

Alfons Labisch
»Hygiene ist Moral – Moral ist Hygiene«* –
Soziale Disziplinierung durch
Ärzte und Medizin

1. Einführung

Allein die Frage, ob und inwieweit Medizin und Ärzte zur sozialen Disziplinierung beigetragen haben – und noch beitragen –, wird Streit und Widerstände provozieren. Einerseits lassen Selbst- und antizipiertes Fremdbild der Ärzte und ihrer dankbaren Patienten dieses Thema von vornherein belanglos erscheinen; andererseits wird man aus den Reihen der sog. »Medizinkritik« sofort Beifall ernten: die Diskussion wird hier von Schlagwörtern beherrscht, die sich aus der wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Literatur verselbstständigt haben – Professionalisierung der Medizin (Freidson, Larson)¹, Iatrogenese und Herrschaft der Experten (Illich)², Medikalisierung (Foucault, Illich)³, Medizin als Institution sozialer Kontrolle (u. a. Zola, Ehrenreich, Conrad/Schneider)⁴ sind inzwischen weithin geläufige Begriffe.

Untersucht man die hier gestellte Frage in dem vorgegebenen theoretischen und zeitlichen Rahmen, ergeben sich aber auch zahlreiche methodische und empirische Probleme. Denn schließlich wären in der Medizin theoretisch vformulierte und durch Ärzte umgesetzte Verhaltenserwartungen in ihrer unmittelbaren Übertragungssituation auf Gruppen oder Personen, bzw. in ihrem letzten Erfolg als Verhaltensänderungen im Sinne disziplinierter Verhaltens nachzuweisen – und dies für eine Zeit, in der angemessenes empirisches Material nicht durch sozialwissenschaftliche Feldforschung beschafft werden kann, sondern auf historische Quellen zurückgegriffen werden muß. Angesichts der tiefen Unsicherheit in der heutigen Gesundheitszerziehung, in der weithin akzeptiert ist, daß rationale Aufklärung eben *keine* Verhaltensänderungen bewirkt, muß eine historische Fragestellung noch unsicherer erscheinen. Sowohl aufgrund des theoretischen Ansatzes als auch der Quellen ist es folglich schwierig, das tatsächliche Alltagsverhalten der historischen Menschen im Sinne von »gesellschaftlich erwünscht« und zugleich »medizinisch richtig« zu

ermitteln und den Einfluß von Medizin und Ärzten darauf einzuschätzen.

In der Gesundheitserziehung und der ihr jeweils übergeordneten medizinischen Theorie liegt aber auch ein Ausweg. Denn gesellschaftliche Verhaltenserwartungen einerseits und medizinisch begründetes Verhalten andererseits schlagen sich in der gesundheits-erzieherischen Literatur nieder: Medizin und Ärzte spiegeln als gegebene Bestandteile der gesellschaftlichen Entwicklung die vorherrschenden gesellschaftlichen Verhaltenserwartungen wider – dieses »a priori« ist hier nicht eigens zu begründen, und Beispiele werden weiter unten genügend vorgeführt; gesundheitserzieherische Literatur gibt ihrerseits medizinisch begründete Verhaltensanleitungen. Ähnliches gilt für Vor- und Nachworte oder Einzelaun- gen medizinischer Fachliteratur und allgemeinverständlicher Schriften: Hier, quasi im vorwissenschaftlichen Raum, lassen die Autoren oft erkennen, in welche Denk- und Wertesysteme sie selbst eingebunden sind.

Im folgenden soll daher eine Auswahl gesundheitserzieherischer, staatsmedizinischer und hygienischer, resp. sozialhygienischer Literatur vornehmlich aus der Zeit der Industrialisierung Deutschlands gleichsam als literarisch überlieferter Indikator für medizinisch erwünschtes Verhalten angesehen werden. Um die langfristige, bis heute gültige Dynamik von Versuchen anzudeuten, über Medizin und Ärzte das Verhalten von Menschen, Gruppen oder ganzer Schichten zu beeinflussen, sind einige Vorbemerkungen zur Tradition deutscher Gesundheitserziehung und öffentlicher Medizin seit der Reformation erforderlich.

2. Zur Vorgeschichte der Medizin als Instrument sozialer Disziplinierung bis zu Beginn der Industrialisierung

2.1. »Reformation zu guter Gesundheit und Christlicher Ordnung«: »Gesundheit« als Voraussetzung und Richtschnur eines erfolgreichen bürgerlichen Berufslebens

Die 1573 von dem Frankfurter Stadtarzt Joachim Struppius (1530–1606) veröffentlichte *Nützliche Reformation zu guter Gesundheit und christlicher Ordnung* stellt einen für diese Zeit neuartigen und umfassenden Ratschlag an die städtischen Verwaltungen

dar, wie öffentliches und privates Leben nach gesundheitlichen Gesichtspunkten zu regeln sind.⁶ Struppius richtet eine Schrift an die christliche Obrigkeit und deren Untertanen in der Reichsstadt Frankfurt: nach einer Randnotiz der Vorrede möchte er auf der Grundlage seiner christlichen Verantwortung – er stammte aus einem der ersten protestantischen Pfarrhäuser Deutschlands – eine Reformation vorschlagen, weil neben der wahrhaft reinen Religion die Sorge um des Leibes Heil und Gesundheit stehe. *Struppius* verbindet seine medizinischen Ratschläge aufs engste mit der »geistlichen Arznei« und woffahrt der Seelen – so die Überschrift des ersten Kapitels im Register –, indem er die Obsorge um das Seelenheil an den Anfang und an das Ende seines Buches stellt: hier werden im Gebet die Sorge für die Seele und die öffentliche wie private Sorge für den Körper als Ebenbild Gottes gleichgesetzt. Gesundheitliche Maßnahmen dienen folglich der Ehre Gottes und dem gemeinsamen Nutzen: wenn so Obrigkeit wie Untertan, geistliche wie weltliche Personen »ein jeder also Gottfürchtig trewe / und fleissig in sein berufte leben würde: Ist gar kein Zweifel / daß man gar selige / blühende / uffgehende / und glückliche Lande und Stätte wurde haben«.⁷

In diesem »ersten deutschen Lehrbuch der öffentlichen Hygiene«⁸ sind Medizin und Religion zu jener – protestantischen – Berufsethik verbunden, die gleicherart weltlichen wie himmlischen Nutzen stiftet. Persönliche Gesundheit und gesunde Städte werden zur rational begründeten Basis christlichen Lebenswandels und gottgefälliger Ordnung. Medizin wird damit eine Aufgabe der – hier noch: städtischen – Öffentlichkeit.

Als Fortführung der »Reformation« des *Struppius* können wir Ludwig von Hörnigs (1600–1667) *Politica Medica* (...) ansehen, die dieser ebenfalls als Stadtarzt in Frankfurt ebendort im Jahre 1638 veröffentlichte.⁹ Hörnig baut sein Buch nach der Art städtischer Medizinalordnungen auf und beschäftigt sich mit den Pflichten der Ärzte, mit dem Apothekenwesen, Badern, Schröpfen, Hebammen, Krankenwärtern, Kurpfuschern etc. Da Krankheit eine Strafe der Sünde sei, sei es gleichviel Aufgabe der Ärzte, zunächst gottesfürchtig zu sein, wie es Aufgabe der Kranken sei, zunächst frömmere zu werden und der Seele Arznei zu begehren, um sich danach der leiblichen zuzuwenden.¹⁰

Wir sehen, daß Medizin hier einem übergeordneten Wertesystem hintangestellt ist und Gesundheit zu einem gesellschaftlichen wie

privaten Zweck wird, dem im Dienste eines übergeordneten Zieles gleichermaßen öffentliches wie privates Leben unterzuordnen sind: die Gesundheit wird zur Voraussetzung, den Stand der Gnade durch ein langes und erfolgreiches Berufsleben zu erreichen; die Medizin erscheint als eine zweitrangige Argumentationsebene – sie stellt sozusagen ein Inventar von zusätzlichen Argumenten dar, um ein aus einem übergeordneten Wertesystem, nämlich der protestantischen Berufsethik, geforderteres Verhalten zu rationalisieren.

Im protestantischen Wirtschaftsbürger wird das individuell-rationalere Handeln des eigenverantwortlichen Menschen vorformuliert, der sein Leben auf lange Handlungsketten und komplexe Interdependenzgefüge ausrichtet und daher gesund sein und gesund bleiben muß. Der protestantische Wirtschaftsbürger befreit sich durch sein Bekenntnis folglich nicht nur aus dem ständisch-korporativen Personenverband, indem er Glauben, Rechtfertigung und Sühne in sich selbst und sein eigenverantwortliches Handeln verlegt; vielmehr gibt ihm darüber hinaus die Medizin in inniger Verbindung zur Religion die Handlungsanleitung auf leiblicher Ebene. Die Stadt als Gemeinschaft der Bürger hat hierzu die öffentlichen Voraussetzungen zu schaffen. Gesundheit als allgemeines verbindliche Richtschnur des öffentlichen wie privaten täglichen Lebens ist damit eine spezifisch bürgerliche Erfindung – die ständisch-feudale Gesellschaft wird vom Bürgertum daher mit Müßiggang und Krankheit, die bürgerliche jedoch mit Arbeit und Gesundheit gleichgesetzt.¹¹

2.2. »Gesundheit und Moral«: »Gesundheit« als Veredelung des Untertan in absolutistischen Staat

Im Zeichen der Aufklärung mußten religiöse Argumentationen fragwürdig werden. Im aufgeklärten Bürgertum wird nun in einer neuen Identität von Vernunft, Physik und Moral das gesunde Leben zum erkennbar vernünftigen und damit zum moralisch richtigen Leben: Körper und Geist, Leib und Seele gehören zusammen und sind denselben Lebensregeln unterworfen. Die Verbindung von Religion und Medizin, Gesundheit und innerweltlichem Erfolg ist aufgegeben, eine neue Stufe der Individualisierung erreicht: das gesunde Leben richtet sich nicht mehr auf ein höheres Ziel, für das der wirtschaftliche Erfolg nur der weltliche Anzeiger ist – viel-

mehr sind Weg und Ziel in der Vernunft nun identisch: der Mensch ist damals vollends auf sich selbst zurückgeworfen und erkennt daher auch seine Lebensregeln selbst. Bei Descartes gilt Medizin als das einzige Mittel, »das Menschengeschlecht zu veredeln«.¹²

Aber selbst in diesem Begründungszusammenhang bleiben Gesundheit und Medizin nachgeordnete Werte und Argumentationsebenen. Die »Makrobiotik« als Kunst, das Leben zu verlängern, ist nicht mit »gewöhnlicher Medizin« zu verwechseln, sagt Hufeland (1762–1836), der 1797 diese Bibel bildungsbürgerlicher Gesundheitserziehung erstmals publizierte.¹³

Nach Hufeland lassen sich der Mensch und sein moralischer Zweck auch physisch nicht trennen. Er sieht seine Schrift dadurch ausgezeichnet,

»daß sie nicht allein die Wahrheit und den Werth der moralischen Gesetze in den Augen vieler dadurch erhöht, daß sie ihnen die Unentbehrlichkeit derselben auch zur physischen Erhaltung und Verlängerung des Lebens zeigt, sondern daß sie auch mit unwiderleglichen Gründen darthut, daß schon das Physische im Menschen auf seine höhere moralische Bestimmung berechnet ist . . . Wenigstens kann ich versichern . . . daß physische und moralische Gesundheit so verwandt sind, wie Leib und Seele.«¹⁴

Zur gleichen Zeit, als sich dieses neue Gesundheitsideal des Bürgertums formte, wurde Gesundheit auch auf der Ebene des Staates zu einem öffentlich bedeutsamen Wert. Im legalistisch-administrativen Konsolidierungsprozeß der Territorialstaaten wurde die Bevölkerung als Produktionsfaktor entdeckt: Bei diesem abstrakten, über Personen und primäre Gruppen hinausreichenden Interesse wurden in der Medizinischen Polizei erste Formen eines staatlichen Gesundheitswesens entwickelt.¹⁵

Eine hervorragende Rolle in diesem neuerlichen gesellschaftlichen Differenzierungs- und Integrationsschub spielte die »Medizinische Polizei«: Im Gegensatz zu den korporativ-kollektiven Medizinalordnungen der Städte wurden die Anfänge eines staatlichen Medizinalwesens nun Bestandteil legaler und damit über die Verwaltung organisierter, bürokratischer Herrschaftsausübung. Johann Peter Frank (1745–1821) lieferte mit seinem *System einer vollständigen medicinischen Polizei*¹⁶ jedoch nicht nur die Theorie, wie die »Vorsteher menschlicher Gesellschaften« das Medizinalwesen verbessern könnten; es stellt vielmehr zugleich einen umfassenden Versuch dar, das gesamte öffentliche und private Leben nach gesundheitlichen Erfordernissen zu regeln: Fortpflanzung,

Ehe, Schwangerschaft, Kindbett, Kindesaufzucht, Schule, Nahrung, Kleidung, Erholung, Wohnung etc. werden erfaßt. Franks Zeugenossen spürten, daß es sich hier um einen völlig neuen Zugriff des Staates auf das Leben der Menschen handelte. Er mußte sich daher bald mit dem Vorwurf auseinandersetzen,

»Ob durch das so erweiterte Gebieth der Polizey . . . die ohnehin schon immer mehr beschrittene natürliche Freiheit des Menschen unerhört eingeschränket, die Rechte der Hausväter, der Ehemänner, der Eltern, gelehrket und, was diesen unbefugt genommen wird, in die despotischen Hände der Obrigkeit gegeben werde?«¹⁷

Unterhalb der Entwicklung auf höfischer und bürgerlicher Ebene, die etwa in der Person Franz Anton Mais (1742–1814) zu umfassenden Gesetzesentwürfen und Fasten- und Laienpredigten führte, bahnten sich ebenfalls neue Entwicklungen an: Schulen und Kirchen waren in den Dienst gesundheitlicher Belehrung getreten. Von beispiellosem Erfolg war Bernhard Christoph Fausts (1755–1842) *Gesundheitskatechismus*¹⁸, von dem innerhalb von zehn Jahren 15000 Stück verkauft wurden. Die Zwecksetzung war offensichtlich: angeregt, bzw. empfohlen durch den jeweiligen Landesherrn, sollen Kinder durch die Institutionen Schule und Kirche vernunftgemäß des Wertes »Gesundheit« zu genü- und arbeitssamen Untertanen herangezogen werden: Gott hat des Menschen Leib geschaffen, damit er arbeite und froh sei – lieber arm und gesund als reich und krank!

Neben den Schulen wurden die Kirchen für religiöse, moralische und medizinische Belehrung benutzt: um »dem Geist der Bauern beizukommen«, wurde eine eigene Pastoralmedizin²⁰ entwickelt, in der seelsorgerischer Beistand und die medizinische Belehrung für bestimmte Lebenssituationen – wie etwa Nachkommenschaft und Kinderaufzucht – institutionell verknüpft waren: Religion, Moral und Hygiene treten hier einmal nicht im ärztlichen, sondern im priesterlichen Gewande auf. Die Pastoralmedizin war insbesondere für jene Orte gedacht, in denen keine Ärzte wohnten.

Die neue Qualität gesundheitlicher Belehrung im Zuge staatlicher Herrschaftsausbreitung ist offenkundig. Der absolutistische Staat bedient sich Institutionen zur moralisch-gesundheitlichen Belehrung, denen die Menschen nicht mehr ausweichen können: Der Arzt appelliert hier also nicht mehr an die städtische Obrigkeit und

an den einzelnen Wirtschaftsbürger, wie dies etwa Struppius tat, sondern die Obrigkeit benutzt Einrichtungen, deren Besuch verbindlich ist, um die Untertanen unter den Werten von Gottesfurcht, Sittlichkeit und Gesundheit zu arbeitsamen Untertanen zu erziehen.

Darüber hinaus zeichnet sich aber auch ein bestimmter Gang in der Herausbildung und der nachfolgenden Ausbreitung gesundheitlich begründeter Verhaltensweisen ab: Der frühere bürgerliche Begründungszusammenhang »Gesundheit und Religion« wird über staatliche Zwangsrichtungen popularisiert, während das Bürgertum einen neuen, seinem Individualisierungsgrad angemessenen Begründungszusammenhang entwickelt, der der nächsten Popularisierung harret.

Dabei folgen sowohl der Argumentationszusammenhang und die Ausbreitung mehr oder weniger deutlich gesetzten Zwecken, die sich aus der jeweiligen Ebene der wirtschaftlichen und sozialen Integration der Gesellschaft und den daraus folgenden Verhaltensentwartungen ableiten lassen: den rationalen und individualistischen Lebensregeln der bürgerlichen Führungsschichten entsprechen die gleichzeitig auf einer niederen sozialen Integrationsstufe in religiösen Gewande einhergehenden Verhaltensanforderungen an die bäuerlichen Unterschichten. Erhalten bleibt indes – in gewandelter Form – die Verbindung von »Gesundheit/Krankheit« mit den jeweils vorherrschenden Wertsystemen und Denkmustern.

3. Die soziale Disziplinierung des Industriearbeiters durch »Gesundheit und Wissenschaft«:
»Gesundheit« als wissenschaftlich-wertneutral begründeter Lebensstil der Industriegesellschaft

3.1. »Gesundheit und Sittlichkeit« als wissenschaftlich begründeter Lebensstil in der Zeit des Pauperismus

Der appellative Charakter der bisher vorgeführten verhaltenstleitenden medizinischen Argumente folgt aus ihrem deduktiven Charakter. In den Naturwissenschaften und ihrer ingenieurwissenschaftlicher Anwendung in der Technik hatten sich inzwischen induktiv-empirische Methoden durchgesetzt. Die folgende Technisierung und Industrialisierung der Gesellschaft war gleichzei-

tig von einem neuen Schub gesellschaftlicher Differenzierung und Integration begleitet, der eine neuerliche Popularisierung angemessener Verhaltensweisen erforderlich machte. Denn in den Industriestädten Englands wurde vorgezeichnet, daß diese Massenansammlung von Menschen zur Lebensform der Zukunft werden sollte: Die Menschen drängten auf der Suche nach Arbeit aus der agrarischen Peripherie in die Städte und mußten sich hier, noch an ihre alten Orientierungen und Verhaltensweisen gebunden, an völlig neue Lebensformen gewöhnen. Selbst den wohlwollenden bürgerlichen Beobachtern erschienen die Arbeiterviertel als eine Ansammlung stofflichen und menschlichen Abfalls, ja als das Sündenbabel schlechthin.²¹ Die 1831 in Europa einsetzenden Cholera-Epidemien wurden zugleich ein Fanal für die Gefahr, die der Allgemeinheit aus den industriellen Agglomerationen mit ihren bislang kaum bekannten und ungelösten Versorgungsproblemen erwuchs.

In England hatte sich mit dem »sanitary movement« eine Bewegung durchgesetzt, in der utilitaristische Sozialreformer daran arbeiteten, die schlechten Lebensverhältnisse der Arbeiter zu verbessern.²² Statistiker und Epidemiologen konnten später die Annahmen Chadwicks, daß die üblen Lebensverhältnisse und die Krankheiten der Arbeiter zusammenhängen, belegen. Gleichzeitig lag dem medizinischen Denken der Sozialreformer — wie Ackerknecht zeigte²³ — eine modernisierte und lokalisierte Abwandlung der klassischen »Miasma«-Theorie zugrunde: die Verunreinigung, der Schmutz oder »filth«, war die Ursache der Krankheiten, nicht irgendein belebter und ansteckender Keim.

Die Sanitätsbewegung richtete sich darauf, mit gesellschaftsreformerischem Enthusiasmus die Verhältnisse, in denen die Menschen lebten, zu verbessern und auch die Menschen selbst zu einer reinlichen — und das heißt hier zugleich: moralisch sauberen — Lebensführung anzuleiten. So wurde die Sanitätsbewegung für ihren öffentlichen Teil von unweilhygienisch ausgerichteteren Wissenschaftlern, sowie von Architekten, Ingenieuren, Kommunalpolitikern und später auch Ärzten getragen, während auf der personalen Seite Vereinigungen, Städte, Priester, Temperenzler u. a. arbeiteten. Die allgemeine »Säuberungsmaßregel« wurde zum »Allheilmittel der »Sanitätswissenschaft«.

Die Ideen des »sanitary movement« vertrat in Deutschland Friedrich Oesterlen in seinem 1851 erschienenen *Handbuch der Hygiene*.

24 Er richtete sein Hauptaugenmerk auf die Bedeutung der Hygiene für die gesamte Gesellschaft und ihre verschiedenen Klassen. Wie bei den englischen Utilitaristen war sein Grundgedanke, daß die Lebensumstände auch das geistig-sittliche Leben der Menschen bestimmen:

»Nicht leicht kann das geistig-sittliche Leben im Elend der Armut, mitten in Schmutz und schlechtem Beispiel von Kindheit an gedeihen, — bei Sklaven, Leibeigenen so wenig als z. B. beim heutigen Fabrik-Proletariat, überhaupt bei dem ärmeren, verwahrlosten Volksklassen.«²⁵

Oesterlen sprach explizit an, daß das geistig-sittliche Leben ebenso wie die Gesundheit Gegenstand naturwissenschaftlicher Erkenntnis ist. Diese naturwissenschaftlichen Erkenntnisse als Regeln zu verbreiten, ist wiederum die Aufgabe der Hygiene. Die für das Bürgertum geltenden Regeln sind dabei u. a. auch für das Fabrik-Proletariat maßgeblich: hygienisch richtiges Verhalten, bürgerliches Verhalten und für alle verbindliches Verhalten sind letztlich ein und dasselbe. Das Fabrikproletariat muß über dieses gleichermaßen wissenschaftlich wie ethisch richtige Verhalten in die Gesellschaft integriert werden.

Als Oesterlens Werke erschienen, wurde von Zeitgenossen bereits an einer zwar ebenfalls auf die Umweltbedingungen ausgerichteten, aber nunmehr ausschließlich auf experimentellen Ergebnissen aufbauenden Hygiene gearbeitet. Man war sich zwar bewußt, daß das neuerliche Aufblühen der Hygiene durch die sozialen Umstände, hier also die nun rasch voranschreitende Industrialisierung in Deutschland hervorgerufen war. Entsprechend schreibt Max Rubner (1854—1932):

»Wir sehen in der Tat, daß die hygienische Wissenschaft beide Male unter sehr ähnlichen Kulturzuständen ans Tageslicht getreten ist, im 18. Jahrhundert im Zeitalter der Aufklärung und philanthropischen Bewegung, und im 19. Jahrhundert in der Zeit sozialer Bedürfnisse und Bestrebungen.«²⁶

Gleichzeitig meinte man aber, etwas völlig Neues zu schaffen: Pettenkofer (1818—1901) machte keine Umstände, den selbst heute noch geschätzten Hufeland zurückzuweisen:

»Für die Gesundheit zu sorgen, war man natürlich von jeher bestrebt, . . . aber was man früher etwa zu *Hufelands* Zeiten darunter verstand, gilt nicht mehr, die früheren Stützen der Gesundheitslehre haben sich in dem scharfen, analytischen Scheidewasser der gegenwärtigen Physiologie fast

vollständig aufgelöst, fast nichts ist übrig geblieben, überall soll neu fundiert werden.«²⁷

Hatte noch Oesterlen auf Geistes- und Sittendiätetik, Moral und Religion wie Erziehungskunst verwiesen²⁸, sind nun Ärzte, Verwaltungsbearbeiter, Architekten und Ingenieure zu den »natürlichen Trägern und Vertretern der hygienischen Interessen der Gesamtheit« geworden²⁹; und »der ganze Inhalt der Hygiene ist Alles in Allem genommen doch nichts anderes, als eine angewandte Physiologie mit besonderer Rücksicht auf die Erhaltung des Wohlbefindens des Menschen«.³⁰

Petenkofer wurde 1865 erster Ordinarius für Hygiene in München und eroberte schließlich mit seinen Forschungen nahezu alle Gebiete der privaten und öffentlichen Gesundheitspflege. Er hat die Assanierung der deutschen Städte wesentlich mit vorangetrieben und damit dem öffentlichen Gesundheitswesen insbesondere auf kommunaler Ebene völlig neue Impulse gegeben: die Gründung vieler lokaler und regionaler Sanitätsvereine, die Gründung der Section für öffentliche Gesundheitspflege in der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1867 sowie schließlich die des einflußreichen Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege im Jahre 1873 gehen auf seinen Einfluß zurück.

Indes bleibt die Frage offen, ob nicht — etwa im Sinne Oesterlens — nun auch die sittlichen Forderungen wissenschaftlich begründet und verbreitet wurden oder ob nicht auch die experimentellen Hygieniker letztlich doch im gleichen medizinischen und ethischen Begründungszusammenhang ihres Tuns und Wollens befangen bleiben. So führt denn Petenkofer in seinen populären Vorlesungen *Ueber den Werth der Gesundheit für eine Stadt* aus, daß Sittlichkeit und Moral nicht nur ein ideales, sondern auch ein durchaus reales Gut seien:

»Zügellose, unsittliche und unmoralische Menschen untergraben sehr häufig ihre Gesundheit nicht bloss zum eignen Schaden, sondern auch zum Nachtheil ihrer Angehörigen und Nachkommen. Der puritanische Zug, welcher durch die englische Nation geht, hat sicher auch etwas zur Stärkung der Volksgesundheit beigetragen, konnte doch auf dem letzten Kongress für Social-Wissenschaft ... der Präsident der Abtheilung für öffentliche Gesundheit, Professor Dr. Acland in Oxford, in der Einleitung zu seiner Rede, die er über Gesundheit hielt, unbeanstandet aussprechen, dass der persönliche Gesundheitscodex in zwei Worten zusammengefaßt werden könne, in den Worten Reinlichkeit und Gottesfurcht (Cleanliness

and Godliness). Reinlichkeit und Sittlichkeit in allen Beziehungen soll auch unser Wahlpruch sein. Fügen wir diesen beiden Worten des Engländers noch ein drittes, ebenso edles hinzu, und das ist die Wohlthätigkeit.«³¹ (Kursivierung durch den Verfasser, A.L.)

Die »Vernaturwissenschaftlichung« der Grundwissenschaften mußte sich ebenfalls in der gesundheitserzieherischen Literatur niederschlagen. Dies sei an einem Hauptvertreter dieser Art der Gesundheitserziehung angezeigt.³²

Der Leipziger Professor und Polizeiarzt Carl Reclam (1821–1887), der sich weitgehend der Gesundheitsaufklärung widmete, hält mit ausgreifenden Ratschlägen nicht zurück: in seinen *Lebensregeln* beispielsweise fordert er eine Lebensordnung nach den Grundsätzen geläuterter Gesundheitspflege — jede Familie habe daher in ihrem Oberhaupt ein eigenes Gesundheitsamt zu haben.³³ Reinlichkeit, Sauberkeit, Helligkeit sind auch hier die Allheilmittel, das Wasser ist eine Art säkularisiertes Medium moralischer Läuterung:

»Der zu Reinlichkeit und Sauberkeit Gewöhnte zeigt auch reinere Neigungen in seiner Gefühls- und Gedankenrichtung; — öffentliche Bäder und Waschanstalten sind ein Erziehungsmittel des Volkes. Reichliche Wasserversorgung und reichlicher Wasserverbrauch mindert in einer Stadt gleichzeitig die Zahl der Krankenbetten und die Zahl der moralischen Verirrungen.«³⁴

Das gleiche gilt für die Beleuchtung, ebenso wie für die Wohnung — das beweisen statistische Untersuchungen über Wohnungen und Betragen der Arbeiter. Die »Kolonisierung« der Unterschichten über wissenschaftlich richtiges — und gleichzeitig bürgerliches Verhalten — wird also auch hier gefordert.

Die Hygiene konnte die Bedingungsfaktoren experimentell-künstlich isolieren und mit Hilfe der Physik und der Biologie experimentell ableiten, warum eine bestimmte Verhaltensweise die ein- oder zwei gesundheitlich richtige Verhaltensweisen war. Es war daher nicht mehr nötig, vorgeblich gesundheitsgerechtes Verhalten an andere Wertesysteme zu knüpfen. Aber auch dieses wissenschaftlich richtige Verhalten blieb das sozial erwünschte: was zunächst als qualitativer Sprung im Begründungszusammenhang der Gesundheitsziehung erscheint — nämlich nicht mehr »Gesundheit und Religion« oder »Gesundheit und Moral«, sondern »Gesundheit als wissenschaftlich richtiges Verhalten« —, erweist sich damit auch wiederum nur als ein Szenenwechsel einer letztlich ideologischen, an vorherrschenden Denk- und Wertesysteme genüpfen

Begründung: »Gesundheit« wird nun zur quasi wertfrei beweisbaren Richtschnur des täglichen Lebens in einer Gesellschaft auf dem Wege zur Industrialisierung und Verstädterung.

»Gesundheit« erscheint als adäquate Lebensrichtlinie einer sich als wissenschaftlich verstehenden Lebensweise des reproduktiven Bereichs, die mit der Verwissenschaftlichung des produktiven Bereichs einhergeht. »Gesundheit« ist damit nicht mehr ein sekundärer Wert, der erlaubt, ein übergeordnetes Ziel zu verfolgen, sondern wird zu einem Wert »sui generis«. Dies gilt zunächst für das Bürgertum. Mit der fortschreitenden Industrialisierung, massenhafter Binnenwanderung und dem Übergang von der extensiven zur intensiven Ausnutzung der Arbeitskraft gilt es daraufhin, den zagabundierenden Pauper in diese Lebensform einzuführen! Dies geschieht bezeichnenderweise in der alten Begriffsverbindung »Gesundheit und Sittlichkeit«.

3.2. *Der Einbruch der Bakteriologie in den moralisch-sittlichen Begründungszusammenhang öffentlich propagierter Gesundheit*

Die »Konditionalhygiene« war eine geschlossene Welt, in der die wissenschaftliche Denkweise und die abgeleiteten öffentlichen und privaten Maßnahmen die Folge einer allgemeinen Weltanschauung waren. Diese Welt wurde durch die sensationellen Erfolge der Mikrobiologie und Bakteriologie jedoch zunehmend in Frage gestellt; Robert Koch (1843–1910) fegte durch die methodisch beliebig reproduzierbare Grundlegung der Bakteriologie den Antikontagionismus einfach beiseite. Es war nun nicht mehr auf die Umgebung und auf Gemeinschaften hin ökologisch einzugreifen: Man konnte vielmehr aus einer individualistischen Krankheitsicht heraus über Isolation (vormals: Quarantäne), später über die aktive und passive Immunisierung intervenieren.

Mit dem scheinbaren Sieg der Bakteriologie in dem jahrhundertelangen Streit von Kontagionisten und Antikontagionisten wurden jedoch nicht nur die Interventionsformen abgewandelt: Vielmehr standen fundamentale gesellschaftspolitische Einstellungen und damit persönliche Wertesysteme zur Diskussion. Anders sind die teilweise atavistischen Reaktionen der alten Konditionalhygieniker gar nicht zu begreifen: Pettenkofer trank bekanntlich ein ganzes Glas einer Kultur von Cholerakeimen. Ackerkronecht setzt den Sieg des Kontagionismus mit dem Niedergang des Liberalismus

und dem Aufstieg der Reaktion gleich; die führenden Kontagionisten seien nicht bürgerlich Liberale, sondern Militärärzte gewesen.³⁵

Greifbar wird uns diese letztlich weltschauliche Auseinandersetzung beispielsweise in der Einleitung Behringes (1854–1917) zu seinen *Gesammelten Abhandlungen zur ätiologischen Therapie von ansteckenden Krankheiten*.

Er zerferzt den berühmten Bericht Virchows über die überschleissische Typhusepidemie aus ätiologischer Sicht, indem er nachweist, wie sehr Virchow nicht in medizinischen und ärztlichen, sondern in sozialen und sozialpolitischen Kategorien dachte:

»Hier finden wir die Anschauungen in voller Schärfe, welche noch lange Zeit einer naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise der Krankheitsätiologie entgegenstanden: die Zurückführung der epidemischen Krankheiten auf das sociale Elend. Auch diese Anschauungen haben gewisse ihr Gutes gehabt.« Nach den neuerlichen Entdeckungen und Methoden liege der Wert indes in einem »durch sociale und socialpolitische Erwägungen ganz unbeeinträchtigt« epidemiologische(n) Studium«. ³⁶

Nicht nur soziale Sehweise der Krankheit und entsprechende sozialpolitische Intervention sollten zu den Akten gelegt, auch die verhältnisbezogenen Interventionen sollten überflüssig werden:

»Gegenüber dieser Art der Bekämpfung von Infektionskrankheiten durch Fernhaltung und Vernichtung der Krankheitsursachen in der Umgebung des Menschen (i. e.: Assamierung, A. L.) stehen nun diejenigen Bestrebungen, welchen dem einzelnen Menschen Infektionsschutz verleihen wollen und den infizierten Menschen zu heilen suchen.«³⁷ (Im Original gesperrt.)

Die soziale Sicht der Ätiologie und die entsprechenden umgebungs- und gruppenbezogenen Maßnahmen sind demzufolge nur oder vorwissenschaftlich. Neutral und wissenschaftlich ist nur noch die bakteriologische Epidemiologie mit individualistischer Intervention. Der gruppen- und umgebungsbezogenen Medizin wird damit jede wissenschaftliche Berechtigung abgesprochen.

3.3. *Die Verwissenschaftlichung des gesellschaftlichen Begründungszusammenhangs von »Gesundheit« durch die Sozialhygiene: »Gesundheit« als Kultur der Industriegesellschaft*

Die Hoffnungen, die sich auf die Bakteriologie gestützt hatten, erwiesen sich rasch als übertrieben. Besonders treffende Beispiele

hiertür sind die Tuberkulose und die Cholera. Die Choleraepidemie brach 1892 in Hamburg aus, obwohl der Erreger seit 1883 bekannt war – indes war offenkundig, daß die städtische Assanierung nicht ausreichte. Die breit angelegten Untersuchungen zur Tuberkulose brachten zutage, daß faktisch alle Menschen infiziert waren: nur ein kleiner Teil von ihnen erkrankte aber wirklich – und dieser kleine Teil war durch spezifische, schlechte Lebensbedingungen ausgezeichnet. Demgegenüber blieben alle Versuche individueller Immunisierung und Therapie der Tuberkulose bis weit in unser Jahrhundert ohne durchgreifenden Erfolg. Der spätere Sozialhygieniker Adolf Gottstein (1857–1941) schildert eindringlich die enttäuschten Hoffnungen der ersten bakteriologischen Ära:

»Ursprünglich überzeugter Kontagionist, lernte ich später am Krankenbette immer mehr einsehen, dass an der Entstehung der Seuchen erst in letzter Reihe eine zufällige Ueberragung eines Ansteckungsstoffes beteiligt ist, dass vielmehr tieferliegende Ursachen in Frage kommen, die auf dem Felde der Massenentwicklung oder socialer Zustände zu suchen sind.«³⁸

Mit dieser breiten Sicht der Ätiologie schließt Gottstein bewußt an die Gesundheitswissenschaft an, die bis in die Anfänge des 19. Jahrhunderts zurückreicht und lediglich durch die physiologische und mikroparasitäre Schule unterbrochen wurde³⁹; gleichzeitig trat die Rassen- oder »Konstitutionshygiene« hinzu, weil man erkannt hatte, daß die Menschen unterschiedlich anfällig waren. Gleichwohl kam es übrigens zu scharfen Auseinandersetzungen zwischen den klassischen Hygienikern und den neuen Sozialhygienikern – man vergleiche hierzu etwa den Streit zwischen Rubner und Gottstein.⁴⁰

Während Gottstein die Entwicklung der Sozialhygiene aus der Bakteriologie repräsentieren mag, ist Alfred Grotjahn (1869–1931) 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 Schmoller geprägt, dessen Vorlesungen und Übungen er in Berlin besucht hatte. Fischer (1873–1936) hingegen, der die Sozialhygiene gleichermaßen theoretisch und praktisch vorantrieb, hat insbesondere, wie wir es an seiner *Geschichte des deutschen Gesundheitswesens* vielfach sehen können, den kulturhygienischen Aspekt betont.

So heterogen die Sozialhygiene durch die Personen, die sie prägen, wie durch die ihr zugrundeliegenden wissenschaftlichen Theorien gewesen sein mag, stellt sie dennoch eine konsequente Weiterentwicklung der alten Konditionalhygiene auf der Grundlage vorhandener wissenschaftlicher Ansätze und vorhandener sozialer Probleme dar. Das Trümmerfeld, das die Auslösungshygiene, wie Hueppe die mikrobiologische und bakteriologische Hygiene nennt, auf dem Gebiet der umgebungsbezogenen Betrachtungsweise und verhältnisbezogenen Intervention hinterlassen hat, wurde nun durch die Vertreter der Sozialhygiene beseitigt: die gesundheitlichen Massenprobleme der Industriestädte können wissenschaftlich aufgearbeitet und zu neuen, auf die Industriearbeiter und Industriestädte bezogene gruppen- und verhältnisbezogenen Interventionsmöglichkeiten ausgeformt werden.

Auch der ethisch-sittliche Appell, der in der Konditionalhygiene in der Begriffsverbindung »Sauberkeit ist Sittlichkeit« immer noch gegeben war, wurde durch die Verbindung von Medizin und Sozialwissenschaften nun problemadäquat verwissenschaftlicht und im Begriff der »hygienischen Kultur« auf eine neue Art verbündet. Durch die Sozialhygiene wurde folglich nicht nur den Kommunalpolitikern und Kommunal- und Armenärzten eine wissenschaftlich begründete Handlungsanleitung gegeben, wie mit gesundheitlichen Problemen zu verfahren sei, vielmehr ergab sich durch die Medizin eine neue – und notwendige – Dimension des Zugriffs auf das Verhalten der Unterschichten: Auf jede Art von religiös-sittlich-moralischem Appell konnte nunmehr verzichtet werden. Gleichzeitig wurde der politische Gehalt, der in der Disziplinierung der Unterschichten über den Zugriff »Sittlichkeit« steckt, durch den scheinbar wertneutralen Begriff »Gesundheit« verborgen. Damit wird »Gesundheit« nicht nur in ihrer individuellen Bedeutung verwissenschaftlicht, wie dies durch die erste Generation von Hygienikern geschehen war, sondern auch die soziale Bedeutung von Gesundheit taucht auf einmal durch die Sozialhygiene in wissenschaftlich-wertneutralem Gewand auf. So wie Gesundheit einige Generationen zuvor zu einem wissenschaftlich begründeten Lebensinhalt des Bürgertums wurde, und man dem Pauper gleichzeitig »Gesundheit und Sittlichkeit« predigte, wird das gesunde Verhalten nun endgültig zu dem für alle verbindlichen und nicht anzweifelbaren, ebenfalls wissenschaftlich bewiesenen Verhalten der industriellen Welt:

»Das Ziel der Gesundheitspflege ist nicht die Gesundheit einiger Bevorzugter, sondern die Verallgemeinerung der Körperkultur in allen Schichten unseres Volkes . . . Die Hygiene muß deshalb aus den wissenschaftlichen Instituten heraus an den Einzelnen herangebracht werden.«⁴¹

Der »hygienische Mensch«, die »hygienische Familie«, die »hygienische Siedelung« – so die Kapitalüberschriften in Grotjans *Hygienischer Forderung* – sind durch die »Verallgemeinerung der hygienischen Kultur«⁴² dem totalen Zugriff wissenschaftlich fundierter Lebensführung ausgeliefert: Hygiene ist die Moral des Bürgers, Sozialhygiene ist Moral der Industriearbeiter in der Massengesellschaft.

»Diese 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.«⁴³ Es gilt, »hygienisches Wissen selbst in die ärmsten Arbeiterwohnungen zu tragen«.⁴⁴ Es kann daher nicht verwundern, wenn neben dem »Recht auf Gesundheit« ähnlich wie in dem – zumindest theoretisch formulierten – totalen medizinischen Polizeistaat des Absolutismus nun wieder eine »Pflicht zur Gesundheit« gefordert wird.⁴⁵

4. Zusammenfassung und Diskussion

Die hier aufgezeigten Entwicklungslinien ließen sich bis in die Gegenwart fortführen und erlauben, wenn sie noch weiter verdichtet und abstrahiert würden, weitreichende Schlussfolgerungen für die heutige Situation. Wir haben gesehen, daß mit jedem neuen Schub gesellschaftlicher Differenzierung und Integration ein neuer, zumindest beabsichtigter, in der Durchführung aber immer unausweichlicherer Zugriff auf das Verhalten der Menschen über den Wert »Gesundheit« einhergeht. »Gesundheit an sich« gibt es jedoch nicht: »Gesundheit« ist vielmehr ein teleologischer, also zielgerichteter Wert, der lediglich die Chance eröffnete, zu einem übergeordneten Ziel zu gelangen. Gesundheit ist folglich kein primärer, sondern ein sekundärer Wert. Die primären Werte werden jedoch durch den Grad der gesellschaftlichen Integration und den entsprechenden Grad der Rationalisierung bestimmt. Der Gesundheitserziehung fällt damit die Aufgabe zu, die Menschen im Zusammenwirken mit anderen Institutionen der sozialen Disziplinierung in dieses Wertesystem einzuführen. Über das sekundäre Ziel der Gesundheit liefert die Medizin folglich ein in seinem Begründungszusammenhang beliebig austauschbares theoretisches Argumentationsinventar, das einen gesellschaftlich gesetzten Anspruch an ein bestimmtes Handeln und Verhalten rationalisiert: Medizin begründet über Gesundheit religiöses Handeln, vernunftgemäß-moralisches Handeln, sittliches Handeln und über wissenschaftliche Ideologien letztlich auch wissenschaftlich begründetes Handeln – und dies kann hier nur angedeutet werden: aus einem derart konstruierten Gesundheitsbegriff wird schließlich nicht nur die Pflicht zur Gesundheit abgeleitet, sondern auch das Recht, »lebensunwertes Leben« zu vernichten. Gleichzeitig schlüpfen Ärzte und andere medizinische Berufe in die Rolle des Vermittlers von gesellschaftspolitischen Zwecksetzungen über das Ziel der Gesundheit. Je größer durch den gesellschaftlichen Differenzierungs- und Integrationsprozeß der Zwang zur sozialen Disziplinierung wird, um so mehr kann die vormalig marginale Randgruppe der Ärzte sich über diese Vermittlerfunktion professionalisieren und in immer weitere gesellschaftliche Bereiche vorstoßen. Dies kann heute auch für andere therapeutische und sozial integrierende Berufe wie etwa Sozialarbeiter und Psychotherapeuten gelten. Der Nachweis therapeutischer Kompetenz ist dabei nicht erforderlich. Gleichzeitig ist abzusehen, daß entsprechende Dienstleistungen mit der zunehmenden Individualisierung und Rationalisierung der Gesellschaft niemals abnehmen, sondern nur zunehmen können und sich immer weitere Lebenskreise, die vormalig anderen Disziplinierungs- und Kontrollmechanismen unterlagen, erschließen: Kontrolle durch Schutz, Schutz durch Kontrolle, so kann der grundlegende Mechanismus benannt werden.

Wir können hier zum Ausgang der Untersuchung zurückkehren: »Gesundheit« erhält neben seiner individuellen Dimension, die in der alten Tradition aristokratisch-bürgerlicher-individualistischer Gesundheitserziehung von Galen über das Regimen Sanitatis Salernitanum über Hufeland bis heute bewahrt wird, eine soziale Dimension dadurch, daß sie gesellschaftlich gesetzte Erwartungen an ein bestimmtes Verhalten transportiert. »Gesundheit« erweist sich in der Anbindung an vorherrschende Denk- und Wertesysteme damit als ein zugleich zweifaches soziales Konstrukt: einmal in der individuellen Interpretation des Menschen, der einen so großen ge-

sellschaftlichen Spielraum hat, daß er – wenigleich im Rahmen vorherrschender Orientierungen – aus eigener Entscheidung gesund leben kann; zum anderen als ein propagierter Wert, hinter dem sich eine gesellschaftspolitische Zwecksetzung verbirgt. »Gesundheit« ist demzufolge seit der Reformation in eine »private Gesundheit« und eine »öffentliche Gesundheit« auseinandergefallen. Heute, am Ende des hier aufgezeigten Prozesses, scheinen individuelles Gesundheitsideal und propagierte Gesundheit zusammenzufallen, ohne daß jedoch die notwendigen Entscheidungs- und Handlungsräume entsprechend verteilt wurden. Von dieser Sicht aus wäre die heutige Problematik einer nach wie vor rational an einem individualistisch-privaten Gesundheitsideal ausgerichteten Gesundheitserziehung neu zu diskutieren – aber dies ist nicht das Problem dieses Bandes.

Anmerkungen

* Fischer, Alfons: Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Berlin 1933, II 365; dieser Beitrag ist dem Andenken Alfons Fischers gewidmet, der vor 50 Jahren seine oft zitierte, häufig ohne Angabe des Autors ausgeschaltete und bislang an Materialfülle unerreichte *Geschichte des deutschen Gesundheitswesens* veröffentlichte.

- 1 Freidson, Eliot: *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York 1970; ders.: *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*, Chicago 1970; Sarfati-Larson, Magali: *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*, Berkeley 1977.
- 2 Illich, Ivan: *Die Nemesis der Medizin*, Reinbek 1975.
- 3 Foucault, Michel: *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, München 1973; Illich (Anm. 2).
- 4 Zola, Irving K.: *Medicine as an Institution of Social Control*, in: *Sociological Review* 20, 1972, 487–504; Ehrenreich, John (Hg.): *The Cultural Crisis of Modern Medicine*, New York 1978, Conrad, Peter/Joseph W. Schneider: *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, St. Louis 1980.
- 5 Als Wegweiser zu den Quellen diente Fischer, *Gesundheitswesen* (Anm. 1); ebenso materialreich, aber weit umfassender ist Sand, René: *The Advance to Social Medicine*, London 1952; mit großem Gewinn zu benutzen ist ferner Vogel, Martin: *Hygienische Volksbildung*, in: Gottstein, Adolf u. a. (Hg.): *Handbuch der Sozialhygiene und Gesundheitsfürsorge*, Bd. 1, Berlin 1925, 303–390.

6 Struppius, Joachim: *Hochnötiger unterricht, Geistlicher und Leiblicher Artzney, in jetzigen Leufften wiederumb new gemehret. Sampt einem trewhertzigen Consilio medico, wie es sonsten auch jederzeit, allenthalben, nützlich und löblich zubalten*, Frankfurt/M. 1567; ders.: *Nützliche Reformation / zu guter gesundheit / und Christlicher Ordnung* (..), Frankfurt/M. 1573. Neben Fischer, *Gesundheitswesen* (Anm. 1), I, 174–183, s. zu Struppius auch die ausgewogene Darstellung und Einschätzung bei Mann, Gunter: *Gesundheitswesen und Hygiene in der Zeit des Übergangs von der Renaissance zum Barock*, in: *Med.-hist. J.* 2, 1967, 107–123, 108–113.

- 7 Struppius (Anm. 6), Bl. 30^v.
- 8 Fischer, *Gesundheitswesen* (Anm. 1), I, 175 (im Original gesperrt).
- 9 Ludwig von Hörnigk's Buch *Politica Medica* hat einen außergewöhnlich langen Titel, der den gesamten Inhalt umreißt; zu Hörnigk s. Fischer, *Gesundheitswesen* (Anm. 1), I, 325–327, s. 325 Abb. 73 das Titelblatt des Hörnigkschen Buches.
- 10 Hörnigk (Anm. 13) Tit. I, § 1, Tit. XIX, '1,2.
- 11 Rüegg, Walter: *Der Kranke in der Sicht der bürgerlichen Gesellschaft an der Schwelle des 19. Jahrhunderts*, in: Artelt, Walter/Walter Rüegg (Hg.): *Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts*, Stuttgart 1967, 35–49.
- 12 Zit. nach Schipperges, Heinrich: *Moderne Medizin im Spiegel der Geschichte*, Stuttgart 1970, 274.
- 13 Hufeland, Christoph Wilhelm: *Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern*, Jena 1797, vi; in den folgenden Auflagen wurde dem Titel das Wort »Makrobiotik« vorangestellt.
- 14 Ebd., xiiif.
- 15 Rosen, George: *Wirtschafts- und Sozialpolitik in der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens. Ein Interpretationsversuch*, in: Lesky, Erna (Hg.): *Sozialmedizin. Entwicklung und Selbstverständnis*, Darmstadt 1977, 26–61.
- 16 Frank, Johann Peter, *System einer vollständigen medicinischen Polizei*, Bd. 1, Mannheim 1779 ff.
- 17 Frank, (Anm. 16), I, 2. Aufl., 1804, xviiif. (Kursivierung im Original gesperrt).
- 18 Zu Mai s. neben Fischer, *Gesundheitswesen* (Anm. 1), II, 47–49, 149–152 u. passim ders.: *Ein sozialhygienischer Gesetzentwurf aus dem Jahre 1800, ein Vorbild für die Gegenwart*, Berlin 1913 und Seidler, Eduard: *Lebensplan und Gesundheitsführung*, Franz Anton Mai und die medizinische Aufklärung in Mannheim, 2. Aufl., Mannheim 1979. Der Gesetzentwurf wurde veröffentlicht unter dem Titel: *Stolpertus, der Polizei-Arzt im Gerichtschofe der medizinischen Polizeigesetzgebung, von einem patriotischen Pfälzer*, Vierter Theil, Mannheim 1802.

- 19 Faust, Bernhard Christoph: *Entwurf zu einem Gesundheits-Katechismus. Der, mit einem Religions-Katechismus verbunden, für die Kirchen und Schulen der Grafschaft Schaumburg-Lippe ist entworfen worden*, Bückeburg 1792 (Reprint, hg. v. Martin Vogel, Dresden 1925).
- 20 Zur Pastoralmedicin s. Fischer, *Gesundheitswesen* (Anm. 1), II, 153 f. und insbesondere Pompey, Heinrich: *Die Bedeutung der Medizin für die kirchliche Seelsorge im Selbstverständnis der sogenannten Pastoralmedizin. Eine bibliographisch-historische Untersuchung bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts*, Freiburg 1968.
- 21 Beispiele s. etwa in Engels, Friedrich: *Die Lage der arbeitenden Klasse in England*, Leipzig 1845 (NID: MEW 2, 229 u. München 1973).
- 22 Vgl. Shryock, Richard H.: *Die Entwicklung der modernen Medizin in ihrem Zusammenhang mit dem sozialen Aufbau und den Naturwissenschaften*, 2. Aufl., Stuttgart 1947, 172-202.
- 23 Ackerknecht, Erwin H.: *Anticontagionism between 1821 und 1867*, in: *Bull. hist. med.* 22, 1948, 562-593. Eine kritische Auseinandersetzung mit Ackerknecht s. bei Pelling, Margaret: *Cholera, Fever and English Medicine. 1825-1865*, Oxford 1978, 278-303; zur Kontroverse zusammenfassend s. Cooter, Roger: *Anticontagionism and History's Medical Record*, in: Wright, Peter/Andrew Trethcker (Hg.): *The Problem of Medical Knowledge. Examining the Social Construction of Medicine*, Edinburgh 1982, 87-108.
- 24 Oesterlen, Friedrich: *Handbuch der Hygiene*, Tübingen 1851.
- 25 Ebd. 708.
- 26 Rubner, Max: *Zur Vorgeschichte der modernen Hygiene. Rede am Geburtstage seiner Majestät des Kaisers und Königs Wilhelm II.*, Berlin 1905, 6.
- 27 von Pettenkofer, Max: *Populäre Vorträge: Erstes Heft: Beziehungen zur Luft zu Kleidung, Wohnung und Boden. Drei populäre Vorträge gehalten im Albert-Verein zu Dresden am 21., 23. und 25. März 1872*, 3. Aufl., Braunschweig 1876, 104.
- 28 Oesterlein (Anm. 24), 705.
- 29 Pettenkofer, *Beziehungen* (Anm. 27), 104.
- 30 Ebd. 107 f.
- 31 von Pettenkofer, Max: *Ueber den Werth der Gesundheit für eine Stadt. Zwei populäre Vorlesungen*, 2. Aufl., Braunschweig 1876, 39.
- 32 Der ansonten vielfach genannte Eduard Reich (1836-1919) wird als medizinischer Außenseiter hier nicht berücksichtigt; zu Reich s. Fischer, Alfons: *Die kulturhygienische Bedeutung von Eduard Reich*, in: *Sozialhygienische Mitteilungen* 10, 1926, H. 4, 99-109.
- 33 Reclam, Carl: *Lebensregeln, Ernstes und Heiteres aus der Gesundheitspflege*, Berlin 1877, 3 f.
- 34 Ebd. 106 f.
- 35 Ackerknecht (Anm. 23), 589-591.

- 36 von Behring, Emil: *Gesammelte Abhandlungen zur ätiologischen Therapie von ansteckenden Krankheiten*, Leipzig 1893, xix.
- 37 Ebd. xxvi.
- 38 Gortstein, Adolf: *Allgemeine Epidemiologie*, Leipzig 1897, v; vgl. hierzu ausführlich 298-316 die Diskussion Gortsteins am Beispiel der Tuberkulose. Auch Robert Koch räumte zu Ende seines Lebens ein, daß soziale Faktoren einen Einfluß insbesondere auf die Häufigkeit der Lungentuberkulose haben; vgl. Koch, Robert: *Epidemiologie der Tuberkulose*, in: *Zs. f. Hyg. u. Inf.-Krankheiten*, 67, 1910, 1-8.
- 39 Vgl. hierzu z. B. Gortstein, Adolf: *Geschichte der Hygiene im XIX. Jahrhundert*, Berlin 1901.
- 40 Vgl. hierzu etwa Rubner, Max: *Rede, gehalten zur Eröffnung des neuen Hygienischen Instituts zu Berlin*, in: *Berliner Klinische Wochenschrift* 42, 1905, 553-556, 612-613 und als Entgegnung Gortstein, Adolf: *Die Soziale Hygiene, ihre Methoden, Aufgaben und Ziele*, in: *Zs. f. soziale Medizin* 2, 1907, 3-36.
- 41 Grotjahn, Alfred: *Die hygienische Forderung*, Königstein/Ts. 1921, 3, 8 f.
- 42 Grotjahn, Alfred: *Soziale Pathologie*, 3. Aufl., Berlin 1923, 446.
- 43 Grotjahn, *Hygienische Forderung* (Anm. 41), 179.
- 44 Fischer, Alfons: *Grundriss der sozialen Hygiene. Für Mediziner, Nationalökonomern, Verwaltungsbeamte und Sozialreformer*, Berlin 1913, 12.
- 45 So z. B. Gottstein, Adolf: *Das Heilwesen der Gegenwart. Gesundheitslehre und Gesundheitspolitik*, Berlin 1924, 10 f.; Fischer, Alfons: *Gesundheitsrecht und Gesundheitspflicht*, in: *Sozialhyg. Mitteilungen* 9, 1925, H. 1/2, 44-52; umfassend zur Entwicklung in Deutschland: Göckensjan, Gerd: *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*, Frankfurt/M. 1985 und Labisch, Alvin: *Florian Tennstedt: Der Weg zum »Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934«*. *Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland*, Düsseldorf 1985.