesellschaftlichen Differenzierungs- und Integrationsprozeß ein Hindernis.

Der Übergang Deutschlands von der Agrar- zur Industriegesellschaft (ca. 1870 bis 1914) ging mit dem Wandel von der extensiven zur intensiven Ausnutzung der Arbeitskraft einher: statt des kurzfristigen Verbrauchs des Proletariats durch Arbeit („Manchestertum“) stellte sich nun die Aufgabe, ein zahlenmäßig ausreichendes und qualitativ genügendes Arbeitskräftepotential dauernd zu sichern – dieses Ziel ist gleichermaßen ein Ursprung der staatlichen Sozialpolitik (vgl. u.a. Sachsse/Tennstedt 1980) wie der – gesundheitlichen – Fürsorge in Industrierwerken und Industriestädten (z.B. Piechocki 1968; Redeker 1923; ausführlich Labisch/Tennstedt 1985).

Während der Industrialisierung wuchsen die Städte und die Betriebe rasch an. Die Industriestädte und -regionen wurden von ungeahnten sozialen Problemen überrollt und

mußten sich ihnen stellen: neben Problemen der städtischen Infrastruktur, wie z.B. Kanalisation, Wasserversorgung etc., imponierten die massenhaften Probleme der Wohnungsnot, unzureichender Ernährung und Kleidung, Infektions- und Mangelkrankheiten insbesondere unter Müttern und Kindern – und schließlich auch das den neuen Lebensstrukturen inadäquate, „indolente“ Verhalten der Arbeiter.

Für die „entfesselte“ und „entfremdete“ Arbeiterbevölkerung bedeutete der Prozeß der Industrialisierung und Urbanisierung einen kaum noch vorstellbaren Wandel tradierter Lebensgewohnheiten. Das neue Leben in den Industriestädten barg neue Chancen und neue Freiheiten, aber auch neue Gefahren (Ditt 1982; Frevert 1984). So gingen die Arbeiter und ihre Familien sowohl der quasi „natürlichen“ Verhaltensregulierungen ihrer ländlichen Herkunft als auch der „natürlichen“ Kenntnisse des Umgangs mit Krankheit, Invalidität, Alter und Tod und schließlich auch verwandtschaftlicher, herrschaftlicher, genossenschaftlicher oder ortschaftlicher Einbindungen und Hilfssysteme verlustig. Größere Lebensgemeinschaften wurden auf die industrielle Kleinfamilie als zugleich ideologisch besetztem Hort der Reproduktion reduziert. Gleichzeitig wurden die Arbeiter auf ihre Arbeitskraft als einzigem Subsistenzmittel zurückgewiesen: Gesundheit und Leistungskraft erhielten damit für immer mehr Menschen eine immer größere Bedeutung. Demgegenüber waren die Gesundheitsgefahren in den Industrieregionen groß (Spree 1981a, b): so galt schließlich die in den Städten grassierende Tuberkulose als „Proletarierkrankheit“ schlechthin.

Den bürgerlichen Beobachtern stellte sich das angesichts der neuen Lebensstrukturen inadäquate Verhalten der Arbeiter als „Trunksucht, Liederlichkeit und Ausschweifung“ dar – dieses Unvermögen zu Triebaufschub und Affektregulierung ist das äußere Zeichen, daß die Arbeiter ihr Leben noch nicht – wie das zivilisierte Bürgertum – auf lange Handlungsketten und ferne Lebensziele einrichteten. Tradierte Hilfssysteme, tradierte Gemeinschaftsformen und tradiertes Verhalten mußten folglich durch künstliche und institutionelle Äquivalente ergänzt und ersetzt werden; es galt, neue Normalitätsprofile und Normalitätsstandards durchzusetzen: das Normalitätsprofil „Erwerbsleben“ ordnete dem Arbeiter die Standards „Erwerbsarbeit und Arbeitsbereitschaft“ zu, das Normalitätsprofil „Familienleben“ der Arbeiterfrau die Standards „Haushaltsführung und Mutterschaft“ (Pankoke 1981).

In diesem Prozeß der Zivilisierung, Rationalisierung und sozialen Disziplinierung wurde „Gesundheit“ zu einem vielfältig besetzten Wert höchster immanenter politischer Potenz – angefangen von seiner Bedeutung als Lebens- und Verhaltensrichtlinie über seine Bedeutung als Grundlage der Existenz lohnabhängiger Bevölkerungsschichten bis hin zu ihrer sozialpolitischen Bedeutung.

Hier wirkte die Bakteriologie insofern befreiend, als daß sie einerseits zwar den ökologischen Begründungszusammenhang der experimentellen Hygiene und deren bürgerlich-liberalen gesellschaftspolitischen Umfeldes zerstörte, dafür andererseits aber die politische Konnotation von Gesundheit in der wissenschaftlichen Begründung scheinbar aufgegeben werden konnte: Wissenschaften, insbesondere die Naturwissenschaften, als Stützkonzeptionen symbolischer Sinnwelten entlassen das Wissen um die Stützfunktionen der Sinnwelt vollends aus der Alltagswelt der Laien und stellen es den Experten der offiziellen Weltklärung und Sozialtechnologien/Gesellschaftsingenieuren anheim (Berger/Luckmann 1977, S. 120). Für die Kolonisation/Assimilation peripherer Schichten – und dies war der zum Industriearbeiter zu veredelnde Prolet – stand mit „Gesundheit“ und dem „homo hygienicus“ nun eine wissenschaftlich wertfreie Stützkonzeption zur Verfügung, die sowohl die Entpolitisierung, Individualisierung und Therapeutisierung des Problems „Gesundheit/Krankheit“ als auch die Nihilierung tradierter Hilfsformen und deren Sinnwelt erlaubte und damit gleichermaßen den Ansatzpunkt für eine wertneutrale

Verhaltensregulierung wie eine sozial befriedende Behandlung gesellschaftlicher Problemlagen bot (allg. v. Ferber 1971).

Über welche soziogenetischen und psychogenetischen Prozesse wuchs nun die Industriearbeiterschaft in dieses Konstrukt hinein: wie also wurde das scheinbar „medizinische“ Konstrukt „Gesundheit“ zu einem offenbaren, allgemein verbindlichen und allgemein akzeptierten „sozialen“ Konstrukt?

Dieser vielgestaltige Prozeß soll auf drei verschiedenen Ebenen verfolgt werden: zunächst in der Institutionalisierung der staatlichen Sozialversicherung als Instrument zur langfristigen Implementation von Normalitätsstandards (= 2.) und der daraus resultierenden Zwangssozialisation durch das Hilfs- und Definitionsmonopol Medizin (= 3.); dann in der „Verwissenschaftlichung des sozialen Moments in der Medizin“ durch die Sozialhygiene als sekundäre Objektivation einer der Alltagserfahrung der Industriearbeiter adäquaten Sinnwelt (= 4.) und der entsprechenden Wirkung der kommunalen Gesundheitsfürsorge im reproduktiven Leben der Arbeiterfamilie (= 5.); quasi aus der Gegenperspektive soll untersucht werden, wie die Arbeiterschaft aus ihrem Assimilationsbedürfnis heraus sich in die Sinnwelt des „homo hygienicus“ hineinentwickelte (= 6.); schließlich wird an einer fiktiven Arbeiterfamilie exemplarisch geprüft, welcher reale Zwang bestand, die Sinnhaftigkeit des „homo hygienicus“ im Alltagsleben zu übernehmen (= 7.). Die Ergebnisse werden abschließend zusammengefaßt (= 8.).

2. Staatliche Zwangsversicherung als sozialpolitische Absicherung eines individualisierten Risikos „Krankheit“: zur Grundlegung langfristiger Sekundäreffekte der gesetzlichen Krankenversicherung

Das 1883 im Reichstag gegen die Stimmen der Sozialdemokratie verabschiedete „Gesetz betr. die Krankenversicherung der Arbeit“ schloß an das bereits bestehende Prinzip der Zwangsversicherung an. Die gesetzliche Krankenversicherung erfaßte zunächst ausschließlich die in Gewerbebetrieben beschäftigten Arbeiter sowie die Gehilfen der Rechtsberufe und Versicherungseinrichtungen: dies war faktisch genau diejenige Bevölkerungsgruppe, aus der sich die Sozialdemokratie und die Gewerkschaften rekrutierten (Tennstedt 1981; 1983; Leibfried/Tennstedt 1985).

Eine erste sozialhygienische Kritik der gesetzlichen Krankenversicherung zeigte, daß diese Einrichtungen unter hygienischen Gesichtspunkten nur begrenzt sinnvoll waren (Zadek 1895): obschon ohne Aufnahmeuntersuchung erfaßte sie vornehmlich die guten Risiken – nicht aber die älteren, bereits aufgezehrten Arbeiter, die aufgrund schwindender Arbeitskraft in die Invalidität abdrifteten; sie erfaßte ebenfalls nicht oder nur als freiwillige Leistung die Familienangehörigen, also die Frauen, die durch Geburt und Wochenbett besonders gefährdet waren, und die Säuglinge und Kleinkinder.

Zwischen den bereits bestehenden, von den Arbeitern weitgehend selbstverwalteten Hilfskassen und den staatlichen Kassen gab es allerdings kaum Unterschiede hinsichtlich der inneren sozialen Kontrolle: die nichtstaatlichen Zwangskassen waren eher noch rigider. In die Kassen wurden nur Facharbeiter aufgenommen, die eine strenge ärztliche Eingangsuntersuchung überstanden hatten. Die Kassen waren aber nicht nur sozial und gesundheitlich exklusiv, sondern schlossen bestimmte – sozial stigmatisierte – Risiken, wie etwa die Folgen von Schlägereien und Alkoholismus, von den Kassenleistungen aus und übten gegen diejenigen, die Krankengeld beanspruchten, eine strenge Kontrolle aus. Auch in den Hilfskassen fungierten Ärzte bei den Aufnahmeuntersuchungen und Krankenschreibungen mit regelmäßigen Nachuntersuchungen als professionelle Kontrolleure (Stollberg 1983; Frevert 1981; 1984).

Die Einführung der staatlichen Zwangskassen war daher für die soziale Konstruktion von „Gesundheit“ zunächst kein qualitatives, sondern ein quantitatives Problem: auf lange Sicht sollten die staatlichen Kassen einen immer größeren Teil der produktiven und politisch aktiven Arbeiterbevölkerung versichern. Trotzdem liegt auch hier ein qualitativer Sprung verborgen: die personale Kontrolle über Hilfsansprüche in kleinen sozialen Aggregaten war in den Hilfskassen einer genossenschaftlich organisierten Kontrolle unter Zuhilfenahme von Experten gewichen: durch die staatlichen Zwangskassen wurden diese immer noch überschaubaren Kontrollnetze nun zu einer öffentlichen Angelegenheit „sozialer Normalisierung“ (Pankoke 1981). Mit der Institutionalisierung der sozialpolitischen Absicherung des Risikos „Krankheit“ wurde folglich die Durchsetzung von Normalitätsstandards in diesem Bereich ebenfalls als parastaatliche Leistung institutionalisiert.

Die kontinuierliche sozial- und versicherungsrechtliche Überführung der Krankenversicherung in die staatliche Zwangsversicherung eröffnete der Sozialdemokratie, die zunächst auf die Hilfskassen gesetzt hatte, nach einer Gesetzesnovelle von 1892 den Weg in die Kassenverwaltungen. Dieser sozialintegrative Aufstiegsmechanismus war von Bismarck und Theodor Lohmann seinerzeit bereits bewußt angelegt worden: die Kassenverwaltungen wurden zu „Unteroffizierschulen der Sozialdemokratie“ – um die Jahrhundertwende war jedes fünfte Gewerkschaftsmitglied Vorstandsmitglied einer Krankenkasse; die Ortskrankenkassen beschäftigten 4.000 bis 5.000 Angestellte (Tennstedt 1981, S. 172; 1983, S. 430 f.). Über das offizielle sozialpolitische Ziel, die ärmere Arbeiterbevölkerung vor der Verarmung durch das Risiko Krankheit zu schützen, wurde als langfristiger Sekundäreffekt also auch erreicht, die politisch aktive Arbeiterschaft über die Kassenverwaltungen an den klassischen bürgerlichen Bildungssystemen und den entsprechenden Endpositionen in Verwaltung, Wissenschaft und Heer vorbei sozusagen parastaatlich zu sozialisieren; gleichzeitig übernahm diese neue Arbeiterelite parastaatliche Kontroll- und Disziplinierungsfunktionen gegenüber ihren eigenen Klassengenossen.

Als weiteren langfristigen Nebeneffekt schuf die gesetzliche Krankenversicherung die „sukzessive ökonomische Garantie der ‚Medikalisierung der Gesellschaft‘ (I. Illich) und damit zur liberalkapitalistischen Expansion des ‚Gesundheitssektors‘“ (Tennstedt 1981, S. 173). Die Ärzte und Ärzteverbände waren zunächst von der Kassengesetzgebung völlig überrascht worden: denn ihnen wurde auf einmal zwangsweise eine Klientel zugeführt, der sie vorher überwiegend in der Funktion des Armenarztes begegnet war.

„Der weitaus größte Teil der jetzt in ärztliche Behandlung tretenden Mitglieder der Kranken- und Unfall-Versicherungskassen hat früher kaum jemals einen Arzt in Anspruch genommen, ohne daß ihm dadurch eine dauernde Gesundheitsschädigung erwachsen wäre“,

schrrieb noch 1899 die preußische Ärztekammer (nach Tennstedt 1976, S. 388). Die Kassenärzte wurden nicht nur als ärztliche Therapeuten, sondern auch als medizinisch-fachkundige Kontrolleure über die Berechtigung sozialer Leistungen tätig:

„Der Arzt wurde zunächst nur als Gutachter herangezogen, um Eintritt und Dauer der Erwerbsunfähigkeit, den Einfluß des Unfalls auf die Arbeitsfähigkeit und den Eintritt der Invalidität zu bescheinigen“,

schrrieb 1920 der Sozialhygieniker Adolf Gottstein (Gottstein 1920, S. 24). Damit liegt einer der Mechanismen, der die Professionalisierung der Medizin in Deutschland entscheidend vorantrieb, offen (Huerkamp 1980; 1985; Huerkamp/Spree 1982).

3. Medizin als Dienstleistungs- und Definitionsmonopol: das soziale Konstrukt „Gesundheit“ und die Professionalisierung der Medizin

Der Prozeß der Zivilisation geht mit der Ausdifferenzierung und Monopolisierung von Lebens- und Handlungschancen einher: diese Monopole sind einerseits figurative Verdichtungsstellen gesellschaftlicher Verflechtungen, andererseits wirken sie auf psychogenetische Prozesse zurück, indem sie auf die individuelle Verhaltens- und Affektregulierung einwirken. Dieser Prozeß vollzog sich nun um die Jahrhundertwende auch in der Bewältigung der vormals individuell, nun aber massenhaft und sozialpolitisch relevant imponierenden Probleme Krankheit, Invalidität und Alter: diese wurden in Form sozialer Sicherungssysteme und kommunaler Gesundheitsfürsorge monopolisiert. Als gesellschaftlich organisierte Lebenschancen wurde ein genereller Anspruch an Hilfe in definierten Lebenslagen geschaffen, über den Ärzte als gesellschaftlich bestellte Experten verfügten.

Unabdingbar verbunden damit ist jedoch nicht nur das Problem der Sachwalter der Lebenschancen, sondern auch der Kontrolle des Zugangs zu den bedürfnisweckenden Angeboten. Der Hilfsanspruch, der in kleinen sozialen Einheiten im Akt persönlich dargebotener Hilfe auf seine Berechtigung hin kontrolliert, der auch in kollektiv organisierten Hilfsformen – wie etwa in den Arbeiterkrankenkassen – in genossenschaftlicher Kontrolle organisiert wird, unterlag nun einer ebenfalls monopolisierten und institutionalisierten Kontrolle. Diese Kontrolle richtet sich im Prozeß der Institutionalisierung des Monopols nicht nach persönlich oder gemeinschaftlich bestimmten Kriterien, sondern nach objektivierbaren Denk- und Legitimationssystemen aus und wird dem Urteil entsprechender Experten überlassen: ähnlich wie der Richter, vermittelt über die Rechtswissenschaften, objektives Recht setzt, entscheidet nun der Arzt, vermittelt über die Medizin, über die objektive „Gesundheit/Krankheit“ und damit über die Berechtigung eines Hilfsanspruchs.

Gesellschaftlich organisierte Monopole von Lebenschancen sind aber nicht allein zwangsläufig mit Expertentum sowie Definitions- und Kontrollmonopolen verbunden. Vielmehr haben sie psychogenetische Nebeneffekte, die im Akt der Inanspruchnahme erscheinen. Mit der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe ist gleichzeitig eine mittelbare oder unmittelbare Verhaltenssteuerung gegeben: mittelbar durch positive und negative Anreize, unmittelbar durch Ge- und Verbote. Nichtbefolgen der Anweisungen kann Sanktionen und Ausgliederungsmechanismen in Gang setzen. Der Ausstieg aus dem Arbeitsleben ist für die zwangsversicherte Bevölkerung nur noch durch das Nadelöhr der Definition „gesund/krank“ möglich: hier beginnt das Problem des „Simulanten“, des „Vertrauensarztes“ und des sozialrechtlichen medizinischen Gutachtenwesens (dazu systematisch Leithoff 1979). Die zwangsversicherte Erwerbsbevölkerung wird damit der „Zwangsozialisation“ (v. Ferber 1975, S. 9 – 48; Spree 1981a, S. 156 – 162) durch die staatliche Krankenversicherung zugeführt, die reproduktive Leistungsfähigkeit der Arbeiterfrau der Zwangsozialisation durch die kommunale Gesundheitsfürsorge.

Die sozialpolitischen Ziele der Krankenversicherung waren damit gleichermaßen auf die Befriedung der Arbeiterschaft über das neu bewertete Ziel „Gesundheit“ gerichtet wie sie andererseits gerade diesen produktiv entscheidenden Teil der Bevölkerung der Zwangsozialisation unterwarf. Angebot und Bedarf an Verhaltensregulierung über das soziale Konstrukt „Gesundheit“ wurden über das medizinische Dienstleistungs- und Definitionsmonopol gewissermaßen dingfest gemacht – die Bestimmung der Wirklichkeit des „homo hygienicus“ wurde folglich durch den Arzt erhärtet (abgewandelt nach Berger/Luckmann 1977, S. 128).

Der Bedarf nach gesundheitssichernden Maßnahmen und der Hilfe im Krankheitsfall steigt mit der Komplexität gesellschaftlicher Handlungsgeflechte einerseits und dem Funktionswandel primärer Gemeinschaften andererseits an. Das Monopol weckt seinerseits durch die Generalisierung des Anspruchs Bedürfnisse, die in kleinen sozialen Einheiten entweder nicht entstehen oder von vornherein unerfüllbar sind. Potenzierend auf den Bedarf wirkt sich auch die zunehmende, von den Professionen als Agenten des Monopols schließlich induzierte Abhängigkeit von Hilfsmonopolen aus. Heftige Kämpfe gegen Volksmedizin, Laienheiler („Kurfuscher“) und traditionelle Deutungen von Gesundheit als alternierende, nicht mehr angemessene Sinnwelten sind die Folge. Es war folglich gleichermaßen aus sozialpolitischen wie professionellen Gesichtspunkten erforderlich, kollektive und individuelle Hilfsformen entweder zu vereinnahmen oder in einem Prozeß der Nihilierung zu marginalisieren oder schließlich auch zu zerstören (Göckenjan 1985a).

Die Ärzte gelangten über ihre neue Funktion sowohl als offizielle Weltexperten wie als Praktiker der Sozialtechnologie in eine Stellung, die ihnen eine bislang unbekannte, anderen Institutionen vergleichbare Macht einräumt:

„Der fanatische Mystizismus der Theologie und der apathische Formalismus der Jurisprudenz werden nach und nach einer dritten Autorität, der human-naturwissenschaftlichen Anthropologie Platz machen. Die Zeit wird kommen, da die Vertreter der praktischen Medizin ebenso unentbehrliche Funktionäre für Staat und Gesellschaft sein werden wie jetzt Prediger und Richter“,

sagte bereits 1877 Julius Petersen voraus (Petersen 1877, S. 395).

4. Die Verwissenschaftlichung des sozialen Begründungszusammenhangs von „Gesundheit“ durch die Sozialhygiene: „Gesundheit“ als Kultur der Industriegesellschaft

Die Bakteriologie sprach lange Zeit der umgebungs- und gruppenbezogenen Medizin die wissenschaftliche Berechtigung ab: die Ansicht von einem spezifischen, gleichmäßig wirksamen Keim erlaubte keinen anderen Schluß. Erst allmählich sollten sich aus den jeweiligen Erklärungsdefiziten der Gesundheitswissenschaften des 19. Jahrhunderts, der experimentellen Hygiene und der Bakteriologie, die Gesundheitswissenschaften des 20. Jahrhunderts entwickeln: die Konstitutionshygiene als Lehre der Dynamik von Exposition und Disposition, die Sozialhygiene als Lehre von den sozialen Ursachen von Krankheiten, bzw. der sozialen Gefährdung durch Krankheiten und schließlich die Rassenhygiene, die die Probleme der Gesundheitssicherung von den lebenden Menschen auf das Erbgut und damit auf die zukünftigen Menschen verlegte.

Das Reich versuchte zwar, durch die Sozialversicherung die Risiken Krankheit, Invalidität und Alter zu entpolitisieren, fing sie aber quantitativ nur zu einem Teil auf und konnte sie auch mit dem individualtherapeutischen Ansatz nicht in den Griff bekommen. Daher konnten sich die Industriestädte dem massenhaft imponierenden Phänomen Gesundheitsgefährdung und Krankheit nicht entziehen. Zusätzlich hatten sich die Hoffnungen, die sich auf die Bakteriologie gestützt hatten, als überzogen erwiesen. Besonders treffende Beispiele hierfür waren die Tuberkulose und die Cholera. Die Choleraepidemie brach 1892 in Hamburg aus, obwohl der Erreger seit 1883 bekannt war. Breit angelegte Untersuchungen zur Tuberkulose brachten zutage, daß faktisch alle Menschen infiziert waren: nur ein kleiner Teil dieser Menschen erkrankte aber wirklich – und dieser kleine Teil war durch identifizierbare schlechte Lebensbedingungen ausgezeichnet.

Die Sozialhygiene entwickelte sich aus verschiedenen Quellen. Adolf Gottstein, ursprünglich überzeugter Bakteriologe, lernte — wie er selbst berichtet (Gottstein 1897, S. v; Gottstein 1925) — am Krankenbett, daß Seuchen erst an letzter Stelle durch Ansteckungstoffe entstehen: die eigentlichen Ursachen lägen auf dem Feld der Massentwicklung und der sozialen Zustände. Alfred Grotjahn ist als ein Vertreter einer vorwiegend theoretischen Sozialhygiene zu verstehen, die sich aus der Verbindung von Medizin und den neu entstehenden Sozialwissenschaften ergab: Grotjahn war insbesondere durch den Nationalökonom Gustav Schmoller geprägt (Grotjahn 1912, 1. Aufl.; 1915, 2. Aufl.; 1923, 3. Aufl.; 1931; Tutzke 1979). Alfons Fischer hingegen trieb die Sozialhygiene gleichermaßen theoretisch wie praktisch voran: so setzte er sich beispielsweise für die Mutterschaftshilfe „auf Gegenseitigkeit“ ein (Fischer 1913, 1. Aufl.; 1925, 2. Aufl.; Thomann 1980).

So heterogen die Sozialhygiene durch die Personen, die sie prägten, wie durch die ihr zugrundeliegenden wissenschaftlichen Theorien gewesen sein mag, stellt sie dennoch eine konsequente Weiterentwicklung des ökologischen Ansatzes der experimentellen Hygiene auf der Grundlage vorhandener wissenschaftlicher Ansätze und vorhandener sozialer Probleme dar. Das Trümmerfeld, das die Mikrobiologie und Bakteriologie auf dem Gebiet der umgebungsbezogenen Betrachtungsweise und verhältnis- und gruppenbezogenen Intervention hinterlassen hatten, wurde nun durch die Sozialhygiene beseitigt: in der Sozialhygiene wurde das soziale Moment in der Medizin verwissenschaftlicht (Grotjahn 1932, S. 136); die gesundheitlichen Massenprobleme der Industriestädte konnten nun wissenschaftlich aufgearbeitet und zu neuen, auf die Industriearbeiterschaft gemünzten Interventionsformen ausgeformt werden.

Auch der tradierte ethisch-sittliche Appell des Bürgers gegenüber dem Proletarier, der in der Begriffsverbindung „Sauberkeit ist Sittlichkeit“ immer noch gegeben war — und den die experimentelle Hygiene legitimiert hatte — wurde durch die Verbindung von Medizin und Sozialwissenschaften nun problemadäquat verwissenschaftlicht und im Begriff der „hygienischen Kultur“ auf eine neue Art verbindlich. Durch die Sozialhygiene wurde folglich nicht nur den Kommunalpolitikern und Kommunal- und Armenärzten eine wissenschaftlich begründete Handlungsanleitung gegeben, wie mit gesundheitlichen Problemen generell und vor allem prophylaktisch zu verfahren sei, vielmehr ergab sich eine neue — und notwendige — Dimension des Zugriffs auf das Verhalten der Unterschichten über die Medizin: auf jede Art von religiös-sittlich-moralischem Appell konnte nunmehr endgültig verzichtet werden. Damit wurde „Gesundheit“ nicht mehr nur in seiner individuellen Bedeutung verwissenschaftlicht, wie dies durch die erste Generation von Hygienikern begonnen und durch die Bakteriologie gesichert worden war; vielmehr taucht auch der soziale Begründungszusammenhang von „Gesundheit“ durch die Sozialhygiene auf einmal im wissenschaftlich-wertneutralen Gewande auf. So wie Gesundheit eine Generation zuvor zu einem wissenschaftlich begründeten Lebensstil des Bürgertums wurde, wird Gesundheit nun endgültig zu einem nicht nur für die ethischen Virtuosen, sondern für alle verbindlichen und nicht anzweifelbaren, weil wissenschaftlich bewiesenen Lebensstil der industriellen Welt: die Soziale Hygiene richtete ihren Blick auf die sozialen Verhältnisse und legitimierte dadurch die Strukturierung sozialen Verhaltens.

Der „hygienische Mensch“, die „hygienische Familie“, die „hygienische Siedelung“ — so die Kapitelüberschriften in Grotjahns „hygienischer Forderung“ — sind durch die „Verallgemeinerung der hygienischen Kultur“ (Grotjahn 1923, 3. Aufl., S. 446) dem totalen Zugriff wissenschaftlich fundierter Lebensführung ausgeliefert: Hygiene ist die Moral des Bürgers, Sozialhygiene ist die Moral der Industriearbeiter, der Massengesellschaft. Der ‚homo hygienicus‘ soll in der ‚societas hygienica‘ leben.

„Die soziale Hygiene allein kann uns lehren, hygienische Kultur zu vertiefen, zu vereinfachen und zu verallgemeinern. In ihrem Zeichen wird die Gesundheitslehre des zwanzigsten Jahrhunderts stehen“ (Grotjahn 1921, S. 179). Es gilt, „hygienisches Wissen selbst in die ärmsten Arbeiterwohnungen zu tragen“ (Fischer 1913, S. 12).

5. Kommunale Gesundheitsfürsorge als Praxis der Sozialhygiene: die gruppenspezifische Verbreitung gesundheitsgerechten Verhaltens

Die Bakteriologie setzte auf die Technisierung der Seuchenpolizei und Desinfektion sowie auf spezifische Isolierung und individuelle Therapie. Ihre schulmäßigen Vertreter entwickelten in der Volkshygiene ein eigenes Programm, das auf die Änderung von Verhalten durch rationale Einsicht innerhalb des als gegeben hingenommenen Lebensniveaus setzte. Diese ebenfalls individuelle Aufklärung wurde über allorts entstehende Vereine organisiert, die sich mit speziellen Aufgaben befaßten, so etwa mit Müttern, Säuglingen und Kleinkindern, mit Alkoholikern etc. Diese konservativ orientierten und oft durch Ärzte organisierten Vereine arbeiteten mit Politikern, Verwaltungsbeamten, Angehörigen des Adels und der Industrie zusammen (hierzu auch Weindling 1984): der Deutsche Verein für Volkshygiene als reichsweite Organisation der aufklärerischen hygienisch-bakteriologischen Beratung erreichte die Arbeiterschaft aber nur begrenzt (Tennstedt 1983, S. 462).

Die „gesundheitserzieherische“ Wirkung der experimentellen Hygiene und der Bakteriologie war gleichwohl beträchtlich. Die neuen Stadtviertel, neue Häuser und Wohnungen, die Wasserversorgung, öffentliche Bäder, sanitäre und gesundheitliche Organisation der Nahrungsmittelversorgung und -zubereitung, Kleidung etc. wirkten *mittelbar* gewissermaßen durch die normative Kraft des Faktischen (Heller 1979; Imhof 1983). Da individuelle Verhaltensänderungen überdies im Zivilisationsprozeß nicht rational, sondern in einer sozialen Nachahmung des Verhaltens integrierter Schichten verlaufen, wurde hygienisch richtiges Verhalten auch als zivilisiert-modisches Verhalten verbreitet (Goudsblom 1979).

Über diese Bestrebungen und Entwicklungen hinaus waren die Industriestädte gezwungen, sich den neuen gesundheitlichen Massenproblemen auf neue Art zu stellen. In den Städten entwickelte sich nach der Jahrhundertwende mit der kommunalen Gesundheitsfürsorge eine neue Art öffentlichen Gesundheitswesens, in der Ärzte, Gesundheitsfürsorgerinnen, Nationalökonominnen, Verwaltungsbeamte, Kommunalpolitiker und Sozialreformer zusammenarbeiteten (ausführlich Labisch/Tennstedt 1985). Dabei gab das wissenschaftliche Konzept der Sozialhygiene die Richtung an – es wurden zwei unterschiedliche Gruppen von Gefährdeten bestimmt: diejenigen, die durch Alter, soziale Lage und Berufstätigkeit einer besonderen Gefährdung ausgesetzt waren – also etwa Mütter, Säuglinge und Kleinkinder –, und diejenigen, die durch eine Volkskrankheit sich und ihre Umwelt gefährdeten – also etwa Tuberkulöse, Geschlechtskranke, Alkoholiker, Geistesranke etc. Die Sozialhygiene konnte sich mit ihrem Konzept auf bereits bestehende soziale Bewegungen aufpfropfen: städtische Führungsschichten und zahlreiche humanitäre und karitative Vereine arbeiteten daran, die gesundheitlichen Verhältnisse zu verbessern; die bürgerliche Frauenbewegung suchte neue Tätigkeitsfelder für die aus den Familien freigesetzten Frauen; schließlich organisierte sich die politische Arbeiterbewegung auch in den Städten – und zwischen der Sozialdemokratie und der Sozialhygiene gab es zahlreiche Überschneidungen sowohl in der Sicht als auch in der angestrebten Lösung von gesundheitlichen Problemen.

Zusammen mit den nun nicht mehr umgebungsbezogenen oder individuellen, sondern gruppenbezogenen Interventionen wurden umfassende Programme der Gesundheitser-

ziehung ausgearbeitet. Deren Ziel war es, den Menschen Gelegenheiten zur fruchtbaren Selbstbetätigung zu bieten (Vogel 1925). Nicht mit Verboten und offenkundigen Verhaltensregulierungen einer „defensiven“ Hygiene sollte gearbeitet werden, sondern mit anregenden, neue Möglichkeiten eröffnenden Lebensanreizen, mit einer „positiven“ Hygiene also: so war die saubere, helle Wohnung nicht nur gesund, sondern modern und schön. Die neue Art der Verbreitung gesundheitsgerechten Verhaltens, die an die Stelle der Belehrung die Erziehung setzte, wurde campagnenartig in neuen Formen der Massenkommunikation verbreitet: die „Hygiene-Ausstellung“ 1911 in Dresden, die „Große Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen“ 1926 in Düsseldorf oder die Reichsgesundheitswoche 1926 ragen heraus (Vogel 1925; Schlossmann 1927; Nadav 1976).

Die Gesundheitsfürsorge als Praxis der Sozialhygiene war durch drei Gesichtspunkte gekennzeichnet: dauernde ärztliche Beobachtung der gesundheitlich gefährdeten Gruppen; Feststellung von Krankheitsanlagen/-anfängen und Vermittlung und Behandlung sowie schließlich hygienischer Beratung, Aufklärung und Erziehung (Kaup 1929). In der ärztlichen Praxis bedeutete dies beispielsweise, daß sich die Schulgesundheitspflege auf Reihenuntersuchungen und die Überwachung der herausgefilterten gesundheitlich gefährdeten Kinder beschränkte; exakte Diagnose und Therapie blieben Sache der Armen-, bzw. später Kassenärzte. Gleichzeitig verstand sich der schulärztliche Dienst

„als Instrument der Erziehung der Eltern zu gesundheitsbewußtem Pflege- und Aufzuchtverhalten durch Aufklärung und Verhaltenskontrolle“ (Castell-Rüdenhausen 1982, S. 205).

In der kommenden Gesundheitspflege entstand folglich ein neuer Arzttyp, der sich weder an den klassischen Berufsbildern des praktischen Arztes noch des staatlichen Verwaltungsarztes orientierte, sondern nach den Prinzipien einer gruppenbezogenen Gesundheitsvorsorge handelte. Neben den Kommunalärzten entstand die neue Berufsgruppe der Gesundheitsfürsorgerinnen: sie verkörperten das primär auf die Gesundheitsfürsorge ausgerichtete und ausgebildete weibliche Engagement in der Wohlfahrtspflege. In der „Professionalisierung der Mütterlichkeit“ fanden Frauen aus den bürgerlichen Mittelschichten eine Lebensarbeit, die ihrer sozialen Herkunft angemessen schien (Sachsse 1982; 1985). Nach dem Ersten Weltkrieg entstand aus der gesundheitsfürsorgerisch bestimmten Versachlichung „geistiger Mütterlichkeit“ ein typischer Frauenberuf.

Die Gesundheitsfürsorgerinnen übten gleichzeitig die Wirtschafts- und die Gesundheitsfürsorge aus: ebenso wie beim sozialhygienischen Konzept der Gesundheitserziehung der Sozialhygiene allgemein handelte es sich also nicht um ein spezifisches Konzept; vielmehr waren wirtschaftliche Hilfe unter gesundheitlichen Gesichtspunkten, Gesundheitsfürsorge und Gesundheitserziehung in einer Person und einer positiven Intention vereinigt. Die Gesundheitsfürsorgerin vermittelte also etwa nicht nur zusätzlich Nahrung und Kleidung für Säuglinge und Kleinkinder, sondern sie suchte die hilfsbedürftige Mutter von sich aus in deren Wohnung auf und überwachte dabei gleichzeitig, ob die Wohnung tatsächlich sauber, die Windeln rein und die Babyflasche ausgekocht waren. Hier verneigten sich folglich die Hilfe in unspezifisch auf die Lebensumstände gerichtete Gesundheitsvorsorge sowie Belehrung und Kontrolle in unmittelbar einsichtiger und für jeden nachvollziehbarer Evidenz, und zwar im unmittelbaren Lebenskreis der Unterschichtbevölkerung, nämlich in Familie und Wohnung. Das Arbeitsfeld der kommunalen Gesundheitsfürsorge erweist sich also in der Person der Fürsorgerin als wesentlich auf das Normalitätsprofil „Familienleben“ und damit die Arbeiterfrau und deren Leistung in Haushaltsführung und Mutterschaft ausgerichtet.

6. Die aktive Assimilation der Industriearbeiterschaft: die soziale Akzeptanz des „homo hygienicus“

Bei der Integration der Arbeiterschaft in die industrielle Lebenswelt waren „Gesundheit“ und „gesundheitsgerechtes Verhalten“ nur ein Aspekt unter vielen: der ausschlaggebende regulierende Effekt lag für den Arbeiter zweifellos im Zwang zur Lohnarbeit an sich sowie in der industriellen Arbeitsform und der wissenschaftlich-technischen Organisation – die Maschine wurde zum bestimmenden Element der Arbeit, und nicht der Arbeiter. Differenzierte Entlohnungssysteme, betriebliche Sonderleistungen, Arbeits- und Fabrikordnungen, Gruppenzwang und kollektives Bewußtsein taten ein übriges (Flohr 1981). Auch andere offene oder verdeckte Sozialisationsagenturen des Staates dürfen nicht vergessen werden: hier ist an erster Stelle an das Militär zu denken, diese „ausgezeichnete Erziehungsanstalt des Volkes“ (so der Hygieniker Hueppe 1923, S. 81), die gleichermaßen allgemein subordinierte Verhaltensformen wie auch – durch Zwangsimpfung und andere Zwangsmedikalisierung, Kleidung, Ernährung – hygienische Verhaltensweisen prägte. Die im Kaiserreich obligatorische Frage „Ham’Se jedient?“ signalisierte folglich den Anspruch an einen berechenbaren Kommit. Schule, Kirche, Vereine u.a. sind hinzuzuzählen.

Allerdings darf die Bedeutung von „Gesundheit“ insbesondere für die Gestaltung des reproduktiven Lebens der Arbeiterfamilie auch nicht unterschätzt werden. Vielmehr bestand „geradezu ein Hunger (...) in den unteren Klassen, Kenntnisse zu erwerben auf dem Gebiete der Hygiene“ (zit. nach Tennstedt 1983, S. 462), und zwar sowohl danach, wie man sich unter den geänderten Lebensbedingungen im Fall von Gesundheitsgefährdungen, Unfällen und Krankheiten verhalten und wie man Leben, Wohnung, Kleidung, Nahrung etc. nach gesundheitlichen Gesichtspunkten ausrichten sollte (ausführlich Tennstedt 1983, S. 448 – 470; ferner Labisch 1978). Insbesondere die politische Arbeiterbewegung verstand sich als die Avantgarde der wissenschaftlich organisierten Massengesellschaft. Auf diese Weise spielte Gesundheit und Gesundheitssicherung nicht nur unter den Arbeitern sondern auch in der Programmatik und Politik der sozialdemokratischen Arbeiterbewegung eine im Vergleich zu anderen Parteien herausragende Rolle (Labisch 1976).

Das Angebot einer wertneutralen „Gesundheit“ als wissenschaftlich begründeter Lebensführung wurde daher von den sich assimilierenden Arbeitern aktiv aufgegriffen. Die Profession Medizin konnte, obwohl ihr ideologischer Charakter von der naturheilkundlich orientierten Arbeiterschaft durchaus gesehen wurde (Wolf 1893; Stollberg 1985), daher letztlich auch dadurch ihre Akzeptanz verbreitern, weil Hilfe und Rat nachgefragt und angenommen wurden – ein Umstand, der in der Professionalisierungsdiskussion bislang nicht hinreichend beachtet wurde. Die Arbeiterschaft wuchs in die industrielle Lebenswelt hinein, weil der wissenschaftlichen Konstruktion des produktiven Bereichs die wissenschaftliche Konstruktion des reproduktiven Bereichs entsprach.

Bewußt vorangetrieben, ja ebenfalls mit missionarischem Eifer gefördert wurde dieser durchaus nicht selbsttätige und ohne Konflikte verlaufende Prozeß durch die Arbeiterärzte und die Kassenangestellten, bzw. deren Selbstverwaltungsorgane (Tennstedt 1983; Göckenjan 1985b). So hatte etwa die große Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgebung, die 1896 bereits 103.492 Mitglieder zählte, in diesem Jahr 184 freiwillige Krankenbesucher mit 79.332 Besuchen und 13 berufliche Krankenbesucher, die 149.899 Besuche durchführten (Tennstedt 1983, S. 451). Aufgabe der Krankenbesucher war u.a. zu kontrollieren, ob die Anordnungen der Ärzte befolgt sowie Arznei- und Heilmittel vorschriftsmäßig eingenommen wurden: denn dazu waren die Kassenmitglieder per Kassenstatut verpflichtet. Die endgültige Evidenz des sozialen Konstrukts „Gesundheit“ wurde

also nicht nur durch Experten, sondern im unmittelbaren Lebenskreis der Patienten durch Menschen derselben Herkunft, Klasse und Sprache bestätigt: die kommunale Gesundheitsfürsorge als vorbeugende Verhaltensregulierung und die Kontrolle der medizinischen Therapie spielten sich also beide im unmittelbaren reproduktiven Lebenskreis der Arbeiterschaft, in Wohnung und Familie, ab – und sie waren unentrinnbar, weil sie von sich aus ins Haus kamen.

Die Krankenbesucher personalisierten gewissermaßen die Übergangsprobleme von der externen Kontrolle zur internalisierten Kontrolle. Nach der Jahrhundertwende wurden innerhalb der Kassenführungen im Rahmen einer „Krankenkassenbewegung“ (Tennstedt) wesentlich subtilere Modelle der Kontrolle und Verhaltensbeeinflussung entwickelt. Paul Kampffmeyer sprach 1903 von der „Mission der deutschen Krankenkasse auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege“: der Arbeiterversicherung sollte ein weitgestecktes sozialhygienisches Programm gegeben werden (Kampffmeyer 1903, S. 4). Denn die Sozialhygiene, obwohl keineswegs sozialistischer, sondern bürgerlicher Herkunft, und die Sozialdemokratie verfolgten in Teilbereichen gleiche Ziele – die „Verallgemeinerung der hygienischen Kultur“ als Ziel der Sozialhygiene und ein immer stärker hervortretender sozialdemokratischer Praktizismus und Reformismus entwickelten sich aufeinander zu. Wenn Hugo Lindemann, der führende sozialdemokratische Kommunalwissenschaftler der Zeit, das Wort prägte: „Wo keine Sonne hinkommt, gehört ein Arzt hin“, ist dies die offenbare Ablösung des vormals revolutionären politischen Modells, nämlich der restlosen Beseitigung der miserablen Wohnverhältnisse, durch das sozialhygienisch-medizinische Modell (Lindemann 1906; Labisch 1976, S. 357 – 359, 368 – 370).

Die Krankenversicherung und die kommunale Gesundheitsfürsorge wurden auf diese Weise zu „Einfallstoren“ medizinisch-hygienischer Vorstellungen bei den Arbeitern und ihren politischen Vertretern. Als Experten in diesem Assimilierungsprozeß fungierten die Arbeiterärzte. Sie verfaßten Gesundheitsbücher, Broschüren, Flugblätter, hielten öffentliche Kurse ab und berieten Politiker, Kassenverwaltungen und Vereine – ja saßen teilweise – wie etwa Ignaz Zadek – selbst in den Parlamenten (Tennstedt 1982). Auch die Arbeiterärzte stießen in den unmittelbaren Lebenskreis der Arbeiter, in Wohnung und Familie, vor: beispielhaft ist die unter der Führung Zadeks initiierte Wohnungsenquête der Ortskrankenkasse der Kaufleute nach 1901 in Berlin (Asmus 1982); ähnlich quète der Ortskrankenkasse der Arbeiter 1892 in Hamburg die Arbeiter-Sanitäts-Kommission in Berlin ebenfalls unter der Führung Zadeks, die sogar einen Boykott der königlichen Charité organisierte (Labisch 1983). Es wurden nicht nur nach außen hin hygienischen Charité organisierte (Labisch 1983). Es wurden nicht nur nach außen hin hygienische und gesundheitliche Mißstände dokumentiert und politisiert: nach innen hin brachten die Wohnungskontrolleure, wiederum unter Beratung sozialistischer Ärzte, den Arbeiterfrauen praktisch bei, wie die Wohnung zu lüften und zu reinigen sei, was schmutzige Gardinen und Staub für die Übertragung der Tuberkulose bedeuteten, wie Nahrungsmittel (Sommerdiarrhoe der Säuglinge!) aufzubewahren seien etc. Utopische Pläne reiften auch hier (Zadek, zit. nach Tennstedt 1983, S. 459):

„Alle Sonnabend müßte ein Arbeiterviertel von ihren Krankenkontrolleuren überschwemmt werden, müßten die Frauen bei der Treppen-, Zimmer-, Hausreinigung beobachtet und belehrt werden über die Gefahren, denen sie sich dabei in erster Reihe aussetzten, und müßte darüber an die Zentrale, an die Kasse berichtet werden; da, wo man auf Widerstand stößt, müßte immer wieder kontrolliert und gemeldet werden, und so im Laufe eines Jahres ganz Berlin abgesucht und zur hygienischen Kultur erzogen werden.“

Die Arbeiterärzte und die Krankenkassen, einerseits dem wissenschaftlichen Konzept der Sozialhygiene, andererseits dem politischen Konzept der Sozialdemokratie verpflichtet, bildeten auf diese Weise das personale, bzw. institutionelle Bindeglied zwischen der wis-

senschaftlichen Stützkonzeption „Gesundheit“ und der Lebenswelt der Arbeiter: mit enthusiastischem Eifer entwickelte sich die Arbeiterschaft in diese neue Lebenswelt hinein (vgl. z.B. Kampffmeyer 1903, S. 29 f.).

7. Der Arbeiter Z. und seine Familie: eine idealtypische Reifikation der Sinnwelt des „homo hygienicus“

Was bedeutete nun „Gesundheit“ in der Alltagswelt eines Arbeiters und seiner Familie? Was bedeutete ihr das sich herausbildende Hilfs- und Definitionsmonopol Medizin? Was die staatliche Sozialversicherung und was die kommunalen Leistungen in der Gesundheitsfürsorge? Welche Ereignisse der alltäglichen Erfahrungswelt einer Arbeiterfamilie veranlaßten diese, in die Sinnwelt des ‚homo hygienicus‘ hineinzuwachsen? Dies sei an einer statistisch und epidemiologisch durchschnittlichen, fiktiven Arbeiterfamilie zumindest annäherungsweise aufgezeigt, indem epidemiologische Häufungen und Spitzenwerte im Rückschluß reifiziert werden (Angaben nach Ewald I 1911; II 1914; Fischer 1913, 1. Aufl.; 1925, 2. Aufl.; ferner Spree 1981a und allg. Mosse/Tugendreich 1911): die Anzahl der Tage, an denen sich für ein Mitglied der Familie Kontakt mit dem Hilfsmonopol Medizin ergab, sei dabei als Gradmesser der (Zwangs-) Sozialisation in die neue Sinnwelt „Gesundheit“ genommen.

In der Zeit zwischen 1910 und 1914 lebte Familie Z., Vater, Mutter und vier Kinder, in einer großen Industriestadt in einem hygienisch assanierten Bezirk. Dieser Bezirk war wegen eines fortschrittlichen Stadtarztes mit allen bekannten Formen der Gesundheitsfürsorge gesegnet: Fürsorgestellen für Mütter und Säuglinge, für Kleinkinder, für Tuberkulosekranke, für Alkoholiker etc. Die Schulgesundheitspflege war in Zusammenarbeit mit dem staatlichen Kreisarzt gut ausgebaut. Josef Z. war als Zimmermann in einer Innungskrankenkasse zwangsversichert; die Krankenkasse bot über einen geringen Zusatzbetrag eine Familienversicherung für die nichtversicherungspflichtigen Familienmitglieder an, die Herr Z. abgeschlossen hatte.

Josef Z. verdiente als gelernter Arbeiter wegen des Baubooms gut; mit sonstigen Einkünften verfügte die Familie über ein jährliches Einkommen von 2.018 RM: damit gehörte die Familie zu den besser gestellten Arbeiterfamilien (Dowe 1981, S. 44 – 57; allg. Saul 1982). Vom Einkommen wurden (abgerundet) 51 v.H. für Nahrung, 12 v.H. für Kleidung, 18 v.H. für Wohnung und 4 v.H. für Heizung und Beleuchtung ausgegeben – mithin 85 v.H. des Einkommens allein für den rein restitutiven Bedarf. Für Gesundheits- und Körperpflege gab die Familie 1,4 v.H. aus, für Vor- und Fürsorge (Versicherungen, einschließlich Krankenversicherung) 3 v.H., also 89 RM im Jahr oder 7,40 RM im Monat. Die Familie bewohnte im 4. Stock eines Vorderhauses zwei Zimmer und Küche (Gransche/Wiegand 1982). Wasser und Klosett waren auf dem Flur.

Josef Z., 35 Jahre alt, gesund und leistungsfähig, hatte als Bauarbeiter ein erhöhtes Erkrankungs- und Unfallrisiko: während die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen im Durchschnitt 42 v.H. während eines Jahres arbeitsunfähig krank waren (Tennstedt 1976, S. 403), erkrankten Zimmerleute mit einer Wahrscheinlichkeit von 56 v.H. pro Jahr arbeitsunfähig, bzw. 37 v.H. pro Jahr ohne Arbeitsunfähigkeit; durchschnittlich dauerte die Arbeitsunfähigkeit 26 Tage (Ewald II 1914, S. 153, 172 f., 183, 235). Herr Z. suchte also jedes zweite Jahr – und wahrscheinlich wegen einer Erkrankung der Atemwege oder des Verdauungstraktes – den Arzt auf; wegen der langen Arbeitsunfähigkeit kam der Krankenbesucher der Krankenkasse jede Woche. Jedes dritte Jahr ging Herr Z. zum Arzt, ohne arbeitsunfähig geschrieben zu werden.

Maria Z. war 33 Jahre alt und hatte fünf Kinder geboren (Spree 1981a, S. 180). Ein Kind war als Frühgeburt verstorben (Ewald II 1914, S. 200). Jedes zweite Jahr hatte sie eine Niederkunft, die sie zu Hause unter dem Beistand einer staatlich geprüften Hebamme, bei auftretenden Komplikationen unter Hinzuziehung des Kassenarztes als Geburtshelfer, überstand: da eine Hauspflege für Wöchnerinnen noch nicht organisiert war, halfen ihr in dieser Zeit Nachbarinnen, so gut es eben ging. Während der letzten zwei Monate der Schwangerschaft suchte sie zur „Wochenhilfe“ die Mütterfürsorgestelle auf. Hier erhielt sie Zusatznahrung; bei größerer Bedürftigkeit hätte sie die sog. „Vorernährung“ sogar täglich bekommen können (Fischer 1925, 2. Aufl., S. 229). Insbesondere wegen Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettanomalien war Frau Z. öfter krank als ihr Mann (Ewald II 1914, S. 150): einmal im Jahr suchte sie den Arzt auf.

Das erste Kind Frau Z.s war als Frühgeburt verstorben. Ihre vier weiteren Kinder hatte sie nicht zuletzt aus Kostengründen selbst gestillt: ihre Kinder waren daher erheblich gesünder als ihre Altersgenossen, die mit Kuhmilch und Surrogaten großgezogen worden waren (Ewald I 1911, S. 463; allg. Spree 1981a). Frau Z. stillte ihre Kinder durchschnittlich sechs Monate (Spree 1981a, S. 177). In dieser Zeit suchte sie wöchentlich die Säuglingsfürsorgestelle auf; neben Untersuchung und Beratung erhielt sie im Rahmen der Stillpropaganda Zusatznahrungsmittel (Ewald I 1911, S. 465 – 478) – und zwar in Trockenform, damit sie nicht vorzeitig abstillte. Regelmäßig kam die Säuglingsschwester in die Wohnung, um hier nach dem Rechten zu sehen.

Die beiden Kleinkinder – zwei und vier Jahre alt – waren zwar etwas unterernährt, blutarm und skrophulös, ansonsten aber gesund. Allerdings machten sie die üblichen Kinderkrankheiten durch: Masern, Keuchhusten, Scharlach und Diphtherie. Den Eltern war es aus Abneigung gegen das Krankenhaus (Gesundheitswesen 1915, S. 28 f.) im Fall des Scharlach gelungen, die Kinder zu Hause zu behalten; der Kassenarzt hatte die Erkrankung nicht den staatlichen Medizinalbehörden gemeldet (Gesundheitswesen 1915, S. 20 f.). Die Diphtherie-Erkrankungen waren aber so schwer, daß die Kinder gefährdet waren und überdies eine Isolation in der Wohnung nicht möglich war. Die beiden Kinder wurden jeweils vierzehn Tage im Städtischen Krankenhaus isoliert. Außerdem wurde über die nun fällige Anzeige der Erkrankungen das staatliche Medizinalwesen in Gang gesetzt: die Wohnung wurde von einem Desinfektor inspiziert und desinfiziert. Ansonsten suchte die Mutter alle zwei Monate die Kleinkinderfürsorgestelle des Bezirks auf; auf sechs Beratungen in der Fürsorgestelle kamen jeweils sechs Hausbesuche der Fürsorgerin. Das Schulkind war vom Schularzt als skrophulös und leicht rachitisch beurteilt worden (Fischer 1925, 2. Aufl., S. 278). Es wurde daher vom Schularzt zweimal jährlich nachuntersucht und die Schulschwester klärte jedesmal auch die Mutter auf und unterrichtete sie über nützliche Hilfen. Außerdem nahm das Kind an der kostenlosen Schulspeisung teil.

Ferner suchte die Mutter zweimal pro Jahr mit den Kindern den Kassenarzt auf. Hinzu kam die gesetzlich vorgeschriebene Pockenschutzimpfung für das zweitjüngste und das jüngste Kind. Die häufigsten Kontakte mit dem professionellen medizinischen Dienstleistungssystem hatten folglich Mutter und Kinder: während bei der Normalisierung des Familienlebens „Gesundheit“ zweitrangig war, war sie bei der Normalisierung des Familienlebens ein hervorragendes Instrument der Gesellschaftstechnologie. Selbst unter diesen günstigen Annahmen ergaben sich damit in einen Zeitraum von zwei Jahren für Mitglieder der Familie Z. an 132 (134) Tagen Kontakte mit dem professionellen System ärztlicher und gesundheitsfürsorgerischer Dienste (vgl. Tabelle). Auf ein Jahr gesehen, waren damit – und zwar mit steigender Tendenz – die Kontakte mit der medizinischen Profession und deren Hilfskräften häufiger als mit dem Priester beim sonntäglichen Kirchengang.

Tabelle: Tage, an denen innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren ein Mitglied der Familie Z. Kontakt mit dem professionellen Dienstleistungssystem „Medizin“ hat

	Josef Z., Zimmer- mann (35 Jahre)	M. Z., Hausfrau (5 Gebur- ten, 33 Jahre)	1 Säug- ling (2 Mte.)	2 Klein- kinder (2 und 4 Jahre)	1 Schul- kind (6 Jahre)	Summe
Kassenarzt (1)	5 /2/ (2)	4	8	16	8	41 /43/
Krankenbesucher	3					3
Hebamme/Ge- burtshelfer		2				2
Mutterfürsorge		8 (2 Mte. wöchentl.)				8
Säuglingsfürsorge			26 (6 Mte. wöch.) (3)			26
Kleinkinderfürsorge				12 (3)		12
Schulgesundheits- pflege					8	8
Krankenhaus				28 (4)		28
Desinfektion				2		2
Impfung			1	1		2
Summe	8 /10/	14	35	59	16	132 /134/

Bei 132 (134) Tagen, an denen „Familie Z.“ Kontakt mit dem professionellen Dienstleistungssystem Medizin hatte, ergibt sich, daß eine sechsköpfige durchschnittliche Arbeiterfamilie zwischen 1910 und 1914 ca. an 65 Tagen pro Jahr Kontakt mit dem medizinischen Dienstleistungssystem hatte.

- (1) Jeweils Eingangs- und Schlußuntersuchung, jedoch mindestens einmal pro Woche Kontrolle der Arbeitsfähigkeit.
- (2) Innerhalb von zwei Jahren ein Arztbesuch mit Arbeitsunfähigkeit; jedes 3. Jahr zusätzlich ein Arztbesuch ohne Arbeitsunfähigkeit.
- (3) Davon die Hälfte Hausbesuche.
- (4) Zweimal je 14 Tage wegen Diphtherie.

Zu diesen geburts-, krankheits- oder fürsorgebedingten Interaktionen mit dem professionellen System kamen die gesundheitsrelevanten Eigenaktivitäten hinzu (vgl. oben 2. und 6.): Herr Z. konnte im Arbeiter-Samariterbund in Abendkursen bei Arbeiterärzten die Erste Hilfe bei Unfällen erlernen und selbst auf einer freiwilligen Rettungswache oder bei Arbeiterversammlungen als Sanitäter Dienst tun – aus der Notlage bei Unfällen am Arbeitsplatz war der Arbeiter-Samariterbund entstanden. Falls Josef Z. „Gesundheit“ auch als Politikum begriff, konnte er sich an gesundheitspolitischen Aktionen der Partei beteiligen: der Boykott der Charité und die Arbeiter-Sanitätskommission waren den älteren Genossen und Arbeiterärzten noch in lebhafter Erinnerung. Nun wurden regel-

mäßig Wohnung-Enquêtes durchgeführt. Schließlich konnte sich Josef Z. auch im Arbeiter-Abstinenzbünd engagieren, im Arbeiter-Sportbünd, im Arbeiter-Radfahrerbünd und zahllosen anderen Vereinen, in denen die Arbeiterschaft eine eigene Kultur gegen das Bürgertum aufzubauen versuchte (Ritter 1979). Ferner gab es auf den Parteiabenden, angeregt durch Genossen oder Arbeiterärzte, Schulungsabende über Gesundheit, Wohnung, Kleidung, Ernährung etc. Hier stand inzwischen eine eigene „Arbeiter-Gesundheitsbibliothek“ von Arbeiterärzten und anderen wohlmeinenden Ärzten verfaßt, zur Verfügung. Schließlich konnte Josef Z. auch im Vorstand seiner Krankenkasse aktiv werden und damit Einfluß auf die medizinische Versorgung seiner Genossen nehmen; als Krankenkassendirektor konnte er nach Feierabend prüfen, ob die Genossen wirklich krank waren und sich an die Anordnungen des Arztes hielten.

Zu diesen aus der Arbeiterbewegung gespeisten Aktivitäten kamen die öffentlich dargebotenen Möglichkeiten hinzu: Vorträge, Ausstellungen, Belehrungen in der Schule etc. — zwar noch recht unsystematisch (die hygienische Volksbelehrung sollte erst nach 1919 ausgebaut werden), aber beispielsweise mit dem „gläsernen Menschen“, in den man „richtig hineinsehen“ konnte, sehr attraktiv. Im Bezirk waren jüngst öffentliche Badeanstalten, Licht- und Luftbäder und eine Schwimmhalle errichtet worden. Auch Spielplätze, Turn- und Sportplätze wurden eingerichtet. Darüber schwebte gewissermaßen die allgemeine Anpassung über die bewußte und unbewußte Nachahmung der Kleidung und des Verhaltens der „tonangebenden“ bürgerlichen Schichten.

Die Härte des realen Zwangs, der hinter der gesundheitlichen Anpassungsleistung der Arbeiterschaft stand, wird deutlich, wenn man sich durchaus übliche Gefährdungen in der Alltagswelt der Familie Z. vorstellt: Josef Z. arbeitete im unfallträchtigen Baugewerbe — auf 100 Arbeiter kam pro Jahr ein von der staatlichen Unfallversicherung anerkannter Betriebsunfall, der in 64 v.H. der Fälle eine vorübergehende Erwerbsunfähigkeit nach sich zog, in 28 v.H. der Fälle eine dauernde Erwerbsunfähigkeit und in 8 v.H. mit dem Tode endete (Ewald II 1914, S. 235).

Falls Josef Z. vom Gerüst stürzte und sich beide Beine brach (Ewald II 1914, S. 220), setzte er eine Lawine von Interaktionen mit parastaatlichem Versicherungssystem und dem medizinischen Hilfsmonopol in Gang: Erste Hilfe und Krankentransport waren seinerzeit wahrscheinlich noch selbst organisiert; es folgte ein längerer Krankenhausaufenthalt. Nach 13 Wochen Krankengeld wurde eine vorübergehende Berentung durch die Unfallversicherung, ergänzt durch die Invalidenversicherung, durchgeführt: Heilverfahren und Begutachtungsverfahren des gesamten parastaatlichen Versicherungsapparates und des professionellen medizinischen Systems waren aktiviert. Aber auch die Familie und des professionellen medizinischen Systems waren aktiviert. Aber auch die Familie war — abgesehen von persönlichem Leid — betroffen: das Krankengeld, gezahlt vom 4. Krankheitstag an bis zur 13. Woche, betrug nur 50 v.H. des Grundlohns; selbst wenn die Krankenkasse mehr leistete — was oft vorkam — durfte das Krankengeld max. 75 v.H. des Grundlohns betragen (Ewald II 1914, S. 90 — 121). Damit konnte Frau Z. nicht einmal mehr die unmittelbaren Bedürfnisse der Familie befriedigen: Frau und Kinder dürften in diesem Falle noch wesentlich öfter als vorher die Fürsorgestellen besucht haben, um zusätzliche Nahrungsmittel, Kleidung oder sogar eine Landverschickung für die Kinder zu bekommen.

Noch deutlicher zeigte sich die Labilität der „Gesundheit“ einer Arbeiterfamilie, wenn die Mutter schwer erkrankte: so hatten über 30 Jahre alte Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Wochenbett ein hohes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken — und zu sterben (Ewald I 1911, S. 531, 544). In diesem Falle wurde das gesamte sozial und medizinisch relevante Hilfssystem alarmiert: über die — wenngleich noch nicht zwingende — Meldung beim staatlichen Gesundheitswesen kam der staatliche Apparat in Gang; die Isolation im Krankenhaus und die spätere Heilbehandlung übernahm die Kran-

kenkasse; Ehemann, Kinder und weitere Kontaktpersonen wurden auf eine mögliche Weiterinfektion überwacht; die Wohnung wurde inspiziert und gründlich desinfiziert; die Kinder mußten, da der Vater arbeitete, in einem Kinderheim untergebracht werden. Familie und Wohnung wurden nach festgelegten gesundheitlichen Prinzipien (Ewald I 1911, S. 556 f.) durchleuchtet, begutachtet, saniert, desinfiziert und verschiedenen Versorgungssystemen zugeführt. Familie Z. war in ihrer Reproduktionsleistung gescheitert und wurde nun aufgelöst, um den spezialisierten Instituten zugeführt zu werden – während ein Tuberkulosefall in einer ostelbischen Landarbeiterfamilie wahrscheinlich nicht einmal aufgefallen wäre.

Das soziale Konstrukt des „homo hygienicus“ hatte also in der Alltagswelt des Arbeiters und seiner Familie eine nochmals andere Qualität von „Realität“: Unfall, Krankheit oder Leistungsminderung waren eine alltägliche Bedrohung, die das labile Gleichgewicht der „gesunden“ Arbeiterfamilie von einer Stunde auf die andere zusammenbrechen lassen konnten. Der notwendigen Nachfrage nach medizinischer und sozialer Hilfe entsprach daher der Zwang, die Binnverhältnisse der Familie als Ort der Reproduktion zu verfestigen und zu verstetigen – und damit aus eigenem Interesse heraus auch hier Normalitätsstandards durchzusetzen. Die Zwangssozialisation durch medizinische und soziale Dienstleistungsmonopole wurde durch eine notwendige Nachfrage nach gesundheitsrelevantem Verhalten ergänzt – hier beginnt der aktive Assimilationsprozeß der Arbeiterschaft in die industrielle Lebenswelt. Da Hilfe, Verhaltensanleitung und -kontrolle unmittelbar verbunden und – wie etwa in der Säuglingspflege – unmittelbar einsichtig und nachvollziehbar waren und sich schließlich im unmittelbaren Lebenskreis der Arbeiterfamilie abspielten, war der Sozialisierungseffekt notwendigerweise groß. Das wissenschaftliche Konstrukt des „homo hygienicus“ wurde folglich auch in der Lebenswelt der Arbeiterfamilie eine „vernünftige“ Sinnwelt und damit auf neue Weise real.

8. Zusammenfassung: „Gesundheit“ und der „homo hygienicus“ als Sinnwelt und Leitfigur der Industriegesellschaft

In einer exemplarischen, keineswegs vollständigen Analyse anhand von Quellen und Literatur zum Deutschen Kaiserreich haben wir die soziale Konstruktion und Funktion von „Gesundheit“ und ihrer Personifikation, dem „homo hygienicus“ verfolgt. In der Hochphase der Industrialisierung wurde „Gesundheit“ zu einem vielfältig besetzten Wert höchster politischer Relevanz – angefangen von ihrer Bedeutung als allgemein verbindlicher Lebens- und Verhaltensrichtlinie über ihre Bedeutung als alleiniger Existenzgrundlage lohnabhängiger Schichten bis hin zu ihrer Bedeutung als scheinbar entpolitisierter, weil naturwissenschaftlich-wertneutraler Stützkonzeption staatlicher, kommunaler und industrieller Sozialpolitik. Das wert- und klassenneutrale wissenschaftliche Konstrukt „Gesundheit“, personalisiert in der impliziten Figur des „homo hygienicus“, erlaubte gleichermaßen die sozialpolitische Kanalisierung des Risikos Krankheit und deren sozialer Bedingungen und Folgen wie die langfristige Verhaltensregulierung der im aktiven Assimilationsprozeß begriffenen Arbeiterschaft, die für die wissenschaftlich-technische Konstruktion des produktiven Bereichs im „homo hygienicus“ eine vergleichbare wissenschaftlich-medizinische Konstruktion im reproduktiven Bereich vorfand: das wissenschaftliche Konstrukt „Gesundheit“ wurde zu einem sozialen Konstrukt, weil sich in ihm völlig divergierende Interessen und Bezugssysteme in einer neuen Sinnwelt neutralisierten – umstritten war nicht das Ziel, umstritten war nicht die Sinnwelt, umstritten waren lediglich Wege und Organisationsformen. „Gesundheit“ wurde zu einem allgemein akzeptierten sozialen Gut und sozialen Wert, der gleichermaßen individuelle wie kollektive

tive Bedürfnisse befriedigte und individuellen wie kollektiven Nutzen stiftete; als solche wurde Gesundheit der zwar alternierenden, aber rationalen und zielgerichteten Steuerung des Sozialstaats zugänglich. Über das soziale Konstrukt „Gesundheit“ wurden die Proleten folglich in die wissenschaftlich organisierte industrielle Lebenswelt eingeführt und zum Industriearbeiter veredelt.

Dieser psychogenetische Prozeß der Kolonisation und Assimilation der Industriearbeiterschaft wurde durch das nun ebenfalls ausdifferenzierte Hilfs- und Definitionsmonopol „Medizin“ sozusagen dingfest gemacht. Die Gesundheitswissenschaftler waren als offizielle Weltexperten die Theoretiker der neuen Sinnwelt, die Ärzte die Praktiker der entsprechenden Sozial-/Gesellschaftstechnologie; nachgeordnete Funktionäre wie Gesundheitsfürsorgerinnen, Krankenbesucher etc. kamen hinzu.

Während der Ausbildung eines Dienstleistungsmonopols der Hilfe im Krankheitsfall konnten sich die Ärzte professionalisieren. Gleichzeitig fiel ihnen die mit dem Hilfsmonopol untrennbar verbundene Aufgabe der Kontrolle sowohl des Hilfsbegehrens als auch der angebotsadäquaten Verhaltensweisen zu: der Generalisierung von Hilfsansprüchen und der Monopolisierung genereller Hilfsangebote folgt unweigerlich die Generalisierung von Kontrolle und Verhaltenserwartung. „Schutz durch Kontrolle, Kontrolle durch Schutz“ lautet der allgemeine Mechanismus, und im besonderen: je mehr die Gesellschaft an medizinischen Hilfsangeboten bereithält, umso unausweichlicher und zwingender wird der Anspruch nach „gesundheitsgerechtem“ Verhalten; zum „Recht auf Gesundheit“ korreliert die „Pflicht zur Gesundheit“. Individuelle, lebensweltsspezifische Deutungen und Wertschätzungen von Gesundheit wurden in diesem Prozeß als nicht mehr angemessene Sinnprovinzen überrollt und schließlich nihilisiert: der „homo hygienicus“ wird vom lebensweltbezogenen Verhaltensangebot an den Bürger zur zwingenden Verhaltensverpflichtung für alle. Dabei wird die Bestimmung der Wirklichkeit des „homo hygienicus“ in der monopolisierten medizinischen Beratung und Hilfe evident — die Bestimmung der neuen Wirklichkeit wird folglich durch den Arzt vermittelt und erhärtet.

Die neue soziale Realität der Sinnwelt des „homo hygienicus“ wurde über verschiedene Teilprozesse verbreitet. Die Sozialhygiene verwissenschaftlichte den durch die Bakteriologie zerstörten sozialen Begründungszusammenhang der Medizin; die gruppenbezogene Gesundheitsfürsorge als Praxis der Sozialhygiene wurde von Kommunalärzten und Gesundheitsfürsorgerinnen in den Industriestädten umgesetzt. Die Gesundheitsfürsorge war insbesondere auf die Familien als neuer Reproduktionsgrundlage der Arbeiterschaft ausgerichtet. In der gesetzlichen Krankenversicherung wurde hingegen das individuelle Risiko „Krankheit“ der politisierten Industriearbeiterschaft abgesichert — der externe Nutzen der Krankenversicherung und sozialpolitisches Ziel war also nicht ärztliche Hilfe sondern soziale Integration. Der Kassenarzt war damit auf den produktiven Teil der Bevölkerung ausgerichtet. Gleichwohl wurde über die parastaatlichen Institutionen der Krankenkassen und deren Krankenbesucher die Evidenz der Sinnwelt „Gesundheit“ bis zum Übergang von der externen zur internalisierten Kontrolle bis in die Arbeiterwohnungen getragen.

Hinter diesen Teilprozessen setzte der allgemeine Zivilisations- und Rationalisierungsprozeß den Handlungszwang: die Kolonisierung neuer peripherer Unterschichten war erforderlich, um ein ausreichendes und dauerhaft verwertbares Potential von Arbeitskräften zu sichern — von hierher resultierte also die Macht, die den Prozeß vorantrieb. „Gesundheit“ als soziales Gut verdeckte die wirklichen Institutionen und Machtpositionen. Die Teilprozesse konnten aber nur deshalb so rasch, umfassend und erfolgreich vonstatten gehen, weil die Unterschichten sich schließlich in einem aktiven Assimilationsprozeß befanden: es bestand also nicht nur eine Nachfrage nach Hilfe, sondern auch nach einer neuen Sinnwelt, die den Bedarf nach neuen, angepaßten Verhaltensweisen befriedigte —

soziale Nachahmung, soziales Lernen und Zwangssozialisation wirkten also in dieselbe Richtung. Die zweite Phase der Industrialisierung einschließlich der Weimarer Zeit war in Deutschland deshalb eine „goldene Ära der Gesundheitserziehung“, weil die neu sich bildende Industriearbeiterschaft das Konstrukt „Gesundheit“ als Bestandteil ihrer allgemeinen sozialen Bewegung aufgreifen konnte.

„Gesundheit“ erweist sich damit als Konstruktion einer adäquaten Sinnwelt industrieller Gesellschaften: hier liefert sie die Legitimation sozialtechnologischer Gestaltung von Verhältnissen *und* Verhalten.

9. Ausblick

Mit unerbittlicher Konsequenz zu Ende geführt wurde die soziale Konstruktion der Gesundheit im nationalsozialistischen Deutschland. In dem auf rassenhygienischem und rassekundlichem Gedankengut aufbauenden Gesellschaftsmodell des Nationalsozialismus wurde Gesundheit von dem sozialen Gut eines inkludierenden Rechts- und Sozialstaates zur sozialen Kategorie einer auf permanenter Selektion und Exklusion aufbauenden völkisch-rassischen Gemeinschaft: Gesundheit entschied nicht allein über das *So*-Sein, sondern über das *Da*-Sein von Menschen schlechthin.

Rassenhygiene und Rassenkunde lieferten als offizielle Gesundheitswissenschaften die Legitimation für die Biologisierung und damit schließlich politische und soziale Technisierung der inneren und äußeren Problemlagen Deutschlands: im Rassegedanken gründeten der Kampf um Lebensraum nach außen und die permanente rassische Auslese als gesellschaftsgestaltendes Prinzip nach innen. Rassische Entmischung, abgestufter Ausschluß nicht fortpflanzungswürdiger und gemeinschaftsunfähiger Menschen aus der Volksgemeinschaft – beides mit der notwendigen und absehbaren fabrikmäßigen, also technischen Ermordung von Millionen von Menschen – sowie schließlich die rassische Höherzüchtung bildeten das Programm der nationalsozialistischen Erbgesundheits- und Rassenpflege. Nur aus dieser inneren Rationalität ist die Flut sozial- und gesundheitspolitischer Aktivitäten unmittelbar nach der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten zu erklären. Und wiederum walteten Ärzte als Sozialtechnologien an den Pforten der gesellschaftlichen Exklusion und Selektion – bis hin zu dem Streit, ob die Selektion in den Vernichtungslagern von Lagerführern und Ärzten durchzuführen sei (vgl. vorerst Labisch/Tennstedt 1985; Labisch 1985b).

LITERATUR

- Asmus, G. (Hrsg.) (1982), Hinterhof, Keller und Mansarde. Einblicke in Berliner Wohnungselend 1901 – 1920, Reinbek.
- Berger, P. L., T. Luckmann (1969), Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, Frankfurt, 1. Aufl. (zitiert nach 1977, 5. Aufl.).
- Castell-Rüdenhausen, A. Gräfin zu (1982), Die Überwindung der Armenschule. Schülerhygiene an den Hamburger öffentlichen Volksschulen im Zweiten Kaiserreich, in: Archiv für Sozialgeschichte 22, S. 201 – 226.
- Ditt, K. (1982), Industrialisierung, Arbeiterschaft und Arbeiterbewegung in Bielefeld 1850 – 1914 (= Untersuchungen zur Wirtschafts-, Sozial- und Technikgeschichte, 4), Dortmund.
- Dowe, D. (Hrsg.) (1981), „Erhebung von Wirtschaftsrechnungen minderbemittelter Familien im Deutschen Reiche“, bearb. v. Kaiserl. Statist. Amte, Berlin 1909, Berlin – Bonn.
- Elias, N. (1969), Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen, 2 Bde., Berlin.
- Ewald, W. (1911, 1914), Soziale Medizin, Bd. 1, Bd. 2.

- Ferber, C. v. (1971), Gibt es ein sozialstaatliches Recht auf Gesundheit?, in: Archiv f. Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit 2, S. 104 – 119.
- Ferber, C. v. (1975). Soziologie für Mediziner, Berlin.
- Ferber, C. v. (1981), Zur Zivilisationstheorie von Norbert Elias – heute, in: Lebenswelt und soziale Probleme. Verhandlungen des 20. Deutschen Soziologentages, Frankfurt, S. 355 – 368.
- Fischer, A. (1913, 1925), Grundriß der sozialen Hygiene, Berlin, 1. Aufl., Karlsruhe, 2. Aufl.
- Flohr, B. (1981), Arbeiter nach Maß. Die Disziplinierung der Fabrikarbeiterschaft während der Industrialisierung Deutschlands im Spiegel von Arbeitsordnungen, Frankfurt.
- Foucault, M. (1977). Sexualität und Wahrheit, Bd. 1: Der Wille zum Wissen, Frankfurt.
- Frevert, U. (1981), Arbeiterkrankheit und Arbeiterkrankenkassen im Industrialisierungsprozeß Preußens (1840 – 1870), in: Conze, W., U. Engelhardt (Hrsg.), Arbeiterexistenz im 19. Jahrhundert: Lebensstandard und Lebensgestaltung deutscher Arbeiter und Handwerker, Stuttgart, S. 293 – 319.
- Frevert, U. (1984), Krankheit als politisches Problem. 1770 – 1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 62), Göttingen.
- Das Gesundheitswesen des preußischen Staates im Jahr 1913, Berlin 1915.
- Göckenjan, G. (1985a), Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt, Frankfurt.
- Göckenjan, G. (1985b), Medizin und Ärzte als Faktor der Disziplinierung der Unterschichten: Der Kassenarzt, in: Sachsse, C., F. Tennstedt, Soziale Sicherheit.
- Gottstein, A. (1897), Allgemeine Epidemiologie, Leipzig.
- Gottstein, A. (1920), Die neue Gesundheitspflege, Berlin.
- Gottstein, A. (1925), Adolf Gottstein, in: Grote, L. R. (Hrsg.), Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen, Leipzig, S. 53 – 91.
- Goudsblom, J. (1979), Zivilisation, Ansteckungsangst und Hygiene. Betrachtungen über einen Aspekt des europäischen Zivilisationsprozesses, in: Gleichmann, P., J. Goudsblom, H. Korte (Hrsg.), Materialien zu Norbert Elias' Zivilisationstheorie, Frankfurt, S. 215 – 253.
- Gransche, E., E. Wiegand (1982), Zur Wohnsituation von Arbeiterhaushalten zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts, in: Wiegand, E., W. Zapf (Hrsg.), Wandel der Lebensbedingungen in Deutschland, Frankfurt, S. 425 – 469.
- Grotjahn, A. (1912, 1915, 1923), Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der Krankheiten als Grundlage der Sozialen Hygiene, Berlin 1., 2. u. 3. Aufl.
- Grotjahn, A. (1921), Die hygienische Forderung, Königstein/Ts.
- Grotjahn, A. (1931), Erlebtes und Erstrebtes. Erinnerungen eines sozialistischen Arztes, Berlin.
- Heller, G. (1979), „Propre en ordre“. Habitation et vie domestique 1850 – 1930: l'exemple vaudois, Lausanne.
- Hueppe, F. (1923), Ferdinand Hueppe, in: Grote, L. R. (Hrsg.), Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen, Bd. 2, Leipzig, S. 77 – 138.
- Huerkamp, C. (1980), Ärzte und Professionalisierung in Deutschland. Überlegungen zum Wandel des Arztberufs im 19. Jahrhundert, in: Geschichte und Gesellschaft 6, S. 349 – 382.
- Huerkamp, C. (1983), Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Untersuchungen zur Sozialgeschichte der Ärzte in Preußen im 19. und frühen 20. Jahrhundert, phil.Diss., Bielefeld (Druck: Göttingen 1985).
- Huerkamp, C., R. Spree (1985), Arbeitsmarktstrategien der deutschen Ärzteschaft im späten 19. und 20. Jahrhundert. Zur Entwicklung des Marktes für professionelle ärztliche Dienstleistungen, in: Pierenkämpfer, T., R. Tilly (Hrsg.), Historische Arbeitsmarktforschung, Göttingen, S. 77 – 120.
- Imhof, A. E. (Hrsg.) (1983), Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit (= Berliner historische Studien Bd. 9), Berlin.
- Kalberg, S. (1981), Max Webers Typen der Rationalität. Grundsteine für die Analyse von Rationalisierungs-Prozessen in der Geschichte, in: Sprondel, W. M., C. Seyfarth (Hrsg.), Max Weber und die Rationalisierung sozialen Handelns, Stuttgart, S. 9 – 38.
- Kampffmeyer, P. (1903), Die Mission der deutschen Krankenkassen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege. Programmatische Gedanken zur Reform des Krankenversicherungsgesetzes, Frankfurt.
- Kaup, I. (1929), Abgrenzung der Sozialhygiene von der übrigen Medizin, in: Zs. f. Schulgesundheitsfragen 42, S. 248 – 251.
- Labisch, A. (1976), Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der deutschen Sozialdemokratie von ihrer Gründung bis zur Parteispaltung (1863 – 1917), in: Archiv f. Sozialgeschichte 16, S. 325 – 370.

- Labisch, A. (1978), The Workingmen's Samaritan Federation (Arbeiter-Samariter-Bund) 1888 – 1933, in: *Journal of Contemporary History* 13, S. 297 – 322.
- Labisch, A. (1981), Das Krankenhaus in der Gesundheitspolitik der deutschen Sozialdemokratie vor dem Ersten Weltkrieg, in: *Medizinische Soziologie, Jahrbuch* 1, S. 126 – 151.
- Labisch, A. (1983), Selbsthilfe zwischen Auflehnung und Anpassung: Arbeiter-Sanitätskommission und Arbeiter-Samariterbund, in: *ARGUMENT-Sonderband* 77, S. 11 – 26.
- Labisch, A. (1984), Die Wiederaneignung der Gesundheit. Zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs, in: *ARGUMENT-Sonderband* 113, S. 13 – 32.
- Labisch, A. (1985a), „Hygiene ist Moral – Moral ist Hygiene“ – soziale Disziplinierung durch Ärzte und Medizin, in: Sachsse, C., F. Tennstedt (Hrsg.), *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung*, Frankfurt.
- Labisch, A. (1985b), *Medizin im Zivilisationsprozeß. Arbeitspapier für die Arbeitsgemeinschaft „Medizin und sozialer Wandel“*, Zentrum für interdisziplinäre Forschung, Bielefeld 22./24. Mai 1985.
- Labisch, A., F. Tennstedt (1985), Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“. Entwicklungslinien und Entwicklungsmomente des staatlichen und des kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland (= Schriftenreihe der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen 13), 2 Bde., Düsseldorf.
- Leibfried, S., F. Tennstedt (1985), Armenpolitik und Arbeiterpolitik, in: dies. (Hrsg.), *Politik der Armut und die Spaltung des Sozialstaats*, Frankfurt, S. 64 – 93.
- Leithoff, H. (1979), Die Duldungspflicht ärztlicher Behandlung als Möglichkeit medizinischer und sozialer Disziplinierung, in: *Zs. f. Rechtsmedizin* 83, S. 27 – 38.
- Lindemann, H. (1906), *Die deutsche Städteverwaltung. Ihre Aufgaben auf den Gebieten der Volkshygiene, des Städtebaus und des Wohnungswesens*, Stuttgart, 2. Aufl. (die 1. Aufl. erschien 1901 unter dem Pseudonym C. Hugo).
- Mosse, M., G. Tugendreich (1913), *Krankheit und soziale Lage*, München.
- Nadav, D. S. (1976), Zur Einberufung der Ersten Reichsgesundheitswoche im Jahre 1926, in: *Med. Welt* 27, S. 1069 – 1072.
- Pankoke, E. (1981), Gesellschaftlicher Wandel und soziale Dienste. Voraussetzungen und Entwicklungsperspektiven, in: Kerkhoff, E. (Hrsg.), *Handbuch Praxis der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*, Bd. 1, Düsseldorf, S. 3 – 30.
- Petersen, J. (1877), *Hauptmomente in der geschichtlichen Entwicklung der medizinischen Therapie*, Kopenhagen.
- Piechocki, W. (1968), Das halle'sche Stadtphysikat im Industrialisierungsprozeß des 19. Jahrhunderts, in: *Wiss. Zs. Humboldt-Univ. Berlin* 17, M.-N. R., H. 5, S. 773 – 781.
- Redeker, F. (1923), Ideologie und Formen der industriellen Wohlfahrtspflege, in: *Zs. f. Schulgesundheitspflege* 36, S. 300 – 307.
- Ritter, G. A. (Hrsg.) (1979), *Arbeiterkultur* (= Neue Wissenschaftliche Bibliothek, Geschichte 104), Königstein/Ts.
- Rüegg, W. (1967), Der Kranke in der Sicht der bürgerlichen Gesellschaft an der Schwelle des 19. Jahrhunderts, in: Artelt, W., W. Rüegg (Hrsg.), *Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts* (= Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts, Bd. 1), Stuttgart, S. 35 – 49.
- Sachsse, C. (1982), Zur Entstehung sozialer Arbeit in Deutschland, in: *Zs. f. Sozialreform* 28, S. 267 – 296.
- Sachsse, C. (1985), *Mütterlichkeit als Beruf*, Frankfurt.
- Sachsse, C., F. Tennstedt (1980), *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Vom Spätmittelalter bis zum 1. Weltkrieg*, Stuttgart.
- Sachsse, C., F. Tennstedt (1985), *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung*, Frankfurt.
- Saul, K. u.a. (Hrsg.) (1982), *Arbeiterfamilien im Kaiserreich. Materialien zur Sozialgeschichte in Deutschland 1871 – 1914*, Düsseldorf.
- Schlossmann, A. (Hrsg.) (1927), *GE-SO-LEI. Große Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen*, 2 Bde., Düsseldorf.
- Schluchter, W. (1979), Die Entwicklung des okzidentalen Rationalismus. Eine Analyse von Max Webers Gesellschaftsgeschichte, Tübingen.
- Spree, R. (1981a), Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich, Göttingen.
- Spree, R. (1981b), Zu den Veränderungen der Volksgesundheit zwischen 1870 und 1913 und ihren Determinanten in Deutschland (vor allem in Preußen), in: Conze, W., U. Engelhardt (Hrsg.), *Arbeiterexistenz im 19. Jahrhundert. Lebensstandard und Lebensgestaltung deutscher Arbeiter und Handwerker*, Stuttgart, S. 235 – 292.

- Stollberg, G. (1983), Die gewerkschaftsnahen zentralisierten Hilfskassen im Deutschen Kaiserreich, in: Zs. f. Sozialreform 29, S. 339 – 369.
- Stollberg, G. (1985), Die Naturheilvereine im Deutschen Kaiserreich. Zur Geschichte einer sozialen Bewegung, verv. Ms., Bielefeld.
- Tennstedt, F. (1976), Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: Blohmke, M. u.a. (Hrsg.), Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3, Stuttgart 1976, S. 385 – 492.
- Tennstedt, F. (1981), Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Vom 18. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg, Göttingen.
- Tennstedt, F. (1982), Arbeiterbewegung: Familiengeschichte bei Eduard Bernstein und Ignaz Zadek, in: IWK. Internationale wissenschaftliche Korrespondenz zur Geschichte der deutschen Arbeiterbewegung 18, S. 451 – 481.
- Tennstedt, F. (1983), Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914, Köln.
- Thomann, K. D. (1980), Alfons Fischer (1873 – 1936) und die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene, Köln.
- Tutzke, D. (1979), Alfred Grotjahn, Leipzig.
- Vogel, M. (1925), Hygienische Volksbildung, in: Gottstein, A., A. Schlossmann, L. Teleky (Hrsg.), Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. 1, Berlin, S. 303 – 390.
- Weber, M. (1920), Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie, Bd. 1, Tübingen.
- Weindling, P. (1984), Die Preußische Medizinalverwaltung und die „Rassenhygiene“. Anmerkungen zur Gesundheitspolitik der Jahre 1905 – 1933, in: Zs. f. Sozialreform 30, S. 675 – 687.
- Weiss, J. (1981), Rationalisierung und Interpenetration, in: Schulte, W. (Hrsg.), Soziologie in der Gesellschaft, Bremen, S. 46 – 53.
- Wolf, H. (1893), Kapitalismus und Heilkunde oder Doktor und Apotheker, Dresden.
- Zadek, I. (1895), Die Arbeiterversicherung. Eine socialhygienische Kritik, Jena.