

Heinrich-Heine Universität Düsseldorf

**Gesundheitspolitik und hygienische Volksbelehrung auf der „Großen
Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen
Düsseldorf 1926“ (Gesolei)**

Schriftliche Hausarbeit im Rahmen der Ersten Staatsprüfung für das Lehramt für die
Sekundarstufe II, dem Staatliche Prüfungsamt für Erste Staatsprüfungen für Lehräm-
ter an Schulen – Essen – Außenstelle Düsseldorf

vorgelegt von:

Heiko Zielke

Düsseldorf, März 1995

Themensteller:

Prof. Dr. Kurt Düwell

Historisches Seminar VI

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
1. Gesundheitspolitik und Gesundheitswissenschaft	8
1.1 Entwicklung bis zur Jahrhundertwende	8
1.2 Gesundheitsfürsorge und Soziale Hygiene	14
1.2.1 Gesundheitsfürsorge	14
1.2.2 Soziale Hygiene	23
1.3 Der Erste Weltkrieg und die Krise der Volksgesundheit	34
1.4 Weimarer Republik	37
2. Hygienische Volksbelehrung	47
3. Dimensionen von Gesundheit seit der Industrialisierung	63
4. Düsseldorf und die Große Ausstellung 1926	66
4.1 Die Ausstellungstadt	66
4.2 Düsseldorf in der Nachkriegszeit (1918-1925)	67
4.3 Planung, Aufbau und Durchführung der Gesolei (1924-26)	72
4.3.1 Arthur Schlossmann und der Plan zu Gesolei	72
4.3.2 Aufbau und Organisation	80
4.3.3 Eine nationale Demonstration	86
4.3.4 Durchführung der Gesolei	90
4.3.5 Beendigung der Ausstellung	95

5. Ausgewählte Aspekte der Gesolei	98
5.1 Konzeption und Gestaltung	98
5.2 Gliederung der Ausstellung	106
5.3 Architektur	113
5.4 Präsenz des Krieges und Bewältigung der Nachkriegszeit	119
5.5 Tropenhygiene und Kolonialrevisionismus	127
5.6 Rassenhygiene	133
5.7 „Der Mensch“	145
5.8 Der Arzt	149
5.9 „Volkskrankheiten“ – „Volksunsitten“. Individuelle und soziale Hygiene auf der Gesolei	154
5.9.1 Infektionskrankheiten	155
5.9.2 Tuberkulose	157
5.9.3 Wohnung und „Volksgesundheit“	160
5.9.4 Geschlechtskrankheiten	163
5.9.5 Alkoholismus	167
Zusammenfassung	170
Literaturverzeichnis	180

Einleitung

Als die „Große Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen Düsseldorf 1926“, kurz Gesolei, am 17. Oktober 1926 nach sechs Monaten geschlossen wurde, waren 7 ½ Millionen Besucher gezählt worden. Sonderzüge hatten sie aus allen Regionen des Deutschen Reichs, insbesondere aus dem Rheinisch-Westfälischen Industriegebiet nach Düsseldorf gebracht. Menschen aus allen sozialen Schichten und kulturellen Milieus trafen hier auf die lehrhaft-didaktischen Schaustücke der Ausstellung und die repräsentativen Selbstdarstellungen verschiedenster Institutionen und Organisationen sozialer, ökonomischer, politischer und weltanschaulicher Art.

Wie die hohe Besucherzahl belegt, war die spezifische Mischung der Gesolei aus gesundheitsaufklärerischer Lehrschau, Industrie- und Gewerbeausstellung sowie Vergnügungspark ein großer Erfolg gewesen. Gewiß, der lehrhafte Charakter der Ausstellung war entscheidend für die Konzeption der Gesolei gewesen, doch viele Menschen werden auch gekommen sein, um die zahllosen Attraktionen zu besichtigen: Da konnte man sich im Planetarium, der heutigen Tonhalle, in die Tiefen des Weltraums entführen und in die Geheimnisse der Astronomie einweihen lassen, den „durchsichtigen Menschen“ bestaunen, der alle Organe, Knochen und Gewebe transparent zeigte, Schauer und Abscheu empfinden bei den lebensecht nachgebildeten, krankhaft veränderten Geschlechtsteilen, fasziniert sein von den imposanten Selbstdarstellungen der industriellen Aussteller oder man konnte einfach nur eine Fahrt mit der Liliput-Bahn über das Ausstellungsgelände unternehmen, Lichtfilmvorführungen oder das Wellenbad „Planschetarium“ besuchen.

Der hier skizzierte Aspekt von „Schaulust“ war ein Charakteristikum großer Ausstellungen als einer spezifischen Form industrieller Massenkultur und erklärt ihren Erfolg beim Publikum. Nicht anders als die großen technisch-industriellen Leistungsschauen des 19. Jahrhunderts, wies auch die Gesolei in ihrer geschichtlichen Bedeutung über ihren unmittelbaren Zweck hinaus¹. Die Ausstellung als Massenkulturphänomen war eine Form, in der sich eine Gesellschaft Rechenschaft über

¹ Zur Kulturgeschichte der Ausstellung vgl. allg. E. Mai, Expositionen. Geschichte und Kritik des Ausstellungswesens, Berlin 1986. Einzeluntersuchungen zu sozial- und kulturgeschichtlichen Aspekten liegen vor allem zu den Weltausstellungen des 19. Jahrhunderts vor: Vgl. U. Haltern, Die 'Welt als Schauausstellung', in: VSWG 60 (1973), 1-40; L. de Cauter, The Panoramic Ecstasy. On World Exhibitions and the Disintegration for Experience, in: Theory, Culture and Society 10 (1993), 1-23.

den Stand ihrer Entwicklung ablegen konnte. War das Paradigma dieser gesellschaftlichen Selbstdeutung auf der sogenannten „kleinen Weltausstellung“ - der Düsseldorfer Industrie-, Gewerbe und Kunstausstellung von 1902 - noch ganz von dem technisch-industriellen Geist und den historistischen Kulturidealen des 19. Jahrhunderts bestimmt gewesen, so standen 1926 Hygiene und Sozialpolitik im Mittelpunkt. „Gesundheit“ war damit ein Wert geworden, der eine sozial, ökonomisch, politisch und kulturell differenzierte Gesellschaft in einem kommunikativen Prozeß zusammenführte, und die Gesolei bildete hierzu einen organisatorischen Rahmen.

Diese Arbeit wird die Gesolei unter der hier skizzierten sozial- und kulturhistorischen Perspektive untersuchen², wobei Gesundheitspolitik und Gesundheitserziehung, im zeitgenössischen Sprachgebrauch „hygienische Volksbelehrung“, im Mittelpunkt der Betrachtung stehen werden. Die Gesolei bildete einen Schnittpunkt zwischen dem wissenschaftlichen Diskurs der Hygiene, öffentlicher Gesundheitspolitik und gesundheitserzieherischer Praxis auf der einen Seite und einer breiten gesellschaftlichen Öffentlichkeit auf der anderen Seite. Im ersten Teil wird deshalb zunächst die Entwicklung des gesundheitswissenschaftlichen Diskurses und des modernen Gesundheitssektors nachgezeichnet werden³. Im Mittelpunkt stehen dabei einerseits die Formierung der Sozial- und Rassenhygiene als neuen gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen mit dem Anspruch einer weitreichenden gesellschaftlichen Deutungsmacht und andererseits die Herausbildung des modernen Gesundheitsfürsorgewesens. Insbesondere soll hier die Bedeutung des verlorenen Weltkrieges und der Begründung der Weimarer Republik für die Entwicklung der Gesundheitspolitik und der Sozialhygiene untersucht werden. Im Anschluß daran sollen in einem zweiten Kapitel Entwicklungslinien der Gesundheitsaufklärung und -erziehung vom Kaiserreich zur Weimarer Republik aufgezeigt werden. Dabei wird der Schwerpunkt auf Gesundheitsausstellungen gelegt werden, um so die Gesolei in den Kontext der hygienischen Volksbelehrung auf Ausstellungen historisch einzuordnen. Danach

² Zur Diskussion vgl. U. Daniel, 'Kultur' und 'Gesellschaft'. Überlegungen zum Gegenstandsbereich der Sozialgeschichte, in: GG 19 (1993), 69-99.

³ Vgl. allg. P. Weindling, Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism 1870-1945, Cambridge 1989; A. Labisch/F. Tennstedt, Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland, 2 Bde., Düsseldorf 1985; D.S. Nadav, Julius Moses (1868-1942) und die Politik der Sozialhygiene in Deutschland, Gerlingen 1985.

können dann die verschiedenen Dimensionen des Begriffs „Gesundheit“ in der modernen, industriellen Gesellschaft zusammengefaßt werden⁴.

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Genese und Durchführung des Gesolei-Projektes im Kontext der Düsseldorfer Stadtgeschichte. Den Schwerpunkt der Arbeit bildet die anschließende Analyse einiger zentraler Aspekte der Gesolei. Zunächst wird hier nach der Konzeption der Ausstellung und der ihr zugrundeliegenden funktionellen Bestimmung von Gesundheitspolitik und hygienischer Volksbelehrung im gesellschaftlichen Zusammenhang gefragt werden. Nach einem Überblick über die Gliederung der Ausstellung soll durch die Analyse der Ausstellungsbauten der architektonischen Repräsentation kultureller Ideale und Leitbilder als eines bedeutsamen Moments großer Ausstellungen Rechnungen getragen werden, um so die Ausstellung auch in ihrem kultur- und geistesgeschichtlichen Bezug genauer verorten zu können. Darauf folgt die Rekonstruktion der wissenschaftlichen und populären Ausstellungsteile. Besonderes Interesse gilt dabei zunächst der Militär- und Kolonialhygiene, da die Bewältigung des verlorenen Krieges und seiner Folgen für die deutsche Gesellschaft sowohl für den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs der Zeit und die Konzeption der Ausstellung als auch für die Bewußtseinslage der Zeitgenossen konstitutiv war. Ein eigenes Unterkapitel ist der Darstellung der Rassenhygiene vorbehalten, als der radikalsten Variante medizinisch-sozialbiologischer Gesellschaftsreform. Dem auf der Ausstellung präsentierten Bild des Menschen und seines Körpers sowie der Darstellung des Arztes soll in zwei weiteren Abschnitten nachgegangen werden. Abschließend wird dann die soziale Hygiene im Spannungsfeld von Gesundheitspolitik und hygienischer Volksbelehrung untersucht.

Die Rekonstruktion der Ausstellungsgruppen erfolgt auf der Grundlage des im Stadtarchiv Düsseldorf überlieferten Materials, des von der Ausstellungsleitung herausgegebenen zweibändigen Erinnerungswerks⁵ und der zeitgenössischen Diskussion in den Fachblättern. Da im Stadtarchiv und im Stadtmuseum fast ausschließlich Photos der Gebäude überliefert sind, stellt das Erinnerungswerk zusammen mit einer populären Schrift⁶ die einzige Quelle von Abbildungen der wissenschaftlichen und didaktischen Ausstellungsteile dar. Die im Stadtarchiv aufbewahrten Sitzungsproto-

⁴ Grundlegend: A. Labisch, *Homo hygienicus - civitas hygienica. Die soziale Konstruktion und Funktion von „Gesundheit“ in differenzierten und rationalisierten Gesellschaften. Ein historisch-sozialwissenschaftlicher Beitrag zum Problem „Medizin in der Gesellschaft“*, Kassel 1990.

⁵ Vgl. A. Schloßmann (Hg.), *Ge-So-Lei. Große Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen*, 2 Bd., Düsseldorf 1927.

kolle der Ausstellungsgruppen, die Programme der Gruppen und der Schriftwechsel mit den Ausstellern geben aber einen guten Einblick in die Entwicklung und Konzeption einzelner Gruppen.

Zu welchen Ergebnissen die Gesolei den Besucher führte und mit welchen Konsequenzen sie auf sein Alltagshandeln einwirkte, läßt sich nicht mehr erfassen.. Zum einen gibt es dafür keine annähernd hinreichende Quellenbasis. Zum anderen lassen sich die etwaigen Lernerfolge kaum bestimmen, weil auch keine gesicherten Kriterien zur Evaluation zur Verfügung stehen, denn Gelerntes muß sich nicht unbedingt in Handlung widerspiegeln, und eine Handlungsänderung muß nicht unbedingt auf das auf der Ausstellung Gesehene zurückzuführen sein. Es müssen dagegen eher viele unterschiedliche Formen der Aneignung angenommen werden, die je nach individuellem Kontext differierten. In dieser Arbeit kann daher nur der Versuch gemacht werden, die auf der Gesolei gezeigten Ausstellungsgruppen durch eine möglichst „dichte“ Beschreibung zu rekonstruieren und so einen Einblick in die ausstellungsdidaktisch konzipierten Erfahrungsräume zu geben. Zeitgenössische Interpretationen und Aneignungsformen, soweit sie sich in den Quellen wiederfinden, sollen dabei miteinbezogen werden. Leitend soll dabei allerdings die Frage nach der gesellschaftspolitischen Relevanz der auf der Ausstellung als Gesundheitspolitik und Hygiene vorgeführten Gruppen bleiben. Gesellschaftliche Selbstdeutungsprozesse und Eigeninterpretationen sollen zwar als konstitutives Moment sozialer und kultureller Systeme begriffen werden - die Gesolei bildete hier eine Ausschnitt -, doch die Rekonstruktion soll bewußt aus der methodisch nicht zu überwindenden Distanz des heutigen Betrachters stattfinden⁷.

⁶ Vgl. O. Teich-Balgheim (Hg.), Die Gesolei in Wort und Bild, Düsseldorf 1926.

⁷ Vgl. S. Fuchs/M. Wingens, Sinnverstehen als Lebensform. Über die Möglichkeit hermeneutischer Objektivität, in: GG 12 (1986), 477-501, bes. 477-482.

1. Gesundheitspolitik und Gesundheitswissenschaft

1.1 Die Entwicklung bis zur Jahrhundertwende

Die Anfänge moderner Gesundheitspolitik und die Begründung der wissenschaftlichen Hygiene liegen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Die staatliche Gesundheitspolitik, die den absolutistischen Konzepten der *medizinischen Polizey* verhaftet blieb, hatte sich in der Bekämpfung von Seuchen weitgehend erfolglos gezeigt. Die medizinalpolizeiliche Intervention konnte eine ausgebrochene Seuche durch die Verhängung von Quarantänen und die Isolierung der Betroffenen bestenfalls eindämmen, einen wirksamen Schutz bot sie nicht⁸. Zudem trat die Absperrung der betroffenen Gebiete zunehmend in Widerspruch zu einer wachsenden Mobilität der Gesellschaft und zu den Bedürfnissen einer sich entfaltenden kapitalistischen Wirtschaft nach freiem Verkehr und Handel. Doch die liberale Bewegung der „Medizinischen Reform“, die eine Neuorganisation der staatlichen Gesundheitspolitik im Rahmen einer umfassenden politischen und sozialen Reform der Gesellschaft anstrebte, scheiterte mit der Niederlage der Revolution von 1848/49⁹.

Während dem Bürgertum in der Folgezeit ein Einfluß auf die staatliche Politik weitgehend verwehrt blieb, bot sich dem politisch aktiven Teil des Bürgertums in der Selbstverwaltung der Städte Gestaltungsräume für ihre politischen Konzepte¹⁰. Es war vor allem der Eindruck der als verheerenden empfundenen Cholera-Epidemien der Jahre 1831/32, 1848/49, 1853-1859, 1866, 1871-1873 und schließlich 1892-1894, der eine öffentliche Auseinandersetzung über die krankmachenden Folgen unhygienischer Verhältnisse in den Ballungsräumen anregte¹¹. Zwar galt die Cholera als eine Seuche der Unterschichten, wo sie die meisten Opfer forderte, doch blieb auch das Bürgertum nicht verschont. In dem Maße, indem die von den unsauberen Lebensverhältnissen in den städtischen Armutsquartieren ausgehenden Seuchengefahren als das Problem aller Bürger erkannt worden sind, wuchs auch die Einsicht, daß die präventive Seuchenbekämpfung durch die Beseitigung unhygienischer Zustände eine kom-

⁸ Vgl. A. Labisch/F. Tennstedt, Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland, Bd. 1, Düsseldorf 1985, 124-125.

⁹ Vgl. D.S. Nadav, Julius Moses (1868-1942) und die Politik der Sozialhygiene in Deutschland, Gerlingen 1985, 29-34.

¹⁰ Vgl. Labisch/Tennstedt, Der Weg zum GVG, 26.

munale Aufgabe sei. In England hatte sich bereits nach der Cholera-Epidemie von 1831 mit dem „sanitary movement“ eine bürgerliche Hygiene-Bewegung formiert, die für die deutschen Kommunen beispielhaft wurde, als sie seit den 1850er Jahren mit Errichtung erster Kanalisationsanlagen begannen¹².

Die Leitwissenschaft in dieser Phase der kommunalen Gesundheitspolitik war die experimentelle Hygiene¹³. Seit Mitte der 1850er Jahre konnte Max Pettenkofer die Hygiene, die bislang mehr eine persönliche Gesundheitserhaltungslehre war, durch die Einbeziehung experimenteller Verfahren der Chemie, Physik und Physiologie auf eine neue Grundlage stellen. Die Hygiene wurde so zur Wissenschaft der individuellen und der öffentlichen Gesundheitspflege. Im Jahre 1865 wurde Pettenkofer in München zum ersten deutschen Professor für Hygiene ernannt, 1879 konnte er dort das erste Hygienische Institut im Reich eröffnen. Pettenkofer begründete die klassischen Themen der Hygiene: Trinkwasserversorgung, Abfall- und Abwasserbeseitigung, Wohnung, Kleidung, Lebensmittel. Besonders bedeutsam für die weitere Entwicklung kommunaler Politik wurde Pettenkofers Boden- und Grundwassertheorie, die er anhand eigener Forschungen während der Cholera-Epidemie von 1854 in München entwickelt hatte. Demnach bildeten sich die Cholera-Keime, sogenannte Miasmen, in dem durch die Ausscheidungen Kranker verunreinigten Boden und Grundwasser. Damit war die Verbindung von Seuche und Lebenswelt hergestellt und die klassische Miasmatheorie, die das Einatmen giftiger, aus dem Boden aufsteigender Dämpfe für die Erregung von Krankheiten verantwortlich machte, durch moderne, wissenschaftliche Untersuchungsmethoden legitimiert. Wenngleich die Theorie Pettenkofers wissenschaftlich falsch war, so wies sie doch mit ihrer umgebungsbezogenen Betrachtungsweise einen richtigen Weg zur Bekämpfung von Seuchen durch die Assanierung der Städte und die Schaffung einer modernen Infrastruktur¹⁴.

In den Jahren von 1848 bis 1870 vollzog sich ein Paradigmenwechsel in der öffentlichen Gesundheitspolitik von einer staatlichen Eingriffsverwaltung zu einer kommunalen Leistungsverwaltung¹⁵, in deren Folge die Städte mit dem Aufbau einer

¹¹ Vgl. B. Witzler, Großstadt und Hygiene. Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung, Stuttgart 1995, 39-41.

¹² Vgl. J. Reulecke, Geschichte der Urbanisierung in Deutschland, Frankfurt a.M. 1985, 57-58.

¹³ Vgl. Labisch/Tennstedt, Der Weg zum GVG, 135.

¹⁴ Vgl. ebd., 135 und Witzler, Großstadt und Hygiene, 69.

¹⁵ Vgl. Labisch/Tennstedt, Der Weg zum GVG, 27.

gesundheitsrelevanten Infrastruktur¹⁶ begannen: Trinkwasserversorgung, Abwasser- und Müllbeseitigung, Straßenreinigung, Kontrolle der Schlachthöfe, des Friedhofs-wesens und der Leichenbestattung. Der Bau der ersten Kanalisationen und Trinkwas-seranlagen in deutschen Städten wurde bereits in den fünfziger und sechziger Jahren des 19. Jahrhunderts in Angriff genommen, allerdings oft nur zögerlich vorangetrie-ben. Neben den hohen Kosten und einem zum Teil noch wenig ausgebildeten Prob-lembewußtsein in den Stadtverwaltungen war dafür vor allem der geringe Entwick-lungsstand der Ingenieurwissenschaften im Bereich des Tiefbaus verantwortlich¹⁷. Gegen Ende der 1860er Jahre formierte sich schließlich eine Professionen und Kommunen übergreifende bürgerliche Gesundheitspflegebewegung und schuf sich in Vereinen und Zeitschriften eine organisatorische Plattform und ein kommunikatives Forum. Der 1869 in Düsseldorf gegründete *Niederrheinische Verein für öffentliche Gesundheitspflege* führte Kommunalbeamte, Hygieniker, Ärzte, Techniker und Baumeister zusammen mit dem Ziel, Kenntnisse und Erfahrungen auszutauschen und Interessen gemeinsam zu vertreten. Nach diesem Vorbild konnte auf nationaler Ebe-ne schließlich 1873 der *Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege* gebildet werden¹⁸. Somit waren wichtigen Voraussetzungen geschaffen, den Ausbau kommu-naler Infrastruktur im Reich auf breiter Ebene voranzutreiben. Der Schwerpunkt des Ausbaus kommunaler Trinkwasser- und Entwässerungsanlagen fällt in die Hochpha-se der Urbanisierung nach 1870, als das ungebremste Städtewachstum einen erhöhten Problemdruck schuf. Die Bautätigkeiten im Kanalisationswesen erreichten zwischen 1890 und 1910 ihren Höhepunkt. Die Wasserversorgung war im allgemeinen bereits in den zwei Jahrzehnten zuvor von kommerziellen Unternehmen errichtet worden und wurde nach 1880 schrittweise in kommunale Leitung überführt. In den Groß-städten erfolgte die Errichtung einer kommunalen Infrastruktur früher als in den Mit-tel- und Kleinstädten. Zum einen waren in den Großstädten die sozialen, gesundheit-lichen und ökologischen Probleme am gravierendsten, zum anderen waren sie eher bereit und in der Lage, die hohen Summen aufzubringen, die zur Finanzierung des

¹⁶ R. Spree, *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich*, Göttingen 1981, 96-97, unterscheidet *Gesundheitswesen* und *gesundheitsrelevante Infrastruktur*: „Unter Gesundheitswesen soll im folgenden verstanden werden die Summe derjenigen Personen, Institutionen und materiellen Ressourcen, die faktisch darauf ausgerichtet sind, die Gesundheit des Individuums zu erhalten, zu schützen oder wiederherzustellen sowie die Auswirkungen von Krankheit oder Gebrechen zu minimieren. Die nicht am Individuum ansetzenden, sondern über Veränderungen der materiellen und institutionellen Umwelt auf die menschliche Umwelt einwirkenden Dienste und Maßnahmen-Komplexe werden als gesundheitsrelevante Infrastruktur vom Gesundheitswesen abgegrenzt.“

¹⁷ Vgl. Reulecke, *Urbanisierung*, 58-59.

Kanalbaus notwendig waren. So waren 1907 alle der damals vierzig Großstädte mit einer Wasserversorgung ausgestattet, 98,8 % der Städte mit 20.000 bis 100.000 Einwohner, 57,1 % der Gemeinden mit 2.000 bis 20.000 Einwohnern und nur 34,5 % der Gemeinden mit weniger als 2.000 Einwohnern¹⁹.

Das Reich nahm über die Gesetzgebung nur geringen Einfluß auf die Gesundheitspolitik. Im Vordergrund standen Seuchenbekämpfung, Veterinärwesen, Nahrungsmittelkontrolle, Gewerbehygiene und ärztliche Standespolitik²⁰. Die Reichsgesetzgebung gab hier vor allem im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung allgemeine Richtlinien vor und vereinheitlichte durch das *Impfgesetz* (1874) und das *Nahrungsmittelgesetz* (1876) die in einigen Ländern bereits bestehenden Regelungen. Das *Reichsseuchengesetz* wurde erst relativ spät im Jahre 1900 beschlossen, und galt da Seuchenbekämpfung weiterhin eine Aufgabe der Einzelstaaten bleiben sollte, vornehmlich für die Seuchen, die an der Peripherie des Reiches auftraten oder aus dem Ausland eingeschleppt wurden²¹.

Mit dem *Kaiserlichen Gesundheitsamt* wurde 1876 eine staatliche Zentralbehörde gegründet, die vor allem beratende Funktion hatte, Gutachten und Statistiken erarbeiten und Gesetzesvorlagen vorbereiten sollte. Angesichts der vielfältigen gesundheitspolitischen Aktivitäten in den Kommunen, namentlich den Großstädten, kam dem Kaiserlichen Gesundheitsamt in der realen Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen nur eine nachgeordnete Bedeutung zu, zumal die finanzielle Ausstattung vorerst dürftig blieb. Dem Gesundheitsamt wurde im Jahre 1900 ein *Reichsgesundheitsrat* beratend zur Seite gestellt, der vor allem die Koordination gesundheitspolitischer Initiativen und Maßnahmen zwischen Reich und Ländern gewährleisten sollte.

Von großer Bedeutung für die langfristige Entwicklung der gesundheitlichen Lage war auch die Sozialversicherungsgesetzgebung, insbesondere der Krankenversicherung (1883) und der Unfallversicherung (1884). Auch wenn zunächst nur ein kleiner Teil der Lohnarbeiter davon betroffen war, so wurde doch der Kreis der Versicherten und der Leistungsempfänger sowie der Umfang der Leistungen beständig ausgeweitet. Durch die Einbeziehung der Familienmitglieder konnten bis 1913 etwa

¹⁸ Vgl. Labisch/Tennstedt, *Der Weg zum GVG*, 27-32.

¹⁹ Vgl. Witzler, *Großstadt und Hygiene*, 76.

²⁰ Vgl. ebd., 96.

²¹ Vgl. Labisch/Tennstedt, *Der Weg zum GVG*, 56-57.

50 % der Bevölkerung über die Kassen medizinisch versorgt werden²². Weiten Kreisen der Bevölkerung wurde so erstmals ein Arztbesuch ermöglicht. Zugleich begründete die Sozialversicherung die Stellung des Arztes als Entscheidungsinstanz über die Zuteilung sozialer und materieller Leistungen.

Die neugeschaffenen Finanzierungsmöglichkeiten für ärztliche Behandlung trugen erheblich zur Verbesserung der medizinischen Versorgung vor allem in den Großstädten bei. Die Zahl der Ärzte stieg von knapp 14.000 1876 auf über 34.000 1913. Kamen 1876 noch 3,2 Ärzte auf 10.000 Einwohner, so waren es 1913 bereits 5,1²³. Die Expansion des Ärztestandes führte zu einer zunehmenden Professionalisierung, die durch die Auseinandersetzungen mit den Kassenverwaltungen über deren restriktive Politik bei der Zulassung von Kassenärzten beschleunigt wurde. Im Jahre 1900 wurde der *Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen* („*Hartmannbund*“) gegründet, der in der Folgezeit eine aggressive ärztliche Standespolitik betrieb. 1911 waren 77 % der Ärzte im Hartmannbund organisiert²⁴.

Unter politischen Aspekten war die Sozialversicherung der - im Hinblick auf die Erfolge der Sozialdemokraten zunächst gescheiterte - Versuch, die Arbeiterschaft in die Gesellschaft des Kaiserreichs zu integrieren. Gleichmaßen trug die Sozialversicherungsgesetzgebung aber auch den ökonomischen und sozialen Entwicklungen einer industriellen Gesellschaft Rechnung. Mit dem Übergang Deutschlands zur Hochindustrialisierung änderte sich die Bewirtschaftung der Arbeit: An die Stelle eines kurzfristigen Verbrauchs trat nun eine intensive Nutzung der Arbeitskraft, die eine dauerhafte Bereitstellung eines qualitativ genügenden Arbeitskräftepotentials erforderlich machte²⁵. Die Gesundheit war damit zu einer Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft geworden.

Auf der anderen Seite war die Gesundheit eine existentielle Bedingung im Leben eines Lohnarbeiters, der auf die Erhaltung seiner Arbeitskraft zur Sicherung seines Auskommens angewiesen war. Schon im Jahre 1850 formulierte die Deutsche

²² Vgl. Th. Nipperdey, *Deutsche Geschichte 1866-1918*. Bd. 1: *Arbeitswelt und Bürgergeist*, München 1990, 347.

²³ Vgl. Spree, *Soziale Ungleichheit*, 99. Hierbei müssen natürlich die Unterschiede in den einzelnen Ländern und Regionen sowie zwischen agrarischen und urbanisierten Räumen berücksichtigt werden. Im Jahre 1899 betrug das Verhältnis von Ärzten auf 10.000 Einwohner reichsweit 4,8. Weit überdurchschnittlich war die Situation in Berlin (12,7), über dem Reichsdurchschnitt lagen auch Hamburg (7,5) und Hessen (6,1), unterdurchschnittlich war dagegen das Verhältnis in Preußischen Provinzen Ostpreußen (3,3) und Westpreußen (3,1). Vgl. G. Hohorst/J. Kocka/G.A. Ritter, *Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch II. Materialien zur Statistik des Kaiserreiches 1870-1914*, 2. durchges. Aufl., München 1978, 152.

²⁴ Vgl. Nipperdey, *Arbeitswelt und Bürgergeist*, 154.

²⁵ Vgl. Labisch/Tennstedt, *Der Weg zum GVG*, 22-23.

Arbeiter-Verbrüderung: „Die Gesundheit des Arbeiters, die Hauptbedingung seiner Arbeitsfähigkeit, ist, neben dieser, häufig sein einziges, immer aber sein wichtigstes Gut.“²⁶. Die sozio-ökonomischen Strukturen der vormodernen Gesellschaften, die mit ihren sozialen Bindungen und Unterstützungssystemen ein gewisses Maß an sozialer Sicherheit geboten hatten lösten sich unter dem Einfluß eines beschleunigten gesellschaftlichen Wandels allmählich auf. An die Stelle der traditionellen sozialen Sicherungssysteme der vorindustriellen Gesellschaft trat schrittweise der moderne Sozial- und Wohlfahrtsstaat mit seiner anonym-bürokratischen Leistungsverwaltung. Die hier skizzierte soziale und ökonomische Bedeutung der Gesundheit in der industriellen Gesellschaft war der gemeinsame Ansatzpunkt staatlicher Sozialgesetzgebung sowie kommunaler und betrieblicher Fürsorge²⁷.

Einen neuen Impuls erhielt die staatliche Gesundheitspolitik durch die Fortschritte in der mikrobiologischen Forschung. Robert Koch war im Jahre 1880 an das Reichsgesundheitsamt berufen worden, nachdem er 1876 den Erreger des Milzbrandes nachgewiesen hatte. 1882 fand Koch den Tuberkelbazillus, 1883 den Erreger der Cholera. Weitere wichtige Entdeckungen krankheitserregender Keime konnten in den nächsten Jahren durch Kochs Schüler und andere gemacht werden. Die Erfolge der Bakteriologie Kochs widerlegten die Miasmatheorie. Trotzdem wurde die Politik der Städteassanierung durch den Paradigmenwechsel in der Forschung weiter befördert, denn nun war nachgewiesen, daß kontaminiertes Trinkwasser eine Ansteckungsgefahr darstellte²⁸. Die Bakteriologie modifizierte und spezifizierte die Techniken der Assanierung, sie hob sie aber nicht auf²⁹. Doch im Gegensatz zu dem umweltbezogenen Ansatz der Konditionalhygiene Pettenkofers vertrat die Auslösungshygiene Kochs eine spezifische und individualisierte Sicht der Krankheit. Nicht in der unspezifischen Lebensumwelt, sondern im Keim wurde die Ursache einer Krankheit gesehen, die dann durch Ansteckung übertragen werde. Die Bekämpfung einer Krankheit bedeutete demnach die Bekämpfung der Erreger durch die Isolierung der Krankheitsüberträger, die spezifische Desinfektion des Lebensraums und die

²⁶ Zitiert nach A. Labisch, Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der deutschen Sozialdemokratie von ihrer Gründung bis zur Parteispaltung (1863-1917), in: Afs 16 (1976), 325-370, hier: 332.

²⁷ Vgl. Labisch/Tennstedt, Der Weg zum GVG, 22.

²⁸ Vgl. Witzler, Großstadt und Hygiene, 69.

²⁹ Vgl. A. Labisch, Homo hygienicus - civitas hygienica. Die soziale Konstruktion und Funktion von „Gesundheit“ in differenzierten und rationalisierten Gesellschaften. Ein historisch-sozialwissenschaftlicher Beitrag zum Problem „Medizin in der Gesellschaft“, Kassel 1990, 362.

spezifische Therapie oder Immunisierung³⁰. Das von Koch zu diesem Zweck entwickelte Serum *Tuberkulin* erwies sich als Fehlschlag, doch sein Schüler Emil Behring konnte erfolgreich ein Serum gegen Diphtherie herstellen.

Die von der Bakteriologie entwickelten Interventionsmuster der Isolation, Desinfektion und Serumtherapie fügten sich gut in die medizinalpolizeilichen Traditionen staatlicher Gesundheitspolitik und gaben ihnen eine neue wissenschaftliche Legitimation. Mit dem Aufbau eines Netzes von Medizinaluntersuchungsämtern oder Hygienischen Instituten an den Universitäten in Preußen und im Reich wurde die bakteriologische Forschung institutionalisiert und in die Praxis der staatlichen Gesundheitspolitik integriert. Bereits 1907 war die Hälfte der Preußischen Regierungsbezirke mit Medizinaluntersuchungsämtern ausgestattet³¹.

1.2 Gesundheitsfürsorge und Soziale Hygiene

1.2.1 Gesundheitsfürsorge

Die großen Seuchen wie Pocken, Cholera und andere hatten seit Mitte der 1870er Jahre in der Regel keinen entscheidenden Anteil mehr an der Gesamtsterblichkeit. Die häufigsten Todesursachen waren dagegen Lungentuberkulose, akute Erkrankungen der Atemwege und akute Darmkrankheiten³². Allein die Tuberkulose machte im Zeitraum von 1877 bis 1913 zwischen 14 und 11% der Sterblichkeit aus³³. Um 1900 schätzte man die Zahl der Erkrankten auf eine Millionen und rechnete mit 80.000 Toten jährlich. Die Sterblichkeitsziffer der an Tuberkulose Gestorbenen verringerte sich zwar von 1877 bis 1911 von 37,2 auf 16,5 je 10.000 Einwohnern, doch blieb die Tuberkulose die wichtigste Todesursache aller Altersklassen über 15 Jahren, insbesondere des erwerbsfähigen Alters³⁴. Die Tuberkulose war die Krankheit der minderbemittelten Bevölkerung in Stadt und Land³⁵. Allerdings war die Sterblichkeit in

³⁰ Vgl. ebd.

³¹ Vgl. Labisch/Tennstedt, *Der Weg zum GVG*, 55.

³² Vgl. Spree, *Soziale Ungleichheit*,

³³ Vgl. Nipperdey, *Arbeitswelt und Bürgergeist*, 163.

³⁴ Vgl. Witzler, *Großstadt und Hygiene*, 169 u. Spree, *Soziale Ungleichheit*, 41. Die Tuberkulose-Sterblichkeit in der Altersklasse von 30 bis 40 Jahre betrug beispielsweise 1876 39,4 % aller Todesfälle. Auch 1913 lag die Sterblichkeit der männlichen Erwachsenen mit 18,3 % über dem Durchschnitt.

³⁵ Vgl. Spree, *Soziale Ungleichheit*, 41.

der Stadt stets höher als der Landesdurchschnitt. Hier waren vor allem die Arbeiterbevölkerung und die städtischen Unterschichten betroffen, weshalb die Tuberkulose den Zeitgenossen als die „Proletarierkrankheit“ schlechthin galt³⁶.

Demgemäß verlagerte sich das öffentliche Interesse und die medizinische Diskussion von den akuten epidemischen Infektionskrankheiten zu den chronischen Infektionskrankheiten, die wie die Tuberkulose in besonderem Maße ein soziales Problem darstellten. Die Erfolge der Bakteriologie ließen eine Bekämpfung aller Infektionskrankheiten, vor allem der großen Epidemien, auf rein medizinischem Weg durch wissenschaftlich abgesicherte Therapie möglich erscheinen. Entschiedene Vertreter der Bakteriologie wie Emil von Behring verwarfen deshalb die soziale Sicht der Krankheit, wie sie von der liberalen Medizinalreformbewegung vertreten worden war, als unwissenschaftlich und die sozialpolitische Intervention als überholt³⁷. Soziale Probleme wurden so zu medizinischen Problemen erklärt und in technokratischen Interventionsstrategien bot sich eine wissenschaftlich legitimierte Alternative zu politisch umstrittenen sozialen Reformen³⁸.

Die hochgesteckten Erwartungen an die Bakteriologie wurden jedoch nicht erfüllt, wenngleich beachtliche Erfolge auf einzelnen Gebieten, etwa der Bekämpfung der Diphtherie, später des endemischen Typhus in Süddeutschland, erzielt werden konnten. Es war vor allem das Scheitern der Bakteriologie in der Bekämpfung der Tuberkulose, das die anfänglichen Hoffnungen enttäuschte. Denn obwohl der Erreger der Tuberkulose bereits 1882 gefunden werden konnte, war es nicht gelungen, ein wirksames Gegenmittel zu entwickeln. Dagegen war es für die weitere Bekämpfung der Tuberkulose von großer Bedeutung, daß durch die Bakteriologie nicht mehr nur die unbelebte Umwelt, sondern auch der Mensch selbst in den Blick genommen wurde. Das „von Gefahren bedrohte und Gefahren verbreitende Individuum“ wurde zum Gegenstand der Gesundheitspolitik³⁹.

Die seit Mitte der 1890er Jahren gegründeten Volksheilstätten für minderbemittelte Tuberkulöse folgten noch dem Prinzip der Isolierung der Betroffenen. Eine saubere Umgebung, gesunde Ernährung, Licht und Luft sollten die Stärkung der Abwehrkräfte und schließlich die Heilung bewirken. Getragen von den Landesver-

³⁶ Vgl. ebd., 47-48 u. Labisch, *Homo hygienicus*, 359.

³⁷ Vgl. Labisch/Tennstedt, *Der Weg zum GVG*, 131.

³⁸ Vgl. P. Weindling, *Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism. 1870-1945*, Cambridge 1989, 158 u. 163.

³⁹ Vgl. Labisch/Tennstedt, *Der Weg zum GVG*, 32. (Zitat A. Gottstein in ebd.)

sicherungsanstalten und privaten Vereinen konnten, zum Teil mit kommunaler Unterstützung, bis 1903 80 und bis 1913 158 Heilstätten gegründet werden. Betrug die Ausgaben der Landesversicherungsanstalten 1893 noch 107.000 Mark für 3334 Patienten, so wurden 1913 bereits 18 Millionen Mark für 47.021 Behandlungen aufgewandt. Allerdings kamen nur etwa 5-8 % der Erkrankten in den Genuß einer Heilstättenbehandlung⁴⁰. In der Öffentlichkeit wurde zudem kritisiert, daß vor allem Leichterkrankte zur Wiederherstellung ihrer Arbeitskraft behandelt, die Schwerkranken aber in ihren Verhältnissen belassen würden⁴¹.

Eine Lösung der städtischen Gesundheitsprobleme war somit durch die kostenintensive Heilstättenbehandlung nicht zu erwarten. Die Kommunen verlegten ihre Aktivität deshalb auf die offene Fürsorge für Tuberkulosekranke, die ihre Arbeit in den städtischen Problembereichen verrichteten und so einen größeren Teil der Betroffenen erreichen konnten. Die erste Fürsorgestelle wurde 1899 in Halle gegründet, bis 1913 waren es 776. Der überwiegende Teil war in der Trägerschaft entweder von Städten und Kreisen (412) oder von privaten Vereinen (350)⁴². In den Auskunft- und Fürsorgestellen für Lungenkranke wurden die Kranken und ihre Angehörigen beraten und über Gesundheitsgefahren und Vorsichtsmaßnahmen aufgeklärt. Die Fürsorgestellen hatten darüber hinaus die Aufgabe, Krankheiten zu diagnostizieren und dann die entsprechenden Maßnahmen wie die Desinfektion der Wohnung, die Überweisung in ärztliche Behandlung oder in eine Heilstätte zu treffen. Eine Fürsorgerin besuchte die Betroffenen monatlich und kontrollierte und vermittelte hygienische Standards.

Die Fürsorge für Tuberkulosekranke war Teil einer breiten Gesundheitsfürsorgebewegung, die sich mit dem Ausgang des 19. Jahrhunderts formierte. Die bürgerliche Vereinskultur bildet hier wiederum einen organisatorischen Rahmen. Bereits 1895 war das *Deutsche Zentralkomitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke* gegründet worden, das sich 1906, infolge der geschilderten Umorientierung vom Heilstättenwesen zur Fürsorgepolitik, in *Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose* umbenannte⁴³. Weitere Vereine und Gesellschaften wurden gegründet,

⁴⁰ Vgl. Spree, Soziale Ungleichheit, 105-106.

⁴¹ Vgl. A. zu Castell-Rüdenhausen, Die Erhaltung und Mehrung der Volkskraft. Die Anfänge der sozialhygienischen Gesundheitsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, in: I. Behnen, Stadtgesellschaft und Kindheit im Prozeß der Zivilisation. Konfigurationen städtischer Lebensweise zu Beginn des 20. Jahrhunderts, Opladen 1990, 26-42, hier: 30.

⁴² Vgl. Labisch/Tennstedt, Der Weg zum GVG, 37.

⁴³ Vgl. Witzler, Großstadt und Hygiene, 172.

die sich mit der Fürsorge für Säuglinge und Kleinkinder, Mütter, Körperbehinderte („Krüppel“), geistig Behinderte („Psychopathen“) oder Alkoholiker beschäftigten. An der Spitze stand 1914 die *Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* mit 5.000 Mitgliedern⁴⁴. Zunächst oft kommunalen oder lokalen Ursprungs bildete sich so ein reichsweites Netz von gesundheitsbezogenen und sozialfürsorgerischen Organisationen heraus. Mit der Bildung der *Zentralstelle für Volkswohlfahrt* 1906 wurde eine Instanz geschaffen, in der Sozial- und Gesundheitspolitik von Reichsregierung, Kommunen und Wohlfahrtsverbänden koordiniert werden konnte⁴⁵.

Die Gesundheitsfürsorge bildete ein Betätigungsfeld für konfessionelle Organisationen, die bürgerliche Frauenbewegung, das Bildungsbürgertum, Ärzte, Sozialreformer, Kommunalpolitiker und -beamte. Auf der Grundlage eines weitgefaßten Begriffs von „Gesundheit“ wurden unterschiedliche Interessen zusammengeführt⁴⁶. So konnten Verbindungen hergestellt werden zwischen den Selbstverwaltungen der Städte und der Reichspolitik sowie der Ministerialbürokratie, von humanitärem und sozialreformerischem Engagement zu ärztlichem Professionalismus, von politischen und wirtschaftlichen Interessen und Gesundheitswissenschaft.

Besondere Bedeutung kam hier dem Gedanken der „Erhaltung und Mehrung der Volkskraft“ zu⁴⁷. Der Begriff „Gesundheit“ wurde funktional in Beziehung gesetzt zu militär-, bevölkerungs- und sozialpolitischen sowie ökonomischen Interessen. Die Ergebnisse von Musterungsuntersuchungen hatten Militärs und Politikern Anlaß zu Besorgnis über den Gesundheitszustand der städtischen Bevölkerung und damit über die Wehrfähigkeit des „Volkes“ gegeben. Die Gesundheit der Arbeiterschaft wurde überdies als wichtiger Faktor der Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft begriffen. Der österreichische Soziologe Rudolf formulierte 1911 eine Theorie der „Menschenökonomie“, in der er forderte, die Erhaltung menschlicher Arbeitskraft und Gesundheit in den Mittelpunkt einer volkswirtschaftlichen Betrachtung zu stellen, um so durch rationale Verwertung des „organischen Kapitals“ die Weiter-

⁴⁴ Vgl. Labisch/Tennstedt, *Der Weg zum GVG*, 33.

⁴⁵ Vgl. ebd., 34.

⁴⁶ Vgl. Weindling, *Health, Race and German Politics*, 184.

⁴⁷ Vgl. J. Reulecke, *Von der „Hygienisierung“ der Unterschichten zur kommunalen Gesundheitspolitik*, in: ders./A. zu Castell-Rüdenhausen (Hg.), *Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert*, Stuttgart 1991, 11-19, hier: 13.

entwicklung der Gesellschaft voranzutreiben⁴⁸. Darüber hinaus konnte eine Besserung der gesundheitlichen Lage der Arbeiterschaft helfen, soziale Spannungen abzubauen und somit die Integration der Arbeiterschaft in die Gesellschaft fördern⁴⁹.

Der Aufbau einer gesundheitsfürsorgerischen Infrastruktur erfolgte zunächst in den Großstädten im Rahmen der Ausweitung öffentlicher Leistungen durch eine expandierende Kommunalverwaltung. Zu der Wasserversorgung, der Kanalisation, der Abfallbeseitigung und den Gaswerken kamen nun Stromversorgung, Schulen, Krankenhäuser, soziale und kulturelle Einrichtungen. Die Ausweitung städtischer Daseinsvorsorge bedeutete zugleich einen Strukturwandel städtischer Politik, bei der die von tradierten Gemeinwohlvorstellungen getragene Honorarverwaltung allmählich durch die Leistungsverwaltung einer modernen Kommunalbürokratie abgelöst wurde⁵⁰. Ferner war es von Bedeutung, daß die städtische Politik zunehmend durch die Parteien bestimmt wurde und sich die führenden Familien aus der aktiven Gestaltung zurückzogen⁵¹. Als seit den 1890ern reformorientierte Konzeptionen größeres Gewicht in der Sozialdemokratie gewannen, entdeckte die SPD zunehmend auch die Stadtparlamente als politischen Aktionsraum. Wenngleich durch Zensus- und Dreiklassenwahlrecht vielfach unterrepräsentiert, war doch allein die Präsenz der Sozialdemokratie eine Herausforderung an die bürgerlichen Parteien und bewirkte einen politischen Druck zu sozialen Reformen⁵². Bis 1914 gab es bereits fast 12.000 sozialdemokratische Abgeordnete in Städte- und Gemeindeparlamenten.

Gesundheitsfürsorgerische Einrichtungen wurden in den Städten als ein Netz gruppenspezifischer Dienstleistungen aufgebaut⁵³. Dies geschah zum einen für diejenigen Gruppen, die besonders gefährdet waren: Säuglinge, Mütter, Schulkinder. Zum anderen für die Gruppen, die von bestimmten Krankheiten betroffen waren und damit zum Teil ihre Mitmenschen gefährdeten: Tuberkulöse, Geschlechtskranke, Alkoholiker, körperlich und geistig Behinderte. Charakteristisch für die nun entstehenden ambulanten Einrichtungen und Anstalten war eine Kombination von Hilfe in Form

⁴⁸ Vgl. R. Goldscheid, *Höherentwicklung und Menschenökonomie. Grundlegung der Sozialbiologie*, Leipzig 1911, 487-597, bes. 526-532. Zu Goldscheid vgl. P. Weingart/J. Kroll/K. Bayertz, *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*, Frankfurt a.M. ²1992, 254-256.

⁴⁹ Vgl. P. Weindling, *Hygienepolitik als sozialintegrative Strategie im späten Deutschen Kaiserreich*, in: A. Labisch/R. Spree (Hg.), *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel*, Bonn 1989, 37-55, hier: 37-39.

⁵⁰ Vgl. Reulecke, *Urbanisierung*, 62-66 u. 123-125.

⁵¹ Vgl. zum folgenden ebd., 135-139.

⁵² In ihrem Kommunalprogramm forderte die SPD 1911 die „Erhaltung der Gesundheit“ durch die Sanierung der Umwelt und die „Bekämpfung der Krankheiten“ durch die Ausweitung sozialer Fürsorge. Vgl. Nadav, *Julius Moses und die Politik der Sozialhygiene*, 116-118.

⁵³ Vgl. Labisch/Tennstedt, *Der Weg zum GVG*, 34 u. 36-37.

von geldwertigen Leistungen und materiellen Zuwendungen auf der einen Seite, Beratung und hygienischer Instruktion auf der anderen Seite. Um die vielfältigen Aktivitäten städtischer und privater Fürsorgeeinrichtung auf lokaler Ebene zu koordinieren, richteten die Städte nach 1905 das neue Amt des Stadtmedizinalrats ein⁵⁴. In Preußen konnten nach der Reorganisation des staatlichen Gesundheitswesens durch das Kreisarztgesetz (1899) seit 1909 auch die Kreisärzte mit gesundheitsfürsorgerischen Aufgaben betraut werden⁵⁵. In einigen Städten, zum Beispiel in Düsseldorf, wurden die Ämter des Stadt- und Kreisarztes in Personalunion ausgeübt.

Die Säuglingsfürsorge bildete neben der Fürsorge für Tuberkulose einen zweiten wichtigen Schwerpunkt kommunaler Gesundheits- und Sozialpolitik. Der Rückgang der allgemeinen Sterblichkeit seit den 1880ern hatte sich bis zur Jahrhundertwende auf die Säuglingssterblichkeit kaum ausgewirkt. Von 22,7 % im Jahre 1876 war sie bis 1900 gerade einmal auf 21,3 % zurückgegangen, um dann bis 1916 rasch auf 13,6 % zu sinken⁵⁶. Ein Thema von öffentlichem Interesse und politischer Brisanz wurde die Säuglingssterblichkeit erst, als die Geburtenrate sank und sich das Wachstum der Bevölkerung verlangsamte. Infolge eines veränderten generativen Verhaltens war die Zahl der Kinder pro Frau (Fertilität) seit den 1890ern rückläufig und führte nach 1900, da die Geborenenziffern stärker sanken als die Sterbeziffern, zu einem Rückgang des Geburtenüberschusses⁵⁷. Zwischen 1900 und 1912 ging die jährliche Wachstumsrate von 1,44% auf 1,20% zurück⁵⁸.

Wenn die Jahrgänge von 1900 bis 1908 auch zu den zahlenmäßig stärksten überhaupt im Deutschen Reich gehörten, löste der Rückgang der Geburtenrate Befürchtungen aus, Deutschlands Bevölkerungsentwicklung könne stagnieren, das Reich in der Rivalität mit anderen Mächten zurückfallen⁵⁹. Das Wachstum der Bevölkerung stellte eine Grunderfahrung der Industrialisierungsphase dar. In dem Maße wie die Bevölkerung zunahm, hatte das Deutsche Reich auch ökonomisch und poli-

⁵⁴ Vgl. Weindling, *Health, Race and German Politics*, 216; Labisch/Tennstedt, *Der Weg zum GVG*, 37-41.

⁵⁵ Zu den Aufgaben der Kreisärzte gehörte nunmehr auch die Schulhygiene, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, die Fürsorge für Alte und Kranke sowie geistig und körperlich Behinderter. Vgl. Labisch/Tennstedt, *Der Weg zum GVG*, 46-50.

⁵⁶ Vgl. Witzler, *Großstadt und Hygiene*, 189.

⁵⁷ Vgl. P. Marschalck, *Bevölkerungsgeschichte Deutschlands im 19. und 20. Jahrhundert*, Frankfurt a.M. 1984, 53-54.

⁵⁸ Vgl. Hohorst u.a., *Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch II*, 29-30.

⁵⁹ Vgl. Weindling, *Health, Race and German Politics*, 189-190. England und Frankreich wiesen zwar ebenfalls rückläufige Geburtenziffern auf, hatten aber zugleich eine geringere Säuglingssterblichkeit. Als eine besondere Bedrohung wurde von den Zeitgenossen aber die hohen Geburtenziffern in Osteuropa angesehen. Es wurde befürchtet, die deutsche Bevölkerung könne durch das überproportionale Wachstums der slawischen Bevöl-

tisch an Gewicht in der Welt gewonnen. Durch eine sinkende Geburtenrate schien dies nun gefährdet. Die seit 1895 anhaltende Konjunktur und die damit erhöhte Nachfrage nach Arbeitskräften entkräftete zudem die malthusianische These einer drohenden Überbevölkerungskrise⁶⁰ und führte zu der Annahme, Deutschland sei unterbevölkert⁶¹. Die Hebung der Geburtenrate und die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit wurden so zu einer nationalen Aufgabe.

Die häufigsten Todesursachen von Säuglingen waren Verdauungskrankheiten, gefolgt von Erkältungen, anderen Infektionen und angeborenen Krankheiten. Die Magen-Darm-Krankheiten wurden vor allem durch verdorbene Nahrung hervorgerufen. Deshalb war die Sterblichkeit von Säuglingen, die von ihrer Mutter gestillt wurden, deutlich niedriger als die der auf andere Weise ernährten Kinder. Das Sterblichkeitsrisiko der künstlich ernährten Säuglinge lag in Berlin 1885 siebenmal höher als das der gestillten Säuglinge, 1914 war es immer noch 4,4 mal so hoch. Das Stillen war regional und konfessionell sehr unterschiedlich ausgeprägt, insgesamt war es vor allem in den Städten nach Umfang und Dauer rückläufig.

Die Säuglingssterblichkeit war in hohem Maße durch soziale Faktoren bedingt. Bis 1914 profitierten vor allem Beamte und Freiberufler von dem Rückgang der Säuglingssterblichkeit, während er bei ungelerten Arbeitern und Dienstboten beziehungsweise Gesinde am geringsten ausfiel⁶². So nehmen die Abstände zwischen den einzelnen sozialen Gruppen noch zu. Wiesen Arbeiter und Dienstboten/Gesinde 1900 gegenüber Beamten und Freiberuflern noch eine um 56% beziehungsweise um 104% erhöhte Säuglingssterblichkeit aus, so waren es 1913 119% beziehungsweise 183%⁶³. Bei den Unterschichten wirkte sich vor allem die hohe Sterblichkeit von unehelich Geborenen aus. Während in Preußen die Sterblichkeit von ehelich Geborenen auf 1.000 Lebendgeborene 1901 in der Stadt (auf dem Land) 195 (183) betrug, lag sie bei unehelich Geborenen bei 377 (334). 1912 war Verhältnis noch bei 130 (141) gegenüber 234 (262)⁶⁴. Die soziale Lage der Unterschichten und der Arbeiter bewirkte eine Kulmination von Ungunstoffaktoren, die für die Säuglingssterblichkeit

kerung verdrängt werden. Die angebliche Bedrohung des *Deutschtums* durch das *Slawentum* blieb ein folgenreiches Stereotyp in der bevölkerungspolitischen Diskussion bis in die Zeit des Nationalsozialismus.

⁶⁰ Vgl. Marschalck, *Bevölkerungsgeschichte*, 57-58. Zur konjunkturelle Entwicklung vgl. H.-U. Wehler, *Deutsche Gesellschaftsgeschichte*. Bd. 3: Von der 'Deutschen Doppelrevolution' bis zum Beginn des Ersten Weltkriegs 1849-1914, München 1995, 595-612.

⁶¹ Vgl. Weindling, *Health, Race and German Politics*, 189.

⁶² Vgl. Spree, *Soziale Ungleichheit*, 60-62.

⁶³ Vgl. ebd., 173.

⁶⁴ Vgl. Hohorst u.a., *Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch*, 36.

verantwortlich waren. Es fehlte an Geld, qualitativ ausreichende Säuglingsnahrung zu kaufen; es gab keine Aufbewahrungsmöglichkeiten, die das Verderben der Milch insbesondere in den Sommermonaten verhinderten. Die schlechten und beengten Wohnverhältnisse, mangelnde Durchlüftung und Sonneneinstrahlung, waren weitere Belastungsfaktoren für Neugeborene. Zudem fehlte es vielfach an Kenntnissen über die richtige Pflege der Säuglinge.

Die Kaiserin übernahm 1901 die Schirmherrschaft über den 1877 gegründeten *Berliner Krippenverein* und unterstrich so die nationale Bedeutung der Pflege und Fürsorge für Säuglinge⁶⁵. 1909 wurde das *Kaiserin Auguste Victoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche* in Charlottenburg eröffnet, das sowohl Musteranstalt sein sollte als auch Zentrum für Forschungs- und Koordinierungsaufgaben⁶⁶. Von größerer Bedeutung waren aber die Initiativen in den Kommunen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit. Die erste kommunale Säuglingsfürsorge- bzw. Mütterberatungsstelle wurde 1905 in Berlin eröffnet. Bis 1913 wurden insgesamt 651 Beratungsstellen eingerichtet, davon standen etwa 300 ausschließlich unter städtischer Leitung⁶⁷.

In den Beratungsstellen wurden die Mütter durch Fürsorgeschwestern und Ärzte über die richtige Pflege und Ernährung der Säuglinge aufgeklärt. Neben den Sprechstunden und Schulungskursen in den Beratungsstellen gab es zumeist auch Hausbesuche durch die Fürsorgeschwester⁶⁸. Da „Brustkinder“ eine höhere Lebenserwartung als „Flaschenkinder“ hatten, stand die Förderung des Selbststillens im Mittelpunkt der Fürsorgetätigkeit: „Das Wesentliche der Beratungsstelle ist die unermüdliche Agitation der Schwester bei den Müttern, um sie zum Selbststillen zu veranlassen oder, wo dies vergeblich blieb, die künstliche Ernährung durch Hausbesuche zu überwachen.“⁶⁹. Seit 1907 gingen die Städte dazu über, den Müttern in den ersten drei Monaten nach der Geburt sogenannte „Stillprämien“ in der Höhe von 8 bis 10 Mark monatlich auszuzahlen⁷⁰. So konnte zwar die Attraktivität der Beratungsstellen gesteigert werden, doch ein Einfluß auf die sinkenden Stillquoten blieb

⁶⁵ Vgl. Weindling, *Health, Race and German Politics*, 198.

⁶⁶ Vgl. ebd., 203 und Witzler, *Großstadt und Gesundheit*, 193.

⁶⁷ Vgl. ebd., 194. Die übrigen Beratungsstellen werden wahrscheinlich von Vereinen getragen worden und später zum Teil in kommunale Leitung überführt worden sein.

⁶⁸ Vgl. Castell-Rüdenhausen, *Die Erhaltung und Mehrung der Volkskraft*, 36.

⁶⁹ A. Gottstein, *Aufgaben der Gemeinde- und der privaten Fürsorge*, in: M. Mosse/G. Tugendreich (Hg.), *Krankheit und soziale Lage*, München 1913 (ND Göttingen 31994), 721-786, hier: 750.

aus. Allerdings wird es auf diesem Wege gelungen sein, einige hygienische Aspekte der Säuglingspflege den Müttern zu vermitteln⁷¹. Ergänzt wurde dieses Angebot durch die Einrichtung öffentlicher Milchküchen, die die Versorgung mit hygienisch einwandfreier Milch sicherstellen sollten. Die Abgabe erfolgte zumeist zum Selbstkostenpreis, bei Vorlage einer armenärztlichen Bescheinigung auch kostenfrei, in den Fürsorgestellen oder in Apotheken⁷².

Das Fürsorgewesen verknüpfte öffentliche und private Hygiene. Die Gewährung sozialer und gesundheitsfürsorglicher Leistungen war mittelbar oder unmittelbar immer mit dem Imperativ zur Änderung des individuellen Verhaltens verbunden⁷³. In dem unhygienischen oder sozial unverantwortlichen Verhalten, wie man es etwa Tuberkulösen oder Müttern vorwarf, wurde ein entscheidender Grund für Krankheit und Tod gesehen. Daß pädagogische Interventionskonzepte innerhalb der gesundheitsfürsorglichen Politik aber einen so hohen Stellenwert einnehmen konnten, lag auch darin begründet, daß hier die geringsten Widerstände zu erwarten gewesen waren. Die Bedeutung hygienischen Verhaltens und die Notwendigkeit, entsprechende Normen zu vermitteln, war auch unter sozialistischen Ärzten unumstritten⁷⁴. Anders war es bei tiefergreifenden gesellschaftlichen Reformen, wo politische Programme und Interessensgegensätze aufeinandertrafen. Exemplarisch kann dies am Beispiel des Städtebaus und der Wohnungsproblematik gezeigt werden⁷⁵.

Schon den Zeitgenossen galt die Wohnungsnot in den Großstädten, galten die engen, überfüllten und schlecht gelüfteten Behausungen der Arbeiter, Tagelöhner und Dienstboten als ein Hauptfaktor für die Verbreitung der Tuberkulose sowie für die Säuglingssterblichkeit⁷⁶. Die „Wohnungsfrage“ wurde so zu einem zentralen Bestandteil der „Sozialen Frage“⁷⁷. Schon seit den 1870er Jahren diskutierte der *Deut-*

⁷⁰ Vgl. Witzler, Großstadt und Gesundheit, 197. Im Regierungsbezirk Düsseldorf war dazu eine Stillprobe notwendig, in der die Säuglinge vor und nach dem Stillen gewogen wurden. Vgl. Castell-Rüdenhausen, Die Erhaltung und Mehrung der Volkskraft, 39.

⁷¹ Vgl. Witzler, Großstadt und Gesundheit, 198.

⁷² Vgl. ebd., 200.

⁷³ Der Aspekt hygienische Erziehung und Sozialisation wird in Kapitel 2 ausgeführt werden.

⁷⁴ Beispielgebend wurde hier die von Ignatz Zadek 1892 begründete Arbeitersanitätskommission. Vgl. A. Labisch, Selbsthilfe zwischen Auflehnung und Anpassung. Arbeiter-Sanitätskommission und Arbeiter-Samariterbund, in: Argument-Sonderband 77 (1983), 11-26. Auch die Ärzte Julius Moses und Alfred Grotjahn verstanden die gesundheitspolitische Aufklärung als wichtiges Element ihres gesundheitspolitischen Wirkens. Eingebettet war dies allerdings in umfassendere sozialpolitische (Moses) oder sozialhygienisch-eugenische Konzepte (Grotjahn). Vgl. Nadav, Julius Moses und die Politik der Sozialhygiene, u. Chr. Kaspari, Alfred Grotjahn (1869-1931). Leben und Werk, med. Diss. Bonn 1989, bes. 64 u. 169-170.

⁷⁵ Vgl. dazu allgemein M. Rodenstein, „Mehr Licht, mehr Luft“. Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750, Frankfurt a.M./New York 1988

⁷⁶ Vgl. Witzler, Großstadt und Hygiene, 181-180.

⁷⁷ Vgl. Nipperdey, Arbeitswelt und Bürgergeist, 147.

sche Verein für öffentliche Gesundheitspflege Prinzipien eines gesundheitlich begründeten Städtebaus und propagierte hygienische Minimalstandards für Wohnungen⁷⁸. Doch die Initiativen zur gesetzlichen Einschränkung der „Baufreiheit“ durch Bauordnungen scheiterten bis 1918 in Preußen und im Reich an den altliberalen Nichtinterventionsprinzipien staatlicher Politik⁷⁹. Auch in den Kommunen waren substantielle Reformen angesichts der starken Lobby der Haus- und Grundbesitzer in den Stadtparlamenten kaum durchzusetzen⁸⁰.

Dagegen bot sich in der Gesundheitsfürsorge eine Möglichkeit, die gesundheitlichen Folgen des ungebremsten und im wesentlichen auch ungesteuerten Stadtwachstums abzumildern. Indem das Individuum als Ansatzpunkt gesundheitsfürsorgischer Maßnahmen genommen wurde, konnte das soziale Problem Krankheit auf das unhygienische Verhalten des einzelnen reduziert werden. Die gesundheitsfürsorgischen Vereine boten Staatsbeamten und dem hohen Adel als Vorsitzenden oder Schirmherren zudem die Möglichkeit, das liberal-staatliche Prinzip der Wahrung der Persönlichkeitsrechte aufrechtzuerhalten und zugleich auf informellem Wege in die Privatsphäre der Menschen einzugreifen⁸¹.

1.2.2 Soziale Hygiene

Durch die Erfolge der bakteriologischen Forschung hatte sich die medizinische Diskussion stark auf die krankheitserregenden Keime als dem entscheidenden, wenn nicht sogar einzigen krankheitsbedingendem Moment konzentriert. Ältere Ansätze, die eine soziale Sicht der Krankheit vertraten (Virchow) oder die die Krankheit aus den Bedingungen der unspezifischen Umwelt (Pettenkofer) zu erklären versuchten, waren so schrittweise verdrängt worden. Die Erklärungsmacht der Bakteriologie wurde jedoch stark erschüttert, als Untersuchungen in den 1890er Jahren ergaben,

⁷⁸ Vgl. dazu J. Rodriguez-Lores, Stadthygiene und Städtebau. Am Beispiel der Debatten im Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege 1869-1911, in: J. Reulecke / A. zu Castell Rüdtenhausen (Hg.), Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1991, 63-75, bes. 70-75.

⁷⁹ Vgl. Rodenstein, Mehr Licht, mehr Luft, 125-127 u. 147-148; Nipperdey, Arbeitswelt und Bürgergeist, 147.

⁸⁰ In Preußen war gesetzlich festgelegt, daß in jeder Abteilung der Stadtverordnetenversammlung mindestens 50% Hausbesitzer sein mußten. In der Regel waren es weitaus mehr. So zum Beispiel im Jahre 1900 in Berlin 67%, in Dortmund 83%, in Düsseldorf 86%, in Bochum 91%, in Krefeld sogar 100%! Vgl. Reulecke, Urbanisierung, 134 u. 221 m. Tabelle 13.

⁸¹ Vgl. Labisch, Homo hygienicus, 379-383.

daß etwa 95% der Bevölkerung mit Tuberkulose infiziert waren, aber nur 2-3% tatsächlich erkrankten⁸².

Um das Problem der unterschiedlichen Wirkung spezifischer Krankheitserreger zu lösen, bildeten sich um die Jahrhundertwende drei wissenschaftliche Disziplinen heraus⁸³. Ferdinand Hueppe (1852-1932) entwickelte nach 1893 mit der *Konstitutionshygiene* ein dynamisches Konzept, in der die veränderliche erworbene und genetische Veranlagung des Menschen (Konstitution), die unterschiedlichen Außenbedingungen und die unterschiedliche Wirkung der Erreger gemeinsam als krankheitsbedingende Faktoren bestimmt wurden⁸⁴. Die ebenfalls in den 1890er Jahren entwickelte *Rassenhygiene*⁸⁵ stellte die Frage nach der erblichen Veranlagung zur Krankheit und den daraus abgeleiteten Folgen für die menschliche Gesellschaft in den Mittelpunkt ihrer Forschungen. Als letzte der Disziplinen wurde nach der Jahrhundertwende die *Sozialhygiene* theoretisch fundiert. Die Sozialhygiene erforschte den Zusammenhang von Krankheit und sozialer Lage und richtete ihr Interesse auf einzelne soziale Gruppen und deren Nachkommen. So waren um die Jahrhundertwende alle Einflüsse auf den Menschen zum Gegenstand der Gesundheitswissenschaft geworden: die physikalisch-chemisch-biologische Umwelt, die Gesellschaft und die Erbanlagen⁸⁶.

Allen drei Ansätzen war die Frage nach den Folgen erblicher und degenerativer Erkrankungen für die Gesellschaft zentral. Bevölkerungspolitik und die Frage nach der Erbgesundheit waren das gemeinsame Merkmal des neueren gesundheitswissenschaftlichen Diskurses. In England hatte Francis Galton (1822-1911), ein Vetter Charles Darwins, seit den 1860er Jahren eine Theorie der Eugenik entworfen. Ausgehend von Darwins Evolutions- und Selektionstheorie erhoffte sich Galton eine Verbesserung der zum *Kampf ums Dasein* als lebenswichtig postulierten *fitness* des Volkes erreichen zu können, indem die Fortpflanzung der geistigen Elite durch staatliche

⁸² Vgl. Weindling, *Health, Race and German Politics*, 163; Labisch/Tennstedt, *Der Weg zum GVG*; 139.

⁸³ Vgl. zum Folgenden Labisch, *Homo hygienicus*, 361-367; Labisch/Tennstedt, *Der Weg zum GVG*, 144-146.

⁸⁴ Vgl. auch F. Hueppe, *Zur Geschichte der Sozialhygiene*, in: A. Gottstein/A. Schloßmann/L. Teleky (Hg.), *Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge*, Bd. 1: Grundlagen und Methoden, Berlin 1925, 5-70, hier: 10-11. Vgl. auch die Selbstbiographie Hueppes in: L.R. Grote (Hg.), *Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen*, Bd. 2, Leipzig 1923, 77-138, bes. 123-124.

⁸⁵ Zur Rassenhygiene vgl. allgemein Weindling, *Health, Race and German Politics*; P. Weingart/J. Kroll/K. Bayertz, *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*, Frankfurt a.M. 1992; H.-W. Schmuhl, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“*, 1890-1945, Göttingen 1987 [= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 75]

⁸⁶ Vgl. Labisch, *Homo hygienicus*, 366.

Maßnahmen gefördert werde⁸⁷. In Deutschland wurde der Gedanke, den Prozeß der Evolution durch gesellschaftliche Maßnahmen zu steuern, erst in den 1890er Jahren aufgegriffen und durch Wilhelm Schallmayer (1857-1919) und Alfred Ploetz (1860-1940) in eine wissenschaftliche Theorie gefaßt. Nach Vorarbeiten Schallmayers⁸⁸ formulierte Ploetz 1895 das Konzept einer Rassenhygiene in seinem Buch: „Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen“⁸⁹. Ploetz prägte hier den Begriff „Rassenhygiene“, der großen Teilen der deutschen eugenischen Bewegung bis 1945 den Namen geben sollte. Unter „Rasse“ verstand Ploetz eine durch gemeinsame Fortpflanzung verbundene Population, die er als „Vitalrasse“ von der „Systemrasse“ der Rassenanthropologen in der Nachfolge Arthur Comte de Gobineaus und seiner deutschen Popularisatoren abgrenzte. Ploetz bemühte sich zwar, die „Rassenhygiene“ als wissenschaftliche Disziplin jenseits der als unwissenschaftlich angesehenen Rassenlehre zu etablieren, doch war sein Sprachgebrauch mehrdeutig und privat sympathisierte er mit dem Ideal einer nordischen Rasse. Schallmayer kritisierte den Begriff „Rassenhygiene“ wegen seiner rassistisch-völkischen Konnotationen und schlug statt dessen die Bezeichnung „Rasshygiene“ vor, um sich stärker von der Rassenideologie abzugrenzen.

Die Formierung der rassenhygienischen Bewegung erfolgte im Kontext zeitgenössischer Degenerationstheorien, die sowohl den physischen als auch den geistigen und kulturellen Verfall der Gesellschaft prognostizierten. Industrialisierung und Urbanisierung galten als Gefahren für die Vitalität des Volkes, die moderne Kultur als Symptom geistigen Niedergangs⁹⁰, der Rückgang der Geburtenrate und rückläufige Stillquoten als Zeichen physischen Verfalls⁹¹. Im Gegenzug und als Konsequenz dieser zivilisationskritischen und kulturpessimistischen Strömungen bildeten sich im letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts verschiedene gesellschaftliche Strömungen aus, deren Ziel die geistige und körperliche Regeneration des Individuums in einer erneuerten Gesellschaft war⁹². Die Lebensreformbewegung propagierte neue Gemein-

⁸⁷ Vgl. Weingart/Kroll/Bayertz, Rasse, Blut und Gene, 36

⁸⁸ Schallmayer hatte 1891 sein bereits fünf Jahre zuvor verfaßtes Werk „Über die drohende Entartung der Culturmenschheit“ verlegen können. Zwei Jahre später erschien eine überarbeitete Auflage unter dem Titel: „Die drohenden physische Entartung der Culturvölker“. Vgl. Weingart/Kroll/Bayertz, Rasse, Blut und Gene, 38-39 u. 191.

⁸⁹ Vgl. ebd., 40-41.

⁹⁰ Zur zeitgenössischen Kritik von Großstadtentwicklung und urbaner Kultur vgl. K. Bergmann, Agrarromantik und Großstadtfeindschaft, Meisenheim/Glan 1970.

⁹¹ Vgl. Weingart/Kroll/Bayertz, Rasse, Blut und Gene, 74-75.

⁹² Vgl. allgemein C. Hepp, Avantgarde. Moderne Kunst, Kulturkritik und Reformbewegungen nach der Jahrhundertwende, München 1987.

schafts- und Siedlungsformen, etwa die der Landkommune oder der Gartenstadt, neue Ernährungsweisen und neue Kleidung, um so den „neuen Menschen“ zu schaffen, der die Krise der Gegenwart überwindet. Völkische und rassistische Kreise richteten ihre Sehnsüchte dagegen auf eine kommende Generation nordischer Herrenmenschen, die es durch strenge Partnerwahl heranzubilden gelte⁹³. All diese geistigen Stömungen übten einen nachhaltigen Einfluß auf die Rassenhygieniker aus, sei es, daß sie sich für das nordische Ideal begeistern konnten⁹⁴, sei es, daß sie die Siedlungsreformbewegung begrüßten und in ihr Programm aufnahmen⁹⁵, vor allem aber indem sie die Prämissen der Degenerationstheorie teilten. In der Rassenhygiene verschmolzen Degenerationsängste, Kapitalismuskritik und vitalistische Lebensreformutopien zu einer szientistischen Strategie der qualitativen Bevölkerungspolitik auf der Grundlage wissenschaftlicher Theorien.

Der Ansatz zu einer wissenschaftlichen Lösung des Degenerationsproblems ergab sich aus den Theoremen des Sozialdarwinismus. In Deutschland war es vor allem der Biologe Ernst Haeckel, der die darwinschen Lehren systematisch auf die menschliche Gesellschaft zu übertragen suchte und damit der Neuformulierung des Darwinismus von einer liberalen Theorie gesellschaftlicher Entwicklung zu einem reaktionären, elitären Gesellschaftsbild unter Betonung des Prinzips der Auslese Vorschub leistete⁹⁶.

Der Sozialdarwinismus ermöglichte die Deutung der Sozialen Frage in biologischen Begriffen. Gesellschaftliche Ungleichheit, wie sie in sozialen Hierarchien oder in der Ungleichheit vor Krankheit und Tod zum Ausdruck kam, konnte als das Ergebnis gesellschaftlicher Auslemechanismen und als Folge unterschiedlicher Grade genetisch bedingter „Tüchtigkeit“ interpretiert werden⁹⁷. Degeneration und Entartung eines Volkes waren dieser Auffassung nach eine Folge der fortschreitenden zivilisatorischen Verbesserungen⁹⁸. Durch den medizinischen Fortschritt und die Sozialpolitik werde es auch den Menschen erlaubt, sich fortzupflanzen, die sonst der „Auslese“

⁹³ Vgl. G. Mann, *Biologie und der „Neue Mensch“*. Denkstufen und Pläne zur Menschenzucht im Zweiten Kaiserreich, in: ders./R. Winau (Hg.), *Medizin, Naturwissenschaft, Technik und das Zweite Kaiserreich*, Göttingen 1977, 172-188, hier: 181-188 [= *Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts*, Bd. 8]

⁹⁴ Vgl. Weindling, *Health, Race and German Politics*, 124, 312-315 u. Weingart/Kroll/Bayertz, *Rasse, Blut und Gene*, 93 u. 105-106.

⁹⁵ Vgl. die „Leitsätze der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene“ zur Geburtenfrage, angenommen in der Deligiertenversammlung zu Jena am 6. und 7. Juni, in: *ARGB* 11 (1914/15), 134-136.

⁹⁶ Vgl. dazu ausführlich Weindling, *Health, Race and German Politics*, 25-48; Schmuhl, *Rassenhygiene*, 29-33.

⁹⁷ Vgl. Weingart/Kroll/Bayertz, *Rasse, Blut und Gene*, 121-122.

⁹⁸ Vgl. A. Kelly, *The Descent of Darwin. The Popularization of Darwinism in Germany, 1860-1914*, Chapel Hill 1981, 105-107.

durch Krankheiten zum Opfer gefallen wären. So werde ihr schlechtes Erbgut an die nächste Generation weitergegeben⁹⁹. Da sich die als genetisch geringerwertig angesehenen Unterschichten aber stärker vermehrten als die genetisch als höherwertig eingeschätzten Mittel- und Oberschichten, sei die fortschreitende Degeneration der „Rasse“ die Konsequenz.

Während Sozialdarwinisten wie Alexander Tille die *Auslese* forcieren wollten¹⁰⁰, um der Degeneration entgegenzuwirken, propagierten Schallmayer und Ploetz die Einflußnahme auf die Fortpflanzung gemäß den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Vererbungslehre¹⁰¹. Als geeignete Maßnahmen der „praktischen Rassenhygiene“ schlug Ploetz 1910 beispielsweise vor: die „Begünstigung der vielkindrigen Familien tüchtiger Individuen (...), Herstellung eines Gegengewichts gegen den Schutz der Schwachen durch Schaffung von Hindernissen für die Fortpflanzung Minderwertiger durch Isolierung, Eheverbote und ähnliche Mittel (...), Bekämpfung aller Keimgifte, wie besonders der Syphilis, der Schwindsucht und des Alkohols; (...) Verhütung minderwertiger Einwanderung und Ansiedlung tüchtiger Bevölkerungselemente in den Gegenden, die durch mindertüchtige besetzt sind, evtl. durch Anwendung von Enteignungsgesetzen“.¹⁰² Die Rassenhygiene werde zukünftig die „höchste außerindividuelle Norm für alles menschliche Handeln“ werden, hoffte Ploetz, und werde so durch die wirksame Bekämpfung der degenerativen Folgen der Sozialpolitik die gesamtgesellschaftliche Durchsetzung humanitärer Ideale erst ermöglichen. Denn wenn „keine Schwachen mehr erzeugt werden, brauchen sie auch nicht wieder ausgemerzt zu werden“.¹⁰³

Eine erste größere Anerkennung wurde der Rassenhygiene zuteil, als Schallmayer in einem von Ernst Haeckel initiierten und von dem Großindustriellen Friedrich Alfred Krupp gestifteten Preisausschreiben zur Bedeutung der darwinschen Deszendenzlehre für die menschliche Gesellschaft, den ersten Preis gewann¹⁰⁴. Schallmayers Beitrag über die „Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker“ blieb

⁹⁹ Vgl. G. Mann, Rassenhygiene - Sozialdarwinismus, in: ders. (Hg.), *Biologismus im 19. Jahrhundert*, Stuttgart 1973, 73-93, hier: 78 [= Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts, Bd. 5]

¹⁰⁰ Vgl. Kelly, *Descent of Darwin*, 107.

¹⁰¹ Vgl. Labisch, *Homo hygienicus*, 429-430, Schmuhl, *Rassenhygiene*, 40-45.

¹⁰² A. Ploetz, *Ziele und Aufgaben der Rassenhygiene*, Flugblatt 1910, zitiert nach: Mann, *Rassenhygiene - Sozialdarwinismus*, 85.

¹⁰³ A. Ploetz, *Die Begriffe Rasse und Gesellschaft und die davon abgeleiteten Disziplinen*, in: *ARGB 1* (1904), 2-26, hier: 15 u. 26

¹⁰⁴ Zum Preisausschreiben vgl. ausführlich Weindling, *Health, Race and German Politics*, 112-123.

bis zum Ende des Ersten Weltkriegs das Standardwerk der Rassenhygiene¹⁰⁵. Schallmayer regte hier die Erstellung von Erblichkeitsstatistiken und individuellen Stammbäumen an und diskutierte die freiwillige oder erzwungene Sterilisation von Erbkranken¹⁰⁶.

Nach 1900 formierte sich die Rassenhygiene als eine wissenschaftliche Disziplin, die durch die Erforschung der menschlichen Vererbung und der Bevölkerungsentwicklung ihre These empirisch zu belegen suchte. Mit der Gründung des „Archivs für Rassen- und Gesellschafts-Biologie einschließlich Rassen- und Gesellschaftshygiene“ durch Alfred Ploetz erhielt die Bewegung 1904 ihr eigenes wissenschaftliches Organ. In Berlin gründete Ploetz 1905 die *(Berliner) Gesellschaft für Rassenhygiene*. Als Ploetz 1907 nach München umsiedelte, bildete er eine weitere rassenhygienische Gesellschaft, für deren Vorsitz er den renommierten Hygiene-Professor Max von Gruber gewinnen konnte. Als drittes frühes Zentrum der Rassenhygiene wurde in Freiburg 1910 eine rassenhygienische Gesellschaft durch den Anthropologen Eugen Fischer und den Studenten Fritz Lenz gegründet. Im März 1910 konnten die verschiedenen Gesellschaften schließlich in einer *Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene* zusammengeschlossen werden. Die Gesellschaft war vor allem durch Mediziner -Ärzte und Studenten - bestimmt, daneben waren verschiedene Gruppen des Bildungsbürgertums vertreten¹⁰⁷. Einer breiteren (Fach-)Öffentlichkeit wurde die Rassenhygiene erstmals 1911 auf der *Internationalen Hygiene-Ausstellung* in Dresden vorgestellt. Zwei Jahre später wurde die Gesellschaft in die bedeutende „Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte“ aufgenommen. Damit war die Rassenhygiene als Wissenschaft institutionell etabliert und in den akademischen Diskurs integriert.

Die Sozialhygiene wurde von Alfred Grotjahn, Adolf Gottstein und Alfons Fischer begründet. Alfred Grotjahn (1869-1931) war der maßgebliche Theoretiker der Sozialhygiene und hat sich vor allem für die akademische Etablierung der Sozialhygiene eingesetzt. Adolf Gottstein (1857-1941) war wie Hueppe anfangs ein überzeugter Anhänger des bakteriologischen Ansatzes. Von seinen Hoffnungen auf die

¹⁰⁵ W. Schallmayer, *Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker. Eine staatswissenschaftliche Studie auf Grund der neueren Biologie*, Jena 1903. Weitere z.T. überarbeitete Auflagen erschienen unter abgeänderten Titeln: ²1910, ³1917, ⁴1920.

¹⁰⁶ Vgl. ebd., 337 u. 357. Bereits 1891 hatte Schallmayer die Einführung von Krankenpässen gefordert, um so jeden Erbkranken kenntlich machen zu können. Vgl. Labisch, *Homo hygienicus*, 429-430.

Bakteriologie enttäuscht, wandte er sich der Sozialhygiene zu. Gottstein repräsentierte vor allem den Zusammenhang von sozialer Hygiene und Medizinalverwaltung und Gesundheitspolitik. Zunächst Stadtmedizinalrat in Charlottenburg (1911-1919) wurde er 1919 Medizinaldirektor und leitete als solcher das preußische Gesundheitswesen bis 1924¹⁰⁸. Alfons Fischer (1873-1936) hat sowohl die theoretische Fundierung der Sozialhygiene als auch auf regionaler Ebene die Praxis der Sozialhygiene vorangetrieben¹⁰⁹.

Viele Sozialhygieniker gehörten einer Generation an¹¹⁰. Sie waren in den Jahren vor oder kurz nach der Reichsgründung geboren worden: Arthur Schloßmann (1867-1932), Julius Moses (1868-1942), Alfred Grotjahn (1869-1931), Ignatz Kaup (1870-1944), Wilhelm von Drigalski (1871-1950), Ludwig Teleky (1872-1957), Alfons Fischer (1873-1936). Um die Jahrhundertwende waren sie zumeist niedergelassene Ärzte und fanden darüber Zugang zur sozialen Problematik oder engagierten sich neben ihrer Praxis in sozialen und gesundheitlichen Fragen. Einige waren vorübergehend als Armenarzt (Johannes Rabnow), Stadtärzte (Gottstein, Grotjahn, v.Drigalski) oder Bezirksarzt (Kaup) tätig. Politisch standen sie Friedrich Naumanns National-Sozialem Verein (Fischer, Schloßmann, Grotjahn) oder der Sozialdemokratie (Grotjahn, Moses, Teleky, Benno Chajes) nahe¹¹¹. Diese Generation verkörperte eine Kontinuität sozialhygienischer Wissenschaft und gesundheitsfürsorgereischen Engagements vom Kaiserreich zur Weimarer Republik. Vom Beginn der Republik, an dem sie auf 45 bis 51 Jahre Lebenserfahrung im Kaiserreich zurückblicken konnten, erstreckte sich ihr Wirkungskreis bis in die frühen dreißiger Jahre, als einige von ihnen starben, andere durch den Nationalsozialismus verdrängt oder vertrieben wurden¹¹².

¹⁰⁷ Im Jahr 1913 gab es 425 Mitglieder, davon waren ca. 35% Mediziner. Rechnet man noch Biologen und Anthropologen hinzu, die laut Weindling vielfach eine medizinische Ausbildung hatten, waren es knapp 45%. Vgl. Weindling, *Health, Race and German Politics*, 145 u. 148-149.

¹⁰⁸ Vgl. A. Gottstein, *Selbstbiographie*, in: L.R. Grote (Hg.), *Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen*, Bd. 4, Leipzig 1925, 53-91.

¹⁰⁹ Vgl. K.D. Thomann, *Alfons Fischer (1873-1936). Sozialhygieniker und Gesundheitspolitiker*, in: D. Tutzke (Hg.), *Zur gesellschaftlichen Bedingtheit der Medizin in der Geschichte*, Jena 1981, 117-145.

¹¹⁰ Zu diesem Ansatz vgl. D.J.K. Peukert, *Die Weimarer Republik. Krisenjahre der Klassischen Moderne*, Frankfurt a.M. 1987, 25-31.

¹¹¹ Gottstein und Rabnow gehörten einer älteren Generation an, Chajes einer jüngeren, die erst nach 1918 aktiv in die Gesundheitspolitik eintritt. Die Angaben beruhen auf den Kurzbiographien in: Labisch/Tennstedt, *Der Weg zum GVG*, Bd. 2, 373-519, hier: 390-391 (Chajes), 399-400 (v.Drigalski), 416-417 (Gottstein), 435-436 (Kaup). Zu Fischer vgl. Thomann, *Sozialhygieniker und Gesundheitspolitiker*, 118-119; Zu Grotjahn vgl. Kaspari, *Alfred Grotjahn*; Zu Schloßmann vgl. W. Haberling, *Arthur Schloßmann, sein Leben und Werk*, in: R. Lehr (Hg.), *Auf neuen Wegen zu neuen Zielen*, FS Schloßmann, Düsseldorf 1927, 1-32, hier: 11; Weindling, *Health, Race and German Politics*, 203.

¹¹² Julius Moses wurde 1942 im Konzentrationslager Theresienstadt ermordet. Vgl. Nadav, *Julius Moses*, 309.

Die soziale Sicht der Krankheit war nicht neu, sie war nur, wie bereits ausgeführt, zeitweilig in den Hintergrund getreten. Bereits gegen Ende des 18. Jahrhunderts hatte Johann Peter Frank (1745-1821), der Verfasser eines einflußreichen, im Geiste des Kameralismus entworfenen „System(s) einer vollständigen medicinischen Polizey“, vom „Elend des Volkes als dem Nährboden der Krankheiten“ gesprochen¹¹³. Die soziale Sicht der Krankheit kam ebenso in der Medizinalreformbewegung der Jahre 1848/49 zum Tragen, und Rudolf Virchow sah den Arzt als den „natürlichen Anwalt der Armen“ an. Auch war der Begriff „soziale Hygiene“ schon vor der Formulierung einer Theorie in Gebrauch, doch bezeichnete er entweder die humanitären und karitativen Aspekte der Hygienepolitik oder bedeutete schlicht „öffentliche Gesundheitspflege“¹¹⁴. Die Wissenschaft der Sozialhygiene wollte dagegen die soziale Dimension und die sozialen Ursachen von Krankheit und Gesundheit systematisch, durch die Anwendung der Methoden der Sozialwissenschaften und Nationalökonomie, erforschen. Es handelte sich also um eine Verwissenschaftlichung des sozialen Aspekts von Krankheit und Gesundheit, die es ermöglichte, den gesellschaftlichen Bezugsrahmen medizinischen Forschens und Handelns intersubjektiv zu objektivieren. Die Sozialhygiene wurde zur Leitwissenschaft der Gesundheitsfürsorgepolitik¹¹⁵, da sie sozialhygienische Mißstände bei einzelnen sozialen Gruppen quantitativ erfassen und somit gesundheitspolitische Maßnahmen auf wissenschaftliche Weise legitimieren konnte.

Alfred Grotjahn¹¹⁶ entstammte einer Arztfamilie. Auf Druck des Vaters studierte auch er Medizin und gab seine anfängliche Neigung zur Nationalökonomie vorerst auf. Doch als Student in Kiel hörte er 1892 Vorlesungen bei dem Soziologen Ferdinand Tönnies und später, als niedergelassener Arzt, besuchte er in Berlin von 1901 bis 1902 das staatswissenschaftliche Seminar Gustav Schmollers. Zusammen mit Tönnies, Georg Simmel, Werner Sombart und Max Weber gehörte Grotjahn 1909 zu den Begründern der *Deutschen Gesellschaft für Soziologie* und war Mitglied des Vorstands. Grotjahn trennte sich aber bald wieder von der Gesellschaft, da er das

¹¹³ Vgl. E. Lesky, Einleitung zu Johann Peter Franks akademischer Rede vom Volkseleud als der Mutter der Krankheiten (Pavia 1790), in: dies. (Hg.), Sozialmedizin. Entwicklung und Selbstverständnis, Darmstadt 1977 [WdF 273], 124-146.

¹¹⁴ Vgl. Weindling, Health, Race and German Politics, 220; Kaspari, Alfred Grotjahn, 97-110.

¹¹⁵ Vgl. Labisch/Tennstedt, Der Weg zum GVG, 142.

¹¹⁶ Zur Biographie Grotjahns vgl. Kaspari, Alfred Grotjahn; D. Tutzke, Alfred Grotjahn, Leipzig 1979; vgl. ferner die Lebenserinnerungen: A. Grotjahn, Erlebtes und Erstrebtes. Erinnerungen eines sozialistischen Arztes, Berlin 1932.

Prinzip der wertneutralen Wissenschaft nicht teilen wollte¹¹⁷. Der Einfluß der Soziologie blieb dennoch bestimmend in Grotjahns Werk und er bezeichnet sich selbst nicht ohne Stolz mit dem Spott- und Ehrennamen der bürgerlichen Sozialreformer als „medizinische(n) Kathedersozialist(en)“¹¹⁸.

Schon als Student war Grotjahn durch sein Interesse an sozialen Fragen zum Mitglied in der SPD geworden. Auch als niedergelassener Arzt nahm er in Berlin von 1896 bis 1901 an Treffen revisionistischer Parteikreise bei Leo Arons teil. Mit dem Sommer 1901 zog sich Grotjahn aber völlig aus der Partei zurück, um sich allein der Wissenschaft zuzuwenden. Seit 1902 gab er mit dem Nationalökonom Friedrich Kriegel eine jährliche Bibliographie der sozialhygienisch relevanten Literatur heraus. Nach eigenen Studien zum Alkoholismus und zum „Wandel der Volksernährung“ veröffentlichte er 1904 erstmals eine Definition der Sozialhygiene:

- „1. Die soziale Hygiene als *deskriptive* Wissenschaft ist die Lehre von den *Bedingungen*, denen die Verallgemeinerung hygienischer Kultur unter der Gesamtheit von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und *deren Nachkommen* unterliegt.
2. Die soziale Hygiene als *normative* Wissenschaft ist die Lehre von den *Massnahmen*, die die Verallgemeinerung hygienischer Kultur unter der Gesamtheit von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und deren Nachkommen bezwecken.“¹¹⁹

Kritik blieb nicht aus. Gegenüber Grotjahn hob Gottstein den Bezug auf einzelne soziale Gruppen als Spezifikum der Sozialhygiene stärker hervor¹²⁰. Alfons Fischer bemängelte, gegenüber der Wissenschaft sei die Praxis der Sozialhygiene nur unzureichend berücksichtigt¹²¹. Durchsetzen konnte sich Grotjahn langfristig aber mit dem Begriff „Sozialhygiene“. Den ebenfalls diskutierten Begriff „Sozialmedizin“ wollte Grotjahn lediglich auf den Zusammenhang von Medizin und Sozialgesetzgebung beschränkt wissen¹²².

Umfassend legte Grotjahn seinen Ansatz und seine Methodik 1912 in seinem Buch „Soziale Pathologie“ vor, das zu einem der wichtigsten Standardwerke der So-

¹¹⁷ Vgl. Grotjahn, Erlebtes, 90-110.

¹¹⁸ Vgl. ebd., 108-122.

¹¹⁹ A. Grotjahn, Was ist und wozu betreiben wir soziale Hygiene?, in: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege zu Berlin, Beilage zur Hygienischen Rundschau 14 (1904), 1017-1031, hier: 1026. Hervorhebungen im Original.

¹²⁰ Vgl. A. Gottstein, Die Soziale Hygiene, ihre Methoden, Aufgaben und Ziele, in: Zeitschrift für soziale Medizin 2 (1907), 3-36, hier: 12-14.

¹²¹ Vgl. A. Fischer, Grundriß der sozialen Hygiene. Für Mediziner, Nationalökonom, Verwaltungsbeamte und Sozialreformer, Karlsruhe 1913, 3-5.

¹²² Vgl. Grotjahn, Was ist soziale Hygiene, 1017.

zialhygiene werden sollte. Bereits 1915 folgte eine zweite Auflage¹²³. Grotjahn differenzierte in der „Sozialen Pathologie“ genauer aus, in welcher Weise soziale Faktoren auf Krankheiten wirken: „1. Die sozialen Verhältnisse schaffen oder begünstigen die Krankheitsanlage. 2. Die sozialen Verhältnisse sind die Träger der Krankheitsbedingungen. 3. Die sozialen Verhältnisse vermitteln Krankheitserregung. 4. Die sozialen Verhältnisse beeinflussen den Krankheitsverlauf.“¹²⁴ Die sozialpathologische Bedeutung einer Krankheit ergebe sich nach Grotjahn aus ihre Häufigkeit, ihrem gleichartigen Verlauf, ihrer Verursachung durch soziale Faktoren und ihrer Bedeutung für die Gesellschaft, zum Beispiel durch ihren Einfluß auf die Arbeitsleistung¹²⁵. Demgemäß untersuchte Grotjahn verschiedene Krankheiten in ihrer sozialen Dimension. Einen anderen Ansatz wählte Alfons Fischer in seinem „Grundriß der sozialen Hygiene“ (1913). Fischer ging in seiner Analyse von einzelnen gesellschaftlichen Problembereichen (Arbeit, Nahrung, Wohnung usw.) und verschiedenen Sozial- und Berufsgruppen aus.

Grotjahn gründete zusammen mit Rudolf Lennhoff, den Herausgeber der *Medizinischen Reform*¹²⁶, 1905 den „Verein für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik“, der jedoch nach wenigen Jahren stagnierte und 1921 mit „Berliner Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege“ vereinigt wurde¹²⁷. Gemeinsam mit Kriegel gab Grotjahn seit 1906 die *Zeitschrift für soziale Medizin* heraus, die 1911 in *Archiv für soziale Hygiene* umbenannt werden konnte. War so ein gewisser institutioneller Rückhalt im akademischen Diskurs geschaffen, so erwies sich die akademische Etablierung der Sozialhygiene im Falle Grotjahns als komplizierter. Max Rubner, Schüler Pettenkofers und Nachfolger Kochs in Berlin, verhinderte 1905 durch seinen Einfluß in der Fakultät die Initiative Schmollers, Grotjahn eine Privatdozentur für Sozialhygiene zu verschaffen¹²⁸. Rubner tritt der Sozialhygiene jede eigene Berechtigung ab und behauptete, die Hygiene sei schon immer eine „soziale“ gewesen¹²⁹. Erst nachdem Rubner 1909 in das Physiologische Institut gewechselt war, gelang es

¹²³ Vgl. A. Grotjahn, *Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene*, Berlin ²1915.

¹²⁴ Ebd., 15. Hervorhebungen im Original.

¹²⁵ Vgl. ebd., 9-15.

¹²⁶ Die *Medizinische Reform* war 1893 neubegründete worden und vertrat nun neben sozialmedizinischen Themen vor allem auch ärztliche Standesinteressen. Vgl. Nadav, *Julius Moses und die Politik der Sozialhygiene*, 53 u. 82.

¹²⁷ Vgl. Kaspari, *Alfred Grotjahn*, 82-83.

¹²⁸ Vgl. ebd., 86-88.

¹²⁹ Vgl. ebd., 107. Rubner ging von der älteren Verwendung des Begriffs „Soziale Hygiene“ aus, in der „sozial“ als „öffentliche Hygiene“ oder mit humanitär-philanthropischen Gehalt verstanden wurde.

seinem Nachfolger Karl Flügge 1912, eine vorübergehende Abwesenheit Rubners zu nutzen und Grotjahns Habilitation in der Fakultät durchzusetzen¹³⁰. Vorerst war Grotjahn allerdings nur Privatdozent für Hygiene, wenngleich er zu sozialhygienischen Themen las. Im selben Jahr war Ignatz Kaup in München von Max von Gruber zum „außerordentlichen Professor für Hygiene unter besonderer Berücksichtigung der Gewerbehygiene, medizinischen Statistik und sozialen Gesundheitspflege“ berufen worden¹³¹. Bereits 1909 war Ludwig Teleky Privatdozent in Wien geworden, wobei er allerdings die von ihm in Vorschlag gebrachte Benennung „Sozialhygiene“ aufgrund fakultätsinterner Streitigkeiten in „Sozialmedizin“ umwandeln mußte¹³².

Innerhalb der Sozialhygiene war Grotjahn der prononzierteste Vertreter eugenischer und bevölkerungspolitischer Thesen¹³³. Grotjahn entwickelte seit 1904 sein Konzept der „Fortpflanzungshygiene“, das er 1926 umfassend in seiner Arbeit „Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung“ vorstellte¹³⁴. Um das weitere Absinken der Geburtenrate zu verhindern, forderte er, daß jedes Ehepaar mindestens drei Kinder bis zum 5. Lebensjahr aufziehen müßte. Wenn eine „Minderwertigkeit“ der Nachkommen zu erwarten sei, dürften es allerdings keinesfalls mehr sein, wohingegen besonders „rüstige“ Eltern in der Zeugung von Kindern zu fördern seien¹³⁵. Den Anteil der „Minderwertigen“, worunter Grotjahn Tuberkulose, psychisch Kranke, Epileptiker, Alkoholiker, Prostituierte, Verbrecher und Homosexuelle zählte, schätzte er auf ein Drittel der Gesamtbevölkerung. Aus eugenischen Gründen forderte er die „Ausschaltung“ von der Fortpflanzung durch freiwillige Geburtenkontrolle, Eheverbote und Asylierung, 1926 auch durch Zwangssterilisierung. Grotjahn distanzierte sich allerdings von den sozialdarwinistischen Paradigmen der Rassenhygiene und propagierte den Begriff „Eugenik“ oder „Fortpflanzungshygiene“ anstelle von „Ras-

¹³⁰ Vgl. ebd., 126-127.

¹³¹ Vgl. Labisch/Tennstedt, Der Weg zum GVG, 140.

¹³² Vgl. L. Teleky, Geschichtliches, Biographisches, Autobiographisches, in: E. Lesky (Hg.), Sozialmedizin. Entwicklung und Selbstverständnis, Darmstadt 1977, 355-370, hier: 361-362.

¹³³ Vgl. Kaspari, Alfred Grotjahn, 209-237 u. K.-H. Roth, Schein-Alternativen im Gesundheitswesen: Alfred Grotjahn (1869-1931) - Integrationsfigur etablierter Sozialmedizin und nationalsozialistischer „Rassenhygiene“, in: ders. (Hg.), Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum „Gesetz über Sterbehilfe“, Berlin 1984, 31-56. Roths Aufsatz ist vor allem eine präsentistisch motivierte Generalabrechnung mit der Sozialmedizin in der Bundesrepublik und in der DDR, die er durch die Person Grotjahns in den Zusammenhang mit nationalsozialistischer Vernichtungspolitik bringen will. Zu einer historischen Einordnung Grotjahns in den Diskurs der Zeit trägt er so nur wenig bei. Zudem muß füglich bezweifelt werden, ob der Nationalsozialismus einer „Integrationsfigur“ Grotjahn zur Durchführung seiner „Erbgesundheits“politik bedurfte.

¹³⁴ Vgl. A. Grotjahn, Soziale Hygiene, Geburtenrückgang und das Problem der körperlichen Entartung, in: Weyl's Handbuch der Hygiene. Ergänzungsband Soziale Hygiene, Leipzig 1904, 727-789; ders., Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung, Bleien/Wien 1926.

¹³⁵ Vgl. Grotjahn, Soziale Pathologie (²1915), 512-513; In der dritten Auflage sollten nur noch bei „unerheblicher Minderwertigkeit“ drei Kinder gezeugt werden. Vgl. ebd. (³1923), 416-417.

senhygiene“, um sich von der Rassenkunde abzugrenzen¹³⁶. Auch andere Sozialhygieniker diskutierten die Thesen der Rassenhygiene, blieben aber, wie Alfons Fischer, auf größerer Distanz und zogen primär soziale Ursachen in ihre Betrachtungen ein¹³⁷

1.4 Der Erste Weltkrieg und die Krise der Volksgesundheit

Die gesundheitliche Lage im Deutschen Reich hatte sich vom Beginn der Industrialisierung bis 1914 deutlich gebessert: die großen Seuchen blieben aus, weit verbreitete Infektionskrankheiten wie die Tuberkulose waren rückläufig, die Säuglingssterblichkeit konnte gesenkt werden und die allgemeine Lebenserwartung hatte zugenommen. Die nachteiligen Auswirkungen des Ersten Weltkriegs auf die gesundheitliche Situation wie auf die Bevölkerungsentwicklung mußten von den Zeitgenossen als schwere Krise empfunden werden. Während die Sterblichkeitsrate kriegsbedingt anstieg, sank die Geburtenrate infolge sozialer und materieller Not, so daß sich die Bevölkerungsbilanz der Jahre 1915 bis 1918 ins Negative verkehrte¹³⁸. Nicht nur erhöhten die Verluste an der Front die Sterblichkeitsrate, auch war die körperliche Konstitution der Bevölkerung durch die mangelhafte Versorgung mit Nahrungsmitteln geschwächt. Die Verknappung von Reinigungsmittel verstärkte zudem die hygienischen Probleme und begünstigte so Schmier- und Schmutzinfektionen, so daß eine Zunahme der Infektions- und Mangelkrankheiten die Folge war. Die Sterblichkeit an Tuberkulose stieg bis 1918 wieder auf den Stand von 1897, seit 1916 traten Hungerödeme auf. Betroffen waren von der Verschlechterung vor allem Schwangere, Wöchnerinnen, Schulkinder und Ältere. Seit August 1914 hatte sich die ärztliche Versorgung generell verschlechtert, da viele Ärzte einberufen wurden oder sich freiwillig meldeten¹³⁹. Als die gesundheitliche Lage im Reich zusehends prekär wurde, mußten zahlreiche Ärzte wieder zurückkommandiert werden.

¹³⁶ Vgl. Thomann, Grotjahn, 209.

¹³⁷ Vgl. Fischer, Grundriß (1913), 159-166; (21926), 209-218.

¹³⁸ Vgl. D. Petzina/W. Abelshäuser/A. Faust, Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch, Bd. III: Materialien zur Statistik des Deutschen Reiches 1914-1945, München 1978, 32; Marschalck, Bevölkerungsgeschichte, 67.

¹³⁹ Vgl. C. Sachße/F. Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Bd. 2: Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871-1929, Stuttgart u.a. 1988, 49.

Die kritische gesundheitliche Lage führte zu einer Intensivierung gesundheitsfürsorgerischer Aktivitäten in den Kommunen, die von gesundheitspolitischen und sozialfürsorgerischen Initiativen in Reich und Ländern begleitet wurden. Im Rahmen der Kriegsfürsorge für Familien und Angehörige von Soldaten wurden die Mütterberatungs- und Säuglingsfürsorgestellen vermehrt. Zwischen 1914 und 1918 verdreifachte sich ihre Zahl von etwa 1.000 auf annähernd 3.000 im Reich¹⁴⁰. Zudem entfaltete sich eine rege Vereinstätigkeit zugunsten kinderreicher Familien, die sich zu einer einflußreichen pronatalistischen Lobby formierte und nach dem Krieg im „Reichsbund für kinderreiche Familien“ zusammenschloß¹⁴¹. Eine entscheidende Antriebskraft war hier wie schon vor 1914 die Diskussion um die sinkende Geburtenrate, die sich seit 1908 intensiviert und nun unter dem Eindruck des Krieges weiter an Bedeutung gewonnen hatte.

Ein wichtiger neuer gesundheitsfürsorgerischer Bereich, die Fürsorge für Geschlechtskranke, wurde erst während des Ersten Weltkriegs aufgebaut. Die Zunahme der Prostitution und der Geschlechtskrankheiten nach 1914 beängstigte die Zeitgenossen und ließ sie eine „Durchseuchung“ der Bevölkerung fürchten. Als große Gefahr erschien insbesondere die hohe Zahl der infizierten Soldaten, die mit Kriegsende in die Heimat zurückkehren und dort ihre Frauen anstecken könnten¹⁴². Das Militär führte deshalb bereits 1915 obligatorische Untersuchungen für zu entlassende Soldaten ein¹⁴³. Die Kommunen begannen mit dem Aufbau offener Fürsorgestellen nach dem Vorbild der Tuberkulosefürsorge. Gab es 1914 lediglich 2 Fürsorgestellen für Geschlechtskranke, waren es 1916 bereits 93 und 1921 174¹⁴⁴. Vor 1914 waren die Probleme von Geschlechtskrankheiten und Prostitution unter sittlichen und moralischen Erwägungen primär als ordnungspolizeiliche Aufgabe behandelt worden. Mit dem Ersten Weltkrieg setzte sich der Vorrang einer medizinischen und sozialen Intervention durch, was Zwangsmaßnahmen nicht ausschloß, diese aber durch fürsorgerische Maßnahmen begleitete. Ein noch im Krieg vorbereitetes Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten konnte bis zum Zusammenbruch nicht mehr verabschiedet werden, und an seine Stelle traten im Dezember 1918 zwei entsprechende Notverordnungen des Arbeiter- und Soldatenrates, die insbesondere die

¹⁴⁰ Vgl. ebd., 124.

¹⁴¹ Vgl. Weindling, *Health, Race and German Politics*, 294-295.

¹⁴² Vgl. exemplarisch O. Kurpjuweit, *Die Gefahr der Geschlechtskrankheiten bei Beendigung des Krieges*, Berlin 1918 [Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung Bd. 8, H. 9]

¹⁴³ Weindling, *Health, Race and German Politics*, 285

Zwangsbehandlung infizierter Soldaten ermöglichen sollten. Erst nach langwierigen Diskussionen wurde 1927 ein Gesetz verabschiedete, das neben der ärztlichen Zwangsgewalt gegen Geschlechtskranke auch den Grundsatz der Fürsorge etablierte¹⁴⁵.

Während des Ersten Weltkriegs wurde die Gesundheitsfürsorge nicht nur ausgebaut, sie unterlag auch, als Teil der sozialen Fürsorge, gravierenden strukturellen Veränderungen, die den Weg zu den wohlfahrtsstaatlichen Konzepten der Weimarer Republik wiesen. Unter dem Eindruck der sozialen Folgen von Krieg und Inflation, die auch bislang unabhängige Teile des Mittelstands in die Abhängigkeit von öffentlichen Leistungen führte, wurden staatliche Interventionsbefugnisse im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik ausgeweitet. Die öffentliche Fürsorge, die bislang alleine den Kommunen oblag, wurde nun zu einer planmäßigen staatlichen Existenzsicherung für weite Teile der Bevölkerung ausgebaut¹⁴⁶. Das Reich sicherte und garantierte durch seine Gesetzgebung Mindeststandards für die Lebenserhaltung. Ergänzt wurde dies durch die Wohlfahrtspflege der Kommunen, die nun finanzielle Zuschüsse von Reich und Ländern erhielten. Zudem wurden die privaten Wohlfahrtsverbände einer behördlichen Kontrolle unterworfen. Im Ergebnis führte diese Entwicklung zu einer Zentralisierung und Verstaatlichung öffentlicher Fürsorge. Soziale und wirtschaftliche Not und die damit zusammenhängenden gesundheitlichen Folgen wurden nun nicht mehr nur als individuelles Schicksal und sozialpolitisches Problem begriffen, sondern als eine nationale Aufgabe von höchster Bedeutung verstanden. Sollte die soziale Fürsorge die Verelendung der Bevölkerung verhindern, so war das Ziel der Gesundheitsfürsorge, die Schwächung der „Volkskraft“ durch Krieg und Not abzuwehren. Der besondere Akzent staatlicher Politik lag hierbei in der Bevölkerungspolitik, die durch die Fürsorge für Familien, Wöchnerinnen, Schulkinder, die Förderung des Hebammenwesens und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten die negativen Folgen des Krieges für die demographische Entwicklung abzuwenden suchte¹⁴⁷.

¹⁴⁴ Vgl. Sachße/Tennstedt, *Geschichte der Armenfürsorge* 2, 129.

¹⁴⁵ Vgl. ebd., 129-130; Weindling, *Health, Race and German Politics*, 285-286 u. 357-359.

¹⁴⁶ Vgl. Sachße/Tennstedt, *Geschichte der Armenfürsorge* 2, 46-67.

1.5 Weimarer Republik

Der Erste Weltkrieg wirkte sich nachhaltig auf den demographischen Aufbau der deutschen Bevölkerung aus. Etwa 2,4 Millionen Deutsche starben im Krieg, weitere 300.000 Zivilisten erlagen den Kriegsfolgen. Das waren insgesamt etwa 4% der Vorkriegsbevölkerung¹⁴⁸. Während der Jahre 1914 bis 1918 waren darüber hinaus etwa 2,2 Millionen Kinder weniger geboren worden, als nach der trendmäßigen Entwicklung der Vorkriegszeit zu erwarten gewesen wäre¹⁴⁹. Die Geburtenrate, die im Krieg stark abgefallen war, stieg zwar in den Jahren 1919 und 1920 erneut an, ohne jedoch den Vorkriegswert erreichen zu können. Danach fiel sie von 25,3 Geburten auf 1.000 Einwohner (1921) kontinuierlich ab, bis sie 1933 mit 14,7 einen Tiefstand erreichte¹⁵⁰.

Unter dem Eindruck dieser Entwicklung verstärkte sich die sich schon während des Krieges abzeichnende Politisierung von „Gesundheit“ unter nationalen und bevölkerungspolitischen Aspekten¹⁵¹. In der zeitgenössischen Diskussion wurde der „Geburtenausfall“ während des Krieges auf 4 Millionen geschätzt¹⁵². Den Alliierten wurde vorgeworfen, die physische Auslöschung des deutschen Volkes durch die „Hungerblockade“ planmäßig herbeizuführen. Die Abgabe von Milchvieh laut den Bestimmungen des Versailler Vertrages galt als kalkulierter Kindermord¹⁵³. In der nationalistischen Propaganda wurde der Bevölkerungsverlust Deutschlands im Weltkriege schließlich unter Einbeziehung der abgetrennten Gebiete auf 12 bis 13 Millionen hochgerechnet und das Schreckbild eines *Volkes ohne Jugend* gezeichnet¹⁵⁴.

Gravierender für das allgemeine Bewußtsein in der Bevölkerung waren jedoch die Erfahrungen von Not, Mangel und Krankheit in der Kriegs- und Nachkriegszeit. Mit der Grippepandemie vom Oktober/November 1918 schien der politische und

¹⁴⁷ Vgl. Weindling, *Health, Race and German Politics*, 286-289.

¹⁴⁸ Vgl. Petzina/Abelshäuser/Faust, *Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch III*, 27.

¹⁴⁹ Vgl. Marschalck, *Bevölkerungsgeschichte*, 148.

¹⁵⁰ Vgl. Petzina/Abelshäuser/Faust, *Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch*, 32. u. W. Köllmann, *Bevölkerungsentwicklung in der Weimarer Republik*, in: H. Mommsen/D. Petzina/B. Weisbrod (Hg.), *Industrielles System und politische Entwicklung in der Weimarer Republik*, Düsseldorf 1974, 76-84, hier: 77-80.

¹⁵¹ Vgl. Sachße/Tennstedt, *Geschichte der Armenfürsorge* 2, 117 u. Marschalck, *Bevölkerungsgeschichte*, 65-66.

¹⁵² Vgl. beispielsweise G. Schreiber, *Deutsches Reich und Deutsche Medizin. Studien zur Medizinalpolitik des Reiches in der Nachkriegszeit (1918-1926)*, Leipzig 1926, 10. Schreiber war Zentrumsabgeordneter im Reichstag. Schreibers Angaben beruhen offenbar auf Schätzungen des Reichsgesundheitsamts. Vgl. dazu Weindling, *Health, Race and German Politics*, 339.

¹⁵³ Vgl. Weindling, *ebd.*

¹⁵⁴ So etwa in den Arbeiten des Bevölkerungswissenschaftlers Friedrich Burgdörfer. Vgl. Sachße/Tennstedt, *Geschichte der Armenfürsorge* 2, 115; Labisch, *Homo hygienicus*, 434-435; Weingart/Kroll/Bayertz, *Rasse, Blut und Gene*, 219.

militärische Zusammenbruch zugleich eine gesundheitliche Katastrophe zu sein. Es sollen damals 10 Millionen Menschen im Reich erkrankt sein, die Zahl der Opfer wird auf 250.000 geschätzt¹⁵⁵. Die kriegsbedingte Übersterblichkeit an Tuberkulose und anderen typischen, durch soziale und hygienische Mißstände begünstigten Krankheiten, war in der Weimarer Republik, wie schon vor 1914, rückläufig. Die klassischen Krankheiten der Industrialisierungs- und Urbanisierungsepoche (Atemwegserkrankungen, Magen-Darmkrankheiten) wurden in den zwanziger Jahren in ihrer Bedeutung für die allgemeine Sterblichkeit von den typischen Zivilisationskrankheiten (Krebs, Herz- und Kreislauferkrankungen) abgelöst¹⁵⁶. Dennoch standen Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten - neben der Säuglings-, Kleinkinder- und Mütterfürsorge - auch in der Weimarer Republik im Mittelpunkt der sozialhygienischen Diskussion und der öffentlichen Gesundheitsfürsorge. Dies läßt sich nicht nur aus der Gefährdung erklären, die von Infektionskrankheiten für die Allgemeinheit ausging, sondern auch aus der zeitgenössischen Bewußtseinslage, in der die Kriegserfahrungen ihre Spuren hinterlassen hatten.

Nicht nur die körperliche Verfassung der Bevölkerung, sondern auch die sozialen und ökonomischen Auswirkungen des Krieges wurden in der zeitgenössischen Debatte in der Antinomie „gesund“ - „krank“ begrifflich gefaßt. Unter der Metapher vom kranken und geschwächten „Volkskörper“ wurden auch die sozialen und kulturellen Erschütterungen der Kriegs- und Nachkriegszeit verstanden. Während in der nationalen Euphorie zu Kriegsbeginn insbesondere bei den Intellektuellen noch die Hoffnung auf eine geistig-moralische Erneuerung durch den Krieg bestand, so wich diese Einschätzung bald der ernüchternden Erkenntnis, der Krieg bewirke eine allgemeine „Entsittlichung“ der Bevölkerung, die sich in zunehmender Prostitution und steigenden Kriminalitätsraten äußere¹⁵⁷. Auch die Weimarer Wirtschaft war eine „kranke“ Wirtschaft, die unter chronischen Strukturproblemen litt¹⁵⁸. Die Gesund-

¹⁵⁵ Vgl. M. Vasold, Die Grippepandemie in Nürnberg 1918 - eine Apokalypse, in: 1999. Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts 10 (1995), H. 4, 12-37, hier: 32. Offiziell wurden 189.000 Grippetote gezählt, doch berücksichtigt Vasold in seiner Schätzung auch diejenigen, die Sekundärinfektionen zum Opfer gefallen sind.

¹⁵⁶ Vgl. Petzina/Abelshauer/Faust, Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch III, 155.

¹⁵⁷ Vgl. Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge 2, 81 u. 116. Zur Kriminalitätsrate vgl. Petzina/Abelshauer/Faust, Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch III, 137. Zu Düsseldorf vgl. P. Hüttenberger, Düsseldorf. Geschichte von den Anfängen bis ins 20. Jahrhundert, Bd. 3: Die Industrie- und Verwaltungsstadt (20. Jahrhundert), Düsseldorf 1989, 245-250.

¹⁵⁸ So z.B. M. Erzberger in der Nationalversammlung. Vgl. Deutsche Nationalversammlung. Sitzung v. 8.7. 1919, Bd. V, S. 3359.

heitsmetaphorik entwickelte sich in der Nachkriegszeit zu einem Interpretationsmuster, das die gesellschaftliche Krise als „Gesundungskrise“ deutete.

Die Weimarer Reichsverfassung (WRV) begründete die neue Republik als Sozial- und Wohlfahrtsstaat und setzte damit eine Entwicklung fort, die sich bereits im Ersten Weltkrieg abgezeichnet hatte¹⁵⁹. Neben umfangreichen sozial- und wirtschaftspolitischen Grundsätzen fanden in der Verfassung auch gesundheits- und bevölkerungspolitische Aspekte Berücksichtigung¹⁶⁰. Die Ehe wurde zur „Grundlage des Familienlebens und der Erhaltung und Vermehrung der Nation“ erklärt und unter den besonderen Schutz der Verfassung gestellt. Aus diesem Grundsatz leiteten sich die „Reinerhaltung, Gesundung und soziale Förderung der Familie“ als Aufgabe des Staates und der Gemeinden (Art. 119 WRV) und die „Erziehung des Nachwuchses zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit“ (Art. 120 WRV) als Verfassungsziele ab. Der Staat verpflichtete sich zudem zur „Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfällen des Lebens“ durch ein umfassendes Versicherungswesen (Art. 161 WRV)¹⁶¹. Den Verfassungsprinzipien gemäß wurden im Reichsgesundheitsrat und im neugebildeten Preußischen Landesgesundheitsrat Ausschüsse je für „soziale Gesundheitsfürsorge“ bzw. „Gesundheitsfürsorge (soziale Hygiene)“ und für „Bevölkerungswesen und Rassenhygiene“ eingerichtet¹⁶². Sie hatten jedoch nur beratende Funktion und konnten so nur geringen oder gar keinen Einfluß auf die Gestaltung der Politik nehmen¹⁶³.

In den ersten Jahren der Republik gab es eine intensive Diskussion über die Neuordnung des Gesundheitswesens. Doch weder die Bildung eines Reichsgesundheitsministeriums, die unter anderem von Julius Moses und Alfred Grotjahn gefordert wurde, noch die Verstaatlichung des Gesundheitswesens, wie sie insbesondere von der politischen Linken propagiert wurde, konnte sich durchsetzen. Die Ern-

¹⁵⁹ Vgl. allgemein Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge 2. Zur Verwendung des Begriffs „Wohlfahrtsstaat“ vgl. W. Abelshäuser, Die Weimarer Republik - ein Wohlfahrtsstaat?, in: ders. (Hg.), Die Weimarer Republik als Wohlfahrtsstaat. Zum Verhältnis von Wirtschafts- und Sozialpolitik in der Industriegesellschaft, Stuttgart 1987 9-31, hier: 9-11. [Vierteljahrshefte für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte. Beiheft 81]

¹⁶⁰ Vgl. Peukert, Weimarer Republik, 133-137.

¹⁶¹ Verfassung des Deutschen Reiches vom 11. August 1919, zitiert nach: H. Boldt (Hg.), Reich und Länder. Texte zur deutschen Verfassungsgeschichte im 19. und 20. Jahrhundert, München 1987, 512-512 u. 521.

¹⁶² Vgl. B. Möllers, Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reiche, 2. neubearb. u. erg. Aufl., Berlin/Wien 1930, 7 u. 15. Zum Preußischen Ausschuß für Bevölkerungswesen und Rassenhygiene, der bereits vor Bildung des Landesgesundheitsrates 1920 gegründet und dann 1921 in ihn eingegliedert wurde vgl. Weindling, Health, Race and German Politics, 340.

¹⁶³ Der Biologe und Rassenhygieniker E. Baur beklagte gegenüber dem Preußischen Wohlfahrtsministerium 1926 die Machtlosigkeit des Landesgesundheitsrats. Vgl. Weindling, ebd.

nung eines „Bevollmächtigten für das gesamte Sanitätswesen der Deutschen Republik“ durch den Arbeiter- und Soldatenrat in Berlin am 18. November 1918 blieb nur Episode¹⁶⁴. Die Schaffung eines Gesundheitsministeriums scheiterte an der ablehnenden Haltung der Mehrheitssozialdemokratie und des Zentrums, aber auch an dem Widerstand der Kommunalärzte und der konservativen Ärzteschaft¹⁶⁵. Die gesundheitspolitischen Kompetenzen der Reichsregierung wurden aufgeteilt zwischen dem *Reichsarbeitsministerium* (RAM), das vor allem für die Fragen der Sozialversicherung und Fürsorge zuständig war, und dem *Reichsministerium des Innern* (RMdI), in dem eine, allerdings nur schwach ausgestattete Abteilung für Volksgesundheit und Wohlfahrtspflege gebildet wurde¹⁶⁶. In Preußen wurde 1919 ein *Wohlfahrtsministerium* gegründet, in dem es neben Abteilungen für Wohnungsfürsorge und Jugendfürsorge eine eigene Abteilung für „Volksgesundheit“ gab, die mit der Ernennung Adolf Gottsteins mit einem prominenten Sozialhygieniker besetzt werden konnte¹⁶⁷. Das Gesundheitswesen unterlag nach der Verfassung der konkurrierenden Gesetzgebung und war faktisch, da das Reich von seiner Gesetzgebungskompetenz kaum Gebrauch macht, Ländersache¹⁶⁸. Es erhielt so in den Ländern unterschiedliche Ausprägungen. Während in Preußen der Staat stärker hinter die Aktivitäten der Kommunen zurücktrat, verhielt sich die Situation in den süddeutschen Ländern tendenziell umgekehrt.¹⁶⁹

Die Gestaltung des Gesundheitswesens in der Weimarer Republik folgte mit einer weiteren Expansion, Vereinheitlichung, Bürokratisierung und Professionalisierung der schon im Ersten Weltkrieg angelegten Entwicklung¹⁷⁰. Die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens wurde vor allem durch Ländergesetze oder die entsprechenden Ausführungsbestimmungen der Länder zu den Reichsgesetzen befördert. In Preußen geschah dies durch das Krüppelfürsorgegesetz (1920), das Tuberkulosegesetz (1923) und die Ausführungsbestimmungen zum Jugendwohlfahrtsgesetz (1924) und zum Gesetz über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (1927). Durch diese Gesetze und Verordnungen wurden den Kommunen umfangreiche Auf-

¹⁶⁴ Vgl. Nadav, Julius Moses und die Politik der Sozialhygiene, 152-155; Labisch/Tennstedt, Der Weg zu GVG, 58.

¹⁶⁵ Vgl. ebd., 168-169; Weindling, Health, Race and German Politics, 345; Labisch/Tennstedt, Der Weg zum GVG, 58-59.

¹⁶⁶ Vgl. Labisch/Tennstedt, Der Weg zum GVG, 61.

¹⁶⁷ Vgl. ebd., 63-66.

¹⁶⁸ Vgl. Art. 7, Abs. 8 WRV und Art. 12 WRV. Vgl. ebd., 61; Nadav, Julius Moses und die Politik der Sozialhygiene, 184-185.

¹⁶⁹ Vgl. Labisch/Tennstedt, Der Weg zum GVG, 67-68.

gaben in der Gesundheitsfürsorge übertragen und zugleich die Kooperation der unterschiedlichen Träger von Wohlfahrtseinrichtungen vor Ort sichergestellt¹⁷¹.

Während der kommunale Haushalt so durch eine staatliche Auftragsverwaltung belastet wurde, hatte sich die finanzielle Situation der Gemeinden durch die Erzberger'sche Finanzreform 1919/20 entscheidend geändert¹⁷². Bis dahin konnten die Kommunen ihre Einnahmen je nach Bedarf durch unterschiedliche Zuschläge zur Einkommenssteuer selbst bestimmen. Nun mußten sie einen Großteil der Steuern zunächst an das Reich abführen, um von dort nach bestimmten Schlüsseln Rücküberweisungen zu erhalten. Diese Rücküberweisungen waren aber keineswegs hinreichend für die nach 1918 beständig steigenden Ausgaben der öffentlichen Hand vor allem im Wohnungs- und Wohlfahrtswesen, die auch die Städte zunehmend in finanzielle Bedrängnis brachten. Die Kommunen versuchten, ihren wachsenden Finanzbedarf durch Verschuldung zu decken. Die Neuordnung des Wohlfahrts- und Gesundheitswesens sowie die Zentralisierung der Finanzverwaltung führten zu schweren politischen Zerwürfnissen. Die Kommunen sahen sich durch die ihnen übertragenen Aufgaben finanziell überlastet und werteten die Vereinheitlichung öffentlicher Leistung durch staatliche Gesetzgebung als unrechtmäßigen Eingriff in ihre Selbstverwaltung. Umgekehrt sahen sie sich dem Vorwurf leichtfertiger Verschuldung und finanzieller Verschwendung ausgesetzt. Insbesondere von seiten der industriellen Spitzenverbände wurde seit Ende 1926 gegenüber der kommunalen Finanzwirtschaft eine zunehmend Kritik geübt, die zugleich die wohlfahrtsstaatlichen Grundlagen der Republik infrage stellte¹⁷³.

Gleichwohl wurde das Gesundheitswesen in der Weimarer Republik weiter ausgebaut. Die Expansion des öffentlichen Gesundheitswesens ging mit einer zunehmenden Professionalisierung und Bürokratisierung einher. Diese Entwicklung läßt sich gut an der Zunahme von Stadtärzten und kommunalen Gesundheitsämtern ablesen. Gab es vor 1914 nur 10 bis 20 Stadtärzte in Preußen, waren es bis 1933 349 Kommunalärzte und 359 kommunale Gesundheitsämter¹⁷⁴. Ein Zentrum dieser Ent-

¹⁷⁰ Vgl. Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge 2, 122.

¹⁷¹ Vgl. Labisch/Tennstedt, Der Weg zum GVG, 68-69.

¹⁷² Vgl. J. Reulecke, Zur städtischen Finanzlage in den Anfangsjahren der Weimarer Republik, in: Archiv für Kommunalwissenschaften 21 (1982), 199-219.

¹⁷³ Vgl. Reulecke, Finanzlage, 126.

¹⁷⁴ Vgl. Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge 2, 121.

wicklung war das Rheinisch-Westfälische Industriegebiet¹⁷⁵. Der Mittelstand, im Kaiserreich wesentlicher Träger privater Wohltätigkeit, war durch Krieg und Inflation geschädigt, die bürgerlichen Vereine waren durch die Geldentwertung ruiniert worden, so daß sie ihre vormalig selbstgewählte Aufgabe nicht im selben Umfang wahrnehmen konnten¹⁷⁶. Die private Gesundheitspflege wurde so schrittweise durch eine öffentliche Leistungsverwaltung und eine kommunale gesundheitsfürsorgerische Infrastruktur ersetzt. Wurden 1915 noch 451 Tuberkulosefürsorgestellen von Vereinen und 557 von Städten, Kreisen und anderen Gebietskörperschaften betrieben, so war das Verhältnis 1923 487 zu 916 und 1924 250 zu 928¹⁷⁷. Auch der Anteil der Ärzte, vor allem der Kommunal- und Kreisärzte, als Leiter der Tuberkulosefürsorgestellen nahm zu. Ein weiterer stark expandierender Bereich der öffentlichen und privaten Gesundheitsfürsorge war nach wie vor die Säuglingsfürsorge. Schon in den Jahren 1914 bis 1918 konnte die Zahl der Säuglingsfürsorge-, Kleinkinderfürsorge und Mütterberatungsstellen auf etwa 3.000 verdreifacht werden. Bis 1928 nahm die Zahl der Fürsorgestellen nochmals um denselben Faktor zu, so daß es 6159 kommunale und 3617 private Einrichtungen gab, davon alleine 3530 unter der Leitung des Deutschen Caritasverbandes¹⁷⁸. Ein weiterer Bereich der Gesundheitsfürsorge, die Fürsorge für Geschlechtskranke, stagnierte dagegen seit 1923 und erhielt erst durch das *Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* von 1927 neue Impulse.

Unter der liberalen Verfassung des Weimarer Staates konnten erstmals Sexualberatungsstellen gegründet werden. Die erste wurde bereits 1919 durch den Sexualwissenschaftler Magnus Hirschfeld in Berlin eingerichtet. Bis 1932 entstanden 400 weitere, besonders nach 1927, als die Rechtsprechung von der Bestrafung des Verkaufs von und der Aufklärung über Verhütungsmittel abrückte¹⁷⁹. Die Beratungsstellen waren ein Betätigungsfeld für Sexualreformer und Feministinnen. Die wichtigsten Aufgaben der Stellen waren die individuelle Beratung und die Aufklärung über Sexualität und Empfängnisverhütung. Eine andere Aufgabe hatten die seit 1926 gegründeten Eheberatungsstellen. Sie dienten der Beratung der Heiratswilligen unter

¹⁷⁵ Vgl. A. Labisch, Kommunale Gesundheitssicherung im Rheinisch-Westfälischen Industriegebiet (1869-1934) - Ein Beitrag zur Soziogenese öffentlicher Gesundheitsleistungen, in: H. Schadewaldt/K.-H. Leven (Hg.), 30. Internationaler Kongreß für Geschichte der Medizin, Düsseldorf 1988, 1077-1094, hier: 1081-1085.

¹⁷⁶ Vgl. ebd., 76.

¹⁷⁷ Vgl. ebd., 128.

¹⁷⁸ Vgl. ebd., 124.

¹⁷⁹ Vgl. K. von Soden, Die Sexualberatungsstellen der Weimarer Republik. Auf dem Weg zu einer neuen Sexualmoral, in: Reulecke/Castell Rüdtenhausen (Hg.), Stadt und Gesundheit, 287-306.

erbbiologischen Gesichtspunkten und waren weitaus weniger frequentiert als die Sexualberatungsstellen¹⁸⁰.

Die Errichtung von Sexual- und Eheberatungsstellen müssen im Kontext des bevölkerungspolitischen Kurses der Weimarer Republik gesehen werden. Jenseits des entschiedenen Pronatalismus, wie er etwa vom *Bund der Kinderreichen* vertreten wurde, gab es eine starke entgegengesetzte Strömung, die aus unterschiedlichen Motiven eine Geburtenkontrolle forderte¹⁸¹. Sozialisten und Arbeitervertreter sahen darin eine Chance, die Belastung von Arbeiterfamilien zu mindern¹⁸². Feministinnen erhofften sich eine Befreiung der Frau durch die Trennung von Geschlechtsakt und Reproduktion¹⁸³. Sozialhygieniker propagierten Kondome (aus Tierhaut) zum Schutz vor Geschlechtskrankheiten¹⁸⁴. Eugeniker sahen darin einen Weg, die Zeugung von Nachkommen nach eugenischen Gesichtspunkten unabhängig von erotischen Bedürfnissen zu planen um dadurch die erbbiologisch unerwünschten Bevölkerungsanteile zu vermindern¹⁸⁵.

Von seiten der Sozialhygieniker knüpften sich große Erwartungen an die neue Republik¹⁸⁶. Im Wilhelminischen Deutschland waren sie noch Außenseiter gewesen. Nun hofften sie, daß ihre Forderungen unter den Bedingungen einer demokratischen Verfassung und angesichts der allgemeinen Krise der Nachkriegszeit in der staatlichen Politik stärker Berücksichtigung fänden als bisher.

Alfred Grotjahn war von 1921 bis 1924 Mitglied des Reichstages und zugleich der gesundheitspolitische Sprecher der (Mehrheits-)Sozialdemokratie. Das Gesundheitspolitische Programm der SPD, das auf dem Augsburger Parteitag 1921 beschlossen wurde, trug im wesentliche Grotjahns Handschrift. Nur seine eugenischen Forderungen stellte Grotjahn zurück, um die Annahme des Gesamtprogramms nicht zu gefährden¹⁸⁷. Von der Wiedervereinigung von Unabhängiger- und Mehrheitssozialdemokratie im Herbst 1922 enttäuscht und auf dem rechten Parteiflügel isoliert, zog sich Grotjahn 1924 aus der Politik zurück. Sein Nachfolger als gesundheitspolitischer

¹⁸⁰ Vgl. ebd., 290-291.

¹⁸¹ Vgl. allg. C. Osborne, *Frauenkörper - Volkskörper. Geburtenkontrolle und Bevölkerungspolitik in der Weimarer Republik*, Münster 1994, 137-168.

¹⁸² Vgl. Weindling, *Health, Race and German Politics*, 248-252; C. Osborne, *Frauenkörper*, 148-154.

¹⁸³ Vgl. v. Soden, *Sexualberatungsstellen*, 291-292.

¹⁸⁴ Vgl. z.B. Grotjahn, *Soziale Pathologie* (²1915), 109-113; *Soziale Pathologie* (³1923), 116-119.

¹⁸⁵ Vgl. Grotjahn, *Soziale Pathologie* (²1915), 490. Verhütung aus eugenischen Gründen sind auch von Rassenhygienikern propagiert worden. Vgl. Osborne, *Frauenkörper*, 168-191.

¹⁸⁶ Vgl. z.B. A. Fischer, *Die soziale Hygiene im neuen Volksstaat*, in: *Sozialhygienische Mitteilungen für Baden*, 2 (1918), H.4 (Dez.), 1-2.

¹⁸⁷ Vgl. Kaspari, *Alfred Grotjahn*, 188-191 mit weiterer Literatur.

Sprecher wurde Julius Moses, der eher den sozialistischen Konsens der Partei vertrat. Auch Arthur Schoßman ging von 1919 bis 1920 als Abgeordneter der Deutschen Demokratischen Partei in der Verfassungsgebenden Preußischen Landesversammlung kurzzeitig in die Politik.

Einen Eindruck von den Hoffnungen und dem Pathos der Zeit vermittelt ein Artikel Edmund Fischers über das „Zeitalter der sozialen Hygiene“ in der ersten Ausgabe der *Zeitschrift für soziale Hygiene* vom Juli 1919:

„Ein neues Zeitalter ist angebrochen, darüber kann kein Zweifel mehr bestehen. Aus Schutt und Trümmern soll nun eine neue Welt entstehen. Harte ununterbrochene Arbeit wird das erfordern. ... Intensive Arbeit, Steigerung [sic!] der Arbeitsleistung der Gesamtheit läßt sich nur erzielen durch Stärkung der menschlichen Arbeitsfähigkeit, das ist Ertüchtigung des Volkskörpers. Und das kann nur erzielt werden im gesellschaftlichen Zusammenwirken, d.h. durch soziale Maßnahmen. ‘Sozial-Hygiene!’ ist deshalb die Losung der Zeit. Sie ist das Mittel zur Rettung der menschlichen Gesellschaft vor völligem Untergang; sie kann zu einem neuen Aufstieg, zu einem neuen Wohlstand, zum Glück der Völker führen.“¹⁸⁸

Die Sozialhygiene erscheint hier als Ausdruck des Bemühens, eine neue Sozialordnung auf dem Zusammenwirken aller gesellschaftlichen Kräfte zu günden. Es handelt sich also tendenziell um ein korporativistisches Konzept, wie es in der *Zentralen Arbeitsgemeinschaft* von Unternehmern und Gewerkschaften ansatzweise verwirklicht schien. Zugleich findet sich hier ein Gedanke formuliert, der in der Rationalisierungsdebatte seit Mitte der zwanziger Jahre größere Beachtung fand. Die chronische Krise der Weimarer Wirtschaft, die sich unter anderem in der Wachstumsschwäche und einer strukturellen Arbeitslosigkeit ausdrückte, sollte durch eine rationellere Betriebsführung aufgrund wissenschaftlicher Konzepte überwunden werden¹⁸⁹. Dies, zumal der finanzielle Spielraum der Unternehmer für Investitionen nur gering war. Neben dem Konzept des Taylorismus, das die Organisation des Arbeitsprozesses betraf¹⁹⁰, konnte auch die Gesundheitswissenschaft einen Beitrag zur Steigerung der Produktivität durch bessere Ausnutzung der menschlichen Arbeitskraft leisten¹⁹¹.

¹⁸⁸ Ed. Fischer, Das Zeitalter der sozialen Hygiene, in: *Zeitschrift für soziale Hygiene, Fürsorge- und Krankenhauswesen* 1 (1919), 11-13, hier: 11.

¹⁸⁹ Vgl. Peukert, *Weimarer Republik*, 116-129.

¹⁹⁰ Vgl. C. Maier, Zwischen Taylorismus und Technokratie. Gesellschaftspolitik im Zeichen industrieller Rationalität in den zwanziger Jahren in Europa, in: M. Stürmer (Hg.), *Die Weimarer Republik. Belagerte Civitas*, Königstein/Ts. 1980, 188-213 [engl. zuerst in: *Journal of Contemporary History* 5 (1970), 27-61].

¹⁹¹ Vgl. Weindling, *Health, Race and German Politics*, 399-404.

Die Hoffnungen der Sozialhygieniker auf eine größere Bedeutung ihrer Disziplin im neuen Staat verband sich nicht zuletzt mit der Hoffnung auf die akademische Etablierung ihres Faches¹⁹². Der bedeutsamste Schritt hierzu geschah 1920 in Berlin, wo Kultusminister Konrad Haenisch (MSPD) für Grotjahn ein Ordinariat für Sozialhygiene gegen den Widerstand der Fakultät durchsetzte¹⁹³. In Preußen wurden unter der Ägide von Adolf Gottstein 1920 drei *Sozialhygienische Akademien* in Charlottenburg, Breslau und Düsseldorf gegründet, die der Ausbildung von zukünftigen Kreisärzten dienten¹⁹⁴. Als Leiter der Düsseldorfer *Westdeutschen Sozialhygienischen Akademie* wurde 1921 der Wiener Sozialmediziner und Gewerbehygieniker Ludwig Teleky (1872-1955) berufen.

Wichtige Standardwerke der Sozialhygiene erschienen in den zwanziger Jahren in überarbeiteter Fassung: Grotjahns „Soziale Pathologie“ in der dritten Auflage 1923 und Alfons Fischers „Grundriß der sozialen Hygiene“ in der zweiten Auflage 1925. Das von Adolf Gottstein, Arthur Schloßmann und Ludwig Teleky herausgegebenen sechsbändige „Handbuch der Sozialen Hygiene“ (1926-1928) faßte das Wissen der Zeit zusammen. Programmatisch entwickelte Alfons Fischer die Sozialhygiene zu einer Kulturhygiene weiter und zog Sitten, Gebräuche und rechtliche Normen mit in die Betrachtung der Gesundheitsverhältnisse ein. Alfred Grotjahn stellte seine eugenischen Thesen und Forderungen zusammenhängend in der „Hygiene der menschlichen Fortpflanzung“ (1926) dar.

Auch die Rassenhygiene konnte sich in der Weimarer Republik weiter etablieren. In München wurde Fritz Lenz 1923 auf ein Extraordinariat für Rassenhygiene berufen. Lenz war der Verfasser des Bandes über „Menschliche Auslese und Rassenhygiene“ in einem gemeinsam mit dem Biologen Erwin Baur und dem (Rassen-) Anthropologen Eugen Fischer 1922 herausgegebenen „Grundriß der menschliche Erbliehkeitslehre und Rassenhygiene“, das bis 1945 das Standardwerk der Rassenhygiene sein sollte. Unter dem Kapitel „Praktische Rassenhygiene“ entwickelte Lenz

¹⁹² Vgl. beispielsweise die Ende 1918 von Alfons Fischer aufgestellten Leitsätze in: A. Fischer, Neue Fragestellungen auf dem Gebiete der Hygiene, in: Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung 8 (1918), 3-34, wiederabgedruckt in: Lesky (Hg.), Sozialmedizin, 217-249, hier: 248-249.

¹⁹³ Vgl. Kaspari, Alfred Grotjahn, 171-174. Es dauerte einige Jahre, bis die Fakultät den „Revolutionsprofessor“ akzeptierte. Doch 1927/28 konnte Grotjahn sogar das Dekanat bekleiden. Vgl. Grotjahn, Erlebtes und Erstrebtes, 207-210

¹⁹⁴ Vgl. M. Stürzbecher; Adolf Gottstein: Sozialhygienische Akademien 1920, in: Deutsches Medizinisches Journal 21 (1970), 1366-1374; ders., Von der Sozialhygienischen Akademie zur Staatsakademie des öffentlichen Gesundheitswesens (1920-1944), in: Berliner Ärzteblatt 82 (1969), 1055-1069; E. Rodriguez-Ocana, La Academia de Higiene Social de Düsseldorf (1920-1933) y el Proceso de Constitucion de la Medicina Social como Especialidad en Alemania, in: Dynamis 3 (1983), 231-264.

das Bild einer konsequent nach rassenhygienischen Prinzipien gestalteten Gesellschaft. Institutionell bedeutsamer als das Extraordinariat von Lenz war für die Etablierung der Rassenhygiene die Gründung der *Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie* 1918 in München, wo sich Ernst Rüdin (1874-1952) in einem Institut der psychiatrischen Erbforschung unter rassenhygienischen Aspekten widmete. Dank der finanziellen Unterstützung mit Millionenbeträgen durch die Rockefeller-Stiftung¹⁹⁵ entstand so ein privilegiertes Forschungsinstitut für rassenhygienische Fragen. Die gemäßigten Eugeniker, die vor allem den rassistischen Tendenzen der Münchner Gruppe um Ploetz, Lenz und v.Gruber ablehnend gegenüberstanden, schlossen sich 1925 im *Bund für Volksaufartung und Erbkunde* zusammen, der 1932 mit der *Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene (Eugenik)* fusionierte. Nicht zuletzt auch begünstigt durch die guten Kontakte des *Bundes* zur Preußischen Medizinalverwaltung konnte Hermann Muckermann (1877-1962), ein ehemaliger Jesuit, die Gründung eines *Instituts für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik* innerhalb der renommierten Kaiser Wilhelm-Gesellschaft durchsetzen (1927).

¹⁹⁵ Vgl. Weindling, *Health, Race and German Politics*, 432-433. Im November 1925 erhielt das Institut 2,5 Millionen Dollar, weitere 75.000 Dollar folgten 1926.

2. Hygienische Volksbelehrung

Im Zuge des allgemeinen Zivilisationsprozesses hatten sich im Bürgertum seit dem Ende des 18. Jahrhunderts Standards von Sauberkeit und Reinlichkeit durchgesetzt, die zugleich moralisch-ästhetisch überhöht wurden. „Sauberkeit“ bedeutete „Sittlichkeit“ und war Voraussetzung für gesellschaftlichen Erfolg¹⁹⁶. Die von diesen Normen und Idealen abweichenden Lebensweise der unterbürgerlichen Schichten, in denen noch bis weit in das 19. Jahrhundert der Glaube an die gesundheitserhaltende Bedeutung von körpereigenen Schmutzschichten verbreitet war¹⁹⁷, wurde primär unter moralischen und ästhetischen Aspekten betrachtet. Die persönliche Unsauberkeit wurde aber zum gesellschaftlichen Problem, als die unhygienischen Lebensbedingungen der Städte als eine Ursache der Verbreitung von Seuchen und Krankheiten erkannt worden waren, die alle gesellschaftlichen Schichten gefährdeten. Die Lebensweise der Unterschichten war aber nicht nur eine gesundheitliche Gefahrenquelle, sie war auch ein soziales Problem, weil Krankheiten die Arbeits- und Wehrfähigkeit minderten und darüber hinaus durch die Verarmung zu gesellschaftlichen Konflikten führen konnten. Als eine wesentliche Ursache für hygienische Mißstände und Krankheiten galt in der medizinischen und sozialpolitischen Diskussion das falsche Verhalten der Unterschichten¹⁹⁸. Die Durchsetzung hygienischer Verhaltensstandards konnte so als ein wichtiger Beitrag zur Entschärfung gesellschaftlicher Konfliktpotentiale gesehen werden, indem die Unterschichten zu verantwortungsvollen und leistungsorientierten Bürgern erzogen werden, die moralisch und sittlich gefestigt sind¹⁹⁹.

Mit dem Begriff „hygienische Volksbelehrung“ bezeichneten die Zeitgenossen die Maßnahmen, die eine Änderung des Verhaltens durch pädagogische Mittel erreichen sollten, mit dem Ziel, „unhygienisches“ Verhalten durch „hygienisches“ Ver-

¹⁹⁶ Vgl. G. Göckenjan, Über den Schmutz. Überlegungen zur Konzeptionierung von Gesundheitsgefahren, in: Reulecke/Castell Rüdtenhausen (Hg.), Stadt und Gesundheit, 115-128, hier: 118-119; U. Daniel, Der unaufhaltsame Aufstieg des sauberen Individuums. Seifen- und Waschmittelwerbung im historischen Kontext, in: Behnken (Hg.), Stadtgesellschaft und Kindheit im Prozeß der Zivilisation, 43-60, hier: 46-47. Zur Körperhygiene vgl. W. Kaschuba, „Deutsche Sauberkeit“ - Zivilisierung der Körper und der Köpfe, Nachwort in: G. Vigarello, Wasser und Seife, Puder und Parfum. Geschichte der Körperhygiene seit dem Mittelalter, Frankfurt/New York 1988, 292-326. Zur veränderte Wahrnehmung von Gerüchen und dem Wandel individueller und öffentlicher Hygiene vgl. A. Corbin, Pesthauch und Blütenduft. Eine Geschichte de Geruchs, Berlin 1982, bes. 189-232.

¹⁹⁷ Vgl. Daniel, ebd., 46.

¹⁹⁸ Vgl. U. Frevert, 'Fürsorgliche Belagerung'. Hygienebewegung und Arbeiterfrauen im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: GG 11 (1985), 420-466, hier: 423-424.

halten zu ersetzen²⁰⁰. Somit war die hygienische Volksbelehrung nur ein Teil eines umfassenderen Prozesses, der auf die hygienische Sozialisation und Zivilisierung des Individuums hinwirkte. Die hygienische Sozialisation umfaßte ein Spektrum, das von den genannten gesundheitserzieherischen und volksaufklärerischen Maßnahmen bis hin zu sozialer Kontrolle und verdecktem oder offenem Zwang reichte. In dem hier untersuchten Zeitraum vom 19. Jahrhundert bis in die Weimarer Republik verhielten sich hygienische Erziehung und hygienische Disziplinierung komplementär zu einander, das heißt sie wirkten sowohl neben- als auch miteinander auf Verhaltensänderung und Verhaltensregulierung.

Die Zielgruppe hygienischer Belehrung waren zunächst vor allem Arbeiterfrauen²⁰¹, denen analog zu der geschlechtlichen Rollenverteilung in der bürgerlichen Familie der Haushalt als Aufgabenbereich zugewiesen wurde. Neben Ärzten, Pfarrern, Lehrern und Unternehmern engagierten sich auch bürgerliche Frauen seit der Mitte des 19. Jahrhunderts darin, „ihre proletarischen Schwestern an das Regiment der Hygiene zu gewöhnen“²⁰². Frauenvereine organisierten Vorträge und hielten Schulungen in Haushaltsführung ab. Zahlreiche Haushaltsbücher sollten den Frauen die Prinzipien effizienten Wirtschaftens vermitteln und sie zugleich mit bürgerlichen Tugenden wie „Reinlichkeit“, „Ordnung“, „Sparsamkeit“ und „Mäßigung“ vertraut machen. Eine reine Wohnung, saubere Wäsche und gesunde, nahrhafte Ernährung sollten nicht nur Krankheiten und die damit verbundene soziale Not verhüten, sie sollten auch den Männern ein Heim geben, das sie vom Besuch der Kneipe abhielt. Die Umsetzung dieser Ziele scheiterte aber zumeist an den sozialen und ökonomischen Realitäten, unter denen die Arbeiterfrauen den an sie herangetragenen Ansprüchen nicht gerecht werden konnten.

Der Zusammenhang von Sauberkeit und Gesundheit wurde durch die Einbeziehung naturwissenschaftlicher Methoden in die Hygiene verwissenschaftlicht, so daß moralische Argumentationsmuster hinter einen wissenschaftlichen Begründungszusammenhang zurücktreten konnten²⁰³. Das sittlich und moralisch erwünschte Verhalten war auch das wissenschaftlich Gebotene. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts war

¹⁹⁹ Vgl. J. Reulecke, Von der 'Hygienisierung' der Unterschichten zur kommunalen Gesundheitspolitik, in: ders./Castell Rüdtenhausen (Hg.), Stadt und Gesundheit, 11-19, hier: 11-12.

²⁰⁰ Eine umfassende Geschichte der Gesundheitserziehung steht noch aus. Vgl. allgemein H. Schipperges, Geschichte und Gliederung der Gesundheitserziehung, in: M. Blohmke/C. v.Ferber/K.P. Kisker/H. Schäfer (Hg.), Handbuch der Sozialmedizin. Bd. 2: Epidemiologie und Präventivmedizin, Stuttgart 1977, 550-567.

²⁰¹ Vgl. zum Folgenden Frevert, 'Fürsorgliche Belagerung', 420-345.

²⁰² Ebd., 421.

gesundheitsgerechtes Verhalten somit zu einer wertneutralen, weil wissenschaftlich beweisbaren Handlungsmaxime geworden, und die „Hygienisierung“ des Alltagslebens förderte die Vereinheitlichung der Lebenswelten in der modernen Gesellschaft. In besonderem Maße galt dies für das von den Normen gesundheitsgerechten Verhaltens abweichende Alltagshandeln der Unterschichten. Die „Zwangssozialisation“²⁰⁴ oder die „innere Kolonialisierung der Lebenswelten“²⁰⁵ der städtischen Unterschichten durch Ärzte, Wissenschaft und Sozialpolitik bedeutete zugleich die Durchsetzung einer hegemonialen bürgerlichen Kultur gegenüber unterbürgerlichen Subkulturen. Mit den Normen hygienischen Alltagshandelns, die eine Regulierung der Körperfunktionen erforderten, verband sich eine veränderte Wahrnehmung von Krankheit und Tod, Körperreinigung, Nahrungsaufnahme und Ausscheidungen, die dem neuzeitlichen Ideal eines zivilisierten Menschen entsprachen. Beispielhaft für das Ineinandergreifen von hygienischem Bewußtsein, ästhetischer Wahrnehmung und Reform der Lebenswelt war die veränderte Einstellung gegenüber menschlichen Ausscheidungsprodukten und die Erhöhung des Schamempfindens im Zuge des Ausbaus der Kanalisation und der sie begleitenden „Verhäuslichung körperlicher Verrichtungen“²⁰⁶.

Der disziplinierende Zugriff²⁰⁷ der medizinischer Wissenschaft und des sozialpolitischen und ärztlichen Handelns auf die Lebenswelten der Unterschichten manifestierte sich in hohem Maße in der Praxis von Fürsorge und Krankenkassen. Gesellschaftlich unerwünschtes, unhygienisches Verhalten galt als eine Folge von Unwissen und mangelndem „guten Willen“, die durch hygienische Instruktion und sozialen Druck überwunden werden sollten. Die „Volksheilstätten“ waren nicht nur Ort der Regeneration von Lungenkranken, sie dienten auch der Unterweisung in Reinlich-

²⁰³ Vgl. umfassend Labisch, *Homo hygienicus*, 322-325.

²⁰⁴ Vgl. Spree, *Soziale Ungleichheit*, 156-162.

²⁰⁵ Zum Begriff der „inneren Kolonialisierung“ vgl. J. Habermas, *Theorie des kommunikativen Handelns*. Bd. 2: *Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft*, Frankfurt a.M. 1981, 522-523. Unter „innerer Kolonialisierung der Lebenswelt“ beschreibt Habermas das Eindringen entideologierter gesellschaftlicher Subsysteme - wie sie etwa in den modernen Wissenschaften gegeben sind - in die Alltagswelt und die daraus resultierende Umformung des Alltagsbewußtseins unter den Imperativen des jeweiligen Subsystems. Zur Anwendung dieser Theorie auf den Hygiene-Diskurs vgl. Frevert, 'Fürsorgliche Belagerung', 466.

²⁰⁶ Vgl. P.R. Gleichmann, *Die Verhäuslichung körperlicher Verrichtungen*, in: ders./J. Goudsblom/H. Korte (Hg.), *Materialien zu Norbert Elias' Zivilisationstheorie*, Frankfurt a.M. 1979, 254-278, hier: 254-261.

²⁰⁷ Zur Theorie sozialer Disziplinierung vgl. S. Breuer, *Sozialdisziplinierung. Probleme und Problemverlagerungen eines Konzepts bei Max Weber, Gerhard Oestreich und Michel Foucault*, in: C. Sachße/F. Tennstedt (Hg.), *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik*, Frankfurt a.M. 1986, 45-69.

keit, Körperpflege und hygienischen Verhaltensstandards²⁰⁸. So wurden die Tuberkulosekranken in dem Gebrauch spezieller Spuckflaschen geschult, die ihr ansteckendes Sputum aufnehmen sollten²⁰⁹. Diesem Konzept von kombinierter Hilfeleistung und hygienischer Belehrung war auch die offene Fürsorge verpflichtet. Einerseits vermittelten die Tuberkulosefürsorgestellen soziale Leistungen wie Mietgeldzuschüsse, Heilstätten- oder Kuraufenthalte und gaben Betten und Decken aus. Andererseits konnten sie bei Verfehlungen der Patienten zu verschiedenen Sanktionen greifen und sie zwangsweise in Kliniken einweisen oder tuberkulösen Eltern das Sorgerecht über ihre Kinder entziehen. In Säuglingspflege- und Mütterberatungsstellen waren Stillprämien ein finanzieller Anreiz, gesundheitsgerechtes Verhalten zu üben und Säuglinge auf „natürliche“ Weise zu ernähren. Neben der durch die Beratungsstelle geleisteten Schulung und Beratung der Mütter drohte aber stets - wie auch wie bei Tuberkulosekranken - der unangemeldete Besuch der Fürsorgeschwester und die Einleitung von Sanktionen. Auch die Krankenkassen bemühten sich einerseits, ihre Mitglieder gesundheitlich aufzuklären, andererseits aber durch Ausschlußbestimmungen und Kontrollbesuche zu hygienische Verhaltensstandards zu erziehen²¹⁰. Gesundheitspolitik bedeutete somit nicht nur die soziale Integration der Arbeiterschaft durch die Verbesserung der Lebensverhältnisse und den Ausbau medizinischer Versorgung, sie bedeutete auch die kulturelle Integration durch die Durchsetzung eines rationalen, wissenschaftlich begründeten Lebensstils.

Die Disziplinierung umfaßte aber nur einen Teilaspekt des Zivilisationsprozesses. Der Kontrolle und dem Zwang zur kulturellen Assimilation standen aktive Aneignungsprozesse gegenüber. Wenngleich auf seiten der Arbeiterschaft noch lange Zeit Skepsis und Mißtrauen gegenüber Ärzten und bürgerlicher Medizin vorherrschten, wurde der Wert hygienischer Verhaltensstandards für die Erhaltung der Gesundheit auch hier erkannt, und es bestand ein starkes Bedürfnis nach Aufklärung²¹¹. Deshalb wurde auch von der Arbeiterbewegung die gesundheitliche Aufklärung durch Vorträge und Schriften gefördert. So gab beispielsweise Ignatz Zadek, der Begründer der Arbeiter-Sanitätskommission, seit Ende der 1890er Jahre eine gesund-

²⁰⁸ Vgl. F. Ickert, Hygienische Volksbelehrung, in: Zeitschrift für soziale Hygiene, Fürsorge- und Krankenhauswesen 1 (1919/20), 419-428: „Aber ein Volk einer höheren Kulturstufe zuzuführen ist nur durch *Erziehung möglich*. Die *Disziplinierung der Lungenkranken* in den Lungenheilstätten ist ja weiter nichts als eine solche Erziehung ...“. (426; Hervorhebungen im Original)

²⁰⁹ Vgl. Göckenjan, Über den Schmutz, 125-127.

²¹⁰ Vgl. Labisch, Homo hygienicus, 410-411.

²¹¹ Vgl. Labisch, Homo hygienicus, 418.

heitsaufklärerische Schriftenreihe unter dem Titel „Arbeiter-Gesundheitsbibliothek“ heraus²¹². Spezifisch für die Aneignung von „Gesundheit“ durch die Arbeiterbewegung blieb aber das emanzipative Moment, das in der Forderung nach gesundheitsgemäßen Lebensbedingungen für alle Bürger enthalten war. Doch der Verwirklichung hygienischer Standards waren weiterhin durch die materiellen Lebensverhältnisse der Unterschichten enge Grenzen gesetzt. Die Minimalnorm der Hygieniker blieb oftmals, wie sich etwa bei der Wohnungshygiene zeigte, ein Maximaltraum der Arbeiterschaft²¹³.

Bis in die Anfänge des 20. Jahrhunderts blieb die hygienische Volksbelehrung in den Formen einer akademisch-bürgerlichen Tradition verhaftet. Neben oft nur schlecht besuchten Vorträgen gab es zahlreiche gesundheitserzieherische Schriften, die vom umfangreichen Ratgeber bis zum einfachen Merkblatt reichten. Ein Beispiel für diese Form der hygienischen Volksbelehrung war der 1900 gegründete *Deutscher Verein für Volkshygiene*, der zwar wichtige Beziehungen zum preußischen Staat und verschiedenen Reichsämtern unterhielt, dessen öffentliche Wirkung jedoch beschränkt blieb²¹⁴.

Neue Impulse zu einer massenwirksamen Gesundheitsaufklärung ergaben sich zunächst durch Gesundheitsausstellungen, in der Weimarer Zeit auch durch die neuen Massenmedien Film und Radio. Die Erschließung neuer Formen und Techniken für die hygienische Volksbelehrung fiel damit zusammen mit dem gesamtgesellschaftlichen Wandel der Kommunikationsverhältnisse, wie sie sich zunächst vor allem in der Werbung und der Plakatkunst niederschlugen um von dort Eingang in die Volkspädagogik zu finden. Innerhalb des Wandels der Kommunikationsverhältnisse sind hier vor allem zwei Trends von Bedeutung²¹⁵, die die formale und inhaltliche Gestaltung betreffen. Zum einen gewann das Bild in seiner formalen und ästhetischen Gestaltung eine immer größere Bedeutung gegenüber erklärenden Texten, die schwerer und mühsamer zu erfassen sind. Zum anderen fand eine Reduktion von Komplexität statt: Darstellungen beschränkten sich zunehmend auf eine zentrale Aussage.

²¹² Vgl. Nadav, Julius Moses und die Politik der Sozialhygiene, 73-74 u. 98.

²¹³ Vgl. Frevert, 'Fürsorgliche Belagerung', 432-434.

²¹⁴ Vgl. Labisch/Tennstedt, Der Weg zum GVG, 33.

²¹⁵ Weiterhin ließe sich hier natürlich an die politischen und sozioökonomischen Implikationen veränderter Kommunikationsverhältnisse denken, die die Fragen der Kontrolle von Medien und des Zugangs zu ihnen betreffen.

Die ersten Hygieneausstellungen gab es seit den 1870er Jahren in England, eine erste *Internationale Hygiene-Ausstellung* fand 1876 in Brüssel statt²¹⁶. Da sich das deutsche Gewerbe und die deutsche Industrie in Brüssel nur unzureichend berücksichtigt fanden, wurde 1883 in Berlin die *Allgemeine Deutsche Ausstellung auf dem Gebiete der Hygiene und des Rettungswesens* veranstaltet²¹⁷. Sie trug im wesentlichen den Charakter einer Gewerbe- und Fachmesse und war nicht für die breitere Öffentlichkeit bestimmt. Immerhin 900.000 Besucher wurden gezählt, und die Ausstellung konnte den Veranstaltern als Erfolg gelten. Entsprechend dem damaligen Stand der Hygiene wurden die Sanierung der Umwelt und die Bekämpfung der Bakterien in den Mittelpunkt gestellt. Teile der Ausstellung wurden später in das erste Hygienemuseum im Deutschen Reich überführt, das 1887 in Berlin gegründet und dem Hygienischen Institut der Königlich-Friedrich-Wilhelms-Universität angegliedert worden war²¹⁸. Nach einer Erweiterung 1889 umfaßte das Museum sogar zwei Stockwerke mit insgesamt 52 Sälen. Den Schwerpunkt bildeten auch hier, wie schon auf der Ausstellung, Unfallschutz, Desinfektion, Heizungstechnik, Abfallbeseitigung, Kanalisation, Bauhygiene und Krankenpflege. Rubner, der Nachfolger Kochs, war mit dem ständigen Publikumsverkehr offenbar unzufrieden und beim Umzug des Instituts wurde das Museum 1905 geschlossen²¹⁹.

Neue Methoden und Techniken sowohl in der hygienischen Volksbelehrung als auch in der Gestaltung publikumswirksamer Ausstellungen wurden durch den Dresdener Industriellen Karl August Lingner (1861-1916) entwickelt, der es geschickt verstand, humanitäres Engagement mit geschäftlichen Interessen zu verbinden²²⁰. Lingner interessierte sich stark für die Fortschritte der Medizin und Mikrobiologie und sah in der Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse eine der wichtigsten Aufgaben der Zeit. In Dresden wirkte Lingner als Mäzen in gesundheitspolitischen Angelegenheiten und finanzierte unter anderem seit 1897 die Kinderpolyklinik und das angeschlossene Säuglingsheim des Kinderarztes Arthur Schloßmann, die weit über

²¹⁶ Vgl. A. Fischer, Zur Geschichte der Hygieneausstellungen, in: DMW 61(1935), 1365-1367.

²¹⁷ Vgl. P. Boerner (Hg.), Bericht über die Allgemeine Deutsche Ausstellung auf dem Gebiete der Hygiene und des Rettungswesens Berlin 1882/83, 3. Bde., Breslau 1885-1886.

²¹⁸ Vgl. Führer durch das Hygiene-Museum der Königlich-Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin, Berlin 1890.

²¹⁹ Vgl. Weindling, Health, Race and German Politics, 229; U. Schubert, Vorgeschichte und Geschichte des Deutschen Hygiene-Museums in Dresden (1871-1931), 2 Bde., med. Diss. Dresden 1986 (masch.), 43.

²²⁰ Vgl. J.F. Wolff, Lingner und sein Vermächtnis, Hellerau 1930.

Deutschlands Grenzen hinaus vorbildhaft werden sollten²²¹. Begeistert von den Entdeckungen Kochs und den Erfolgen der Bakteriologie ließ Lingner ein antibakterielles Mundwasser entwickeln, das er 1892 unter dem Namen „Odol“ auf den Markt brachte und mit einer damals einzigartigen Werbekampagne zu einem der weltweit führenden Produkt machte²²².

Lingner versuchte die in der Werbung erfolgreich praktizierten Prinzipien für die hygienische Volksbelehrung nutzbar zu machen: visuelle Repräsentation durch Bilder und Modelle einerseits, Reduktion von Komplexität durch möglichst einfache, allgemeinverständliche Darstellung andererseits²²³. Auf der Dresdner Städtebauausstellung 1903 zeigte Lingner in einem gesonderten Pavillon die Sonderausstellung „Volkskrankheiten und ihre Bekämpfung“. Der Pavillon wurde ein großer Erfolg: Über 220.000 Menschen sahen die Sonderausstellung. Der Zulauf war zeitweilig so groß, daß die andrängenden Besucher durch Polizeimanschaften zurückgehalten werden mußten²²⁴. In den folgenden Jahren war die Ausstellung noch in Frankfurt (1904), München (1905), Kiel (1906) und als deutscher Beitrag auf der Weltausstellung in St. Louis (1904) zu sehen²²⁵.

Nach sachlichen Gesichtspunkten geordnet informierte die Schau über Erreger, Erscheinungen und Bekämpfung einzelner Infektionskrankheiten. An den Bildern, plastischen Modellen und Statistiken waren kleine Erklärungszettel angebracht. Zusätzlich besorgte Lingner noch allerlei Kuriosa, um so sein Publikum nicht nur zu belehren, sondern auch zu unterhalten. Das didaktische Ziel Lingners war es, beim Betrachter eine „hygienische Erschütterung“ auszulösen, um ihn für die Lehren der Hygiene empfänglich zu machen²²⁶.

„Um sozusagen mit brutaler Gewalt dem Ausstellungsbesucher den Respekt vor dem Gezeigten und dem Ernste der hygienischen Dinge beizubringen, hatte ich im Mittelpunkte der Halle eine riesige Statue (Herkules die Hydra bekämpfend) aufgestellt, die mit erdrückender Wucht dem Beschauer seine körperliche Erbärmlichkeit zum Bewußtsein brachte.“²²⁷

²²¹ Lingner stiftete weiterhin eine städtische Desinfektionsanstalt (1902) und gründete eine *Zentralstelle für Zahnpflege* (1897) und das *Sächsische Serumwerk* mit angeschlossenem Bakteriologischen Institut (1909).

²²² Vgl. H. Vāth-Hinz, *Reklame-Kunst um 1900*, Gießen 1985 [= Werkbund Archiv 14].

²²³ Vgl. K.A. Lingner, *Volkskrankheiten und ihre Bekämpfung*, in: R. Wuttke (Hg.), *Deutsche Städte. Geschildert nach der ersten deutschen Städteausstellung Dresden 1903*, Bd. 1, Leipzig 1909, 531-547, hier: 533-539.

²²⁴ Vgl. ebd., 547.

²²⁵ Vgl. Schubert, *Geschichte und Vorgeschichte des DHM*, 58.

²²⁶ Vgl. Lingner, *Volkskrankheiten*, 546.

²²⁷ Ebd., 541.

Wer schockiert oder angeekelt war von den Wachsnachbildungen (Moulagen) oder Spirituspräparaten einzelner Krankheitserscheinungen, konnte aus der jeweiligen Koje jederzeit in die Mittelhalle treten, wo er sich auf „schwellenden Fauteuils und Diwans“ niederlassen und inmitten von „Pflanzen- und Blumenarrangements“ erholen konnte²²⁸. Lingners Biograph Julius Wolff schildert einen Fall „hygienische(r) Erschütterung“, der Lingner bekannt wurde: Demnach hatte ein junger, an Syphilis erkrankter Mann auf der Ausstellung in einer Vitrine den „Schädel eines durch tertiäre Lues vernichteten Menschen“ gesehen, der mit einer „ganzen Anzahl charakteristischer, (...) größerer und kleinerer Löcher durchbohrt“ war. Dem Selbstmord nahe, wandte er sich doch noch an einen Facharzt und konnte gerettet werden. Dieses Ereignis habe Lingner dazu veranlaßt, zukünftig die Heilungschancen stärker zu betonen²²⁹.

Der größte Erfolg Lingners auf dem Gebiet der hygienischen Volksbelehrung war die Organisation der *Internationalen Hygiene-Ausstellung* von 1911 in Dresden, auf der über fünf Millionen Besucher gezählt wurden²³⁰. Nachdem der sächsische Staat eine Beteiligung zunächst abgelehnt hatte, finanzierte Lingner die Ausstellung weitgehend alleine und erzielte einen Gewinn von über einer Millionen Mark. Die Ausstellung war im wesentlichen eine Leistungsschau deutscher Industrie und Wissenschaft, die in großen Hallen gemeinsam, nach Sachgruppen geordnet, präsentiert wurden, so daß sich die wissenschaftlichen Abteilungen in der Mitte befanden und sich die Industrie darum herumgrupperte²³¹.

Die wissenschaftliche Abteilung wurde von namhaften Medizinern und Hygienikern gestaltet. Erstmals konnte sich hier eine Sondergruppe „Rassenhygiene“ einer breiteren, wissenschaftlichen Öffentlichkeit vorstellen. Die Sondergruppe zeigte Grundlegendes zur allgemeinen wie menschlichen Vererbung und versuchte, die Rassenhygiene als eine eigenständige und wissenschaftliche Disziplin vorzuführen. Während verschiedene Stammtafeln die Vererbung „erblicher Belastungen“ nach-

²²⁸ Vgl. edb.

²²⁹ Vgl. Wolff, Linger und sein Vermächtnis, 72-73. Zu den Folgen dieser Art von Abschreckungspädagogik vgl. auch L. Sauerteig, Lust und Abschreckung. Moulagen in der Geschlechtskrankenaufklärung, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 1 (1992), 87-104, hier: 92 m. Anm. 28. Sauerteig berichtet von krankhaften Angstzuständen vor der Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten infolge drastischer Aufklärungsmaßnahmen, die sogar zu Selbstmorden geführt haben.

²³⁰ Vgl. allg. F.A. Weber, Die Internationale Hygiene-Ausstellung Dresden 1911 als Wegweiser und Wegbereiter späterer Arbeit, in: G. Seiring (Hg.), *10 Jahre Dresdener Ausstellungsarbeit*, Dresden 1931, 163-240.

²³¹ Vgl. F. Woithe, Die wissenschaftliche Abteilung der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden, in: *DMW* 37 (1911), 1227-28, 1316-17, 1357-58, 1400-01, hier: 1227. Friedrich Woithe (1878-1923) war Leiter

weisen sollten, zeigte eine andere Tafel die angeblich positiven Folgen der Sterilisation und Kastration von „Geisteskranken“:

„A.B., geb. 1884, Krüppel, schwachsinnig, 1907 uneheliche Schwangerschaft, Kind lebt, 1909 wieder verführt, erfährt bei der Niederkunft den Tod des Verführers, tötet das Neugeborene. Wegen Imbecillität exculpiert wird sie durch Ausschneiden der Eileiter sterilisiert. Seither sozial brauchbar.“

Der Katalog führt aus, auch die „Unschädlichmachung“ eines Mannes durch Röntgenstrahlen sei sowohl bezüglich der Lustempfindung als auch im Hinblick auf das „Wohl der Gesamtheit“ vom „sog. ‘humanen’ Standpunkt aus ... einwandfrei“²³². Alfons Fischer fand das ausgestellte Material zwar interessant und diskussionswürdig, lehnte aber die „recht gewagte(n) Folgerungen ab“ und wandte ein, zumeist handle es sich um Schäden infolge wirtschaftlicher Ungunst, nicht um eine Degeneration der Art. Zudem distanzierte er sich von der Bauernromantik und den Plänen zur „Germanisierung der Ostmarken“ und propagierte statt dessen eine wirkungsvollere Sozialpolitik²³³. Eine weitere, bemerkenswerte Manifestation sozialbiologischen Denkens präsentierte sich noch in der Abteilung „Jugendfürsorge“. Hier wurde zum Thema „jugendlicher Schwachsinn“ eine Schädelammlung gezeigt²³⁴.

Im Zentrum der Ausstellung stand die von Lingner eingerichtete „Populäre Abteilung“²³⁵. Gleich vom Haupteingang aus blickte man auf einen antikisierenden halbrunden Portikus, an dessen Gebälk mit goldenen Lettern „Der Mensch“ stand.

„Auf einem Dutzend Stufen steigen wir empor zu einer von sechs Säulen getragenen Terrasse und gelangen durch einen Kuppelraum in einen langen, von Estraden umgebenen, in leuchtendem Weiß gehaltenen, durch die ganze Höhe des Baues gehenden Saal, vor dessen Abschlußwand eine mächtige, in mehrfacher Lebensgröße und klassischer Schönheit ausge-

der wissenschaftlichen Abteilung und der erste wissenschaftliche Direktor des Deutschen Hygiene-Museums. Vgl. Wolff, Linger und sein Vermächtnis, 91-92.

²³² M. v. Gruber/E. Rüdin, Fortpflanzung, Vererbung [sic!], Rassenhygiene. Illustrierter Führer durch die Gruppe Rassenhygiene der Internationalen Hygiene-Ausstellung 1911 in Dresden, München 1911, 96-97. Die auf der Ausstellung gezeigten Fälle von Kastration und Sterilisation stammten hauptsächlich aus der psychiatrischen Anstalt Burghölzli in der Schweiz, wo solche Operationen bei dem Einverständnis des Patienten erlaubt waren. Ploetz und Rüdin standen in den 1890er Jahren in Kontakt mit dem Leiter der Anstalt A. Forel, der sie in ihrer wissenschaftlichen Entwicklung nachhaltig beeinflusste. Vgl. Weindling, *Health, Race and German Politics*, 71-73, 84 u. 88.

²³³ Vgl. A. Fischer, Die sozialpolitische Bedeutung der Internationalen Hygieneausstellung in Dresden, in: *Annalen für soziale Politik und Gesetzgebung* 1 (1911/12), 468-588, hier: 583-587.

²³⁴ Vgl. Woithe, *Wissenschaftliche Abteilung*, 1357.

²³⁵ Vgl. „Halle 18. Populäre Abteilung. Der Mensch“, in: *Katalog der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden Mai bis Oktober 1911, Berlin/Dresden 1911*, 373-395, abgedruckt bei: Schubert, *Vorgeschichte und Geschichte des DHM*, Anlage 11.

fürte Mannesgestalt steht, welche ‘aufjauchzend zur Allmutter Sonne, der Schöpferin jedwedem Lebens, die Arme emporhebt zum Licht, ein Symbol der höchsten Lebensfreude und des Bewußtseins eigener körperlicher Kraft.’ Der im übrigen völlig Lehre Saal wirkt wie ein antiker Tempelraum, errichtet zu Ehren der Natur und ihres edelsten Produktes: des Menschen.“²³⁶

In der ersten Abteilung „Der Mensch als Kunstwerk“ wurden dem Betrachter der Aufbau des Körpers und die Funktion der Organe vorgestellt. Daran schlossen sich die Abteilungen „Ernährung“, „Kleidung“, „Siedelung [sic!] und Wohnung“, „Bevölkerung“, „Genußmittel“ und „Allgemeine Berufshygiene“ an. Dann betrat man den „Tempel der Volkskrankheiten“, der im wesentlichen das schon 1903 gezeigte enthielt. Doch neben den „Verwüstungen“, die die Tuberkulose im Körper des Kranken anrichtet, wurden nun auch Wege der Verhütung und der Heilung gezeigt²³⁷. Eine abschließende Abteilungklärte den Besucher über die Bedeutung der Körperpflege auf.

Die Inszenierung der Populären Ausstellung als Ereignis durch die Verwendung antikisierender Formensprache oder die Stilisierung hygienischer Autoritäten sollte dazu beitragen, an sich profane Körperfunktionen und Verrichtungen wie Atmung, Ernährung, Ausscheidung und anderes mehr, kulturell zu überhöhen. Erst diese Inszenierung des Alltäglichen als etwas Besonderes, Feierliches sollte den Betrachter dazu bringen, der Wahrnehmung auch seines Körpers und seines Alltagsverhaltens eine größere Bedeutung zuzumessen. Dabei blieb diese Inszenierung den kulturellen Idealen des Bildungsbürgertums und der Tradition des Historismus verhaftet.

Gesundheit bedeutete für Lingner nicht nur individuelles Wohlergehen. Die Durchsetzung wissenschaftlicher Verhaltensstandards sollte helfen, öffentliche Gelder zu sparen und das Wohl der Ganzen Nation herbeizuführen. Prägnant formuliert findet sich diese Auffassung, die Lingner nach seinem Biographen Wolff selbst als „Menschenökonomie“ bezeichnete, im Katalog zur Abteilung „Der Mensch“: „Gesundheit ist das höchste Gut. Sie bildet nicht nur die breiteste Grundlage des Glücks des einzelnen Menschen, sondern auch der ganzen Familie, ja, sie bedingt sogar den

²³⁶ Vgl. Schill [o.Vn.], Die populäre Abteilung der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden, in: DMW 37 (1911), 1526-1527 (Die Zitat bei Schill stammen aus dem Katalogtext, vgl. ebd.)

²³⁷ Vgl. Katalog: Populäre Abteilung, 393.

wirtschaftlichen Wohlstand der gesamten Nation.“²³⁸ Lingner hoffte, die Menschen würden im Selbstunterricht dazu geführt werden können, alte Verhaltensweisen abzulegen und durch Einsicht den Körper einer hygienischen Disziplin zu unterwerfen²³⁹. Die Kontrolle des Alltagslebens durch den hygienischen Blick, der alles Verhalten und alle Zustände unter dem Aspekt hygienisch - unhygienisch erfaßt, findet sich symbolisiert in dem sternenumkränzten „Hygienischen Auge“, das wie das Auge Gottes alles sieht und dem nichts entgeht. Franz von Stuck hatte das „Hygienische Auge“ als Zeichen für die Internationale Hygiene Ausstellung 1911 entworfen; bis heute ist es das Logo des Dresdner Hygiene-Museums.

Der große Publikumsandrang in der *Populären Abteilung* bewog Lingner zu dem Entschluß, ein Hygiene-Museum als ständige Lehranstalt zu gründen. Im Mittelpunkt sollte die Sammlung „Der Mensch“ stehen, daneben sollte auch die Historische und Ethnographische Abteilung der Internationalen Hygiene-Ausstellung aufgenommen werden. Bereits 1912 wurde ein Verein zur Gründung des Museums geschaffen, doch verzögert durch Krieg und Nachkriegszeit konnte das Museum erst 1923 seine Sammlungen in ständigen Ausstellungsräumen zeigen, die ihm vom sächsischen Staat zur Verfügung gestellt worden waren. Bis dahin organisierte das Museum seit dem Tode Lingners 1916 Wanderausstellungen in ganz Deutschland. Der Höhepunkt der Aktivitäten lag in den Jahren 1919 bis 1922, als das Museum in 270 Orten des Reichs Ausstellungen mit insgesamt fast 2,4 Millionen Besuchern veranstaltete. Davon sahen alleine 1,7 Millionen Besucher die Ausstellung über Geschlechtskrankheiten, die in 181 Orten gezeigt wurde²⁴⁰. Seit 1916 finanzierte sich das Museum neben einer großzügigen Hinterlassenschaft Lingners und den Zuschüssen der Stadt Dresden durch eine Lehrmittelwerkstatt, die Duplikate der Ausstellungsobjekte herstellte²⁴¹. Doch durch die Inflation wurde das Museum, seit 1920 Deutsches Hygiene-Museum, schwer geschädigt und an den Rand des Ruins gebracht²⁴². Nach 1924 konnte es sich dann, nicht zuletzt durch seine Beteiligung an der Gesolei 1926, allmählich konsolidieren. Anlässlich der Internationalen Hygiene-Ausstellung 1930 in Dresden konnte das Museum dann den Museumsneubau von Wilhelm Kreis beziehen.

²³⁸ Ebd., 373.

²³⁹ Vgl. K.A. Lingner, Denkschrift zur Errichtung eines National-Hygiene-Museums in Dresden, Dresden 1912, 15-16 [ND Dresden 1987]

²⁴⁰ Vgl. „Deutsches Hygiene-Museum“, in: Blätter für Volksgesundheitspflege 24 (1924), 48.

²⁴¹ Vgl. Schubert, Vorgeschichte und Geschichte des DHM, 151-153.

Der Beginn der Weimarer Republik bedeutete einen Durchbruch für gesundheitsaufklärerische Bestrebungen. Nachdem bereits Ende September Pläne zu einer staatlichen Organisation der Gesundheitsaufklärung in Preußen entwickelt worden waren, wurde im Mai 1919 der Preußische *Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung* ins Leben gerufen²⁴³. Der Landesausschuß führte die ministerielle Verwaltung, die Kommunen, Krankenkassen, die Wohlfahrtsorganisationen, die Versicherungsanstalten, Vertreter der Ärzteschaft und Lehrer zusammen. Während der Landesausschuß im wesentlichen planend und vorbereitend wirkte, oblag die eigentliche Durchführung den Provinzial-, Kreis- und Ortsausschüssen, die nach einem ministeriellen Erlaß September 1919 eingerichtet wurden. Nach dem Vorbild Preußens wurden auch in den anderen Ländern entsprechende Ausschüsse gegründet, so daß im Februar 1921 ein koordinierender *Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung* gebildet werden konnte. Neben der Organisation und Koordinierung der Gesundheitsaufklärung kam den Ausschüssen für hygienische Volksbelehrung auch die Aufgabe zu, die Verbreitung zuverlässiger, dem Stande der Wissenschaft gemäßer Informationen sicherzustellen. Naturheilkundlern und anderen medizinischen Laien, sogenannten „Kurpfuschern“, die gerade in den gesellschaftlichen und kulturellen Erschütterungen der Nachkriegszeit regen Zulauf erhielten, sollte damit das Wasser abgegraben werden²⁴⁴. Eines der wichtigsten Aufgabenfelder staatlicher Gesundheitserziehung waren die Schulen. Der schulhygienische Ausschuß der Reichsschulkonferenz von 1920 forderte, die hygienische Erziehung in allen Schulen und allen Stufen einzuführen²⁴⁵. In Preußen wurden durch einen Erlaß vom 10. 2. 1926 die Erziehung der Schüler zu gesundheitsgemäßer Lebensführung und die entsprechende hygienische Fortbildung der Lehrer vorgeschrieben²⁴⁶.

Mit dem Ende des Ersten Weltkriegs entfaltete sich ein reger Diskurs über Ziele und Methoden der hygienischen Volksbelehrung. Zwei Aspekte sind wichtig. Zum einen gewann die hygienische Volksbelehrung eine größere Bedeutung innerhalb der Sozialhygiene. Zwar hatte Alfons Fischer bereits 1913 gefordert, das ganze Volk mit

²⁴² Vgl. Wolff, Lingner und sein Vermächtnis, 95-96 u. 101.

²⁴³ Vgl. H. Berger, in: ders./F. Ebner, Der gegenwärtige Stand und die Organisation der hygienischen Volksbelehrung, Berlin 1929, 6-38, hier: 8-10 [=Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 28, H. 1]; K. Bornstein, Ein Weg zur hygienischen Volksbelehrung, in: DMW 14 (1919), 770-771 (Zur Vorgeschichte und Gründung des Landesausschusses)

²⁴⁴ Vgl. O. Neustätter, Der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung, in: Sozialhygienische Mitteilungen 5 (1921), 42-49, hier: 44-45.

²⁴⁵ Vgl. M. Vogel, Hygienische Volksbildung, in: A. Gottstein/A. Schloßmann/L. Teleky (Hg.), Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. 1, Berlin 1925, 303-390, hier: 319.

einzubeziehen und „hygienisches Wissen selbst in die ärmsten Arbeiterwohnungen zu tragen“, doch sein „Grundriß“ richtete sich an eine bürokratisch-technokratische Elite: „Mediziner, Nationalökonom, Verwaltungsbeamten und Sozialreformer“²⁴⁷. Im Rahmen seiner Erweiterung der Sozialhygiene zu einer Kulturhygiene rückt das Handeln des einzelnen und die ihn bedingenden kulturellen Faktoren stärker in den Mittelpunkt. Neben das „Gesundheitsrecht“, das eine staatliche Vorsorge für gesundheitsgemäße Lebensbedingungen für alle Bürger umfaßte, trat die „Gesundheitspflicht“, in der die Verantwortlichkeit des einzelnen für eine gesundheitsgemäße Lebensführung betont wurde²⁴⁸. Demnach gewann auch die gesundheitliche Erziehung und Aufklärung, der in der sozialhygienischen Theorie bislang eine nur unterstützenden Funktion im Verhältnis zu staatlichen Maßnahmen zugeordnet war, eine fundamentale Bedeutung für die Volksgesundheit. Und so wie Fischer sich gegen ein durchrationalisiertes Menschen- und Gesundheitsbild wandte, so wurden auch im gesundheitserzieherischen Diskurs die Bedeutung von sittlichen Normen und Werten eingeklagt²⁴⁹. Der zeitweilige wissenschaftliche Direktor des Dresdener Hygienemuseum Martin Vogel forderte anstelle einer hygienischen *Volksbelehrung* eine *Volksbildung*, die das utilitaristische und mechanistische Weltbild der bakteriologischen Ära durch eine ganzheitliche Sicht des Menschen überwinden und so zu einer umfassenden Lebensreform führen sollte²⁵⁰. In diesem Sinne war auch die populäre Schrift „Die hygienische Forderung“ von Alfred Grotjahn abgefaßt²⁵¹. Grotjahn entwickelte unter den Überschriften „Der hygienische Mensch“, „Die hygienische Familie“, „Die hygienische Siedlung“ und „Das hygienische Volk“ den Entwurf einer vollkommen an den Gesetzen der Hygiene ausgerichteten Gesellschaft.

Ein zweiter Aspekt betrifft den Wandel der hygienischen Volksbelehrung selbst. An die Stelle einer „defensiven“ Hygiene, die alle Schädigungen fernhalten will, tritt der Gedanke einer „positiven“ Hygiene, der vor allem die Stärkung der Gesundheit durch fördernde Maßnahmen meint²⁵². Das Resümee Vogels zur Kindergesundheitswoche von 1925 kann als Beschreibung der Entwicklung hygienischer

²⁴⁶ Vgl. Berger, *Der gegenwärtige Stand*, 22-23.

²⁴⁷ Fischer, *Grundriß der sozialen Hygiene*, 12 u. 1 (Titel).

²⁴⁸ Vgl. A. Fischer, *Gesundheitsrecht und Gesundheitspflicht*, in: *Sozialhygienische Mitteilungen* 9 (1925), 44-52.

²⁴⁹ Vgl. W. Fischer-Defoy, *Die hygienische Aufklärung und ihre Mittel*, Berlin 1919, 5-6 [=Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 9, H. 9]

²⁵⁰ Vgl. M. Vogel, *Hygienische Volksbildung*, 303-312.

²⁵¹ Vgl. A. Grotjahn, *Die hygienische Forderung*, Königstein/Ts. / Leipzig 1917.

²⁵² Vgl. dazu Vogel, *Hygienische Volksbildung*, 307.

Volksbelehrung in dieser Zeit insgesamt gelten: „Das Normale, Gesunde, die Leistungssteigerung und die Vorbeugung wurden dabei stark in den Mittelpunkt gerückt, an Stelle von Belehrung wurde Unterhaltung in verschiedenen Formen geboten.“²⁵³ Mit dem Konzept der „positiven“ Hygiene verband sich das Bestreben, das Vorbildhafte, Mustergültige zu zeigen und alles Kranke und Abschreckende weitgehend zu vermeiden²⁵⁴. Das Hygienische sollte zugleich als das ästhetisch Schöne dargeboten werden. Als ein Beispiel kann die Diskussion um das *Neue Bauen* gelten, die auch ein neues Wohnen betraf und in der sich die Forderungen nach rationaler Haushaltsorganisation, Licht, Luft und Sauberkeit baulich widerspiegeln: hell und weiträumig sollten die Interieurs sein und leicht zu reinigen, mit fugenlosen, glatten Fußböden und großen Fenstern²⁵⁵.

In den Jahren der Weimarer Republik erfolgte der gesundheitserzieherische „Massenangriff auf die Unkenntnis des Volkes“²⁵⁶. Erstmals wurden hier die Möglichkeiten voll ausgeschöpft, die sich der Gesundheitserziehung im Film boten²⁵⁷. Schon vor 1914 und während des Krieges waren einzelne Filme produziert worden²⁵⁸, doch eine umfangreiche Produktion setzte erst nach Kriegsende ein. Die Ufa hatte bereits im Frühjahr 1918 ein wissenschaftlich-medizinisches Filmarchiv gegründet²⁵⁹. Doch da wissenschaftliche Filme allein wenig rentabel waren, ging man bald dazu über, populärwissenschaftliche Filme zu drehen, für die ein begleitender Vortrag vorgesehen war. Das damalige Angebot gesundheitsaufklärerischer Filme durch die Filmgesellschaften reichte vom begleitenden populärwissenschaftlichen („Hatschi!“, „Nasse Füße“) und humorigen („Malchen, die Unschuld vom Lande“, „Fritzchens Werdegang“) Kurzfilm bis hin zum abendfüllenden Vortragsfilm („Geschlechtskrankheiten und ihre Folgen“, „Die weiße Seuche“ (Tuberkulose)). Seit 1921/22 produzierte die Ufa dann auch Spielfilme mit hygienischen Themen. Eine weitere Möglichkeit, hygienische Volksbelehrung zu betreiben, erschloß sich 1923

²⁵³ Ebd., 335.

²⁵⁴ Vgl. ebd., 347; Fischer-Defoy, Die hygienische Aufklärung, 47-48, 73, 78, 82, 89-90, 110; G. Frey, Gedanken über hygienische Volksbelehrung, ihre Wege und Hilfsmittel, in: Arbeiten aus dem Reichsgesundheitsamte 57 (1926), 232-264, hier: 262.

²⁵⁵ Vgl. Weindling, Health, Race and German Politics, 404-405; N. Huse, „Neues Bauen“ 1918 bis 1933, München 1975, 64-70; J. Hermand/F. Trommler, Kultur der Weimarer Republik, München 1978, 408-412.

²⁵⁶ Fischer-Defoy, Die hygienische Aufklärung, 109.

²⁵⁷ Vgl. Weindling, Health, Race and German Politics, 380-381 u. 412-413; vgl. Vogel, Hygienische Volksbildung, 355-367.

²⁵⁸ Vgl. F. Kemsies, Der Tuberkulose-Film im Dienste der Schulgesundheitspflege, in: Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 30 (1917), 457-463 (Inhaltsangabe mit zahlreichen Photos).

²⁵⁹ Vgl. C. Thomalla, Hygiene und soziale Medizin im Volksbelehrungsfilm, in: Zeitschrift für Medizinalbeamte 35 (1922), 589-593, 606-610, 631-635.

durch das Radio. Einige Sender, wie zum Beispiel die Berliner Funkstunde, brachten regelmäßig Vorträge zu hygienischen Themen²⁶⁰.

Den Höhepunkt gesundheitsaufklärerischer Bemühungen bildete das Jahr 1926, in der die Gesolei und die Reichsgesundheitswoche (RGW) veranstaltet wurden. Die Reichsgesundheitswoche²⁶¹ war ursprünglich Mitte 1924 von dem Sozialhygieniker und sozialdemokratischen Reichstagsabgeordneten Julius Moses als Projekt der Krankenkassen angeregt worden. Die unter Beteiligung eines Arbeitsausschusses der Kassen organisierte Berliner Gesundheitswoche (16.-21.3. 1925), die als Probe für die RGW dienen sollte, zeigte aber, daß die Beteiligung der Ärzte unerlässlich war. Da die Beziehungen nach dem großen Ärztestreik²⁶² von 1923/24 noch gespannt waren und um das Projekt als ganzes nicht zu gefährden, wurde die Durchführung der RGW dem Reichsinnenministerium übertragen. Mit der Organisation der RGW wurden dann die Ausschüsse für hygienische Volksbelehrung in Reich und Ländern betraut. Die Reichsgesundheitswoche vom 18. bis 25. April 1926 war der Versuch, eine gesamte Gesellschaft unter dem Leitbegriff „Gesundheit“ zu mobilisieren. Allerorts sollten Plakate aufgehängt, Flugschriften verteilt, Vorträge gehalten, Filme gezeigt werden. Selbst in den Schaufenstern der Geschäfte und sogar von den Kanzeln der Kirchen sollten die Segnungen der Hygiene gepriesen werden²⁶³.

Die Reichsgesundheitswoche wurde von der überwiegenden Mehrheit der Parteien positiv aufgenommen, nur von der äußersten Linken gab es Kritik²⁶⁴. Die KPD sah in der RGW den Versuch, die sich verschlechternde gesundheitliche Lage auf den einzelnen abzuwälzen, und rief ihre Mitglieder dazu auf, gegenüber den Werktätigen die sozialen und ökonomischen Ursachen deutlich zu machen und für höhere Löhne und bessere soziale Verhältnisse zu protestieren²⁶⁵. In Berlin veranstaltete der *Verein sozialistischer Ärzte* zusammen mit lokalen Arbeiterorganisationen eine „Rote Gesundheitswoche“, in der ebenfalls die ökonomischen Ursachen von Krankheiten

²⁶⁰ Vgl. P. Frank, Rundfunkvorträge aus dem Gebiete des Gesundheitswesens, DMW 50 (1924), 922-923. Vgl. ferner K. Alt, Der deutsche Zahnärzterundfunk (1926-1932) als Mittel der Zahnärztlichen Fortbildung und Volksbelehrung in der Weimarer Zeit, med. Diss. Berlin 1983.

²⁶¹ Vgl. C. Adam (Hg.), Die Reichsgesundheitswoche 1926, Leipzig 1928; D.S. Nadav, Zur Einberufung der Ersten Reichsgesundheitswoche im Jahre 1926, in: Medizinische Welt 27 (1976), 1069-1072; Nadav, Julius Moses und die Politik der Sozialhygiene, 273-279.

²⁶² Vgl. Nadav, Julius Moses und die Politik der Sozialhygiene, 246, s. auch 172-175.

²⁶³ Vgl. „Richtlinien für die Veranstaltung einer Reichsgesundheitswoche (R.G.W.)“, abgedr. in: Adam, Reichsgesundheitswoche, 113-116.

²⁶⁴ Vgl. Nadav, Einberufung, 1072.

²⁶⁵ Rundschreiben der KPD betr. Reichsgesundheitswoche, 31. März 1926. HStA Reg. Df. 54830.

im Mittelpunkt standen und sozialpolitische Forderungen aufgestellt wurden²⁶⁶. Auch Julius Moses, der eigentliche Initiator der Reichsgesundheitswoche, zog insgesamt eine positive Bilanz, betonte aber, der Kampf um die Volksgesundheit sei ein politischer Kampf²⁶⁷. Moses übte zugleich Kritik an der hygienischen Volksbelehrung insgesamt. Er hege die Befürchtung, daß „man allzu sehr dem Volke von oben her den Wert der Hygiene aufpfropfen wolle“. Mit „schönen Reden“ über den Wert von Hygiene, Licht, Luft und Sonne sei es nicht getan, denn angesichts katastrophaler Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse sei es der Masse gar nicht möglich, Hygiene zu treiben. Jede Gesundheits- und Bevölkerungspolitik, sowie alle Bemühungen um hygienische Aufklärung seien damit zum Scheitern verurteilt, solange der Kampf für bessere Gesundheit nicht auf dem Felde der Sozialpolitik betrieben werden²⁶⁸.

²⁶⁶ Vgl. M. Hodann, Zur Reichsgesundheitswoche, in: ders., Sexualpädagogik, Erziehungshygiene und Gesundheitspolitik. Gesammelte Aufsätze und Vorträge (1916-1927), Rudolstadt 1928, 141-145, hier: 145 [zuerst 1926].

²⁶⁷ Vgl. J. Moses, Die Arbeiterschaft und die Reichsgesundheitswoche, in: Der Kassenarzt 3 (1926), H. 15/16, 1-2, hier: 1.

²⁶⁸ Vgl. ebd., 1-2.

3. Dimensionen von Gesundheit seit der Industrialisierung

Zusammenfassend sollen hier noch einmal einige Aspekte systematisch hervorgehoben werden. Seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde „Gesundheit“ mit der Begründung der modernen Hygiene schrittweise verwissenschaftlicht, so daß nach der Jahrhundertwende alle Einflüsse auf den Menschen auf diese Weise erfaßt werden konnten: die belebte und unbeliebte Umwelt, die Gesellschaft und schließlich die Erbanlagen. Dieser Prozeß der Verwissenschaftlichung ging einher mit einer Ausweitung öffentlicher Daseinsvorsorge, die über den Ausbau einer gesundheitsrelevanten Infrastruktur und eines Gesundheitsfürsorgewesens auch auf die gesundheitliche Lage insbesondere der Unterschichten einwirkte. In der Industrialisierungsphase bildete sich der moderne Begriff von „Gesundheit“ heraus, in den auch ältere Vorstellungen miteingeflossen sind. Vier Bedeutungsebenen sollen hier unterschieden werden:

1. *sozio-ökonomische* Bedeutung: Gesundheit ist die Voraussetzung für Arbeitsfähigkeit und damit eine Grundbedingung sowohl für die Leistungsfähigkeit einer Industriegesellschaft als auch für die Existenz des einzelnen. Diese Bedeutungsebene manifestiert sich insbesondere in der staatlichen Sozialgesetzgebung.
2. *sozio-politische* Bedeutung: Gesundheitspolitik kann als der Versuch gewertet werden, die soziale Integration der Arbeiterschaft durch den Abbau sozialer Konfliktpotentiale zu bewirken. Grundlegend war hier das Konzept einer von wissenschaftlichen Maximen bestimmten Politik, die sich dadurch jenseits ihrer gesellschaftspolitischen Zielsetzung gleichsam als wertneutral und überpolitisch präsentieren konnte. Damit verbunden war zugleich die Etablierung einer spezifisch medizinischen Deutungsmacht, durch die soziale Probleme als medizinische Probleme interpretiert werden konnten.
3. *sozio-kulturelle* Bedeutung: Die „Verallgemeinerung hygienischer Kultur“ (Grotjahn) durch Belehrungs- und Disziplinierungsmaßnahmen bedeutete die Durchsetzung eines homogenen Lebensstils auf dem Weg zu einer Massengesellschaft. Angelegt war diese Entwicklung bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts, breitenwirksam ist sie aber erst im letzten Drittel geworden. Hygieni-

sches Verhalten wurde zum Ausweis für körperliche und geistige Gesundheit. Sauberkeit und Gesundheit haben zugleich eine ästhetische Dimension, denn was hygienisch ist, gilt auch als schön.

4. *nationale* Bedeutung: Gesundheit und zahlenmäßiger Bestand der Nation gelten als Vorraussetzungen für nationale Stärke. Auch diese Auffassung gab es bereits im 18. Jahrhundert, etwa in der Peuplierungspolitik des Kameralismus, sie gewinnt aber im Zeitalter des Imperialismus im Zeichen übersteigerten Nationalismus eine neue, handlungsleitende Dimension, insbesondere für das in diversen (Wohlfahrts-)Verbänden organisierte Bürgertum. In der Nachkriegszeit werden Gesundheits- und Bevölkerungspolitik als ein Weg zur Überwindung der gesamtgesellschaftlichen Krise diskutiert.

Aus den verschiedenen Bedeutungsebenen und den wissenschaftlichen Konzepten der Hygiene lassen sich unterschiedliche Formen öffentlichen und privaten Handelns ableiten, die je einen unterschiedlichen Grad des Eingriffs in die Privatsphäre bedeuteten: Die Skala der Interventionsformen reicht von der Umweltsanierung über die Zuteilungen sozialer Leistungen, Belehrung und Aufklärung, Kontrolle und Disziplinierung, Isolierung und Asylisierung bis hin zur Forderung nach Sterilisierung in der Rassenhygiene und Eugenik. Auffällig ist, daß die radikalsten Forderungen gerade von der Disziplin erhoben wurden, die -von gemäßigten Eugeniern eingestandenermaßen- den geringsten Grad an wissenschaftlicher Zuverlässigkeit und Genauigkeit in ihren Aussagen erreicht hatte.

Ein unlösbarer Konflikt jeder Gesundheitspolitik ist es aber, zwischen den Freiheitsrechten des Individuums und den Interessen der Gemeinschaft abzuwägen. Die Seuchenprävention wäre ein Beispiel dafür. Problematisch muß es aber erscheinen, wenn der Wert der Gesundheit zunehmend aus der Perspektive eines Kollektivs formuliert wird, wie dies etwa bei der Forderung nach einer rationalen „Menschenökonomie“ und der Politisierung des Gesundheitsbegriffs unter nationalen und bevölkerungspolitischen Aspekten der Fall ist. Die Konzeptionierung von „Gesundheit“ als einem sozialen Gut trägt in ihren gesellschaftspolitischen Implikationen einen sehr ambivalenten Charakter, denn zum einen ist sie Vorraussetzung für eine Gesellschafts- und Gesundheitspolitik jenseits eines nur karitativ-humanitären Engagements, zum anderen bot sie die Handhabe, die Persönlichkeitsrechte des einzelnen

zugunsten tatsächlicher oder vermeintlicher Interessen der Gesamtheit einzuschränken.

4. Düsseldorf und die Große Ausstellung 1926

4.1 Die Ausstellungsstadt

Die Stadt Düsseldorf hat eine Tradition als Ausstellungsstadt, die bis in die Anfänge des 19. Jahrhunderts zurückreicht²⁶⁹. Düsseldorf präsentierte sich erfolgreich als Schaufenster von Gewerbe, Industrie und Handel zunächst des Bergischen Landes, später des Rheinisch-Westfälischen Industriegebiets. Im Jahre 1880 wurden erstmals Gewerbe und schöne Künste in einer Düsseldorfer Ausstellung zusammengeführt²⁷⁰. Nach dem großen Erfolg dieses Konzepts wurde mit der „Industrie-, Gewerbe-, und Kunstausstellung“ von 1902 ein vorläufiger Höhepunkt erreicht. Über fünf Millionen Menschen besuchten diese große Leistungsschau der Rheinisch-Westfälischen Industrie, die sich auf 530.000 qm entlang des Rheins erstreckte²⁷¹. Der für die Ausstellung eigens gebaute Kunstpalast trug den Repräsentationsbedürfnissen einer expandierenden Industriestadt Rechnung und unterstrich zugleich den Anspruch, weiterhin als Kunststadt gelten zu können. Ebenso wie die in phantasievollen Jugendstilformen schwelgenden, mit historistischen Elementen dekorierten temporären Bauten gab auch der monumentale, neubarocke Kunstpalast dem Bedürfnis eines emporstrebenden Bürgertums nach kultureller Selbstvergewisserung Ausdruck²⁷². Durch die Ausstellung von 1902 wurde der Stadt Düsseldorf ein neues Ausstellungsgelände erschlossen und zugleich die städtebauliche Entwicklung nach Norden vorangetrieben.

Bis zum Ausbruch des Ersten Weltkriegs folgten eine ganze Reihe kleinerer Fachausstellungen²⁷³. Für das Jahr 1915 schließlich war eine gigantische Ausstellung geplant worden, die alles bisherige übertreffen sollte, denn anlässlich der hundertjährigen Zugehörigkeit Düsseldorfs und der Rheinlande zu Preußen wollte man eine „Große Ausstellung Düsseldorf 1915. Aus hundert Jahren Kunst und Kultur“ abhalten. Auch diese Ausstellung sollte wie 1902 im Kern eine Industrieausstellung sein, darüber hinaus aber alle Bereiche der Gesellschaft umfassen. Viele der Themen, die

²⁶⁹ Vgl. allgemein H. Engst, Düsseldorf. Die Ausstellungsstadt, Düsseldorf 1949. Zahlreiche Abbildungen, allerdings vornehmlich zur Zeit nach 1945, finden sich in: ders., 145 Jahre im Dienst der Wirtschaft. Düsseldorfer Ausstellungen in Bildern. Ein Beitrag zur Kulturgeschichte deutscher Ausstellungen, Düsseldorf 1957.

²⁷⁰ Vgl. H. Weidenhaupt, Die Gewerbe- und Kunstausstellung zu Düsseldorf 1880, in: ders., Aus Düsseldorfs Vergangenheit. Aufsätze aus vier Jahrzehnten, Düsseldorf 1988, 223-241.

²⁷¹ Vgl. Engst, Ausstellungsstadt, 35-50; Hüttenberger, Düsseldorf, Bd. 3, 58-64.

²⁷² Vgl. G.F. Wolff, Die Bauten der Industrie-, Gewerbe- und Kunstausstellung in Düsseldorf 1902 in der Geschichte der Ausstellungsarchitektur, in: E. Mai/H. Pohl/S. Waetzold (Hg.), Kunstpolitik und Kunstförderung im Kaiserreich. Kunst im Wandel der Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, Berlin 1982, 149-165.

hier gezeigt werden sollten, kehrten später auf der Gesolei wieder: Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege, Veterinärwesen, Apotheken und Pharmazie, Wohnungs- und Städtebau, Arbeitsschutz, „Die Frau“, Kinder- und Säuglingsfürsorge, Militärsanitätswesen und Sport²⁷⁴.

Auch der spätere Vorstand der Gesolei war an dieser Ausstellung beteiligt. Der Industrielle Ernst Poensgen (1871-1949), 1926 Vorstandsvorsitzender, übernahm den Vorsitz in der Gruppe „Sport-, Volks- und Jugendspiele, Turnen, Touristik und Jagd“²⁷⁵. Der Beigeordnete Robert Lehr (1883-1956), 1926 Oberbürgermeister der Stadt Düsseldorf und zweiter Vorsitzender des Vorstands, leitete eine Unterabteilung zum Thema „Vaterländische Frauenvereine“²⁷⁶. Der Kinderarzt und Direktor der Kinderklinik an den Städtischen Krankenanstalten Arthur Schloßmann war Vorsitzender der Gruppe „Das Jahrhundert des Kindes“. Schloßmann wurde der Initiator der Gesolei und war als geschäftsführender Vorstand mit der Durchführung betraut. Doch der Kriegsausbruch im August 1914 machte die Pläne der Stadt zunichte, und nach einigem Zögern mußte die Stadtverordnetenversammlung die Ausstellung im Herbst des Jahres absagen²⁷⁷. Das ehrgeizige Projekt endete schließlich mit einem finanziellen Debakel. Die Veranstalter hofften jedoch, eine Grundlage geschaffen zu haben, „auf der in späterer Zeit ein neues, ebenso großartiges Unternehmen aufgebaut werden kann“²⁷⁸.

4.2 Düsseldorf in der Nachkriegszeit (1918-1925)

Der Erste Weltkrieg unterbrach die seit Ende des 19. Jahrhunderts währende stetige Aufwärtsentwicklung Düsseldorfs, an die die Stadt erst Mitte der zwanziger Jahre

²⁷³ Vgl. Engst, *Ausstellungsstadt*, 50-61.

²⁷⁴ Zu den folgenden Angaben vgl. *Große Ausstellung Düsseldorf 1915. Aus hundert Jahren Kunst und Kultur. Ausstellung der Baupläne*, o.O. o.J. [Düsseldorf 1915], 8-24. Bereits 1902 war ein kleiner Abschnitt für Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege reserviert gewesen und die rheinisch-westfälische Städteausstellung in Düsseldorf 1912 hatte ausführlich die kommunale gesundheitsrelevante Infrastruktur sowie das kommunale Gesundheitswesen gezeigt. Weiterhin wurden auch Krankheitsverhütung und -bekämpfung ausgestellt. Vgl. Engst, *Ausstellungsstadt*, 59-60.

²⁷⁵ Zu Poensgen vgl.: L. Hatzfeld, Ernst Poensgen (1871-1949), in: *Rheinische Lebensbilder*, Bd. 7, Köln/ Bonn 1977, 203-225.

²⁷⁶ Zu Lehr vgl. W. Först, Robert Lehr (1883-1956), in: *Rheinische Lebensbilder*, Bd. 3, Köln/Bonn 1968, 249-269. Lehr war damals Schriftführer des Vaterländischen Frauenvereins. Vgl. Hüttenberger, *Düsseldorf*, Bd. 3, 236.

²⁷⁷ Vgl. Hüttenberger, *Düsseldorf*, Bd. 3, 234-235.

²⁷⁸ *Große Ausstellung Düsseldorf 1915*, 34.

wieder anknüpfen konnte. Das eigentliche Ausmaß der wirtschaftlichen Krise wurde aber erst deutlich, als bei Kriegsende die Rüstungskonjunktur einbrach. Düsseldorf war während des Krieges eines der Zentren der Rüstungsindustrie gewesen, und die Umstellung von der Kriegs- zur Friedenswirtschaft führte Ende 1918 zu einem drastischen Anstieg der Arbeitslosigkeit, die durch die zurückkehrenden Soldaten noch verschlimmert wurde²⁷⁹. Zwar waren die Arbeitslosenzahlen im Zuge der inflationsbedingten Konjunktur der ersten Nachkriegsjahre²⁸⁰ seit der zweiten Hälfte des Jahres 1919 wieder rückläufig, doch es blieb auch in Düsseldorf während der ganzen Weimarer Jahre ein beständiger Sockel von Erwerbslosen, der infolge der temporären Krisen 1923 und Ende 1925 rasch ansteigen konnte. Hinzu kam die schlechte allgemeine Versorgungslage und der Mangel an Wohnungen²⁸¹. Die staatlich angeordnete Zwangswirtschaft bei Lebensmitteln, Heizmaterial und Wohnungen konnte den Mangel nur verwalten und verschlimmerte die Situation oftmals²⁸². In den Krisenjahren 1919 und 1923 schlossen sich zahlreiche Düsseldorfer den wachsenden „wilden Siedlungen“ an, die von der Stadtverwaltung geduldet wurden und die primitivsten Existenzbedingungen gewährleisteten²⁸³.

Der militärische Zusammenbruch des Reiches bedeutete auch das politische Ende des Kaiserlichen Deutschland. Wie in anderen Städten des Reiches übernahmen auch in Düsseldorf revolutionäre Soldaten am 8. November die politische Macht und bildeten einen Arbeiter- und Soldatenrat, der zunächst die Kooperation mit der Stadtverwaltung suchte und auch bald die Unabhängigen und die Mehrheitssozialdemokratie hinzuzog²⁸⁴. Die Situation verschärfte sich, als KPD und Spartakisten nach dem 7. Januar 1919 die Macht an sich rissen und einem von ihnen dominierten Vollzugsrat übertrugen. Doch die Revolution in Düsseldorf blieb nur Episode und nachdem sich die sozialdemokratischen Parteien Ende Februar bereits vom Vollzugsrat distanziert hatten, wurden die radikalen Kräfte durch den Einmarsch des Freikorps „Lichtschlag“ am 28.2. 1919 vertrieben und die reguläre Stadtverwaltung wieder eingesetzt. Der Arbeiterrat führte fortan nur noch eine Schattenexistenz, bis er am 1. April 1920 durch die Preußische Regierung aufgelöst wurde.

²⁷⁹ Vgl. Hüttenberger, Düsseldorf, Bd. 3, 266-272.

²⁸⁰ Vgl. Peukert, Weimarer Republik, 72-73; E. Kolb, Die Weimarer Republik, 3. überarb. Aufl., München 1993, 188-189.

²⁸¹ Vgl. Hüttenberger, Düsseldorf, Bd. 3, 272-274.

²⁸² Vgl. Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge 2, 48.

²⁸³ Vgl. Hüttenberger, Düsseldorf, Bd. 3, 274-275.

Politische Instabilität und soziale Unruhen blieben eng mit wirtschaftlichen Krisensituationen verbunden. Erneute Konflikte gab es im Inflationsjahr 1923. Als rheinische Separatisten am 30. September eine große Kundgebung in Düsseldorf abhalten wollten, kam es zu blutigen Zusammenstößen mit der städtischen Polizei einerseits, mit Kommunisten andererseits²⁸⁵. Im Oktober und November desselben Jahres führte die allgemein schlechte Versorgungslage zu einer Welle von Plünderungen und gewaltsamen Ausschreitungen²⁸⁶.

Nachdem die linksrheinischen Stadtteile bereits seit dem 4. Dezember 1918 unter belgischer Kontrolle standen, rückten französische Truppen am 8. März 1921 über den Rhein und besetzten ganz Düsseldorf²⁸⁷. Die Besetzung Düsseldorfs, Duisburgs und Ruhrorts im März 1921 war eine vom Alliierten Rat verhängte Sanktion wegen ausstehender Reparationsleistungen des Reichs. Die Besetzung Düsseldorfs vergrößerte die wirtschaftlichen Probleme der Stadt, indem sie die Verkehrs- und Handelsbeziehungen zunächst zu den linksrheinischen Gebieten, später in das Ruhrgebiet erschwerte. Die Requirierung von Wohnungen durch die Besatzungsarmee machte zugleich die bescheidenen Erfolge im öffentlichen und privaten Wohnungsbau seit 1919 wieder zunichte. Die Maßnahmen der Besatzungsmächte und die zum Teil offenen Willkürakte verstärkten die nationalistischen Ressentiments in der Bevölkerung. Der Konflikt eskalierte während des passiven Widerstandes der deutschen Behörden gegen die französische Besetzung des Ruhrgebiets im Jahre 1923. Die französische Militärregierung in Düsseldorf reagierte mit verstärkten Repressionen, etwa der Besetzung öffentlicher Gebäude, der Beschlagnahmung von Geld- und Sachwerten und der Ausweisung von Beamten, darunter der damalige Düsseldorfer Oberbürgermeister Emil Köttgen. Ablehnung und Haß gegen die Besatzer wurden so noch weiter geschürt und kamen schließlich in gewaltsamen Aktionen Einzelner zum tragen²⁸⁸.

Mit dem Abbruch des passiven Widerstands durch die Regierung Stresemann im September 1923 und der wirtschaftlichen Stabilisierung durch die Einführung der Rentenmark im November waren auch für Düsseldorf die Voraussetzungen zu einer

²⁸⁴ Vgl. zum folgenden Hüttenberger, ebd., 277-294; H. Weidenhaupt, Kleine Geschichte der Stadt Düsseldorf, 10. überarb. Aufl., Düsseldorf 1993, 152-153.

²⁸⁵ Vgl. Hüttenberger, ebd., 345-348.

²⁸⁶ Vgl. Hüttenberger, ebd., 348-350. Zu einer Chronologie der Ereignisse vgl. Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1922 bis 31. März 1925, o.O. o.J., xx-xxi.

²⁸⁷ Vgl. zum folgenden Hüttenberger, Düsseldorf, Bd. 3, 320-335;

²⁸⁸ Vgl. Hüttenberger, ebd., 329-333.

allmählichen Konsolidierung der Verhältnisse im Jahre 1924 geschaffen. Sichtbarstes Zeichen hierfür war die Wiederbesetzung des seit der Ausweisung Köttgens am 19.2. 1923 vakanten Oberbürgermeisteramts durch den bisherigen Beigeordneten Robert Lehr am 6. Juni 1924. Robert Lehr²⁸⁹ (1883-1956), Sohn eines preußischen Generals, hatte Jura studiert und war im Januar 1913 als Assessor in den Dienst der Stadt Düsseldorf getreten. Noch im selben Jahr wurde er Schriftleiter im *Vaterländischen Frauenverein* und konnte so einen Rückhalt bei den politisch einflußreichen Kreisen der Düsseldorfer Gesellschaft gewinnen²⁹⁰. Lehr machte rasch Karriere und wurde schon im Dezember 1914 zum Beigeordneten mit Zuständigkeit für das Polizeidezernat ernannt. Während der Spartakistenherrschaft mußte der als reaktionär verschrieene Lehr vorübergehend zu den Belgiern nach Oberkassel fliehen, doch im März 1919 kehrte er zurück und übernahm das Finanzdezernat, nachdem aus den Stadtverordnetenwahlen vom 16. März eine bürgerliche Mehrheit hervorgegangen war. In den Stadtverordnetenwahlen vom 4. Mai 1924 gingen die Rechtsparteien erneut gestärkt hervor, während Zentrum, SPD, DDP und die erstmals angetretenen KPD, die in Düsseldorf die Wählerschaft der USPD an sich binden konnte, Verluste hinnehmen mußten. Dies ermöglichte die Wahl Lehrs, die schließlich durch einen Kompromiß von DNVP und Zentrum zustande kam.

Politisch stand Lehr den Konservativen nahe, blieb aber lange Zeit parteilos. Im Krieg war er Mitglied des Alldeutschen Verbandes gewesen, und 1929 trat er vor allem deshalb in die Deutschnationale Volkspartei ein, um sich im Preußischen Landtag einen Rückhalt für seine kommunalen Neuordnungspläne zu verschaffen²⁹¹. Demokratie und Parlamentarismus gegenüber verhielt sich Lehr reserviert bis ablehnend und handelte als Oberbürgermeister aus dem Selbstverständnis, jenseits der politischen Kontroversen die Geschäfte zum Wohle der Stadt zu erledigen²⁹². Dabei konnte er sich auf die Rheinische Gemeindeordnung von 1856 stützen, die ihm als Oberbürgermeister eine Amtszeit von zwölf Jahren zusicherte und ihm somit eine größere Unabhängigkeit von der Stadtverordnetenversammlung gewährte.

²⁸⁹ Vgl. Först, Robert Lehr, 252-255; ders., Robert Lehr als Oberbürgermeister. Ein Kapitel deutscher Kommunalpolitik, Düsseldorf/Wien 1962, 14-45.

²⁹⁰ Vgl. Hüttenberber, Düsseldorf, Bd. 3, 236 u. 364.

²⁹¹ Vgl. ebd., 310-311 u. 364-365; Först, Robert Lehr, 249-251 u. 260-261.

²⁹² Vgl. Först, Lehr als Oberbürgermeister, 44 u. 50; Hüttenberger, Düsseldorf, Bd. 3, 364-365.

In der Tat war Lehr ein fähiger und versierter Oberbürgermeister, der in wenigen Jahren zahlreiche Projekte zur Modernisierung Düsseldorfs vorantrieb²⁹³, die allerdings zum großen Teil durch Kreditaufnahme im Ausland finanziert wurden. Lehr sorgte für die technische Erneuerung der Gas-, Wasser- und Stromversorgung, den Ausbau des Lohausener Flugplatzes, den Umbau der Gleisanlagen und die Schaffung neuer Wohnungen. Ein besonderer Erfolg war es, als Lehr gemeinsam mit Ernst Poensgen erreichen konnte, daß der Hauptsitz der 1926 gegründeten *Vereinigten Stahlwerke AG (Vestag)*, deren stellvertretender Vorsitzender Poensgen war, nach Düsseldorf verlegt wurde²⁹⁴. Die weitreichenden Pläne zur kommunalen Neuordnung, die eine enorme Ausweitung des Düsseldorfer Stadtgebiets vorsahen, konnten dagegen 1929 nicht in vollem Umfang realisiert werden²⁹⁵.

Das Jahr 1925 stand politisch ganz im Zeichen der „Rheinischen Jahrtausend-Feier“, die gegenüber eventuellen französischen Annexionswünschen oder den Bestrebungen der von der französischen Besatzungsmacht geförderten rheinischen Separatisten, eine eigenständige rheinische Republik auszurufen, die „tausendjährige“ Zugehörigkeit des Rheinlands zum Deutsch Reich betonen sollte. Tatsächlich waren die Separatisten nach 1923 kein ernstzunehmender Faktor mehr und Frankreich hatte seine Pläne, einen rheinischen Pufferstaat zu errichten, vor allem gegenüber dem Drängen der Briten bereits aufgegeben. War der historische Anlaß der Feier -zumindest aus heutiger Sicht- auch fragwürdig²⁹⁶ und den meisten Zeitgenossen ohnedies nicht präsent, ging es hier vor allem um eine Demonstration des neuen nationalen Selbstbewußtseins. Auch Düsseldorf beteiligte sich als Sitz der rheinischen Provinzialverwaltung an den Feierlichkeiten und veranstaltete in diesem Jahr eine ganze Reihe kleinerer Ausstellungen²⁹⁷. Gemäß den auf der Londoner Konferenz von 1924 getroffenen Vereinbarungen zogen die französischen Besatzungstruppen im August 1925 aus Düsseldorf ab, und das Ende der Besatzungsherrschaft bedeutete für die Stadt das Ende der Nachkriegszeit. Zahlreiche Feiern wurden begangen, und am 19. September des Jahre besuchte Reichspräsident Hindenburg die Stadt²⁹⁸. Mit der

²⁹³ Vgl. zum folgenden Hüttenberger, ebd., 366-372 u. 381-395; Först, Lehr als Oberbürgermeister, 117-204.

²⁹⁴ Vgl. Hüttenberger, ebd., 369-371; Hatzfeld, Ernst Poensgen, 217-218.

²⁹⁵ Vgl. Hüttenberger, ebd., 395-408.

²⁹⁶ Die Unterwerfung des Lothringer Herzogs unter den deutschen König Heinrich I im Jahre 925 wertete man als endgültige Eingliederung des Rheinlandes in ein Reich, das es in dieser Form, als Nationalstaat nämlich, damals gar nicht gegeben hatte.

²⁹⁷ Vgl. H.A. Lux/R. Weber, Bericht über die aus Anlaß der rheinischen Jahrtausend-Feier im Jahre 1925 zu Düsseldorf veranstalteten Jubiläumsausstellungen, o.O. o.J.; Engst, Ausstellungsstadt, 69-73.

²⁹⁸ Vgl. Hüttenberger, Düsseldorf, Bd. 3, 333-335; Weidenhaupt, Kleine Geschichte, 157-158.

Räumung der Kölner Zone rückten dann am 31 Januar 1926 auch die Belgischen Truppen ab.

4.3 Planung, Aufbau und Durchführung der Gesolei

4.3.1 Arthur Schloßmann und der Plan zur Gesolei

Der eigentliche Initiator der Gesolei war Arthur Schloßmann (1867-1932)²⁹⁹. Schloßmann hatte sich nach seinem Medizinstudium 1893 in Dresden als Kinderarzt niedergelassen und hier, gefördert durch Karl August Lingner, Einrichtungen für Kinder- und Säuglingspflege geschaffen, die weit über Deutschlands Grenzen hinaus vorbildhaft geworden waren. Schloßmann stand seinem Freund und Förderer Lingner mit fachlichem Rat bei dessen Ausstellung „Volkskrankheiten und ihre Bekämpfung“ (1903) zur Seite³⁰⁰ und war auch an den ersten Vorbereitungen zur Internationalen Hygiene-Ausstellung von 1911 beteiligt³⁰¹. Als Forscher hatte er sich einen Namen durch Arbeiten zur Ernährung von Säuglingen gemacht und war Mitherausgeber eines Standardwertes zur Pädiatrie³⁰². Seine Habilitationsschrift verfaßte er 1898 zu dem Unterschied von Muttermilch und Kuhmilch in der Säuglingsernährung. Im Jahre 1906 folgte er einer Berufung an die neugegründete *Akademie für praktische Medizin* nach Düsseldorf, wo er Direktor der Kinderklinik an den Städtischen Krankenanstalten wurde. Schon ein Jahr danach rief er den *Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf* ins Leben, der sich insbesondere der Ausbildung von Fürsorgerinnen und der Erziehung von Müttern widmete³⁰³. Als

²⁹⁹ Vgl. zum Folgenden soweit nicht anders angegeben W. Haberling, Arthur Schloßmann, sein Leben und Werk, in: R. Lehr (Hg.), *Auf neuen Wegen zu neuen Zielen*, FS Schloßmann, Düsseldorf 1927, 1-32; Dagegen liefert K. Rücker, Prof. Schloßmann und der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit in Deutschland zu Beginn des 20. Jahrhunderts, med. Diss. Berlin (O) 1959, keine wesentlichen Erkenntnisse über die bereits in der Festschrift von 1927 gemachten Angaben.

³⁰⁰ Vgl. A. Schloßmann, Von der Gesolei (Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge u. Leibesübungen) Düsseldorf 1926 zur Internationalen Hygiene-Ausstellung Dresden 1930, in: H. Zerkaulen (Hg.), *Das Deutsche Hygiene-Museum. Festschrift zur Eröffnung des Museums und der Internationalen Hygiene-Ausstellung Dresden 1930*, Dresden 1930, 39-42, hier: 40.

³⁰¹ Vgl. Weber, *Internationale Hygiene-Ausstellung 1911*, 172.

³⁰² Vgl. allgemein die Publikationsliste in: R. Lehr (Hg.), *Auf neuen Wegen*, 33-42; Das 'Handbuch der Kinderheilkunde von Pfaundler und Schloßmann', 5. Bde., Leipzig 1906 wurde 1910 und 1923/27 erneut und erweitert aufgelegt und ins Englische, Spanische und Italienische übersetzt.

³⁰³ Vgl. Rüdenhausen, *Die Erhaltung und Mehrung der Volkskraft*, 35-38; M. Baum, *Rückblick auf mein Leben*, Heidelberg 1950, 135-163. Marie Baum war von 1907 bis 1916 die erste Geschäftsführerin des Vereins.

einer der ersten erkannte Schloßmann die Bedeutung des Films für die hygienische Volksbelehrung. Noch vor dem Ersten Weltkrieg produzierte er in Düsseldorf und Umgebung einen Film mit dem Titel „In Todesangst um ihr Kind“, der vor allem für das Bruststillen werben sollte³⁰⁴. In Düsseldorf setzte sich Schloßmann für den Ausbau der Mütterberatungs- und Säuglingsfürsorgestellen (1912) und die Versorgung mit hygienisch einwandfreier Milch ein.

Im Ersten Weltkrieg diente Schloßmann als Freiwilliger und zeigte auch hier sein Organisationstalent, indem er zwei hygienisch vorbildliche Lazarette aufbaute. Wegen der schwierigen gesundheitlichen Lage im Reich wurde er im Frühjahr 1917 nach Düsseldorf zurückkommandiert. Hier gründete er im Oktober die *Niederrheinische Frauenakademie*, die zur Ausbildung von staatlich geprüften Wohlfahrtspflegerinnen diente. Nach Kriegsende kandidierte Schloßmann für die Deutsche Demokratische Partei und ging von 1919 bis 1921 als Abgeordneter in die Preußische *Verfassungsgebende Landesversammlung*³⁰⁵. Er engagierte sich in verschiedenen Bereichen der Gesundheitspolitik, und sein größter Erfolg war die Durchsetzung eines im wesentlichen von ihm gestalteten „Krüppelfürsorgegesetzes“. Seinen Einfluß konnte Schloßmann geltend machen, als er 1919 in Verhandlungen in Berlin die Gründung einer *Medizinischen Akademie* in Düsseldorf zur Ausbildung von klinischen Semestern erreichte³⁰⁶. Überdies bemühte er sich erfolgreich, Düsseldorf als Standort für die neugegründete *Westdeutsche Sozialhygienische Akademie* durchzusetzen.

Obwohl sich Schloßmann später der linksliberalen DDP anschloß, hatte er im Krieg eine Kriegsziel-Denkschrift der extrem nationalistischen und radikal annektonistischen *Vaterlandspartei* unterzeichnet. Nach Hüttenberger habe er deshalb in Düsseldorf als „ausgemachter Nationalliberaler“ gegolten³⁰⁷. Seit 1914 beschäftigte sich Schloßmann mit bevölkerungspolitischen Fragen, die gewissermaßen den Zusammenhang herstellten zwischen sozialpolitischem Engagement und nationalem Denken, der für sein Handeln kennzeichnend war³⁰⁸. Die Krise der Nachkriegsjahre wollte der Aktivist und Organisator Schloßmann durch vermehrte Anstrengungen auf

³⁰⁴ Persönliche Mitteilung von Frau E. Eckstein-Schloßmann am 23.11. 1995.

³⁰⁵ Zur Schloßmanns Arbeit in der Landesversammlung vgl. P. Hirsch, Am Aufbau des neuen Staates, in: Lehr (Hg.), *Auf neuen Wegen*, 43-57.

³⁰⁶ Vgl. H. Schadewaldt, Universität Düsseldorf, Basel 1966, 91-94.

³⁰⁷ Hüttenberger, Düsseldorf, Bd. 3, 305. Vgl. auch ebd., 252. Vgl. Weindling, *Health, Race and German Politics*, 284.

³⁰⁸ Vgl. das Verzeichnis der Publikationen in Lehr (Hg.), *Auf neuen Wegen*, 38-40.

dem Gebiet der Gesundheits- und Bevölkerungspolitik überwinden. Denn nun gelte es erst recht, Krankheiten und Tod zu verhüten, um so die maximale Leistungsfähigkeit des Einzelnen in den Dienst der Gemeinschaft stellen zu können³⁰⁹.

Arthur Schloßmann war ein Mensch von großer Durchsetzungsstärke, der seine Ziele energisch verfolgte. Sein starker Hang zu Spott und Sarkasmus und die direkte Art, seine Ansichten zu äußern, trugen ihm dabei nicht nur Freunde ein³¹⁰. Zudem konnte er zwar ausgesprochen liebenswürdig sein, aber auch schroff und herablassend³¹¹. Dennoch war sein gesellschaftliches Handeln von einem sozialen wie auch nationalen Verantwortungsbewußtsein geleitet. So konnte Schloßmann seinen Beitrag zur Verbesserung der Lebensbedingungen leisten und nicht zuletzt auch auf die Entwicklung der jeweiligen Kommunen, Dresden und Düsseldorf, einwirken.

Der Gedanke, eine Gesundheitsausstellung in Düsseldorf zu veranstalten, entstand im Zusammenhang mit den Vorbereitungen für eine Tagung der *Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte*³¹². Bereits zur Weihnachtszeit 1923 erging eine Einladung der Stadt an die renommierte Gesellschaft, ihre 89. Versammlung 1926 in Düsseldorf abzuhalten. Im September 1924 reisten dann Schloßmann und der Pathologe Huebschmann zur 88. Versammlung der Naturforschergesellschaft in Innsbruck, um dort im Auftrage des neuen Oberbürgermeisters Robert Lehr das Angebot der Stadt Düsseldorf zu wiederholen. Am 20. September, einen Tag vor der Eröffnung der eigentlichen Versammlung, gelang es Schloßmann in einer Besprechung, den Vorstand für Düsseldorf zu gewinnen. Dabei wurde er von dem Vorstandsmitglied und Chemiker Carl Duisberg unterstützt, der als Generaldirektor der Bayer-Werke in Leverkusen über großen Einfluß verfügte³¹³. Der Chirurg von Hacker warb ebenfalls für Düsseldorf mit Hinweis auf Innsbruck, in dem noch vor kurzem „die italienische Soldateska gehaust“ habe und in dem nach der Räumung und mit der Tagung „deutsche Ordnung, deutsche Sauberkeit und deutsche Behaglichkeit“ wiederhergestellt

³⁰⁹ Vgl. A. Schloßmann, Volksgesundheit und Wirtschaftliche Lage, in: Düsseldorf Nachrichten 46. Jg., Nr. 69 v. 8.2. 1921(Teil 1) u. ebd. Nr. 71. v. 9.2. 1921; A. Schloßmann, Entstehung und Ziele der Großen Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen Düsseldorf 1926, in: Gesolei. Zeitschrift der großen Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen, H. 1 (Juli 1925), 2-4, hier: 3-4.

³¹⁰ Vgl. Baum, Rückblick, 162.

³¹¹ Vgl. Schadewaldt, Universität Düsseldorf, 122.

³¹² Zu Entwicklung der Gesolei vgl. A. Schloßmann, Entwicklung, Wesen, Ziele und Erfolg der Gesolei, in: ders. (Hg.), Ge-So-Lei. Große Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen, 2 Bde., Düsseldorf 1927, hier. Bd. 1, 23-48 u. ders., Entstehung, 2-4.

³¹³ Vgl. O. Meesmann, Carl Duisberg, in: Rheinisch-Westfälische Wirtschaftsbiographien, Bd. 4, Münster 1941, 231-247.

sein³¹⁴. Vor der Hauptversammlung bemühte Schloßmann den Rheinmythos, um an die nationalen Gefühle der Teilnehmer zu appellieren. In Anlehnung an die „Wacht am Rhein“ formulierte er: „‘Zum Rhein, zum Rhein, zum deutschen Rhein’, sollte die Losung und Düsseldorf das Feldgeschrei für alle deutschen Ärzte und Naturforscher im Jahre 1926 werden“³¹⁵. Nachdem sich bereits der Vorstand für Düsseldorf entschieden hatte, trat auch die Hauptversammlung am nächsten Tag bei.

Als Schloßmann Ende September aus Innsbruck zurückkehrte, berichtete er dem Oberbürgermeister von der Entscheidung der Versammlung und schlug Lehr vor, anlässlich der Tagung eine Ausstellung zu Hygiene und sozialer Wohlfahrtspflege zu veranstalten. Der Gedanke lag insofern nahe, als die Stadt bei der letzten Tagung der Naturforscher in Düsseldorf im Jahre 1898 schon einmal eine kleine Ausstellung zur Geschichte der Medizin gezeigt hatte³¹⁶. Sie war seinerzeit von Karl Sudhoff zusammengestellt worden, der damals noch praktizierender Arzt in Düsseldorf war, bevor er später zum Professor für Medizingeschichte nach Leipzig berufen wurde. Wichtiger aber noch war, daß es als eine der bedeutsamsten Aufgaben des neuen Oberbürgermeisters angesehen wurde, die Tradition Düsseldorfs als Ausstellungsstadt wiederzubeleben. Noch vor der Wahl Lehrs waren entsprechende Forderungen in den Düsseldorfer Nachrichten³¹⁷ erhoben worden und in ähnlicher Weise äußerte sich Regierungsdirektor Hoche bei der Amtseinführung Lehrs am 12. Juli 1924³¹⁸. Lehr nahm die Vorschläge Schloßmanns positiv auf, denn eine große Ausstellung versprach nicht nur, das in der Nachkriegszeit beschädigte Prestige der Stadt wieder zu stärken, sondern sie bot auch eine Gelegenheit, die Kontakte zu den Industrien vor allem des Ruhrgebiets, die in der Besatzungszeit gelitten hatten, zu verbessern.

Lehr äußerte jedoch Bedenken wegen der französischen Besatzung und war skeptisch gegenüber Schloßmanns Optimismus, bis 1926 seien die fremden Truppen abgezogen. Nach den Bestimmungen des Versailler Vertrages hätte die Kölner Zone und das Sanktionsgebiet fünf Jahre nach Inkrafttreten am 10. Januar 1925 geräumt

³¹⁴ Zitiert nach Schloßmann, Entstehung und Ziele, 3.

³¹⁵ Ebd.; vgl. ders., Entwicklung, 28.

³¹⁶ Vgl. A. Fischer, Zur Geschichte der Hygieneausstellungen, in: DMW 61 (1935), 1365-1367, hier: 1365. Vgl. D. Rodenkirchen, Karl Sudhoff und die Anfänge der Medizin-Geschichte in Deutschland, in: ders./H. Fledermann, Karl Sudhoff (1853-1938). Zwei Arbeiten zur Geschichte der Medizin und der Zahnheilkunde, Feuchtwangen 1991, 1-299, hier: 91-95.

³¹⁷ Vgl. Först, Lehr als Oberbürgermeister, 53.

³¹⁸ Vgl. Sitzung Nr. 16 v. 12. Juli 1924, in: Stenographische Verhandlungsberichte der Stadtverordnetenversammlung zu Düsseldorf 1924, Düsseldorf 1924, 203.

werden müssen. Doch am 5. Januar 1925 erklärten die Besatzungsmächte, der Abzug werde verschoben, da Deutschland die Entwaffnungsbestimmungen verletzt habe. Daraufhin wurde am 10. Januar eine Delegation rheinischer Oberbürgermeister, darunter auch Lehr, bei Reichskanzler Marx vorstellig, um Protest einzulegen, konnte jedoch nichts erreichen³¹⁹. Außenminister Stresemann hatte allerdings schon im Sommer 1924 auf der Londoner Konferenz die Zusage der Franzosen erhalten, mit der Räumung des Ruhrgebietes würden auch die Besatzungstruppen aus Düsseldorf, Duisburg und Ruhrort abgezogen. Anscheinend gab es deshalb offenbar noch Unstimmigkeiten auf seiten der französischen Regierung³²⁰, doch im Frühjahr 1925 erhielt Schloßmann die Zusage Stresemanns, die Franzosen zögen am 15. August aus Düsseldorf ab³²¹. Lehr reichte das offenbar nicht aus, denn am 7. Mai wandte er sich an Stresemann, um weitere Informationen zu erhalten und auf die Dringlichkeit eines Abzuges hinzuweisen³²². Eine Antwort erhielt er allerdings nicht³²³. Schloßmann behielt schließlich recht, als die Franzosen im August abzogen, doch es ist charakteristisch für seine Haltung, daß er notfalls auch bereit gewesen wäre, die Ausstellung trotz Besatzung abzuhalten. Es war ihm wichtiger, die Krise jetzt durch vermehrte Anstrengungen zu überwinden, als abzuwarten, bis Deutschland in 25 bis 30 Jahren seine volle Souveränität wiedererlangt habe³²⁴.

Nach ihrem Gespräch Ende September beauftragte Lehr Schloßmann, seine Vorstellungen auszuarbeiten, und bereits am 1. Oktober 1925 konnte Schloßmann ihm einen ersten Entwurf vorlegen³²⁵. Schloßmanns „Vorläufiger Plan für eine Hygiene-Ausstellung in Düsseldorf“ sah neun Abteilungen vor³²⁶. Neben der Darstellung der Anatomie und Physiologie des Menschen (Abt. 1) und der Vererbungslehre und Rassenhygiene (Abt. 2) dominierten die klassischen Themen der Hygiene: Infektionskrankheiten, Ernährung, Gewerbehygiene, Wohnungs- und Siedlungshygiene und Krankenbehandlung (Abt. 3-7). Sozialhygienische Themen sollten in einer ge-

³¹⁹ Vgl. Först, Lehr als Oberbürgermeister, 56-57; S. Marks, Fährnisse der Gipfeldiplomatie. Die Entscheidung zur Räumung Düsseldorfs, Duisburgs und Ruhrorts im Jahre 1924, in: VfZ 34 (1986), 561-584.

³²⁰ Vgl. Hüttenberger, Düsseldorf, Bd. 3, 333-335; .

³²¹ Schloßmann an Krohne, 22.3. 1925, StAD XVIII 1014.

³²² Lehr an Stresemann, 7.5. 1925, StAD III 1465.

³²³ Notiz Lehrs, 23.6. 1925, ebd.

³²⁴ Schloßmann an Dürck, 15.6. 1925, StAD XVIII 1094.

³²⁵ Schloßmann, Entwicklung, 28.

³²⁶ „Vorläufiger Plan für eine Hygiene-Ausstellung in Düsseldorf“, o.D.o.U., StAD XVIII 1295. Der Entwurf findet sich in der Akte, die neben der von Schloßmann mit dem Deutschen Hygiene-Museum geführten Korrespondenz auch noch zahlreiche weitere z.T. handschriftliche Entwürfe und Skizzen Schloßmanns enthält. Aufgrund inhaltlicher Kriterien - die Gliederung in 9 Abteilungen wurde später nicht wieder aufgenommen -

sonderten Abteilung „Soziale Fürsorge“ (Abt. 8) zur Darstellung kommen: Säuglingspflege, Tuberkulose, Alkoholismus, Geschlechtskrankheiten, „Krüppelfürsorge“ und Geisteskrankenfürsorge. Eine abschließende Abteilung war den „Leibesübungen“ (Abt. 9) gewidmet.

Die Grundidee Schloßmanns war es, den Menschen in den Mittelpunkt der Ausstellung zu stellen und zu zeigen, was nach dem damaligen Stande der Wissenschaft zur Erhaltung seiner Gesundheit und Leistungsfähigkeit notwendig sei. Ergänzt werden sollte dies durch Darstellung des Fürsorgewesens und Sports als den gesellschaftlichen und individuellen Maßnahmen, Krankheiten zu bekämpfen und Gesundheit zu fördern. In seinen Grundzügen wurde dieser erste Entwurf beibehalten, jedoch erheblich ausgeweitet. In einer erweiterten Fassung seines Konzepts vom 16. Oktober betonte Schloßmann die Dreigliederung der Ausstellung, indem er die „Soziale Fürsorge“ (Abt. „So“) und die „Leibesübungen“ (Abt. „Lei“) zu selbständigen Abteilungen neben der „Gesundheitspflege“ (Abt. „Ge“) aufwertete³²⁷. Diese drei Hauptgruppen, deren Anfangsbuchstaben den Namen Ge-So-Lei bildeten, wurden dann in verschiedene Untergruppen eingeteilt.

Während sich die Abteilung „Gesundheitspflege“ schon seit dem ersten Entwurf in ihrem Kern abzeichnete, erfuhr die Abteilung „Soziale Fürsorge“ eine gigantische Ausweitung. Ursprünglich sollten hier neben einigen allgemeinen Aspekten vor allem die Gesundheitsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, an deren Gestaltung Schloßmann sich so aktiv beteiligte hatte, gezeigt werden. Deshalb war auch vorgesehen, die damalige Geschäftsführerin des *Vereins für Säuglingsfürsorge und Wohlfahrtspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf*, Gudula Kall, maßgeblich in die Gestaltung der Abteilung einzubeziehen. Angesichts eines in der Weimarer Zeit stark expandierenden öffentlichen Fürsorgewesens und der sich nach 1918 formierenden Verbandsmacht der privaten und konfessionellen Wohlfahrtsorganisationen³²⁸ ließ sich dieses eng gefaßte Konzept nicht durchhalten. Schon bald wurden neben der Sozialhygiene auch die Bildungs- und Erziehungsfürsorge, die wirtschaftliche Für-

ist dieser Entwurf vor dem 16. Oktober zu datieren. Höchst wahrscheinlich stammt er vom 1.10. 1924; Vgl. Schloßmann, *Entwicklung*, 28.

³²⁷ „Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen“, o.D. o.U., StAD III 683. Der Entwurf ist als Anlage einem Brief Schloßmanns an Lehr vom 16.10. 1924 beigelegt, in dem Schloßmann über die Verhandlungen mit dem Deutschen Hygiene-Museum vom 11.10. berichtet. Zur Datierung des Entwurfs auf den 16.10. 1924 vgl. Schloßmann, *Entwicklung*, 30.

³²⁸ Vgl. Sachße/Tennstedt, *Geschichte der Armenfürsorge*, 159-172. Die umfassende Reorganisation der freien Wohlfahrtspflege in der Weimarer Republik war gekennzeichnet durch „Lobbyismus-, Zentralisierungs- und

sorge, die Organisation der Wohlfahrts-, Gesundheits- und Jugendämter und die behördliche und freie Wohlfahrtspflege miteinbezogen³²⁹, so daß der *Verein für Säuglingsfürsorge* nur noch eine Sondergruppe neben anderen bildete und die Düsseldorfer Fürsorge und Wohlfahrtspflege räumlich getrennt davon im „Haus Düsseldorf“ auf der Ausstellung präsentiert wurde.

Eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Ausstellung war die Teilnahme des Deutschen Hygiene-Museums (DHM), dessen reichhaltiges und damals einmaliges Material den Grundstock der Abteilung „Gesundheitspflege“ bilden sollte. Nach seinem ersten Gespräch mit Lehr wandte sich Schloßmann deshalb schon am 29. September 1924 an das Museum und erhielt wenige Tage später eine prinzipielle Zusage von Verwaltungsdirektor Georg Seiring³³⁰. Das Hygiene-Museum hatte zu dieser Zeit gerade die schwere Krise der Inflationszeit, in der die Ausstellungsarbeit faktisch zum Erliegen gekommen war, überwunden. Die Gesolei bot somit eine günstige Gelegenheit, sich auf einer großen Ausstellung zu präsentieren und darüber hinaus auch die zerrütteten Finanzen ein wenig zu konsolidieren. Am 11. Oktober fuhr Schloßmann dann zu Verhandlungen nach Dresden, um technische und organisatorische Fragen zu klären³³¹. Hier wurden bereits die Einbeziehung der Industrie und die Ergänzung der Ausstellung um einen Vergnügungspark diskutiert. Seiring kam am 5. November selbst nach Düsseldorf, um sich über die Lage der Ausstellung und den Stand der Planungen zu informieren und die Konditionen einer Beteiligung des Museums auszuhandeln. Nachdem der Geschäftsführende Ausschuß des Museums am 10. November einer Beteiligung zugestimmt hatte³³², konnte ein Abkommen mit der Ausstellungsleitung geschlossen werden³³³. Darin verpflichtete sich die Ausstellung, die Sammlung „Der Mensch“ nach Möglichkeit geschlossen an repräsentativer Stelle, im Kunstpalast, zu zeigen, für alle Kosten des Transports und der Bereitstellung von Material aufzukommen und das Museum mit 20%, mindestens aber 20.000 Mark am Reingewinn zu beteiligen. Damit war die Ausstellung im Jahre 1926 gesichert.

Kartellierungstendenzen“ (ebd., 160), die zu der Neustrukturierung der Verbände und zu der Bildung der „Deutschen Liga der freien Wohlfahrtspflege“ am 22. 12. 1924 führte.

³²⁹ Entwurf „II. Wohlfahrtspflege“, o.U. o.D., StAD XVIII 1295.

³³⁰ Schloßmann an DHM, 29.9. 1924, StAD XVIII 1295; Seiring an Schloßmann, 4.10. 1924, ebd.

³³¹ Schloßmann an Lehr, 16.10. 1924, StAD III 683.

³³² Seiring an Schloßmann, 11.11. 1924, StAD XVIII 1295.

³³³ Abkommen zwischen Ausstellungsleitung und DHM (Durchschrift), o.D. o.U., StAD III 683 u. StAD XVIII 1295.

Im November und Dezember 1924 nahm Schloßmann auch erste Kontakte zu den relevanten Ministerien³³⁴ auf und fuhr vom 18. bis 21. Dezember zu direkten Verhandlungen nach Berlin³³⁵. Sowohl der Preußische Minister für Volkswohlfahrt Hirtensiefer als auch Reichswehrminister Geßler und der Reichsminister des Innern Jarres sagten ihre Unterstützung zu. Wichtiger als die nur geringe finanzielle Unterstützung, die sich auf je 60.0000 Mark belief, war die Tatsache, daß die Ausstellung sich nun offiziell auf die Unterstützung des Reichs und Preußens berufen konnte und damit erheblich an Seriosität und Bedeutung gewann. Die Gesolei war nicht länger nur ein lokales Projekt, sie wurde in den Rang eines nationalen Ereignisses erhoben. Die Chancen, industrielle wie wissenschaftliche Aussteller zu gewinnen, wurden dadurch wesentlich verbessert.

Parallel zu den Vorbereitungen in Düsseldorf liefen auch in Berlin Planungen zu einer großen sozialhygienischen Ausstellung im Jahre 1925 oder 1926. Die Initiative ging von Fritz Rott aus, der sich als Mitdirektor des Kaiserin Auguste Viktoria Hauses in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit Verdienste erworben hatte. Die Pläne Rotts wurden von dem Ministerialdirigenten für Volksgesundheitspflege im Reichsinnenministerium Carl Hamel unterstützt³³⁶. Seiring setzte dagegen auf Düsseldorf und regte bei Schloßmann an, das Hygiene-Museum zu verpflichten, vor der Gesolei keine größere Ausstellung im Reich zu beschicken³³⁷. Damit waren die Berliner Planungen wirkungsvoll untergraben, zumal ja auch das Preußische Wohlfahrtsministerium, das Reichsinnenministerium und das Reichswehrministerium hinter Düsseldorf standen. Rott gab jedoch nicht auf und plante eine internationale sozialhygienische Ausstellung in Berlin für das Jahr 1927³³⁸. Schloßmann zeigte sich zunächst wenig beeindruckt, da er zu Recht zweifelte, ob sich in der damaligen außenpolitischen Situation eine internationale Ausstellung in Berlin überhaupt realisieren lasse³³⁹. Als Rott jedoch daran ging, das Düsseldorfer Projekt öffentlich als eine

³³⁴ Schreiben an den Minister f. Volkswohlfahrt, 13.11. 1924, o.U., StAD III 683; Poensgen u. Lehr an den Reichswehrminister, 5.12. 1924, ebd.; Schreiben an den Reichsminister des Innern, 5.12., o.U., ebd. Die Briefe sind dem Zeichen nach von Schloßmann entworfen und wahrscheinlich alle wie das Schreiben an den Reichswehrminister von Poensgen und Lehr unterzeichnet worden.

³³⁵ Schloßmann an Lehr, Bericht über die gepflogenen Verhandlungen von Donnerstag den 18. bis Sonntag den 21. Dezember, o.D., StAD III 1439.

³³⁶ Schloßmann an Seiring, 5.2. 1925, StAD XVIII 1295.

³³⁷ DHM an Schloßmann, 11.11. 1924, o.U. (Abschrift), StAD III 683.

³³⁸ Seiring an Schloßmann, 15.12. 1924, StAD XVIII 1295.

³³⁹ Schloßmann an Seiring, 17.12. 1924, StAD XVIII 1295.

„kleine Provinzialausstellung“ gegenüber der geplanten internationalen Ausstellung abzuwerten, wurde Schloßmann aktiv³⁴⁰.

Er habe „nichts dagegen, wenn die Berliner sich blamieren und im Jahre 27 eine internationale Ausstellung machen wollen. Jeder nach seinem Geschmack. Wenn aber die Herrschaften in Berlin mir an den Wagen fahren wollen, so werden sie ein Unglück erleben. Die Düsseldorfer Sache wird als eine grosse nationale Tat aufzuziehen sein und das Rheinland ist leicht mobil gemacht.“³⁴¹

Schloßmann wandte sich mit „energische(n) Schreiben“ nach Berlin, damit von höherer Stelle „die kleinen Quertreibereien nachgeordneter Stellen zur Ruhe gebracht werden.“ Im Februar sah sich Schloßmann genötigt, durch Außenminister Stresemann dem Berliner Projekt zu untersagen, sich im Ausland offiziell als die große internationale Hygiene-Ausstellung zu präsentieren³⁴². Rott nahm schließlich Schloßmanns Angebot an, sich an der Gesolei zu beteiligen und übernahm die Gruppe „Gesundheitsfürsorge“ in der Abteilung „Soziale Fürsorge“. Damit waren die ehrgeizigen Berliner Pläne weitgehend gescheitert, und es kam schließlich nur eine kleine Hygiene-Ausstellung anlässlich der Reichsgesundheitswoche zustande, die ganz im Schatten der Gesolei stand³⁴³.

4.3.2 Aufbau und Organisation

Nachdem sich Lehr bereits mit den Beigeordneten wegen der Ausstellungspläne in Verbindung gesetzt hatte, wurde das Projekt am 8. Dezember einer größeren Öffentlichkeit vorgestellt³⁴⁴. Daraufhin konnte drei Tage später ein Verein als rechtlicher Träger der Ausstellung gegründet werden, der mit der Stadt einen Vertrag abschloß.

³⁴⁰ Schloßmann an Seiring, 29.12. 1924, StAD XVIII 1295.

³⁴¹ Ebd. Schloßmann spielt hier wohl auf die Los-von-Berlin Bewegung im Rheinland während der Revolutionszeit an. Vgl. H. Lademacher, Die nördlichen Rheinlande von der Rheinprovinz bis zur Bildung des Landschaftsverbandes Rheinland (1815-1953), in: F. Petri/G. Droge (Hg.), Rheinische Geschichte, Bd. 2: Neuzeit, Düsseldorf 1980, 475-866, hier: 693-699. Schloßmann war allerdings ein entschiedener Gegner des Separatismus. Vgl. Hirsch, Aufbau, 56-57.

³⁴² Schloßmann an Seiring, 5.2. 1924, StAD XVIII 1295; Schloßmann an Krohne, 12.2. 1924, StAD XVIII 1014.

³⁴³ Vgl. A.P. Conrad, Die Reichsgesundheitswoche. Ein Rundgang durch die Hygieneausstellung Berlin 1926, in: Reclams Universum 42,2 (1926), 802-804. Die „Allgemeine Deutsche Hygiene-Messe und -Ausstellung Berlin 1926“ fand vor der Eröffnung der Gesolei statt.

³⁴⁴ Vgl. Schloßmann, Entwicklung, 32.

Die Stadt verpflichtete sich darin, das zukünftige Ausstellungsgelände infrastrukturell zu erschließen und die Ausstellung finanziell zu unterstützen, indem sie der Ausstellung einen Kredit von 500.000 Mark einräumte³⁴⁵. Am 15. Januar 1925 stimmten die Stadtverordneten dem Abkommen zu. Als Ausstellungsgelände wurde erneut die Zone nördlich der Oberkassler Brücke gewählt, auf der schon die Ausstellung von 1902 stattgefunden hatte und auf der die Preußenausstellung von 1915 geplant worden war. In der Wahl des Geländes setzte sich Schloßmann durch, der wohl zu Recht befürchtete, die ebenfalls vorgeschlagene Lage in Stockum werde dem Besuch der Ausstellung schaden, da sie zu weit von der Innenstadt entfernt sei³⁴⁶.

Die Satzung legte als Vereinsziel die Veranstaltung einer „belehrende(n) Ausstellung“³⁴⁷ in Düsseldorf fest und sicherte so den Vorrang der Volksaufklärung vor der Industrieausstellung. In den Vereinsvorstand³⁴⁸ wurden neben Lehr und Schloßmann mit Karl Haniel, Ernst Lueg, Ernst Poensgen Mitglieder der führenden Industriellenfamilien der Stadt gewählt. Hinzu kamen der Fabrikant Gustav Cramer und der Generaldirektor der Schwabenbrauerei, der die Interessen des Gastgewerbes vertrat. Darüber hinaus konnte Carl Duisberg gewonnen werden, der die pharmazeutische Produktion der Bayer-Werke aufgebaut hatte und der durch seinen Einfluß die Teilnahme der chemischen Industrie sicherstellen sollte. Für die verkehrstechnische Bewältigung des erwarteten Besucherzuströms war es wichtig, daß auch der Generaldirektor der Rheinbahn, Max Schwab, einen Sitz im Vorstand erhielt. Neben Lehrging der Beigeordnete Willy Thelemann für die Stadt Düsseldorf in den Vorstand, um die Zusammenarbeit von städtischen Stellen und Ausstellung zu koordinieren. Zu diesem Zweck wurde zusätzlich ein Stadtverordnetenausschuß gebildet, der bei Bedarf zu den Vorstandssitzungen hinzugezogen werden konnte. Ebenfalls im Vorstand saß der Stadtverordnete Max Liertz, der für alle juristischen Probleme der Ausstellung zuständig war. Als Vertreter des Deutschen Hygiene-Museums wurden der Verwaltungsdirektor Seiring und der wissenschaftliche Direktor Walter Weisbach aufgenommen. Im Frühjahr 1925 traten dann noch die Hauptabteilungsleiter bei: der Direktor des Hygienischen Instituts an der Medizinischen Akademie Joseph Bürgers (Abt. „Ge“), der Beigeordnete Gustav Reuter, Dezernent für Wohlfahrtspflege und

³⁴⁵ „Entwurf zu einem Abkommen zwischen der Stadt Düsseldorf ... und der Ausstellung“, o.D. o.U., StAD 1295.

³⁴⁶ Vgl. Schloßmann, Entwicklung, 30.

³⁴⁷ Die Satzung ist abgedruckt bei Schloßmann, Entwicklung, 32-34., hier: 32 (§ 3).

dem Gewerkschaftsflügel des Zentrum zugehörig³⁴⁹ (Abt. „So“), und der ehemalige Oberbürgermeister Posens, Ernst Wilms, Fraktionsvorsitzender DVP in der Düsseldorfer Stadtverordnetenversammlung (Abt. „Lei“).

Der Vorstand hatte vor allem die Aufgabe, die unterschiedlichen Interessen von Ausstellung, Stadtverwaltung, Industrie und Gewerbe auszugleichen und die Bewältigung der anstehenden Aufgaben zu koordinieren. Dieser erweiterte Vorstand wählte aus seinen Mitgliedern einen engeren Vorstand, dem die eigentliche Organisation des Ausstellungsbetriebs oblag und der als gesetzlicher Vertreter auftrat³⁵⁰. Nach außen repräsentierte der Vorsitzende Ernst Poensgen³⁵¹ die Ausstellung. Während sich Robert Lehr als stellvertretender Vorsitzender mit den die Stadt betreffenden Angelegenheiten befaßte, war Arthur Schloßmann als geschäftsführender Vorstand für den eigentlichen Aufbau und die Organisation der Ausstellung zuständig. Von seiten der Stadt waren dem Vorstand ein Finanz- und ein Presseauschuß zur Seite gestellt worden³⁵². Weiterhin gab es einen Kunstbeirat unter der Leitung von Wilhelm Kreis, der Richtlinien für die künstlerische Gesamtgestaltung vor allem der Bauten festlegte. Anfang 1925 wurden Überlegungen angestellt, anlässlich der Ausstellung Dauerbauten zu errichten, die der Stadt als Ausstellungsgelände zur Verfügung stehen und die Kunstsammlung aufnehmen sollten. Zum Architekten wurde Wilhelm Kreis, berufen und am 8. Mai 1925 billigte die Stadtverordnetenversammlung seine Pläne, die den Bau einer großen Veranstaltungshalle und die Einbeziehung des alten Kunstpalasts in ein Ensemble von Gebäuden vorsahen³⁵³.

Für die allgemeine und geschäftliche Verwaltung und Organisation der Ausstellung wurde ein Verwaltungsdirektor berufen, dem die Abteilungen für Buchhaltung, Personal, Technik, Öffentlichkeitsarbeit und Industrierwerbung unterstanden³⁵⁴. Weiterhin war der allgemeinen Verwaltung die Modellbilderei angeschlossen, die die Ausstellungsobjekte anfertigen sollte. Der Aufbau und die Organisation der wissenschaftlichen Abteilungen wurden durch das wissenschaftliche Generalsekretariat

³⁴⁸ Vgl. C. Tietmann, Die Organisation des Ausstellungsbetriebes, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 1, 97-143, hier: 97-98.

³⁴⁹ Vgl. Först, Lehr als Oberbürgermeister, 188.

³⁵⁰ Vgl. E. Liertz, Einige Rechtsfragen der Gesolei, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 1, 144-152, hier: 144.

³⁵¹ Zunächst hatten Lehr und Schloßmann versucht, Karl Haniel als Vereinsvorstand zu gewinnen, doch Haniel lehnte ab, da ihm das Gebiet der Gesundheitspflege „völlig fern“ liege und mit seiner „eigentlichen Tätigkeit“ auch nicht die entfernteste Beziehung habe. Haniel an Lehr, 21.11. 1924. StAD III 683. Am 2. Dezember 1925 erklärte sich Ernst Poensgen in einem Gespräch mit Schloßmann bereit, den Vorsitz zu übernehmen. Schloßmann an Poensgen, 3.12. 1924. StAD XVIII 1295.

³⁵² Vgl. Tietmann, Organisation, 97-98.

³⁵³ Vgl. Schloßmann, Entwicklung, 36.

unter der Leitung der Ärztin Marta Fraenkel geregelt³⁵⁵. Das Sekretariat war mit den verwaltungstechnischen Angelegenheiten des geschäftsführenden Vorsitzenden befaßt, entwarf und überarbeitete das Programm der Ausstellung und berief die Sitzungen der wissenschaftlichen Abteilungen ein.

Die drei Hauptabteilungen „Ge“, „So“ und „Lei“ waren nach sachlichen Gesichtspunkten in Gruppen und Untergruppen unterteilt worden³⁵⁶. Seit Dezember bemühte sich Schloßmann, namhafte Experten und Institute zur Mitarbeit in den entsprechenden Gruppen zu gewinnen. Die Gruppenleitungen in der Abteilung „Gesundheitspflege“ wurden in der Regel durch Wissenschaftler besetzt, während bei der „Sozialen Fürsorge“ Fachleute aus der Sozial- und Gesundheitsverwaltung beteiligt wurden. Im Mai veranstaltete die Ausstellungsleitung eine große Hygienikertagung in Düsseldorf, auf der das Programm der Abteilung „Gesundheitspflege“ der Fachwelt vorgestellt wurde³⁵⁷. Nachdem die Wissenschaftler das Konzept weitgehend gebilligt hatten, begann der Aufbau der einzelnen Fachgruppen. Auf den Sitzungen der Gruppen und Untergruppen wurden das Konzept und die Gliederung des Sachgebiets entworfen, die Heranziehung einzelner Aussteller oder Objekte beraten und industrielle oder gewerbliche Aussteller vorgeschlagen³⁵⁸. Nur ein Teil der Gruppen wurde aber in Düsseldorf vorbereitet, und nur von diesen sind die entsprechenden Sitzungsprotokolle überliefert. Zur Gruppe „Erblichkeitslehre und Rassenhygiene“ gibt es beispielsweise keine Protokolle, da sie von der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene in Kooperation mit dem Dresdener Hygiene-Museum gestaltet wurde. Anfang Oktober wurde zusätzlich zum wissenschaftlichen Generalsekretariat ein wissenschaftlich-ausstellungstechnisches Büro eingerichtet, das die wissenschaftlichen Gruppen und Fragen des Programms und der Darstellungstechnik beriet und den Transport und die Beschaffung der Ausstellungsstücke organisierte³⁵⁹. Das Büro stand unter der Leitung von Martin Vogel, der zu diesem Zweck vom Deutschen Hygiene-Museum abgestellt und bei der Gesolei unter Vertrag genommen wurde.

³⁵⁴ Vgl. Tietmann, Organisation, 100-127.

³⁵⁵ Vgl. M. Fraenkel, Allgemeine organisatorische Fragen der wissenschaftlichen Abteilungen, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 2, 397-421, bes. 397-410.

³⁵⁶ Vgl. die Aufstellung in ebd., 401-403. Auf die Gliederung der Abt. Ge wird noch in Kap. 5 eingegangen werden.

³⁵⁷ M. Fraenkel, „Niederschrift über die Hygienikertagung“ v. 21.5. 1925, o.D., StAD XVIII 1063.

³⁵⁸ Vgl. Organisationsbestimmungen der Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen Düsseldorf 1926, o.O. o.J. [Düsseldorf 1925], UuLBD M III 817 (Gesolei. Kleine Druckschriften).

Die Veranstaltung der Gesolei war zu einer Zeit beschlossen worden, als die wirtschaftliche Krise der Inflationszeit überwunden und die Voraussetzungen für einen längerfristigen konjunkturellen Aufschwung gegeben zu sein schienen. Doch schon Mitte 1925 zeichnete sich eine erneute Rezession ab³⁶⁰. Bereits am 22. Juni 1925 forderte Ernst Poensgen im Vorstand der Gesolei, die Ausstellung um ein Jahr zu verschieben, da sich die Industrie gegenwärtig in einer schwierigen Lage befinde³⁶¹. Schloßmann wandte sich entschieden dagegen, denn er befürchtete, daß Unternehmen werde dann ganz abgesagt werden müssen, und der Ruf Düsseldorfs könne schweren Schaden nehmen. Die Vorbereitungen wurden fortgesetzt, aber Industrie und Gewerbe verhielten sich zurückhaltend, und die Zahl der Anmeldungen wuchs nur langsam.

Die Ausstellungsleitung bemühte sich, möglichst viele Aussteller aus allen Branchen zu gewinnen und vertrat die Auffassung, daß sich wohl kaum ein Gewerbe finden ließe, daß sich nicht auf irgendeine Weise, in den Zusammenhang mit den drei Hauptabteilungen bringen ließe³⁶². Auch die zukunftssträchtige Autoindustrie wollte Schloßmann beteiligen, „wenn auch diese Stinkmaschinen weder zur Gesundheitspflege noch zur sozialen Fürsorge enge Beziehungen haben“³⁶³. Besondere Offerten wurden an die chemische und die optische Industrie gemacht, denen man Sondergruppen in Aussicht stellte. Während die Teilnahme Duisbergs im Vorstand der Gesolei eine repräsentative Ausstellung der Chemie „im Dienste der Gesundheitspflege“ sicherte, wurde die Beteiligung der Optik wegen der wirtschaftlichen Lage abgesagt³⁶⁴.

Im Herbst 1925 verschärfte sich die Krise, und die Zahl der Arbeitslosen nahm auch in Düsseldorf rasch zu. Waren am ersten Oktober noch 3.100 Erwerbslose gemeldet, so gab es Anfang Dezember bereits knapp 9.000³⁶⁵. Zu dieser Zeit erschien ein humoriges Bilderbuch, das auf kindgerechte Art die Themen der Ausstellung bekannt machen sollte. Unter der Überschrift „Wirtschaftliche Fürsorge“ war die Zeichnung einer Arbeitsnachweisstelle abgebildet. Darunter der Vers: „Wer zur Ar-

³⁵⁹ M. Vogel, „Bericht über die Tätigkeit des wissenschaftlich-ausstellungstechnischen Büros. 1.10. 1925 bis 15.8. 1926“, 15.8. 1926, StAD XVIII 1304.

³⁶⁰ Vgl. allgemein Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge,

³⁶¹ Protokoll der Vorstandssitzung v. 22.6. 1925, o.U., StAD III 689.

³⁶² „Industrie auf der Großen Ausstellung“, in: Gesolei-Zeitschrift (Juli 1925), 15-16, hier: 15.

³⁶³ Schloßmann an Seiring, 13.11. 1925, StAD XVIII 1295.

³⁶⁴ Vgl. J. Bürgers, Einzelne Kapitel der allgemeinen Hygiene, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd.2, 422-448, hier: 445.

beit hat den ehrlichen Willen, / dem wird man hier seinen Wunsch erfüllen“³⁶⁶. Die kommunistische *Volkszeitung* beschwerte sich über die „Verhöhnung“ von fleißigen Arbeitern und Angestellten, die unverschuldet in Not geraten seien³⁶⁷. Am 22. Oktober traten Arbeiter auf dem Gesolei-Gelände in einen Streik und forderten eine 25 prozentige Lohnerhöhung³⁶⁸. Etwa hundert von ihnen zogen protestierend zum Rathaus, doch die Ausstellungsleitung lehnte jede Lohnerhöhung ab, und bei der Lage auf dem Arbeitsmarkt brach der Streik bald zusammen³⁶⁹. Die Kritik an dem kostspieligen Ausstellungsunternehmen wuchs, und Ende Oktober 1925 wandten sich Lehr und Schloßmann in einer öffentlichen Veranstaltung in der Tonhalle in aller Schärfe gegen die „Miesmacher“³⁷⁰. Vor der Tonhalle sammelte ein Rentner etwa 60 bis 80 Zuhörer um sich und verurteilte Gesolei und Stadtverwaltung in starken Worten. Danach zog er in ein Bierlokal und ergriff erneut das Wort³⁷¹. Die *Kölner Woche* schrieb im November, daß wohl selten einer Veranstaltung ein derartiges Maß an Mißtrauen in der Bevölkerung entgegengebracht worden sei wie der Gesolei. Die Düsseldorfer hätten den „Ausstellungsrummel“ satt und kritisierten die Verschwendung angesichts tiefster Verarmung der Kommunen³⁷². Diese Einschätzung war sicherlich übertrieben, doch durch den wachsenden Unmut der Einwohner gegenüber dem ehrgeizigen Projekt geriet die Ausstellung zunehmend unter einen Rechtfertigungsdruck. Vor den Stadtverordneten verteidigte Lehr am 8. Dezember die Ausstellungspläne. Man könne nun nicht mehr zurück und müsse „durchhalten“³⁷³. Bei aller Kritik und allem Unmut der Zeitgenossen muß aber berücksichtigt werden, daß die Gesolei direkt oder indirekt Arbeitsplätze sicherte, indem sie Arbeitsuchende ein-

³⁶⁵ Vgl. Lehr, in: Stenographische Verhandlungsberichte der Stadtverordnetenversammlung zu Düsseldorf, Düsseldorf 1925, Nr. 19. v. 8. Dez. 1925, 360.

³⁶⁶ Drittes Bilderbuch aus dem umfangreichen Gebiet der Großen Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege (Ge), soziale Fürsorge (So), Leibesübungen (Lei), gez. v. R. v. Endt, Düsseldorf o.J. [1925], unpag., UuLBD M III 817 (Gesolei. Kleine Druckschriften).

³⁶⁷ „Unerbetener Besuch auf der Gesolei“, *Volkszeitung* v. 8.10. 1925, StAD XVIII 1621.

³⁶⁸ Vgl. „Streik auf dem Gesolei-Baugelände“, *Düsseldorfer Nachrichten* v. 22.10. 1925, StAD XVIII 1621.

³⁶⁹ Protokoll der Vorstandssitzung v. 28.10. 1925, StAD III 689.

³⁷⁰ Vgl. „Große Düsseldorfer Ausstellung 1926. Volkstümlichkeit der Gesolei - Gegen die Miesmacher - ein Streifzug durch Düsseldorf's Kommunalpolitik“, *Düsseldorfer Nachrichten* v. 30.10. 1925, StAD XVIII 1621.

³⁷¹ Einige Wochen später wurde der Rentner wiederum bei öffentlichen Reden auffällig. Ein beflissener Zeitgenosse hat ihn dann beim Oberbürgermeister namhaft gemacht. Esser an Lehr, 14.11. 1925. StAD III 683.

³⁷² Die entsprechenden Passagen sind zitiert in: „'Der Optimismus der Gesolei'. Scharfmacher in Köln“, *Düsseldorfer Zeitung* v. 4.11. 1925, StAD XVIII 1621. Dem Kommentator der *Düsseldorfer Zeitung* war der Kölner Berichterstatter ein „eingefleischter Lokalchauvinist“.

³⁷³ Lehr, in: Stenographische Verhandlungsberichte der Stadtverordnetenversammlung zu Düsseldorf 1925, Düsseldorf 1925, Nr. 19. v. 8.12. 1925, 360-361.

stellte oder Aufträge zumeist an Düsseldorfer Firmen vergab. Während der Ausstellung waren täglich insgesamt etwa 5.000 Menschen auf der Gesolei beschäftigt³⁷⁴.

Am ersten Januar sah sich der Vorstand genötigt, „Gerüchten“ entgegenzutreten, die Ausstellung befinde sich in finanziellen Schwierigkeiten, werde von der Stadt nicht ausreichend unterstützt und solle verschoben werden³⁷⁵. Es wurde erklärt, das Unternehmen sei gesichert und die Ausstellung werde termingerecht eröffnet. Alles andere seien „Lügen“, die von „beschäftigungslose(n) Schwätzer(n)“ in die Welt gesetzt würden. Die Ausstellungsleitung beabsichtigte gegen die Verbreitung derartiger „Gerüchte“ gerichtlich vorzugehen. Welchen Einfluß diese Erklärung gehabt hat, läßt sich schwer abschätzen, jedenfalls stieg die Zahl der Anmeldungen industrieller Aussteller seit der Jahreswende stark an. Über 70% der Unternehmen und Gewerbe entschieden sich erst im neuen Jahr für eine Beteiligung³⁷⁶. Der Schwerpunkt industrieller und gewerblicher Aussteller lag bei den Bereichen Krankenbehandlung, Bau- und Wohnungswesen und Nahrungswirtschaft, die zusammen über 40% ausmachten. Weiterhin waren vertreten Aussteller zu den Bereichen Wasserversorgung und Abfallbeseitigung, Körperpflege, Heizung, Verkehr, Sport, Kleidung, Elektrizität und vieles mehr³⁷⁷. Es dominierten Düsseldorf (34%) und der rheinisch-westfälische Raum (25%), der Rest kam aus verschiedenen Regionen des Reichs.

4.3.3 Eine nationale Demonstration

Die feierliche Eröffnung der Gesolei war getragen von einem starken nationalen Pathos. In Anwesenheit des Reichskanzlers, des Preußischen Ministerpräsidenten und weiterer Prominenz aus Politik, Verwaltung und Wissenschaft wurde am 8. Mai 1926 im neerbauten Planetarium ein Festakt begangen³⁷⁸. Der städtische Musikverein

³⁷⁴ Vgl. Tietmann, Organisation, 104-105.

³⁷⁵ E. Poensgen/R. Lehr/A. Schloßmann, [gedruckte Erklärung, ohne Titel], Düsseldorf 1.1. 1926, UuLBD M III 817 (Gesolei. Kleine Druckschriften).

³⁷⁶ Vgl. Tietmann, Organisation, 111-112.

³⁷⁷ Vgl. ebd., 139.

³⁷⁸ Vgl. M. Fraenkel, Kongresse, Feiern und Besuche, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 1, 268-320, hier: 271-285.

stimmte Händels „Halleluja“ an, und anschließend trug Louise Dumont ein Gedicht des Stadtverordneten Herold vor:

„Du Volk am Rhein, hörst Du die Wellen singen:
‘Es blüht ein deutsches Werk am deutschen Strom!’
Aufgehn die Tore, und die Glocken klingen,
Und wie ein Schirmvogt grüßt der Sternendom.

Gelöst der Bann, der Dich so hart geschlagen,
Du liebe Stadt, Dein Herz gepreßt wie Stein,
Als Du für Deutschland deutsches Leid getragen;
Nun soll am Rhein wieder Frühling sein!

O, deutsches Land, noch brennt Dein Leib von Wunden,
Es fraß der Krieg und Hunger Deine Kraft,
Und doch, mein Volk, Du mußt, Du mußt gesunden,
Sein Schicksal meistert nur, wer ringt und schafft!“³⁷⁹

In diesem Tenor waren auch die Ansprachen gehalten. Als erster ergriff Oberbürgermeister Lehr das Wort und hob die nationale Bedeutung der Gesolei hervor: „So wurde das Werk gewidmet: dem deutschen Menschen. Ein Weg zum Wiederaufstieg Deutschlands. Ein Weg zur Annäherung der Kulturvölker der Welt. Eine starke Waffe im Friedenskampf für wahres Menschentum.“³⁸⁰ Als Lehr geendet hatte erhob sich die Versammlung, um das Deutschlandlied zu singen. Anschließend sprach Ausstellungsvorstand Poensgen und unterstrich auch die ökonomische Bedeutung der Gesundheit: „Opfer aller Art und außerordentliche Anstrengungen werden wir alle, gleichgültig welchen Standes, auf uns nehmen müssen, bis wir unseren Platz an der Sonne wieder haben. Nur gesunde, frohe und zufriedene Menschen können diese Aufgabe, unserem Vaterlande seine wirtschaftliche und damit auch kulturelle und politische Stellung wieder zu verschaffen, erfüllen. Unsere Ausstellung soll mit dazu beitragen, solche Deutsche heranzuziehen.“³⁸¹ Ergänzend verwies Schloßmann auf die Leistungen von Wissenschaft und Sozialpolitik: „Bei jedem Schritt, den Sie durch die Hallen tun, wird Ihnen zum Bewußtsein kommen, was deutscher Geist und deutscher Fleiß auf dem medizinischen Gebiete und für die Erhaltung der menschlichen Gesundheit getan hat.“³⁸² Dieser Interpretation der Ausstellung schlossen sich auch der Reichskanzler und der Preußische Ministerpräsident an, wobei Luther stür-

³⁷⁹ Zitiert nach ebd., 274.

³⁸⁰ Zitiert nach ebd., 276.

³⁸¹ Zitiert nach ebd., 278.

³⁸² Zitiert nach ebd., 279.

ker auf nationalen Aspekt der Gesundheitsfürsorge abhob, und der Sozialdemokrat Braun die Notwendigkeit sozialer Fürsorge gerade in wirtschaftlichen Notzeiten betonte³⁸³.

Die Gesolei war von Anfang an als eine nationale Demonstration nach dem Abzug der französischen Besatzung geplant gewesen und stand insofern in Kontinuität zu der rheinischen Jahrtausendfeier im Vorjahr³⁸⁴. Befriedigt stellte Lehr am Tage der Eröffnung fest, daß sich die Gesolei dort erhebe, wo vor einem Dreivierteljahr noch die Pferdeställe der französischen Artillerieregimenter gestanden hätten³⁸⁵. Schrille antifranzösische Töne wurden bei der Eröffnung und während der Ausstellungszeit vermieden, doch erklärt sich die enorme Aufladung des Gesundheitsbegriffs mit nationalen Werten und Hoffnungen zu einem wesentlichen Teil auch aus der Bewußtseinslage der Besatzungszeit.

Die deutsche nationalistische Propaganda hatte die Besatzung und vor allem den Einsatz von Soldaten aus den Kolonien nicht nur als Demütigung beschrieben, sondern auch als Gefahr für die Volksgesundheit perhorresziert. „Die Schwarze Schmach: das ist die Mulattisierung und Syphilitisierung unseres Volkes, der Ruin unserer Volksgesundheit, körperlich und geistig!“³⁸⁶ Rassistische Stereotype und die Schreckensvision einer durch die angeblichen Sexualverbrechen schwarzer Besatzungssoldaten sittlich verkommenen und gesundheitlich schwer geschädigten Gesellschaft wurden nicht nur von einer extremistischen Minderheit vertreten, sondern waren Allgemeingut über alle Parteigrenzen hinweg, mit Ausnahme der USPD³⁸⁷. Die Flut antifranzösischer und rassistischer Propaganda, die zeitweilig inoffizielle Unterstützung aus dem Außenministerium erhalten hatte³⁸⁸, war seit 1923, also Jahre vor Eröffnung der Gesolei, rückläufig. Wenn also ein unmittelbarer Diskurszusammenhang mit der Gesolei nicht festgestellt werden kann, so ist doch die hohe *symbolische* Bedeutung, die die Zeitgenossen der Veranstaltung einer *Gesundheitsausstellung*

³⁸³ Die Reden sind abgedruckt in ebd., 281-283 (Luther) u. 208-281 (Braun).

³⁸⁴ Vgl. Manuskript Schloßmanns, [ohne Titel], 7 S., o.D., S. 1-2. Die Schrift ist eine Niederlegung der Gedanken, die zur Gesolei geführt haben, und wahrscheinlich Ende 1924 abgefaßt worden.

³⁸⁵ Vgl. Fraenkel, Kongresse, 284.

³⁸⁶ „An die deutsche Ärzteschaft“, in: Ärztliche Rundschau v. 20.11. 1920, 371, zit. nach: G. Lebzelter, Die „Schwarze Schmach“. Vorurteile - Propaganda - Mythos, in: GG 11 (1985), 37-58, hier: 50.

³⁸⁷ Vgl. ebd., 38-43; R. Pommerin, 'Sterilisierung der Rheinlandbastarde'. Das Schicksal einer farbigen deutschen Minderheit 1918-1937, Düsseldorf 1979, bes. 7-22; S. Marks, Black Watch on the Rhine. A Study in Propaganda, Prejudice and Prurience, in: European Studies Review 13 (1983), 297-334, zu angebl. Gesundheitsgefahren bes. 301, 303 u. 314.

³⁸⁸ Vgl. Lebzelter, Schwarze Schmach, 44 u. 54.

nach dem Abzug der Besatzungstruppen zumaßen, auch aus diesem Kontext zu erklären.

Nach der enormen, haßerfüllten Polarisierung, die während des Ruhrkampfes ihren Höhepunkt erreicht hatte, scheinen sich die Formen nationaler Selbstdeutung allmählich verschoben zu haben. Die rheinischen Jahrtausendfeiern von 1925 können als Ausdruck einer neuen Selbstbesinnung auf die eigenen Kräfte und Potentiale verstanden werden, die sich einstweilen allerdings noch in historischen Reminiszenzen erging. Die zeitgenössische Befindlichkeit spiegelte sich wieder in Gedichten, die 1925 anlässlich eines Preisausschreibens zur Gesolei verfaßt wurden. Unter Titeln wie „Deutschland“, „Sei stark“, „Psalm“, „Deutsche Pflicht“ oder „Rettung“ artikuliert sich mehr oder weniger naiv eine diffuse Erlösungssehnsucht:

„Die deutsche Kraft, die deutsche Treue sank,
Wir sind ein Volk, an Leib und Seele krank,
[...]
Wir hassen uns, wir schleppen Sklavenketten.-
Ist denn kein Heiland nah, dies Volk zu retten?

Heil dir, mein Deutschland, du sollst auferstehen,
Du sollst verklärt im jungen Lichte gehen,
In frischer Kraft soll jede Fessel springen,
Aus froher Arbeit soll die Botschaft klingen:
Ein einig Volk von Brüdern, fromm und frei! -
Dazu verhelf' uns Gott und Gesolei.“³⁸⁹

Die Argumentationsmuster der Gedichte waren die gleichen wie auch in den Eröffnungsreden. In dem angeführten Fall wurden die Topoi der nationalen Not und der Besinnung auf die eigene Leistungsfähigkeit mit messianischen Motiven angereichert, die der expressionistischen Literatur geschuldet sind.

Der Wandel der mentalen Disposition von einer extremen Konfrontation, mit der sich die propagandistischen Auseinandersetzungen der Kriegszeit in die Nachkriegsjahre fortsetzten, zu einer Orientierung an nationalen Ressourcen war paradigmatisch für die Gesolei. Der „deutsche Mensch“, seine Gesundheit und Leistungsfähigkeit sollten im Mittelpunkt stehen. Anders als die nationalistische Propaganda etwa zur Zeit des „Ruhrkampfes“ oder die pathetischen rheinischen Jahrtausendfeiern

³⁸⁹ F. Halbach, Rettung, in: Almanach der Großen Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen, Wien 1926, 87. Der Almanach versammelt die ausgezeichneten Arbeiten des „Literarischen Preisausschreibens“ von 1925. Die insgesamt über 736 eingegangenen Kurzgeschichten und Gedichte sind nicht überliefert, so daß keine Aussagen über die Repräsentativität der abgedruckten Arbeiten gemacht werden kann.

sollte die Gesolei einen Weg aus der Notlage der Nachkriegszeit aufzeigen. Die Gesundheit wurde zur Schicksalsfrage der Nation erklärt und in hygienischer Erziehung und sozialer Fürsorge bot sich eine Handlungsoption zur Bewältigung ökonomischer und politischer Krisen. Mit der Gesolei wurde versucht, aus der Not der Gegenwart die Perspektive auf eine bessere Zukunft zu entwickeln. Dies machte die betonte „Modernität“ der Gesolei aus: moderne Architektur, moderne Formen der Vermittlung und als wichtigstes: eine moderne Lebensführung und Sozialpolitik, die auf wissenschaftlichen Prinzipien gründen sollte. Es bleibt zu untersuchen, inwieweit sich die nationale *Interpretation* der Gesolei, wie sie sich unter anderem in der Eröffnungsfeier äußerte, auch in *Konzeption* und *Gestaltung* der Ausstellung niedergeschlagen hat.

4.3.4 Durchführung der Gesolei

Die Gesolei war vom 8. Mai bis 17. Oktober 1926 täglich von 9 bis 23 Uhr, Samstags, Sonn- und Feiertags auch bis 24 Uhr geöffnet³⁹⁰. An die insgesamt 7 ½ Millionen Besucher wurden über 4 Millionen Karten ausgegeben, davon entfielen 52.000 auf Dauerkarten und 160.000 auf Karten für Kongress- und Tagungsteilnehmer, die zu mehrfachem Eintritt berechtigten³⁹¹. Eine wichtige Voraussetzung für diesen Erfolg war die Organisation der An- und Abreise der auswärtigen Gäste. Dazu wurden 216 Sonderzüge vor allem aus dem rheinisch-westfälischen Raum und 37 Fernsonderzüge aus allen Regionen des Reiches bereitgestellt³⁹². Durchschnittlich besuchten täglich 30.-40.000 Menschen die Ausstellung, bei besonderen Anlässen konnten es aber über 100.000 sein³⁹³. Sie wurden außer durch den Haupteingang am Hofgarten an 7 weiteren Toren auf das Gelände geleitet. Schon wenige Tage nach Beginn mußte der Haupteingang vergrößert werden, um die anströmenden Besuchermassen bewältigen zu können³⁹⁴.

³⁹⁰ Vgl. Tietmann, Organisation, 128.

³⁹¹ Vgl. H. Hattrop, Die Finanzwirtschaft der Gesolei, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 1, 153-175, hier: 164-172.

³⁹² Vgl. M. Kornick, Die Verkehrsabteilung der Gesolei, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 1, 237-253, hier: 246 u. 250.

³⁹³ Vgl. Hattrop, Finanzwirtschaft, 172.

³⁹⁴ Vgl. Tietmann, Organisation, 121-122.

Während der Ausstellungsmonate wurden 400 Tagungen, Kongresse oder Regimentsappelle abgehalten³⁹⁵. Das Spektrum reichte von wissenschaftlichen Gesellschaften, sozialen oder konfessionellen Verbänden, wirtschaftlichen Interessensvertretungen, politischen oder weltanschaulichen Gruppierungen, aktiven und ehemaligen Soldaten, Sportveranstaltungen bis hin zur kleinbürgerlichen Vereinskultur. So waren beispielsweise vertreten das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, die Innere Mission, der Arbeitersamariterbund, der Bund deutscher Architekten, der Deutsche Werkbund, der Bund deutscher Geflügelzüchter, der Verein ehemaliger 39er mit einem Regimentsappell, der Freimaurerbund zur aufgehenden Sonne, der Bund der Kinderreichen, der ADAC, der Bund deutscher Frauenvereine, die Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden, der Rheinische Schützenbund, Vorstand und Präsidium des Reichsverbandes der deutschen Industrie und der Vorstand des Allgemeinen Deutschen Gewerkschaftsbundes. Einen wichtigen Prestigegewinn für die Ausstellung stellte es dar, als die Internationale Sanitätskonferenz in Paris mit 70 Wissenschaftlern aus 45 Ländern Ende Juli geschlossen nach Düsseldorf wechselte, um ihren Kongreß hier zu beenden³⁹⁶. Den Höhepunkt der wissenschaftlichen Tagungen bildete die Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte im September. Die publikumsträchtigen Veranstaltungen waren dagegen der Aufmarsch des Stahlhelm im Mai und der anlässlich der Feuerwehrtagung im August veranstaltete „Feuerwehrtag“.

Die Vielzahl der ganz unterschiedlichen Veranstaltungen belegt, daß die Gesolei auch ein gesellschaftliches Ereignis war, das Menschen aus verschiedenen gesellschaftlichen Schichten und kulturellen Milieus anzog. Neben den vielen Namenlosen besuchten auch die Prominenz aus Politik, Gesellschaft und Kultur die Gesolei: Reichskanzler Marx und Außenminister Stresemann kamen ebenso hierher wie eine Delegation des Reichstages und der Chef der Heeresleitung von Seeckt³⁹⁷. Der Glanz des hohen Adels fiel auf Düsseldorf während der Visiten des Prinzen Heinrich von Preußen und, bei anderer Gelegenheit, des Prinzgemahls Heinrich der Niederlande. Die Kronprinzessin Cecilie erschien mit dem *Vaterländischen Frauenverein* und Robert Lehr, Schriftführer des *Düsseldorfer Vereins*, machte der „königlichen Ho-

³⁹⁵ Vgl. „Verzeichnis der während der Gesoleimonate in Düsseldorf abgehaltenen Tagungen und Kongresse“ in: Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1925 bis zum 31. März 1928, o.O. o.J., 9-16.

³⁹⁶ Fraenkel, Kongresse, 295-297.

heit“³⁹⁸ seine Aufwartung und ließ seine Polizei als Ehrengarde aufmarschieren. Gegenüber der Kritik der SPD an seinem Verhalten erklärte Lehr vor der Stadtverordnetenversammlung, er habe es als eine Frage des Anstandes betrachtet, der Prinzessin, deren Mann Protektor der Ausstellung von 1902 gewesen war, zu zeigen, daß der Düsseldorfer Oberbürgermeister auch dann noch zu ihnen stehe, wenn es ihnen „schlecht“ gehe³⁹⁹. Auch einige Größen aus Kunst und Unterhaltung fanden nach Düsseldorf wie der Schriftsteller Gerhard Hauptmann oder der Filmstar Harry Piel⁴⁰⁰.

Am Rande der Düsseldorfer Altstadt bildete die Gesolei so etwas wie eine Stadt im kleinen. Elektrizität und Kanalisation sicherten die Versorgung, Polizei und Ordnungsdienst bemühten sich oft vergeblich, gegen die Vielzahl der Diebstähle anzukommen⁴⁰¹, für den Notfall war eine Krankenstation eingerichtet. Eine Reihe von Musterbetrieben war aufgebaut, die vor den Augen des Publikums ihre Arbeit verrichteten: Mühlensiepen rollte Zigaretten, Henkel verpackte Persil, der Brauerbund füllte Bierflaschen, eine Wäscherei wusch die Kleidung der Bediensteten, Düsseldorfer Konditoren buken Kuchen und Giradet druckte täglich die „Gesolei“-Tageszeitung. Es gab ein Postamt, ein Verkehrsbüro und eine Ladenstraße. Um eine kleine (Muster-) Kirche mit einem Friedhof gruppierten sich (Muster-)Häuser. Ein Kino zeigte populärwissenschaftliche und fachliche Filme sowie Werbestreifen der Industrieaussteller. Die „Liliputbahn“ mit insgesamt 4 Kilometern Gleislänge übernahm die Beförderung der Besucher über das Ausstellungsgelände.

Erfrischen konnte man sich im Wellenbad „Planschetarium“. Für das leibliche Wohl sorgten 16 Wein- und Bierrestaurants, 7 Cafés und zahlreiche kleinere Einrichtungen⁴⁰². Für jeden Geschmack und Geldbeutel war etwas dabei, von den exklusiven, goldgeschmückten „Rheinterrassen“ über das monumentale Hauptrestaurant, das rustikale „Alpendorf“ bis hin zum einfachen „Volksspeisehaus“. In ausgelassener Stimmung schlugen mitunter die Wogen des Nationalgefühls hoch, so daß sich die Ausstellungsleitung veranlaßt sah, den Gastwirten das Spielen des Deutschlandliedes

³⁹⁷ Vgl. O. Teich-Balgheim, Das Leben und Treiben auf der Gesolei. Gast- und Erholungsstätten, Vergnügen, in: ders. (Hg.), Die Gesolei in Wort und Bild, Düsseldorf 1926, 88-98, hier: 89; Fraenkel, Kongresse, 318-320.

³⁹⁸ Vgl. die Kritik des Stadtverordneten Berten (SPD), in: Stenographische Verhandlungsberichte der Stadtverordnetenversammlung zu Düsseldorf 1926, Düsseldorf 1926, hier: Nr. 13 v. 30.11. 1926, 234.

³⁹⁹ Vgl. Lehr in ebd., 235.

⁴⁰⁰ Vgl. Teich-Balgheim, Das Leben und Treiben, 89.

⁴⁰¹ Vgl. Tietmann, Organisation, 124 u. 128.

⁴⁰² Vgl. allgemein A. Lux, Gaststätten und Vergnügen, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 1, 356-372.

zu untersagen⁴⁰³. Und wer die Oktoberfeststimmung des „Alpendorfs“ mit seinen Maßkrügen und gemalten Alpenpanoramen nicht schätzte⁴⁰⁴, der konnte im „Rheinpalast“ nachts bei Sekt und Mokka zu den „exotischen Klängen des Saxophons“ den „gliederverrenkenden Charleston“ tanzen⁴⁰⁵. Die Polizeifürsorgerin Helene Paas sorgte mit drei Assistentinnen dafür, daß „unerwünschte weibliche Elemente aus den Vergnügungsgaststätten ferngehalten und die Jugend geschützt wurde“⁴⁰⁶. Ganz gesittet ging es dagegen in der alkoholfreien Reformgaststätte „Im grünen Winkel“ zu, die vom *Stadtverband für Frauenbestrebungen* eingerichtet worden war⁴⁰⁷.

Der Erfolg der Gesolei gründete darin, daß es sich nicht nur um eine belehrende Ausstellung handelte, sondern daß sie auch den Charakter einer Vergnügungstätte und eines Volksfestes trug. Die Ausstellungsleitung bemühte sich, dies zu fördern. Zweimal täglich gab es ein Platzkonzert und mindestens einmal die Woche fand ein Feuerwerk statt⁴⁰⁸. Im nördlichen Teil des Ausstellungsgeländes war ein Vergnügungspark gelegen, in dem es vor allem ein große Achterbahn und eine Wasser-rutschbahn, aber auch zahlreiche andere Vergnügungsgeräte gab. Hier befand sich auch ein „Araberdorf“, das das exotische Flair fremder Länder an den Rhein holen sollte. Anders als die „Orientstraße“, die im Zeichen wilhelminischer Weltpolitik auf der Ausstellung von 1902 eine der Hauptattraktionen gebildet hatte, spielte das „Araberdorf“ allerdings keine große Rolle mehr⁴⁰⁹. Eine Reklamepostkarte nannte die Hauptanziehungspunkte der Ausstellung. Hygiene und Soziale Fürsorge waren hier nur von untergeordneter Bedeutung oder wurden gar nicht genannt: „Planetarium, Planschetarium / Rutschbahn, Troula und Aquarium, / Rheinterrasse, Leuchtfon-täne, / Urmensch, Haus der Hygiene, / Deutsche Bäder, Wurst von Heine, / Segel-schiffe auf dem Rheine ...“⁴¹⁰. Von der großen Popularität und Volkstümlichkeit der Ausstellung zeugen auch verschiedene Gesolei-Schlager, die diesen Umstand kom-

⁴⁰³ Vgl. Protokoll der Vorstandssitzung v. 13.8. 1926, o.U., StAD XVIII 689.

⁴⁰⁴ Teich-Balgheim, *Das Leben und Treiben*, 95-96; Lux, *Gaststätten*, 367.

⁴⁰⁵ Teich-Balgheim, *Das Leben und Treiben*, 96.

⁴⁰⁶ Tietmann, *Organisation*, 138.

⁴⁰⁷ Vgl. U. Bender/E. Görs, *Organisierter Weiberkram. Die organisierte Frauenbewegung in Düsseldorf 1900 bis 1933*, Düsseldorf 1992, 166-169. Die Gaststätte war offenbar ein Erfolg, und 1928 gelang es, am Alexanderplatz, nahe der Grünstraße, eine alkoholfreies, vegetarisches Restaurant gleichen Namens einzurichten.

⁴⁰⁸ Vgl. Tietmann, *Organisation*, 141-143.

⁴⁰⁹ Wenn von den Attraktionen der Gesolei die Rede war, wurde das „Araberdorf“ nicht genannt.

⁴¹⁰ Zitiert nach M. Schwab, *Verkehr im Dienste der Gesolei*, in: Schloßmann (Hg.), *Ge-So-Lei*, Bd. 1, 254-267, hier: 266.

merziell nutzen wollten⁴¹¹. Ein Texter schickte die Düsseldorfer Originale „Köbes“ und „Pitter“ auf die Ausstellung, wo sie die zahlreichen Unterhaltungs- und Vergnügungsangebote frequentierten und sich anschließend wundersam gesundet fühlten⁴¹². Am populärsten war offenbar das Lied vom Gesolei-Kuss: „Geh, so leih mir doch dein Mündchen / für ein kleines Viertelstündchen ...“⁴¹³

Wenn hier so ausführlich auf das alltägliche und nichtalltägliche „Leben und Treiben“ auf der Gesolei eingegangen wurde, so geschah dies zum einen, weil sich darin ein lebendiges Bild der Massenkultur und -unterhaltung in den zwanziger Jahren zeigt⁴¹⁴. Das reichte vom Festakt der gesellschaftlichen Elite mit der Beschwörung nationaler Gesundheit bis hin zum albernen Gesolei-Schlager, von den gehobenen Banketts in stilvollem Ambiente bis hin zu derb-nationaler Gastlichkeit, vom gediegenen Platzkonzert bis zum modernen Tanzvergnügen. Zum anderen wurde auch diese Seite der Gesolei berücksichtigt, weil sich dadurch der pädagogische Optimismus, der sich mit dieser Veranstaltung verband, ein etwas relativiert. Es wurden alleine über eine Millionen Abendkarten verkauft⁴¹⁵, und auch zahlreiche Besuche der Dauerkartenbesitzer oder Kongreßkarteninhaber werden vornehmlich den Vergnügungsstätten gegolten haben. Dieser Aspekt der Gesolei, der von den Veranstaltern durchaus gewollt war, muß mitgedacht werden, wenn das folgende Hauptkapitel die Rekonstruktion der wissenschaftlichen und populären Abteilungen zum Thema Gesundheit in den Mittelpunkt stellt.

⁴¹¹ Vgl. „Unsere Geso-Leier. Das fröhliche Düsseldorfer Liederbuch“, Zusammengestellt und herausgegeben v. d. Großen Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen Düsseldorf 1926, o.O. o.J. [Düsseldorf 1926].

⁴¹² „Gesolei-Schlager: Da kannst'e noch gesund von werden!“, Text: I. Grahl, Musik: H. Schugt, Postkarte in: UuLBD M III 817 (Gesolei. Kleine Druckschriften).

⁴¹³ „Der Gesolei-Kuss“, Text: E. Cahn, Musik: R. Kockerols, Postkarte in: ebd.

⁴¹⁴ Vgl. Hermand/Trommler, Kultur der Weimarer Republik, 69-74

⁴¹⁵ Vgl. Hattrop, Finanzwirtschaft, 172.

4.3.5 Beendigung der Ausstellung

Mit dem Ende der Ausstellung entstand der Plan, die vielen neugeschaffenen Objekte aus der Abteilung „Soziale Fürsorge“ in ein Museum zu überführen. Aus den Überschüssen der Ausstellung wurden dazu 100.000 Mark bereitgestellt und zusätzliche Unterstützung kam von Reich und Stadt. Am 19. November 1926 wurde eine Verein zur Gründung eines Museums ins Leben gerufen, und am 23. Juni 1928 konnte das „Reichsmuseum für Gesellschafts- und Wirtschaftskunde“ eröffnet werden⁴¹⁶.

Am 30. September 1926, eineinhalb Monate nach Schließung der Ausstellung, konnte Lehr den Stadtverordneten mitteilen, die Ausstellung habe sich finanziell selbst getragen⁴¹⁷. Die Ausgaben hatten sich auf 14,8 Millionen Mark belaufen⁴¹⁸. Damit hatten sich die Kosten gegenüber den ersten Berechnungen vom Dezember 1924 (3,6 Mio.) mehr als vervierfacht und waren immerhin noch knapp doppelt so hoch, wie man im Februar 1926 (7,8 Mio.) geschätzt hatte. Vor allem durch den zahlreichen Besuch der Ausstellung ergab sich eine positive Bilanz, denn über die Hälfte der Einnahmen kamen aus Eintrittsgeldern (5,5 Mio.) oder der Ausstellungs-lotterie (2,6 Mio.). Dagegen beliefen sich die Einnahmen aus Pachten industrieller und Gewerblicher Aussteller, dem wissenschaftlichen und volkspädagogischen Charakter der Ausstellung gemäß, auf nur 2 Millionen Mark.

Die Ausstellung erwirtschaftete einen Überschuß von 170.000 Mark⁴¹⁹, was in etwa dem Zuschuß des Reiches und Preußens (120.000) entsprach. Dieser Zuschuß war allerdings sehr gering, wenn man berücksichtigt, daß alleine 433.000 Mark an Lotteriesteuer an das Reich abgeführt wurden⁴²⁰. Nach dem positiven Abschluß der Ausstellung mußte der bereitgestellte Zuschuß der Stadt Düsseldorf, der anfangs mit 150.000 (1.12. 1924) veranschlagt worden war und später auf 980.000 (5.2. 1926) erhöht wurde, nicht in Anspruch genommen werden. Die Stadt hatte der Ausstellung allerdings die Einnahmen aus Lustbarkeits- und Getränkesteuern überlassen, die sich auf 484.000 Mark beliefen⁴²¹.

⁴¹⁶ Vgl. M. Fraenkel, Ein neuartiges Museum: 'Reichsmuseum für Gesellschafts- und Wirtschaftskunde in Düsseldorf, e.V.', in: Museumskunde NF 1 (1929), 23-31; Reichsmuseum für Gesellschafts- und Wirtschaftskunde in Düsseldorf (e.V.). Amtlicher Katalog, zusammengest. u. bearb. v. M. Fraenkel, Düsseldorf 1928.

⁴¹⁷ Vgl. Stenographische Verhandlungsberichte der Stadtverordnetenversammlung zu Düsseldorf 1926, Düsseldorf 1926, Nr. 13 v. 30.11. 1926, 226.

⁴¹⁸ Vgl. zum folgenden Hattrop, Finanzwirtschaft, bes. die Aufstellung 174-175.

⁴¹⁹ Vgl. ebd., 158.

⁴²⁰ Vgl. ebd.

⁴²¹ Vgl. ebd.

In dieser Aufstellung waren allerdings die Kosten für die Dauerbauten nicht enthalten. Am 8. Mai 1925 hatte die Stadtverordnetenversammlung für den Umbau des Kunstpalasts, die Errichtung weiterer Bauten und für die Erschließung des Ausstellungsgeländes 3 Millionen Mark bewilligt⁴²². Schon im September 1925, zwei Monate nach Baubeginn, war klar, daß die vorgegebene Bausumme überschritten würde⁴²³. Die veranschlagte und bewilligte Bausumme wurde letztendlich um 5 Millionen Mark überschritten, so daß sich die Kosten insgesamt auf 8 Millionen beliefen⁴²⁴. Die Mehrkosten waren bedingt durch die erhebliche Vergrößerung des Planetariums von 800 auf 5.000 Sitzplätze, den Ausbau der Museumsräume, der zunächst nicht vorgesehen war, bautechnische Probleme, Lohnsteigerungen und schließlich den Ankauf von Kunstwerken für die Anlage⁴²⁵. Lehr jedoch trug diese Entscheidung alleine und entschloß sich, angesichts der schwierigen wirtschaftlichen Situation nicht vor die Stadtverordnetenversammlung damit zu treten. Der politische Konflikt nach Beendigung der Ausstellung war damit vorauszusehen.

Der Fraktionsführer der Deutschen Volkspartei Ernst Wilms, der die Abteilung „Leibesübungen“ geleitet hatte, beeilte sich nach Ende der Ausstellung, noch rasch den politischen Schaden von seiner Partei abzuwenden. In einem Brief an den Oberbürgermeister, der in der Tagespresse veröffentlicht wurde, beschwerte er sich darüber, daß anläßlich der Etatsüberschreitungen bei den Dauerbauten die Rechte der Stadtverordneten nicht gewahrt worden waren⁴²⁶. Der Debatte am 30.11. 1926 blieb er allerdings fern, und die Fraktion der Deutschen Volkspartei erschien auch nicht zur Beschlußfassung der Stadtverordneten über die Mehrausgaben am 26.1. 1928⁴²⁷. Lehr verteidigte sich gegenüber den Angriffen in der Stadtverordnetenversammlung gegen den Vorwurf autokratischer Amtsführung damit, daß die „Bedürfnisse“ der Stadt energisches Handeln erfordert hätten⁴²⁸. Der Streit zog sich noch über ein Jahr hin und erst am 26. Januar 1928 billigten die Stadtverordneten das Vorgehen Lehrs. Die Vorwürfe gegen Lehr wurden erneut aufgenommen im Jahre 1934, als Lehr be-

⁴²² Stenographische Verhandlungsberichte der Stadtverordnetenversammlung zu Düsseldorf 1925, Düsseldorf 1925, Nr. 11 v. 8.5. 1925, 224.

⁴²³ Meyer an Lehr, 17.9. 1925, StAD XVIII 683.

⁴²⁴ Vgl. Lehr, in: Stenographische Verhandlungsberichte der Stadtverordnetenversammlung zu Düsseldorf 1926, Nr. 13 v. 30.11. 1926, 229.

⁴²⁵ Vgl. ebd.

⁴²⁶ Vgl. die Debatte in der Düsseldorfer Stadtverordnetenversammlung v. 30.11. 1926 (vorige Anm.), 226-242, bes. 228 (Lehr), 237 (vom Endt, DVP), 240 (Ochel, KPD).

⁴²⁷ Vgl. A. Oerding, Gestürzte Größen und ihre Taten. Mißwirtschaft im Düsseldorfer Rathaus, Düsseldorf 1934, 135-136.

⁴²⁸ Vgl. Stenographische Verhandlungsberichte der Stadtverordnetenversammlung zu Düsseldorf 1926, 228.

reits verhaftet und von den Nationalsozialisten aus dem Amt gedrängt worden war. Der Geschäftsführer des Wirtschaftsbundes, einer Vereinigung von Hausbesitzern und Gastwirten, die in Fundamentalopposition zur vorigen Stadtverwaltung standen und sich im Frühjahr 1933 an der Kampagne gegen Lehr beteiligt hatte, veröffentlichte eine Schmähchrift, in der auch auf die Überschreitung der Finanzen bei den Gesoleibauten Bezug genommen wurde⁴²⁹.

⁴²⁹ Vgl. Oerding, *Gestürzte Größen*, 131-136.

5. Aspekte der Gesolei

5.1 Konzeption und Gestaltung

Die hohe Bedeutung, die der Gesolei für die Zukunft und das Wohl der Nation von den Protagonisten beigemessen wurde, erklärt sich aus der engen Verknüpfung von gesundheitlicher Lage, wirtschaftlicher Entwicklung und Nation, die der Konzeption der Gesolei zugrunde lag. Bereits Lingner war von dem Gedankengut der „Menschenökonomie“ beeinflusst, und er sah in der Durchsetzung wissenschaftlich begründeter Verhaltensstandards einen Weg, die wirtschaftliche Effizienz zu steigern und den nationalen Wohlstand zu mehren. Unter dem Eindruck der materiellen Not der Kriegsjahre und wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Krise der Nachkriegszeit, die nachhaltig auf die allgemeine gesundheitliche Lage der Bevölkerung wirkten, gewann dieses Konzept eine zentrale Bedeutung für den Entwurf einer gesundheitswissenschaftlich fundierten Sozialpolitik.

In einem programmatischen Aufsatz in der ersten Ausgabe der Gesolei-Zeitschrift, die als Kommunikationsforum für die an der Ausstellung beteiligten und interessierten Kreise während der Vorbereitungsphase gedacht war, legte Arthur Schloßmann die der Ausstellung zugrundeliegenden Gedanken dar:

„Schwere Opfer, fast übermenschliche Leistungen werden von dem deutschen Menschen der nächsten Jahrzehnte verlangt. Wir haben so ziemlich in allem und jedem von der Substanz gezehrt. Unsere Volkskraft dürfen wir nicht verbrauchen. Sie erhalten heißt, für unsere Kinder eine helle Zukunft sichern. Den Weg hierzu weist uns die Gesundheitspflege. [...] Je schlimmer die Zeit, je höher die Ansprüche, die physisch an uns gestellt werden, je sparsamer wir wirtschaften müssen, um so mehr ist es Pflicht, darauf bedacht zu sein, daß kein Mensch krank wird, der gesund erhalten, daß kein Mensch arbeitsunfähig wird, dessen Arbeitskraft noch ausgenutzt werden kann.“⁴³⁰

Der Hygieniker Joseph Bürgers, der die Hauptabteilung „Gesundheitspflege“ leitete, führte im Katalog zur Ausstellung den Zusammenhang zwischen Gesundheit, Wirtschaft und Wohlfahrt weiter aus:

„Volkswohlfahrt ist das Fundament jedes Staates [...] Grundlage jeder Volkswohlfahrt ist die Gesundheit des Volkes [...]. Gesundheit bedeutet Leistungsfähigkeit des Einzelnen, des Volkes und zum großen Teil der

⁴³⁰ Schloßmann, Entstehung, 3-4.

Volkswirtschaft. [...] Die Arbeitskraft ist des deutschen Volkes letztes und einziges Kapital. Aber nur der Gesunde kann arbeiten für Deutschlands Zukunft.“⁴³¹

Indem hier die individuelle Leistungsfähigkeit zum zentralen Problem der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung erklärt wurde, kam der Gesundheit eine entscheidende Bedeutung zu. Allein durch die Sicherung der Gesundheit des einzelnen und der Steigerung seiner Arbeitsfähigkeit schien eine Überwindung der Krise möglich, zumal die materiellen Ressourcen der Gesellschaft durch die Reparationsleistungen stark beansprucht waren. So verständlich diese Interpretation aus der damaligen Situation gewesen sein mag, stellte die Leistungsfähigkeit des einzelnen nicht das zentrale Problem der Weimarer Wirtschaft dar. Entscheidender waren dagegen ein Bündel verschiedener globaler und nationaler Faktoren⁴³²: Zum einen verlangsamte sich weltweit die Dynamik industrieller Entwicklung und befand sich das Finanzsystem der Vorkriegszeit in einer tiefen Krise. Zum anderen war das Reich durch die Reparationsverpflichtungen belastet, war die traditionelle Exportwirtschaft durch den Verlust der Außenmärkte im Krieg und die Bestimmungen des Versailler Vertrages eingeschränkt, stagnierte die Binnennachfrage, behinderten die Konzentrations- und Kartellierungstendenzen der Industrie wirtschaftliche Entwicklungsimpulse, war die Investitionsbereitschaft der Unternehmer geringer als vor dem Krieg und wurde durch die hohen Staatsausgaben und die Verschuldung der öffentlichen Hand weiter gemindert, und war schließlich die Tarifpolitik in hohem Maße durch soziale und politische Faktoren bestimmt, die der Produktivitätsentwicklung nur unzureichend Rechnung trugen.

Die Komplexität der ökonomischen und gesellschaftlichen Krise in der Weimarer Republik konnte durch das Deutungsmuster „Gesundungskrise“ wirkungsvoll auf die kausale Verknüpfung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaft und Nation reduziert werden. Die Attraktivität dieses Deutungsmusters lag aber nicht nur darin begründet, daß es die Situation der Gegenwart zu erklären half, sondern daß es zugleich durch die Gesundheitspolitik und hygienische Volksbelehrung wissenschaftlich legitimierte Handlungsorientierungen bot. Der Anspruch einer medizinischen Deutungsmacht über soziale Probleme und einer spezifischen Problemlö-

⁴³¹ J. Bürgers, Die allgemeine Bedeutung der Gesolei, in: Große Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen. Amtlicher Katalog, Düsseldorf²1926, 29-34, hier: 29.

⁴³² Vgl. allgemein: Peukert, Weimarer Republik, 116-132; Kolb, Weimarer Republik, 182-195.

sungskompetenz hatte sich schon in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion des 19. Jahrhunderts herausgebildet. Nun aber ging es nicht mehr nur primär um Lösung der „Sozialen Frage“ und die „Hygienisierung der Unterschichten“, sondern es wurde die Sanierung der gesamten Gesellschaft angestrebt. Der hygienischen Volksbelehrung und der Gesundheitspolitik kam dabei die Rolle einer angewandten Sozialtechnologie zu. Individuelles Glück, ökonomische Entwicklung und gesellschaftliche Prosperität schienen auf der Grundlage eines allgemein anerkannten Wertes „Gesundheit“ vereinbar, und gesellschaftspolitische Kontroversen und ökonomische Verteilungskämpfe konnten auf der Grundlage einer sich meta-politisch konstituierenden Gesundheitswissenschaft gleichsam aufgehoben werden.

Die Diskussion um eine Sanierung der Gesellschaft auf der Grundlage der Gesundheitswissenschaft muß dabei im Kontext des Rationalisierungsdiskurses der zwanziger Jahre gesehen werden⁴³³. Der Entwurf einer technokratischen Sozialreform, die Utopie einer rein nach wissenschaftlichen Prinzipien „rational“ organisierten Gesellschaft übte eine große Faszination auf die Zeitgenossen aus⁴³⁴. Mit der Forderung nach einer Rationalisierung aller Lebensbereiche - der Wirtschaft, der Gesellschaft und der Kultur - verband sich die Vision einer neuen, humaneren Welt⁴³⁵. Während die gesellschaftspolitischen Implikationen des Taylorismus auf die Steuerung und Planung gesellschaftlicher Prozesse und das Ideal einer konfliktfreien Wirtschaftsordnung abzielten, verhiß der „Fordismus“ durch technologischen Neuerungen die Humanisierung der Arbeitswelt, ökonomische Prosperität und gesellschaftlichen Fortschritt⁴³⁶. Aber auch in der Hygiene bot sich ein Paradigma, die individuelle Leistungsfähigkeit zu erhöhen und damit die wirtschaftliche Effizienz und Produktivität zu steigern. Ernst Poensgen beurteilte die Bedeutung der Gesolei vom Standpunkt ökonomischer Verwertungsinteressen:

Die Gesolei „hat uns gelehrt, wie menschliche Arbeitskraft am rationellsten zu verwenden ist. Sie hat uns gezeigt, wie der Mensch sich gesund und arbeitsfähig erhalten, wie er Schädigungen verhindern und wie er entstandenen Schaden am schnellsten wieder beseitigen kann. Rationelle Menschenwirtschaft, zweckmäßige Einteilung von Arbeit und Erholung, Erhaltung und Erhöhung der Arbeitsfähigkeit, das sind Dinge, deren Kenntnisse uns die Gesolei vermitteln wollte.“⁴³⁷

⁴³³ Vgl. allgemein Weindling, Health, Race and German Politics, 399-405.

⁴³⁴ Vgl. Peukert, Weimarer Republik, 116-119 u. 137-143.

⁴³⁵ Vgl. J. Hermand/F. Trommler, Die Kultur der Weimarer Republik, München 1978, 49-64, 116-120

⁴³⁶ Vgl. Maier, Zwischen Taylorismus und Technokratie, 188-189, 192-207.

⁴³⁷ E. Poensgen, Die wirtschaftliche Bedeutung der Gesolei, in: Schloßmann (Hg.). Ge-So-Lei, 15-17, hier: 16.

Im Kontext der hier beschriebenen Gedankengänge kann nun die der Gesolei zugeordnete Funktion näher bestimmt werden: Ihre Aufgabe war es, die aus der Hygiene abgeleiteten Standards und Normen einer größeren Öffentlichkeit zu vermitteln und einen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Sozial- und Gesundheitspolitik sowie der Hygienetechnologie zu geben. Ziel war es, die Leistungsfähigkeit des einzelnen und der gesamten Gesellschaft zu steigern, um so die gegenwärtige Krise überwinden und langfristig eine bessere Zukunft herbeiführen zu können.

Schloßmann betonte, die Gesolei solle das Verantwortungsgefühl des einzelnen *und* der Allgemeinheit für die Zunahmen der Volksgesundheit „stählen“ und jedem die entsprechenden Mittel dazu weisen⁴³⁸. Auf der Gesolei wurde deshalb zum einen vorgeführt, welche individuellen und öffentlichen Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten notwendig sind. Zum anderen wurde gezeigt, auf welche Weise individuelles Verhalten und öffentliches Handeln zur Förderung der Gesundheit beitragen können. Hier zeigt sich eine Verschränkung dessen, was im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs als defensive und positive Hygiene⁴³⁹ beziehungsweise als „Gesundheitsrecht“ und „Gesundheitspflicht“⁴⁴⁰ erörtert wurde. Die auf der Gesolei vermittelten Informationen zielten auf zwei unterschiedliche Handlungsebenen ab: Erstens war hier die Gesundheitspolitik der Kommunen, der Länder, des Reichs und der vielfältigen privaten oder konfessionellen Organisationen angesprochen, die durch ihr öffentliches Handeln gesundheitsgerechte Lebensbedingungen schaffen und damit die Sicherung des „Gesundheitsrechts“ des einzelnen gegenüber der Gemeinschaft gewährleisten sollten. Die normensetzende Kraft der Gesundheitswissenschaft enthält starkes, gesellschaftskritisches Potential, da sich auf dieser Grundlage die realen Lebensbedingungen der hygienischen Idealvorstellung gegenüberstellen lassen⁴⁴¹. Zweitens betraf dies die Ebene des individuellen Handelns, in der der einzelne die aus der Hygiene abgeleiteten Verhaltensnormen als „Gesundheitspflicht“ gegenüber der Gemeinschaft zu erfüllen hat. Gegenüber der stark individualhygienisch ausgerichteten Internationalen Hygiene-Ausstellungen in Dresden von 1911 und

⁴³⁸ Vgl. dazu Schloßmann, Entstehung, 4.

⁴³⁹ Vgl. Grotjahn, Was ist und wozu betreiben wir soziale Hygiene?, 1018.

⁴⁴⁰ Vgl. Fischer, Gesundheitsrecht und Gesundheitspflicht, 52-44; Vgl. ebenso E. Abderhalden, Das Recht auf Gesundheit und die Pflicht sie zu erhalten. Die Grundbedingungen für das Wohlergehen von Person, Volk, Staat und der gesamten Nationen, Leipzig 1921. Fischer kann für eine liberalere Variante stehen, in der neben der staatlichen Garantie gesundheitsgerechter Lebensbedingungen die Eigenverantwortlichkeit des Individuums betont wird. Abderhalden vertritt eine stärker autoritär-konservative Interpretation der „Gesundheitspflicht“ gegen Volk und Staat, die von eugenischen Gedanken geprägt ist.

1930/31⁴⁴², standen bei der Gesolei die gesellschaftlichen Möglichkeiten, Krankheiten zu bekämpfen und Gesundheit zu fördern, im Vordergrund⁴⁴³.

Entsprechend dem breiten inhaltlichen Spektrum der Ausstellung richtete sich die Gesolei gleichermaßen an Fachleute und Laien⁴⁴⁴. Anders als bei der Internationalen Hygiene-Ausstellung von 1911, auf der streng zwischen der populären und der wissenschaftlichen Abteilung geschieden worden war, gab die Ausstellungsleitung der Gesolei vor, jede Gruppe solle sowohl einen allgemeinen, leicht verständlichen als auch einen fachlichen Teil enthalten⁴⁴⁵. Während es dem Durchschnittsbesucher so ermöglicht werden sollte, sich zuverlässige Informationen in den jeweils von Fachleuten betreuten Ausstellungsteilen anzueignen, erhielt der Fachmann die Gelegenheit, sich einen Überblick über benachbarte Fachgebiete zu verschaffen und gegebenenfalls die Kenntnisse des eigenen Fachgebiets zu erweitern⁴⁴⁶.

Stärker als auf bisherigen Ausstellungen wurde auf der Gesolei der Aspekt der „positiven“ Hygiene, also der Förderung von Gesundheit, berücksichtigt, so daß sich dies auch in der Präsentation des Ausstellungsstoffs niederschlug. Der oberste Grundsatz für die Gestaltung der Gesolei war nach Schloßmann, daß die Ausstellung „schön sein und ästhetisch wirken“ solle⁴⁴⁷. Eine übertriebene Abschreckungspädagogik sei deshalb vermieden worden. Während man früher möglichst drastisch wirkende Wachsnachbildungen von den Spätstadien einzelner Krankheiten dargeboten habe, sei man nun dazu übergegangen, aus didaktischen Erwägungen, möglichst die Anfangsstadien zu zeigen, um so die Früherkennung zu ermöglichen⁴⁴⁸. Die Abschreckung wirke dann dort, wo man ihrer nicht entbehren zu können glaube, um so stärker⁴⁴⁹. Während bei Lingner die Präsentation der pathologischen Befunde noch großen Raum einnahm, lag der Schwerpunkt der Gesolei auf dem Aspekt Gesundung. In den Vordergrund wurden die Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten sowie die Möglichkeiten sozialer und medizinischer Hilfe gestellt.

⁴⁴¹ Das kritische Potential betont auch A. Labisch, *Homo hygienicus*, 385.

⁴⁴² Vgl. M. Fraenkel, *Die Internationale Hygiene-Ausstellung 1930/31. Streiflichter auf Inhalt und Darstellung*, in: G. Seiring (Hg.), *10 Jahre Dresdener Ausstellungsarbeit. Jahresschauen deutscher Arbeit 1922-1929 und Internationale Hygiene-Ausstellung 1930/31, Dresden 1931*, 221-272, hier: 222.

⁴⁴³ Vgl. Schloßmann, *Entwicklung*, 40.

⁴⁴⁴ Vgl. Fraenkel, *Wissenschaftliche Abteilungen*, 408; Bürgers, *Die allgemeine Bedeutung*, 31-32.

⁴⁴⁵ Schloßmann, *Entwicklung*, 42.

⁴⁴⁶ Vgl. Fraenkel, *Wissenschaftliche Abteilungen*, 408; Bürgers, *Die allgemeine Bedeutung*, 31-32.

⁴⁴⁷ Schloßmann, *Entwicklung*, 40.

⁴⁴⁸ Vgl. ebd.; S. Hahn, *Moulagen in der Gesundheitsaufklärung*, in: dies./D. Ambatielos (Hg.), *‘Wachsmoulagen und Modelle’*. Internationales Kolloquium 26. und 27. Februar 1993, Dresden 1994, 39-46, hier: 39-41.

Das didaktische Konzept sah es vor, Vorbilder zu liefern für gesundheitsgerechte Verhaltensweisen und Einrichtungen⁴⁵⁰. Ein Beispiel war die Einrichtung einer mustergültigen Säuglingspflegestation durch die Firma Vasenol, die Kinder- und Wundpuder herstellte⁴⁵¹. Zwölf Säuglinge wurden hier täglich von ausgebildeten Krankenschwestern vor den Augen der Öffentlichkeit hinter großen Glasscheiben gewaschen, genährt und gewickelt. Alles war strahlend weiß gehalten und blitzblank geputzt. Abgesehen von dem kommerziellen Effekt, verband sich im *Vasenol-Kinderheim* die Vorführung hygienischer Säuglingspflege mit der ästhetisch ansprechenden Gestaltung der Räumlichkeiten, was besonders auf Frauen eine große Anziehungskraft ausübte⁴⁵².

Bei der Gestaltung der Ausstellungsobjekte für die Gesolei waren die Pionierleistungen Lingners zwar weiterhin vorbildhaft, doch mußte man dem kulturellen Wandel seit 1911 und den neuen Rezeptionsgewohnheiten des Publikums Rechnung tragen. Vieles, was 1911 noch neu und sensationell gewirkt haben mag, war durch die neuen Formen und Medien der Massenkommunikation überholt⁴⁵³.

„Ein in seinem Arbeitstempo geradezu amerikanisiertes, in seinen Genüssen durch Kino und Radio verwöhntes Volk verlangt andere Mittel und Methoden, wenn immer es zur Wissensaneignung angeregt sein will. [...] Größer, farbiger, wechselreicher, um es mit einem Wort zu sagen: effektreicher müssen die Darstellungen sein. Licht, Bewegung, überhaupt Reize verschiedenster Art müssen angewendet werden, um die in ihrer Einstellung oben charakterisierte Bevölkerung immer aufs neue zu fesseln und so der Ausstellung den gewünschten Erfolg zu sichern.“⁴⁵⁴

Um der „Psychologie des heutigen Großstadtmenschen“ gerecht zu werden, bemühte man sich, die moderne „Reklametechnik“ für die Ausstellung fruchtbar zu machen⁴⁵⁵. Der visuellen Präsentation des Stoffs wurde so gegenüber 1911 mehr Platz eingeräumt und zusätzlich trieb man die Technisierung und Elektrifizierung der Ausstellungsgegenstände voran.

⁴⁴⁹ Vgl. Schloßmann, *Entwicklung*, 40; vgl. auch J. Bürgers, *Die Volkskrankheiten und ihre Bekämpfung auf der Gesolei*, in: *Ärztliche Mitteilungen* 27 (1926), 537-538, hier: 537.

⁴⁵⁰ Vgl. Schloßmann, *Entwicklung*, 42.

⁴⁵¹ Vgl. G. Kall, *Bildungs- und Erziehungsfürsorge*, in: Schloßmann (Hg.), *Ge-So-Lei*, 720-753, hier: 743-745; Mathias [o.Vn.], *Das Vasenol-Kinderheim*, in: Teich-Balgheim (Hg.), *Die Gesolei in Wort und Bild*, 56-57.

⁴⁵² Vgl. Roeder [o.Vn.], *Die städtische gesundheitliche Fürsorge auf der Gesolei in Düsseldorf*, in: *Deutsche Krankenkasse* 13 (1926), 712-719, hier: 715.

⁴⁵³ Vgl. Bürgers, *Volkskrankheiten*, 537.

⁴⁵⁴ M. Fraenkel, *Hygiene-Ausstellung, eine Hochschule für jedermann! Versuch einer geschichtlich-soziologischen Ableitung*, in: H. Zerkaulen (Hg.), *Das Deutsche Hygiene-Museum. Festschrift zur Eröffnung des Museums und der Internationalen Hygiene-Ausstellung Dresden 1930*, Dresden 1930, 15-35, hier: 20.

⁴⁵⁵ Vgl. Fraenkel, *Wissenschaftliche Abteilungen*, 417 u. 411.

Die Modellbildnerie der Ausstellung, die diese Objekte fertigte, stellte zahlreiche Schaukästen (Dioramen) her, in denen einzelne Szenen, etwa Krankenheilungen, nachgestellt waren und mit zum Teil optischen und akustischen Effekten unterstützt wurden. Auf Knopfdruck konnten die Besucher Modelle in Bewegung oder Anzeigen zum Leuchten bringen. So führte ein Modell das Verhältnis von Geburten, Heiraten und Todesfällen vor, indem in drei kleinen Fensterchen in unterschiedlichen Abständen Störche, Liebespäpchen und ein Skelett erschienen⁴⁵⁶. In der Abteilung für Säuglingsfürsorge hing ein überdimensional vergrößerter Schnuller, bei dem man „Bazillen“ aufleuchten lassen konnte⁴⁵⁷. Weiterhin dienten Nachbildungen, Präparate und Moulagen der Veranschaulichung.

Daneben gab es weiterhin Text- und Bildtafeln, die Vorgänge und Tatbestände darstellten und erläuterten. Als eine besondere Herausforderung erwies sich die verständliche Darstellung von Statistiken, denn schon die Umsetzung als Kurven- oder Säulendiagramm galt für das breite Publikum als wenig geeignet⁴⁵⁸. Durch farbliche Gestaltung und Beigabe von Illustrationen versuchte man, sie zumindest etwas attraktiver und verständlicher zu machen⁴⁵⁹. Als problematisch erwies sich die Umsetzung von Größenrelationen verschiedener Mengen zueinander durch ikonische Zeichen. Die dazu auch auf der Gesolei gebräuchliche Methode sah die Darstellung der Zeichen in unterschiedlicher Größe vor, war dadurch aber irreführend, da die Zunahme der Flächeninhalte dabei unberücksichtigt blieb. So wurde die Entwicklung des Verhältnisses von Geburtlichkeit und Sterblichkeit in Düsseldorf durch die unterschiedliche Höhe eines Babys und eines Skeletts dargestellt, wobei durch die schmale Darstellung des Skeletts gegenüber dem übergroßen Baby die tatsächlichen Verhältnisse verzerrt wiedergegeben wurden⁴⁶⁰.

Als große Neuerung galt deshalb eine vom Wiener Gesellschafts- und Wirtschaftsmuseum entwickelte Methode, mit der die Mengenrelation durch eine unter-

⁴⁵⁶ Vgl. G. Reuter, Allgemeine sozialfürsorgerische und sozialhygienische Fragen und ihre Darstellung auf der Gesolei, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, 639-667, hier: 653 (Abb. 12).

⁴⁵⁷ Vgl. F. Rott, Die Gesundheitsfürsorge, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 2, 668-719, hier: 685 (Abb. 14).

⁴⁵⁸ Vgl. Vogel, Hygienische Volksbildung, 351. Vgl. auch die „Modellbildnerie. Richtlinien“, 4 S., o.D., in: UuLB D M III 817 (Gesolei. Kleine Druckschriften): „Was die statistischen Modelle anbetrifft, so soll auf der ‘Gesolei’ alles veraltete, trockene Ausstellungsmaterial vermieden werden. Alle statistischen Berechnungen, die durch Kurven, Diagramme und andere nüchterne mathematische Figuren zum Ausdruck kommen oder durch Anhäufung von Zahlen den Besucher langweilen, wenn er sich überhaupt die Mühe, macht davor stehen zu bleiben, werden in der Bildnerie in eine den Beschauer ansprechende instruktive künstlerische, malerische oder plastische Form umgewandelt.“ (ebd., 4).

⁴⁵⁹ Vgl. Fraenkel, Wissenschaftliche Abteilungen, 417-418.

⁴⁶⁰ Vgl. ebd., 414 (Abb. 7).

schiedliche Anzahl von Zeichen dargestellt wurde⁴⁶¹. Da die Darstellungen des Museums, die auf der Gesolei im „Haus Österreich“ zu sehen waren, zudem abstrahiert und zweidimensional gestaltet waren, galten sie damals auch in ästhetischer Hinsicht als sehr gelungen⁴⁶². Die in dieser Weise gestalteten Gruppen der Gesolei, besonders in der Sozialen Fürsorge, wirkten jedoch leicht monoton und wurden von dem „uninteressierten Besucher“, wie ein enttäuschter Beobachter feststellte, nur aus der Entfernung als „Farbflecke“ wahrgenommen⁴⁶³.

Die Modellbildnerei konzentrierte sich vornehmlich darauf, einzelne Objekte zu fertigen. Ganze Räume wurden dagegen nur selten einheitlich gestaltet, und die Säle oder die durch Stellwände abgegrenzten Kojen zeigten eine mehr oder weniger willkürlich wirkende Anhäufung von Objekten. Die Ausstellungsstücke waren in die Räume hineingestellt, selten aber in ein Gesamtkonzept eingebunden⁴⁶⁴. In der Abteilung zur Düsseldorfer Fürsorge war es gelungen, durch die Integration der Objekte in eine einheitliche Wand- und Raumgestaltung den Eindruck, hier sein bloß einige Plakate aufgehängt und Vitrinen aufgebaut worden. Ähnliches war auch in anderen Abteilungen versucht worden, vor allem durch die Aussteller der freien Wohlfahrtspflege.

Dagegen waren die Bildtafeln, Präparate, Modelle und sonstigen Schaustücke der verschiedenen wissenschaftlichen Aussteller oft sehr heterogen gestaltet und trugen so wenig zur Orientierung der Besucher bei. Da die wissenschaftlichen Aussteller weitgehend freie Hand für den Aufbau ihrer Koje besaßen, gelang es der Ausstellungsleitung nicht, hier stärker didaktische Prinzipien durchzusetzen⁴⁶⁵. Bei vielen Ausstellern herrschte offenbar der Gedanke vor, man müsse *alles* zeigen⁴⁶⁶. Dies führte dazu, daß einige Kojen nach dem Prinzip des „horror vacui“ wahllos mit Objekten angefüllt wurden, bis sich nichts mehr unterbringen ließ. Ob sich wirklich Besucher in nennenswerter Zahl daran begeben haben, sich die vielen nebeneinander,

⁴⁶¹ Vgl. ebd., 414-415; vgl. M. Hubenstorf, Sozialmedizin, Menschenökonomie, Volksgesundheit, in: F. Kadmoska (Hg.), Aufbruch und Untergang. Österreichische Kultur zwischen 1918 und 1938, Wien 1981, 247-265, hier: 258-259.

⁴⁶² Vgl. „Statistische Hieroglyphen“, in: Der Kunstwart 39 (1926), 390-392.

⁴⁶³ Vgl. H. Schiel, Zur ‘Gesolei’, in: Caritas 31 (1926), 252-254, hier: 254; vgl. auch die Abb. in: Fraenkel, Wissenschaftliche Abteilungen, 416, 417 u. 421.

⁴⁶⁴ Vgl. z.B. die Abb. der Abteilung „Rassenhygiene“, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, 428.

⁴⁶⁵ Vgl. Schloßmann, Von der Gesolei, 40, mit einem kritischen Rückblick. Vgl. Mayer an Bürgers, 17.4. 1925, StAD XVIII 1271. Mayer warnte die Ausstellungsleitung schon damals, daß stärkere didaktische Eingriffe der Ausstellungsleitung nötig seien, da viele Institute nicht wußten, was didaktisch und ästhetisch wirksam sei. Mayer hatte als Mitarbeiter des Hamburger Instituts für Schiffs- und Tropenkrankheiten Erfahrung bei verschiedenen Ausstellungsprojekten gesammelt.

⁴⁶⁶ Vgl. z.B. die Abb. in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, 551-568, 585.

unter- und übereinander hängenden Tafeln und dicht gedrängt auf kleinen Tischen stehenden Diagramme, Modelle und Präparate anzusehen, kann bezweifelt werden

Im allgemeinen waren die Ausstellungsräume auf der Gesolei funktionaler und nüchterner gestaltet. Die behagliche Salonatmosphäre⁴⁶⁷ von 1911 mit den Plüschdiwans und Grünpflanzen, den Säulenimitaten und antikisierenden Plastiken war dem Geist der „Neuen Sachlichkeit“ gewichen. Die Internationale Hygiene-Ausstellung von 1930/31 setzte diese Entwicklung fort. Weitergehend als auf der Gesolei war es hier gelungen, die *Ausstellungsräume* zu gestalten⁴⁶⁸: An die Stelle nebeneinander aufgereihter Bildtafeln trat die großflächige Wandgestaltung durch Schriftzüge und Photos. Einzeldarstellungen wurden, wie schon auf der Gesolei vorgeführt, als durchsichtige Glasbilder (Diapositive) in die Kojenwände integriert und von hinten beleuchtet. In dieser Weise war auch das 1928 eröffnete *Düsseldorfer Reichsmuseum für Gesellschafts- und Wirtschaftskunde* konzipiert⁴⁶⁹.

5.2 Gliederung der Ausstellung

Im Verlaufe der Vorbereitungen zur Ausstellung waren die drei Hauptabteilungen „Ge“, „So“ und „Lei“ in verschiedene Gruppen unterteilt worden, die die entsprechenden Sachgebiete unter der Leitung eines Gruppenvorsitzenden für die Ausstellung konzipierten. Die Hauptabteilung „Gesundheitspflege“ war in 12 Haupt- und 9 Sondergruppen eingeteilt:

⁴⁶⁷ Vgl. die Abb. in Zerkaulen (Hg.), 10 Jahre Dresdener Ausstellungsarbeit, 177-179, 186, 187.

⁴⁶⁸ Vgl. die Abb. bei Fraenkel, Internationale Hygiene-Ausstellung 1930/31, 223-272.

⁴⁶⁹ Vgl. Reichsmuseum für Gesellschafts- Wirtschaftskunde in Düsseldorf (e.V.). Amtlicher Katalog, zusammengest. u. bearb. v. M. Fraenkel, Düsseldorf 1928.

Gesundheitspflege⁴⁷⁰

Hauptgruppen:

- 1 Der durchsichtige Mensch
- 2 Erblchkeitslehre und Rassenhygiene (Eugenik)
- 3 Luft und Klima
- 4 Ernährung
- 5 Der Mensch in seinen gesundheitlichen Beziehungen zu Pflanzen und Tieren
- 6 Wohnung und Siedlung
- 7 Kleidung und Körperpflege
- 8 Krankenversorgung und Krankbehandlung
- 9 Die übertragbaren Krankheiten
- 10 Kolonialhygiene und Krankheiten warmer Länder
- 11 Arbeits- und Gewerbehygiene, Unfallverhütung
- 12 Gesundheitspflege und Krankenversorgung durch Heer und Marine im Kriege 1914/18

Sondergruppen:

- 1 Die Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften
- 2 Der vorgeschichtliche Mensch
- 3 Mensch und Natur
- 4 Wasserversorgung
- 5 Verkehr und Verkehrsmittel
- 6 Bäder und Kurorte
- 7 Die Chemie im Dienste der Gesundheitspflege
- 8 Kriegs- und Nachkriegsfolgen für die Gesundheit der Bevölkerung
- 9 Hygiene der Juden

⁴⁷⁰ Vgl. zum Folgenden Fraenkel, Wissenschaftliche Abteilungen, 401-402.

Die Aufstellung zeigt, daß die klassischen Themen der Hygiene dominierten: Wohnung, Tierhygiene, Ernährung, Kleidung und Körperpflege, Infektionskrankheiten, Gewerbehygiene, Wasserversorgung. Die Darstellung der Kolonial- und Militärhygiene sowie der Kriegs- und Nachkriegsfolgen für die Gesundheit der Bevölkerung trug den damaligen Interessenslagen Rechnung. Andere Gruppen sollten die Beteiligung industrieller und gewerblicher Aussteller sicherstellen oder für die angemessene Repräsentanz einer Bevölkerungsgruppe sorgen. Während die Rassenhygiene in die Hauptabteilung „Gesundheitspflege“ eingegliedert war, wurden bevölkerungspolitische und sozialhygienische Themen in der Hauptabteilung Soziale Fürsorge gezeigt:

Soziale Fürsorge:

- A. Einführungsgruppen:
- 1 Die wissenschaftlichen Unterlagen, insbesondere die Bevölkerungspolitik
 - 2 Der Einfluß der sozialen Lage auf die Gestaltung des menschlichen Lebens
 - 3 Die durch den Weltkrieg veränderten Lebensbedingungen des deutschen Volkes
- B. Hauptgruppen
- I. Gesundheitsfürsorge:
- a) Familienfürsorge
 - b) Volkskrankheiten, Volksgebrechen, Volksunsitten [...]
- C. Anhangsgruppen [...]
2. Die Organisation der Wohlfahrts-, Gesundheits- und Jugendämter [...]

Unter „Familienfürsorge“ wurden Säuglingspflege und Fürsorge für Kinder und Mütter gezeigt. Die Untergruppe „Volkskrankheiten, Volksgebrechen, Volksunsitten“ befaßte sich mit Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Körperbehinderten, Alkoholikern und anderen sozialhygienischen Themen, die dazu aus der Hauptabteilung „Gesundheitspflege“ ausgegliedert worden waren. Die sachliche Gliederung der Gesolei unterstrich damit nochmals die Bedeutung der Gesundheitspolitik und der Fürsorge gegenüber Pathologie und Hygiene.

Doch die systematische Gliederung der Ausstellung konnte nicht in eine entsprechende räumliche Anordnung umgesetzt werden. Die drei Hauptabteilungen konnten nicht geschlossen vorgeführt werden, sondern mußten auf unterschiedliche Orte der Ausstellung verteilt werden. Dies war zum einen auf die Ansprüche der Aussteller aber auch die Prioritäten der Ausstellungsleitung zurückzuführen. Das

Dresdener Hygiene-Museum hatte sich den günstig gelegenen Kunstpalast für seine Sammlung „Der Mensch“ reserviert, und die industriellen Aussteller errichteten ihre Bauten an der Ausstellungsstraße entlang des Rheins. An repräsentativer Stelle, in den Dauerbauten des Ehrenhofs, waren auch die Rassenhygiene, das Militärsanitätswesen und die Kolonialhygiene plaziert. Zum anderen war die räumliche Verteilung durch die benötigte Fläche bedingt. Die Gruppen, die in enger Verbindung mit industriellen und gewerblichen Ausstellern stehen sollten, waren in den temporären Bauten entlang des Rheins untergebracht. Dies betraf zum Beispiel die Wasserversorgung, die Gewerbehygiene und die Gruppe Kleidung und Körperpflege. Die Gruppe Wohnung und Siedlung war auf vier Standorte innerhalb der Ausstellung verteilt, davon befand sich einer im vierten Stock des für die Gesolei errichteten Feuerwehrturms, direkt unter dem Turmrestaurant.

Versucht man sich nun ein Gesamtbild der Ausstellung zu machen⁴⁷¹, so läßt sich das Gelände, das sich auf etwa 400.000 qm über zwei Kilometer entlang des Rheins erstreckte, in drei Zonen unterteilen. Die erste Zone bis einschließlich des Ehrenhofs umfaßte die wissenschaftlichen und didaktischen Abteilungen, die zweite Zone mit den temporären Bauten hauptsächlich gewerbliche Aussteller und die dritte Zone den Vergnügungspark.

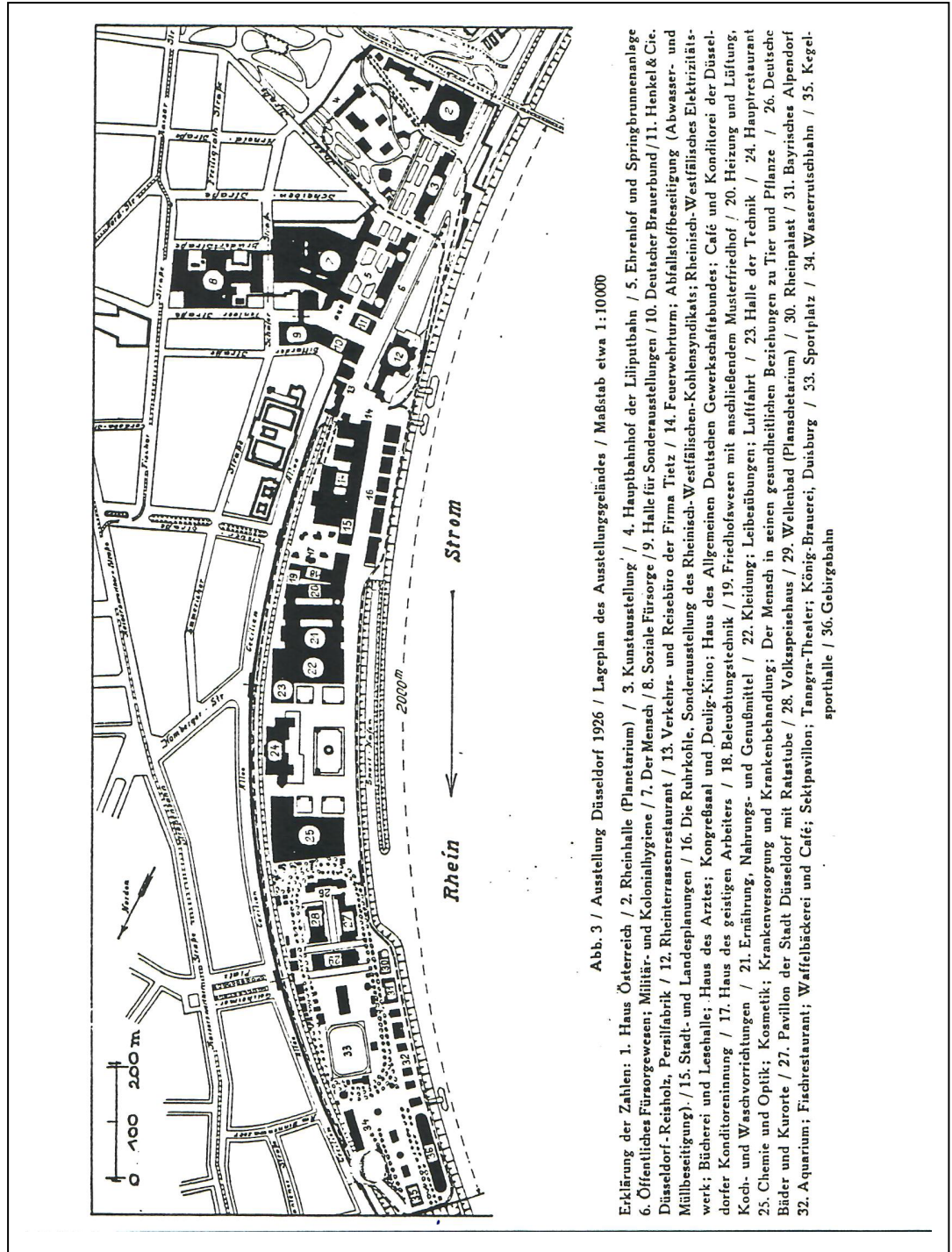
Betrat man das Ausstellungsgelände von seinem an der Rampe der Oberkassler Brücke gelegenen Haupteingang, blickte man auf das neuerbaute Planetarium und sah zur Rechten das „Haus Österreich“, die einzige Repräsentation eines anderen Staates auf der Gesolei. Auf der linken Seite befanden sich auf der Wiese des Hofgartens verschiedenen Musterbauten, darunter eine Jugendherberge und das Vasenol-Kinderheim. Das für Kinder bestimmte „Luft- und Sonnenbad“ des Düsseldorfer Vereins Walderholung e.V. demonstrierte hier die konstitutionsfördernde Wirkung von gesunder Ernährung, Licht, Luft und Brausebädern⁴⁷². Ebenfalls auf der Hofgartenwiese gelegen war der „Hauptbahnhof“ der Liliputbahn, die die Besucher um das gesamte Gelände transportierte. Schritt man nun voran, gelangte man am Planetari-

⁴⁷¹ Dieser Rekonstruktion liegen zugrunde: „Lageplan der Großen Ausstellung Düsseldorf 1926. Gesolei“ in: Teich-Balgheim, Die Gesolei in Wort und Bild, Beilage; K. Trutz, Die Düsseldorfer Ausstellung ‘Gesolei’, in: Caritas 31 (1926), 174-177; Rambke, Niederschrift über die Raumaufteilung der Gruppe ‘G’, 22.1. 1926, in: StAD XVIII 1063; „Offizielle Führungsanweisung für den Besuch der ‘Gesolei’ durch geschlossene Schülerverbände“, o.O. o.J. [Düsseldorf 1926], in: UuLB D M III 817. (Gesolei. Kleine Druckschriften); „Die große Schau. Eindrücke von der Gesolei“, in: Jan Wellem 1 (1926), 15-18, 64-66, 88-90, 115-117.

⁴⁷² Ge-So-Lei, 739-743

um in den neugeschaffenen Ausstellungskomplex der Stadt und kam, nachdem man das erste Gebäude mit der Kunstausstellung passiert hatte, in den „Ehrenhof“.

Abb. 1: Lageplan der Gesolei



aus: Wasmuths Monatshefte für Baukunst und Städtebau 10 (1926), 478.

Der zum Rhein hin gelagerte Teil zeigte die Militär- und Kolonialhygiene und weiterhin die Ausstellung der Versicherungen, Krankenkassen und kommunalen Spitzenverbände. Im Keller befand sich die Gruppen „Mensch und Natur“. Ein Verbindungsflügel im ersten Stock geleitete die Besucher von der Gruppe „Luft und Klima“ hinüber zu der Ausstellung der Infektionskrankheiten im Kunstpalast. Im Anschluß daran befand sich die Ausstellung der Rassenhygiene. Im Eingangsbereich des Kunstpalasts begrüßte eine überlebensgroße Plastik eines Neandertalers die Besucher, und stimmte sie auf die folgende Darbietung des „vorgeschichtlichen Menschen“ ein, an den sich die Ausstellung des Dresdener Hygiene-Museums anschloß. Darauf folgte die Geschichte von Medizin und Naturwissenschaften und zu den Seiten führten Frankfurt die Fürsorge einer Stadt und Sachsen die eines Landes exemplarisch vor. Die anschließende Maschinenhalle war der Deutschen Liga der freien Wohlfahrtspflege mit den hier zusammengeschlossenen Verbänden vorbehalten. Von hier führte ein Weg zu den jenseits der Schäferstraße gelegenen Ausstellungsbauten, in denen die „Soziale Fürsorge“, einschließlich Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose und Alkoholismus, gezeigt wurde. Die sozialhygienischen Ausstellungsteile befanden sich also an entlegener Stelle, weit entfernt von der Hauptausstellungsstraße nahe dem Rhein und überdies nur durch andere Gebäude zugänglich. Daran ist vielfach Kritik geübt worden⁴⁷³, und Schloßmann verteidigte die abgelegene Position der Gruppe mit dem Hinweis auf die besondere Ruhe, die der Besucher zum Studium dieser Ausstellungsteile bedürfe⁴⁷⁴. Tatsächlich bildete die räumliche Lage auf der Ausstellung eine Hierarchie des Einflusses ab, und die sozialfürsorgerischen Themen besaßen, anders als die Krankenkassen, die Wohlfahrtsverbände, die Versicherer, die industriellen Aussteller, das Hygiene-Museum, die Kommunen, Länder und das Reich, verfügten nur über eine geringe Lobby. Deshalb mußten hier die wissenschaftlichen und didaktischen Ausstellungsteile hinter die Repräsentation der Verbände zurücktreten.

Aus der Halle „Soziale Fürsorge“ führte ein Weg durch die Ausstellung der Gewerbehygiene zurück auf die Ausstellungsstraße. Von dort fiel der Blick auf die Rheinterrassen, und wenn man geradeaus zwischen den Bauten des Brauerbundes zur Rechten und der Firma Henkel zur Linken in Richtung Rhein steuerte, öffnete sich in nördlicher Richtung der sogenannte Verkehrsplatz der Ausstellung. Der Platz wurde

⁴⁷³ Vgl. z.B. M. Hodann, Die Gesolei und wir, in: Urania 2 (1926), 352-355, hier: 353.

dominiert von dem großen Feuerwehrturm, zu dessen Füßen sich das Postamt, die Polizeiwache, das Fundbüro und das Telegraphenamt befanden.

Den Platz überquerend gelangte der Besucher nun auf die große Ausstellungsstraße, die bis hinunter zum Vergnügungspark führte. Auf der dem Rhein zugewandten Seite waren mehrere Repräsentativbauten industrieller oder gewerblicher Aussteller errichtet: das „Haus Ruhrkohle“ mit einem unterirdischen Schaubergwerk, das Rheinisch-Westfälische Elektrizitätswerk, das „Bücherhaus“ des Verlages Hirschwald und das „Haus des Arztes“. Daran schlossen sich das Kino der Firma Deulig und das Haus des Allgemeinen Deutschen Gewerkschaftsbundes (ADGB) an und zuletzt stand ein Café der Düsseldorfer Konditoren. Auf der gegenüberliegenden Seite befanden sich die temporären Ausstellungshallen, die die Gruppen Wasserversorgung, Abfallbeseitigung, Verkehr und Stadtplanung nebst gewerblichen Ausstellern vorführten.

Die baulich untereinander verbundenen Hallen gaben auf der Höhe der Konditorei den Blick durch ein Tor auf eine Mustersiedlung frei⁴⁷⁵. Um eine Kirche mit dazugehörigem Musterfriedhof gruppierten sich in dörflichem Idyll das „Haus des Vorstadtarbeiters“, das „Haus des geistigen Arbeiters“⁴⁷⁶, das „Haus des Malers“ und ein „Mittelstandsmusterhaus“. Das Mittelstandshaus war thematisch der in der benachbarten Halle untergebrachten Gruppe „Die Frau“ zugeordnet, und zeigte moderne Haushaltseinrichtungen. Die Bauten waren in verschiedenen Stilrichtungen gehalten, entweder konstruktivistisch mit modernen Flachdächern oder mit Giebeldach im Heimatstil. Um die Bedeutung der Mustersiedlung in der damaligen Zeit verstehen zu können, muß man sie im Zusammenhang mit den nach Kriegsende verstärkt einsetzenden Bemühungen sehen, gesunde Siedlungen am Rande der Großstadt zu schaffen. Dies war zum einen eine Antwort auf die Wohnungsnot der Zeit, zum anderen eine Abkehr von den Lebensverhältnissen der Großstadt und im besonderen von der Mietskaserne. Gerade in Düsseldorf gab es zahlreiche wilde und genossenschaftliche Siedlungen⁴⁷⁷ und die Musterhäuser führten vor, wie man sie auch „ordentlich“ und „hübsch“ gestalten könnte.

⁴⁷⁴ Vgl. Schloßmann, *Entwicklung*, 40 u. 44.

⁴⁷⁵ Vgl. H. Freese, *Wohnung und Siedlung*, in: Schloßmann (Hg.), *Ge-So-Lei*, Bd. 2, 493-524, hier: 500-503.

⁴⁷⁶ Vgl. „Das ‘Haus des geistigen Arbeiters’. Ausgestellt auf der ‘Gesolei’ in Düsseldorf“, in: *Bauwelt* 17 (1926), Nr. 38, Beilage, 1-6.

⁴⁷⁷ Vgl. R. Lange, ‘Metropolis’ Düsseldorf. Aspekte von Bauten und Entwürfen zwischen 1919 und 1942, in: U. Kreppe (Hg.), *Am Anfang. Das Junge Rheinland. Zur Kunst- und Zeitgeschichte einer Region 1918-1945*, Düsseldorf 1985, 128-140, hier: 128-133.

Vom Eingang zur Mustersiedlung führte die Ausstellungsstraße, nun direkt am Rhein gelegen, in nördlicher Richtung an den Hallen für Elektrizität, Heizung, Ernährung, und Zahnheilkunde zum großen Hauptplatz der Ausstellung. In der Mitte plätscherte ein Springbrunnen, ringsherum waren Ladenlokale eingerichtet und an der Stirnseite des Platzes befand sich das große Hauptrestaurant. Ein weiterer Hallenkomplex war nördlich davon aufgebaut, in dem Chemie, Krankenversorgung und eine im wesentlichen agrarwissenschaftliche Schau zum Thema „Der Mensch in seinen gesundheitlichen Beziehungen zu Tieren und Pflanzen“ zu sehen waren. Daran schlossen sich noch zahlreiche Einzelbauten an, so das „Haus Düsseldorf“, die Hygiene der Juden, das Gebäude der Bäder und Kurorte und weitere mehr. Schließlich folgte der Vergnügungspark und mit der Liliputbahn konnte der Besucher zurück zum Haupteingang fahren.

5.3 Architektur

Der erste Eindruck, den ein Besucher von einer Ausstellung erhält, geht von den Ausstellungsbauten aus. Die großen Expositionsvorhaben des 19. und 20. Jahrhunderts waren deshalb stets darauf bedacht, durch die Ausstellungsarchitektur nach außen eine möglichst repräsentative Schauseite zu präsentieren⁴⁷⁸. Die Bauten sollten den profanen Zweck einer Verkaufsmesse kulturell überhöhen und Erlebnisräume für die Besucher schaffen, in denen sie die dargebotenen Objekte rezipierten. In der Architektur einer Ausstellung fanden sich immer auch die kulturellen Vorstellungen einer Zeit formuliert. Die Ausstellungen des 19. Jahrhunderts waren durch eine Verknüpfung von technizistischem Ingenieursgeist und den historistischen Kulturidealen des Bürgertums geprägt, denen Düsseldorf 1902 seinen neubarocken Kunstpalast verdankte. Von daher ist es verständlich, daß gerade eine Ausstellung wie die Gesolei, mit der sich weitreichende gesellschaftliche und kulturelle Ambitionen verbanden, auch in der Architektur einen zeitgemäßen und repräsentativen Ausdruck erhalten sollte.

⁴⁷⁸ Vgl. E. Mai, *Expositionen. Geschichte und Kritik des Ausstellungswesens*, München/Berlin 1986, 30-33.

Die Ausstellungsleitung bestellte mit Wilhelm Kreis einen der renommiertesten Architekten seiner Zeit⁴⁷⁹. Kreis war bereits im Kaiserreich zusammen mit Peter Behrens, Paul Bonatz, Hans Poelzig und anderen einer der führenden Vertreter der neuen monumentalen Bauweise gewesen, die als Erneuerungsbewegung gegen den überkommenen Historismus und den Jugendstil auftrat⁴⁸⁰. Kreis trat damals vor allem durch Entwürfe zu Bismarckdenkmälern hervor, die eine monumentale Wirkung durch die Reduktion auf wenige kubische Grundformen und den Verzicht auf ornamentale Applikationen vorsahen, zugleich aber aufgeladen waren mit Assoziationen an archaische und historische Vorbilder, etwa an das Theoderichsgrab⁴⁸¹. 1908 wechselte Kreis von Dresden nach Düsseldorf, wo er an der Kunstgewerbeschule die Nachfolge von Behrens antrat, und 1920 wurde er zum Professor für Raumgestaltung an die Kunstakademie berufen⁴⁸². Vier Jahre später wurde das von ihm entworfene Wilhelm-Marx-Haus vollendet, das erste Bürohochhaus Deutschlands.

Die Aufgabe, die sich Kreis bei der Gesolei stellte, war es, den bislang isoliert stehenden Kunstpalast in einen baulichen Gesamtzusammenhang bis zur Rheinbrücke zu integrieren⁴⁸³. Dabei sollten sowohl Räume für eine dauerhafte Kunstaussstellung als auch eine große Versammlungshalle geschaffen werden. Kreis entschloß sich, die alte Fassade des Kunstpalasts, die schon vor dem Krieg in die Kritik geraten war⁴⁸⁴, abschlagen zu lassen, um sie durch eine neue, zeitgemäßere Front zu ersetzen⁴⁸⁵. Für manchen alten Düsseldorfer mag dies schmerzlich gewesen sein, verkörperte der Kunstpalast doch die Erinnerung an eine glanzvolle Vergangenheit, wohingegen der Neubau vorerst ein ungewisses Versprechen auf eine bessere Zukunft war⁴⁸⁶.

⁴⁷⁹ Vgl. allg. W. Nerdinger, Wilhelm Kreis - Repräsentant der deutschen Architektur des 20. Jahrhunderts, in: ders./E. Mai (Hg.), Wilhelm Kreis. Architekt zwischen Kaiserreich und Demokratie 1873-1955, München/Berlin 1994, 9-27, hier: 9.

⁴⁸⁰ Vgl. allg. B. Miller-Lane, Architektur und Politik in Deutschland 1918-1945, Braunschweig 1986 [zuerst Cambridge/Mass. 1968], 23-38; W. Pehnt, Die Architektur des Expressionismus, Stuttgart 1973, 23-26 u. 63-72; Nerdinger, Wilhelm Kreis, 9 u. 14.

⁴⁸¹ Vgl. Nerdinger, Wilhelm Kreis, 12-14.

⁴⁸² Vgl. ebd., 15-16 u. 18; A. Preiß, Der Ehrenhof in Düsseldorf, in: W. Nerdinger/E. Mai (Hg.), Wilhelm Kreis. Architekt zwischen Kaiserreich und Demokratie 1873-1955, München/Berlin 1994, 122-139, hier: 128.

⁴⁸³ Vgl. allg. W. Kreis, Die Dauerbauten am Rhein als ein Ausdruck neuzeitlicher Baukunst, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 1, 49-63, hier: 52-59.

⁴⁸⁴ Vgl. Preiß, Ehrenhof, 115.

⁴⁸⁵ Vgl. Kreis, Dauerbauten, 60.

⁴⁸⁶ Vgl. „Vom Kunstpalast und von den Sparkassen“ [Leserbrief], in: Düsseldorf Zeitung v. 20.9. 1925; StAD XVIII 1621.

Der Kunstpalast wurde mit seiner neuen Fassade mit dem gegenüber errichteten späteren Kunstmuseum in einen baulichen Gesamtkomplex einbezogen⁴⁸⁷, der auf der nördlichen Seite durch ein großes Tor verbunden war. An der Brückenrampe erhob sich das als Mehrzweckhalle konstruierte Planetarium und zwischen beiden Gebäuden wurde rheinseitig ein weiterer Museumsbau geschaffen, der die bauliche Verbindung herstellte. Auf diese Weise ergab sich eine achsial konzipierte Gesamtanlage, die durch breit gelagerte und horizontal gegliederte Bauten gekennzeichnet war⁴⁸⁸. Die durch den gebogenen Verlauf des Rheines bedingte Abweichung der Anlage vom Fluß wurde durch den Bau eines Rheinrestaurants Rechnung getragen⁴⁸⁹.

Die Bauten selbst waren mit modernster Stahlbetonskelettbauweise konstruiert und mit Klinker verblendet⁴⁹⁰. Sie lagerten auf geböschten, hellen Natursteinsockeln und bei den Museumsbauten waren die Fensteröffnungen mit Sandstein in der Form von Fensterbändern farblich und baulich abgesetzt. Zur Rheinseite präsentierten sich die Bauten als massive, kubisch Blöcke, deren monumental wirkende Flächenhaftigkeit durch die differenzierte Behandlung des Backsteins ein wenig aufgelockert wurde. Die monumentale Wirkung der Bauten erhöhte sich noch dadurch, daß an der Außenseite des Kunstmuseums die obere Fensterreihe fehlte und die Attika auf mehrere Meter hochgezogen war. Dies geschah zum einen, um das für Ausstellung als ungünstig angesehene Licht von Osten durch Oberlichter zu ersetzen, zum anderen, um eine einheitliche Horizontale zur Terrasse des Planetariums zu bilden. Bei den übrigen Gebäudeteilen wurde dies ebenso praktiziert, um eine einheitliche Höhe zu wahren⁴⁹¹. Die Bauten täuschten also eine Höhe vor, die sich tatsächlich gar nicht besaßen und bezogen daher einen Teil ihrer monumentalen Wirkung. Kreis war durchaus ein moderner Architekt, der sich der modernen Gestaltungsmittel kubisch gegliederte Baukörper oder der Fensterbänder bediente, aber er war kein strenger Funktionalist im Sinne des Neuen Bauens und setzte auf die baukünstlerische Gestaltung vor formaler Wahrhaftigkeit⁴⁹².

⁴⁸⁷ Vgl. allgemein Preiß, Ehrenhof; E. Mai, GESOLEI und PRESSA. Zu Programm und Architektur rheinischen Ausstellungswesens in den zwanziger Jahren, in: K. Düwell/W. Köllmann (Hg.), Rheinland-Westfalen im Industriezeitalter. Bd. 4: Zur Geschichte von Wissenschaft, Kunst und Bildung an Rhein und Ruhr, Wuppertal 1984, 271-287, hier: 277-281.

⁴⁸⁸ Vgl. Mai, GESOLEI und PRESSA, 278.

⁴⁸⁹ Vgl. Kreis, Dauerbauten, 59.

⁴⁹⁰ Zur Bauausführung und konstruktiven Aspekten vgl., R. Meyer, Die Ausstellungsbauten in technisch-organisatorischer Beziehung, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 1, 65-96; Mai, GESOLEI und PRESSA, 279-280.

⁴⁹¹ Vgl. Kreis, Dauerbauten, 60-62; Preiß, Ehrenhof, 135.

⁴⁹² Vgl. Kreis, ebd., 49-52 u. 63. Vgl. auch Pehnt, Expressionismus, 20 zu Poelzig.

Bei seinen Entwürfen stellte sich Kreis die Bildung eines Zentrums von Kulturbauten in der Art eines römischen Forums vor⁴⁹³, das von dem Verkehr der Rheinuferstraße abgeschlossen eine Art Ruhezone für die Kunst und Wissenschaft bilden sollte. Diese Absicht fand sich wieder in der ruhigen, symmetrischen Konstruktion der Gebäude mit ihren ausgewogenen Proportionen, der achsialen Gesamtkonzeption, vor allem aber in den zahlreichen Würdemotiven, die Kreis zitierte: die kleinen Tempelchen an den Verkehrsdurchbrüchen zur Rheinuferstraße, das Triumphbogenmotiv zwischen Kunstpalast und Kunstmuseum und die großen Kuppel⁴⁹⁴.

Unterstrichen wurde der feierliche, klassizistisch inspirierte Charakter der Anlage noch durch die Einbeziehung der Bronzefiguren am heutigen Kunstmuseum und der Plastiken von Breker, Maillol und Schneider, die alle zwischen Abstraktion und klassisch geschulter Körperlichkeit tendierten⁴⁹⁵. Besonders deutlich wird das aber an der vergoldeten Plastik der Pallas Athene, die als Beschützerin der Wissenschaften und Förderin der Gesundheit am Planetarium aufgestellt war⁴⁹⁶. Kreis hatte die Anlage als Gesamtkunstwerk konzipiert, und so befanden sich im Planetarium elf Monumentalgemälde mit Szenen aus dem Alltagsleben, waren in den Tempelchen Mosaik untergebracht und war das Treppenhaus des Kunstmuseums durch die farbigen Glasfenster Johan Thorn-Prikkers in ein feierlich-sakrales Licht getaucht⁴⁹⁷.

War das Feierliche *ein* Moment der Anlage, so war ein weiteres Moment das Archaische. Die massiven Sockel und die dunklen Ziegelsteinflächen gaben den Bauten den Ausdruck von Schwere und evozierten Assoziationen an archaische Bauformen oder Festungsbauten⁴⁹⁸. Gesteigert wurde dies noch durch die bizarren Inneneinrichtungen des Planetariums. Der Innenraum des Planetariums glich mit seinen stalaktitenartig geformten Streben einer Höhle⁴⁹⁹. Die Eingangshalle war ein bis auf den Boden gezogenes, spitzbogiges Tonnengewölbe, das aus grünglasierten Ziegeln

⁴⁹³ Vgl. Kreis, ebd., 59; Mai, GESOLEI und PRESSA, 278; Preiß, Ehrenhof, 138.

⁴⁹⁴ Vgl. Nerdinger, Wilhelm Kreis, 19-20; Preiß, ebd.,

⁴⁹⁵ Vgl. allg. R. Klapheck (Hg.), Dokument Deutscher Kunst. Düsseldorf 1926, Düsseldorf 1927; vgl. auch W. Kreis, Die Baukunst vor dem Kriege und heute, in: ebd., 50-59, hier: 54.

⁴⁹⁶ Vgl. I. Markowitz, Das Gesamtkunstwerk, in: Tonhalle Düsseldorf. Vom Planetarium zur Konzerthalle, Düsseldorf 1978, 51-54, hier: 52.

⁴⁹⁷ Vgl. ebd.; Preiß, Ehrenhof, 134-135; W. Busch, Bauten der 20er Jahre an Rhein und Ruhr. Architektur als Ausdrucksmittel, Köln 1993, 64.

⁴⁹⁸ Vgl. „Die Bauten der großen Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen, Düsseldorf 1926 und der architektonische Zeitstil“, in: Wasmuths Monatshefte für Baukunst und Städtebau 10 (1926), 477-489, hier: 488; J. Popp, Die Baukunst auf der Gesolei, in: Der Kunstwart 40 (1926/27), 184-187, hier: 186; Mai, GESOLEI und PRESSA, 279.

gefügt war. Derartig gotische Reminiszenzen fanden sich auch in dem spitzwinkligen Arkaden im oberen Teil des Planetariums und im ebenfalls spitzbogigen Tonnengewölbe des Hauptrestaurants der Ausstellung. Charakteristisch für diesen Baustil war es aber, daß Bezüge zu historischen Bautraditionen nicht mehr wie im Historismus als solche explizit kenntlich gemacht wurden, sondern der ästhetischen Gesamtkonzeption untergeordnet waren und damit im Vagen und Ungefähren blieben⁵⁰⁰. Diese vom Expressionismus beeinflusste Formensprache war Ausdruck einer spezifisch deutschen Baugesinnung nach dem Ersten Weltkrieg. Die Verwendung des Klinkers knüpfte an die regionalen Bautraditionen an⁵⁰¹ und betonte damit die Distanz zu einem sich zu dieser Zeit entfaltenden Internationalen Stil.

Das nationale Moment der Anlage wurde aber durch den Rückgriff auf den Rheinmythos verstärkt, der ja schon von Schloßmann gegenüber der Naturforscherversammlung beschworen worden war. Ein Mosaik Heinrich Nauens im westlichen Tempel des Planetariums zeigte den Rhein als den „Träger des Lebens“⁵⁰² mit den allegorischen Darstellungen der vier Lebensalter. Das Planetarium hieß offiziell „Rheinhalle“ und im überreich dekorierten „Rheingoldsaal“ der Rheinterrassen wurde der Gast geschäftstüchtig auf Nibelungen-Romantik eingestimmt:

„Über uns wölbt sich in feierlichem Rund eine goldene Kuppel ... Geradezu weihevoll wird es einem zumute, wenn man in diesem Saale weilt. Etwas von der längst verklungenen Sagenwelt vom Gold am Rhein und den Nibelungen, denen dies Gold zu Lust und Verderb ward, wird in der Brust erinnernd wach, und still eilen die Gedanken aus flüchtiger Gegenwart in eine selig-unselige deutsche Vergangenheit.“⁵⁰³

Die Architektur der Dauerbauten war gekennzeichnet durch archaische Schwere und Monumentalität, das von einem feierlichen Pathos begleitet war und sich deutlich als nationaler Baustil präsentierte. Bei den Verfechtern des Neuen Bauens geriet Kreis deshalb in die Kritik⁵⁰⁴, während andere in den Bauten einen treffenden Ausdruck der zeitgenössischen Bewußtseinslage und des ästhetischen Empfindens sehen

⁴⁹⁹ Vgl. Busch, Bauten der 20er Jahre, 81. In ähnlicher Weise hatte Poelzig 1919 das Innere des Berliner Schauspielhauses gestaltet. Vgl. Peht, Expressionismus, 19-20.

⁵⁰⁰ Vgl. zu den archaischen und historischen Einflüssen auf expressionistische Architektur Peht, Expressionismus, 48-52. Kritisch zum Begriff „Expressionismus“ Busch, Bauten der 20er Jahre, 84 u. 120-124. Eine bessere Alternative vermag Busch aber nicht zu bieten, denn „ausdrucksstarke rheinische Architektur“ (120) ist doch sehr beliebig und kennzeichnet nicht die geistesgeschichtlichen Zusammenhänge.

⁵⁰¹ Vgl. Kreis, Dauerbauten, 59. Vgl. allg. Busch, ebd., 57 u. 63.

⁵⁰² „Die Mosaiken von Nauen“, o.D. o.U., in: StAD XVIII 1045.

⁵⁰³ So die Weinkarte des Restaurants. Zit. nach: „Die Bauten der großen Ausstellung“, Wasmuths Monatshefte, 482.

⁵⁰⁴ Vgl. dazu ebd. und Busch, Bauten der 20er Jahre, 81-84.

konnten: „Hier fand das Stilgefühl unserer Zeit sinnenfälligen, formvollendeten Ausdruck. Wucht, Ernst und Straffheit dieser Bauwerke sprechen die Sprache unserer Zeit und ragen in die Zukunft.“⁵⁰⁵ Es läßt sich also eine Korrespondenz finden zwischen der Rezeptionsweise der Bauten im zeitgenössischen Kontext und dem nationalen Pathos und dem Empfinden von Schwere und Ernst der Situation, wie es sich in der Konzeption der Ausstellung niederschlug und in der Eröffnungsfeier Ausdruck fand. In der ihm eigenen martialischen Diktion beschrieb Kreis die Anlage der Bauten im Kontext der Zeit folgendermaßen:

„Der Niedergang des Wohlstandes, die Energie, aus dem Niedergang wieder herauszukommen, und das Streben nach Erstarkung, unter Verneinung alles Schwächlichen und Zaghafte, schuf für neue Gedanken der Baukunst einen fruchtbaren Boden, auf dem in machtvoller und schnellem Entwickeln eine neue Formsprache, eine neue Rhythmik, ein neuer Ausdruck unserer Zeit, der Zeit der Ertüchtigung in Leib und Seele entspringt.“⁵⁰⁶

Da Kreis neben der Errichtung der Dauerbauten auch die künstlerische Gesamtleitung der Ausstellung wahrnahm, konnte dadurch eine begrenzte Einheitlichkeit auch bei den temporären Bauten erzielt werden⁵⁰⁷. Eine heterogene Ansammlung verschiedener Pavillons mit einer jeweils eigenwilligen Gestaltung, die das Bild der Ausstellung von 1902 geprägt hatten, wollte man vermeiden. Die großen, weiß gehaltenen Ausstellungshallen übernahmen die kubische Komposition der Kreis'schen Bauten, und die vertikale Herausbildung der Mittelpartien in den Museumsbauten setzte sich in dem Rhythmus ihrer Risalite fort⁵⁰⁸. War so eine gestalterische Einheit gewahrt, standen die temporären Hallen doch in einem gewissen Kontrast zu den Dauerbauten, da sie deren „dunkle Schwere“⁵⁰⁹ vermieden. Mit ihrer schlichten Funktionalität tendierten sie also eher zum Architekturstil des Neuen Bauens. Deutlicher noch wurde der Gegensatz von der konservativen Variante moderner Architektur bei Kreis zu den avantgardistischen Entwürfen einer jüngeren Generation in dem konstruktivistischen Bau des ADGB, den Max Taut für die Ausstellung ent-

⁵⁰⁵ Schiel, Zur Gesolei, 252.

⁵⁰⁶ Kreis, Baukunst, 57.

⁵⁰⁷ Vgl. Kreis, Dauerbauten, 56.

⁵⁰⁸ Vgl. Mai, GESOLEI und PRESSA, 281.

⁵⁰⁹ Popp, Baukunst auf der Gesolei, 186.

warf⁵¹⁰. Diese Gegensätze waren nicht unüberbrückbar, und 1930 versuchte sich auch Kreis beim Bau des Deutschen Hygiene-Museums in Dresden in den neuen Gestaltungsmöglichkeiten⁵¹¹. Wichtig für den Zusammenhang der Arbeit ist, daß sich auf der Gesolei ein breites Spektrum von Architektur präsentieren konnte, das seine Gemeinsamkeit in einer betonten Modernität fand. Für den Charakter der Gesolei wie für die Rezeption durch die Besucher war bedeutsam, daß sich die Gesolei bewußt als moderne Ausstellung präsentierte⁵¹².

5.4 Die Präsenz des Krieges und die Bewältigung der Nachkriegszeit

Die Erinnerung an den verlorenen Krieg war ein konstitutives Moment sowohl für die Bewußtseinslage der Zeitgenossen als auch für die Konzeption der Ausstellung. An verschiedenen Stellen der Gesolei wurde auf den Ersten Weltkrieg Bezug genommen. Die Vergegenwärtigung des Krieges und seiner Folgen für die deutsche Gesellschaft auf der Gesolei kann als ein Versuch gewertet werden, neben den gesundheitlichen und sozialen auch die psychologischen Kriegsfolgen zu bewältigen. Die Trauer um die Opfer des Krieges war dabei ein zentrales Moment. Auf der Gesolei waren dazu gesonderte Räume ausgewiesen, in denen das Gedenken an die Opfer in sakralen Formen inszeniert wurde. Im „Haus Düsseldorf“ befand sich eine kleine, graublau gehaltenen Kapelle mit einem gotisch-expressionistischen Deckengewölbe, die den Gefallenen der Stadt gewidmet war⁵¹³. Dem schmalen Eingang gegenüber war ein Fresko angebracht, das in der Mitte einen in Tücher gehüllten Leichnam zeigte und zu den beiden Seiten eine Trauernde mit Kind beziehungsweise einen Trauernden. Über dem gemalten Toten hing ein Kreuz und darunter lag ein Kranz.

⁵¹⁰ Max Taut, der jüngere Bruder des bekannten Bauhaus-Architekten, hatte bereits das Haus des ADGB in Berlin erbaut. Vgl. Peht, *Expressionismus*, 85-87. Vgl. Mai, *GESOLEI und PRESSA*, 208-281. Abb. in Schloßmann (Hg.), *Ge-So-Lei*, 777-778.

⁵¹¹ Vgl. Nerdinger, Wilhelm Kreis, 20

⁵¹² Vgl. z.B. F. Gumbert, *Eindrücke von der Gesolei*, in: *Soziale Praxis. Centralblatt für Sozialpolitik* 35 (1926), 716-717: hier 716. „Gediegene Einfachheit und geschmackvolle Anwendung des modernen Baustils kennzeichnen äußerlich in zweckmäßiger, gefälliger Verbindung die Gesolei.“

⁵¹³ Vgl. H. Klute, *Die Sonderausstellungen auf dem Gebiete der öffentlichen Wohlfahrtspflege*, in: Schloßmann (Hg.), *Ge-So-Lei*, Bd. 2, 823-878, hier: 876 m. Abb. 45.

Am Ein- und Ausgang zur Gruppe Militärhygiene war ein mit schwarzem Samt ausgekleideter Ehrenraum eingerichtet, der „in seiner Stimmung an eine Kapelle gemahnte“⁵¹⁴. Eine Plastik stellte zwei nackte Soldaten dar, von denen einer einen Stahlhelm trug, die gerade einen toten Kameraden bergen⁵¹⁵. Der Tote lag die Beine ausgestreckt und die Füße übergeschlagen, die beiden Arme ausgebreitet. Ein Tuch bekleidete seine Hüften und ein Schild hing noch an einem Arm. Abgesehen von der seltsamen Mischung aus antiken und modernen Versatzstücken, abgesehen auch davon, daß der tote Krieger nur mit einem Schild, nicht aber mit Waffen ausgestattet war, entsprach die Plastik dem Bildnistypus einer Kreuzabnahme und verwies damit auf eine sakrale Sphäre. Auf verschiedenen Tafeln im „Ehrenraum“ wurde die Zahl der im Ersten Weltkrieg Gefallenen genannt⁵¹⁶. Den Tafeln waren Illustrationen beigegeben, und eine zeigte zum Thema der im Krieg umgekommenen deutschen Ärzte einen aufgebahrten jungen Soldaten mit Sanitäterabzeichen⁵¹⁷. Der halbrunde Bildausschnitt in der Art eines Tympanons erinnerte an religiöse Bildnisformen.

Diese inszenierte Trauer durch einen mit pseudo-sakralen Weihen versehenen Totenkult konnte durchaus als eine angemessene Form der Bewältigung und Verarbeitung aufgefaßt werden. An prominenter Stelle, in den *Ärztlichen Mitteilungen* des Hartmannbundes, erschien ein Artikel, in dem mit großer Genugtuung zur Kenntnis genommen wurde, daß in Deutschland nun bei der Verehrung der gefallenen „Helden“ auch der Ärzte gedacht werde und sich dies auch auf der Gesolei zeige. Man habe nun wieder verstehen gelernt, was es bedeute: „Dulce et decorum est, pro patria mori“⁵¹⁸.

In der Halle „Soziale Fürsorge“ wurden die gesundheitlichen und demographischen Folgen des Krieges thematisiert. Eine mit gespanntem schwarzen Tuch abgegrenzte Koje war den Opfern der „Hungerblockade“ gewidmet⁵¹⁹. Mit drei Bildern einer Arbeiterfamilie beim Mittagstisch, die die Vorkriegszeit, das Jahr 1916 und die Zeit 1917/18 darstellen sollten, wurde an die Nahrungsmittelknappheit und den Hunger der Kriegsjahre erinnert. Während auf dem ersten Bild die strahlende Mutter ei-

⁵¹⁴ Heinrich [o.Vn.], Der Sanitätsdienst in Heer und Marine während des Weltkrieges 1914 bis 1918, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 2, 601-612, hier: 612.

⁵¹⁵ Sanitäts-Inspektor im Reichswehrministerium an Schloßmann, 23.4. 1926, StAD XVIII 1194, mit einem Photo der Plastik.

⁵¹⁶ Vgl. Heinrich, Sanitätsdienst, 612 u. 610-611 m. Abb. 10 u. 11.

⁵¹⁷ Vgl. ebd., 611 m. Abb. 11.

⁵¹⁸ A. Hoffmann, [ohne Titel], in: *Ärztliche Mitteilungen* 27 (1926), 533. Der Artikel erschien zu der Reproduktion des beschriebenen Bildnisses „Es fielen und starben während des Weltkrieges an Ärzten“

⁵¹⁹ Vgl. Reuter, Sozialfürsorgereiche und sozialhygienische Fragen, 642.

ner sichtlich wohlgenährten Familien die Eintopfschüssel auftrug, saßen im letzten Bild nur noch ausgemergelte Gestalten, die Gesichter mit ihren knöchigen Händen bedeckt, vor ihren leeren Tellern.

Die Erinnerung an die Hungerjahre wurde auch durch eine Ausstellung der damals durchschnittlichen Tages- und Wochenrationen an Lebensmitteln geweckt, die in derselben Halle untergebracht war⁵²⁰. Das Dresdener Hygiene-Museum zeigte darüber hinaus Ersatznahrungsmittel aus dieser Zeit. „Das Taktgefühl der Ausstellung hat uns vor Enthüllungen über Herkunft und Zusammensetzung dieser Ersatzprodukte bewahrt.“⁵²¹ Die Folgen mangelhafter und unzureichender Ernährung wurden dagegen am Beispiel der Übersterblichkeit von Alten während des Krieges illustriert⁵²². Auf die negativen gesundheitlichen Folgen der kriegsbedingten Unterernährung für die körperliche und geistige Entwicklung der davon betroffenen Kinder wurde an anderer Stelle der Ausstellung hingewiesen⁵²³. Eine Bevölkerungspyramide veranschaulichte in der Halle Soziale Fürsorge die Auswirkungen des Krieges auf den demographischen Aufbau der Bevölkerung durch Minderung der männlichen Jahrgänge⁵²⁴. Der im Krieg gefallenen Soldaten war in der erwähnten Kojen durch ein Monument dreier, mit abnehmendem Volumen aufeinandergestapelter Quadrate gedacht, die die Zahl der Gefallenen, der an Krankheit Gestorbenen und der als tot geltenden Vermißten darstellten⁵²⁵.

Ein viertes Bild in dieser Kojen zeigte eine ausgezehnte Mutter, ein Kind auf dem Arm, das andere ängstlich an sie geklammert, vor einem Gräberfeld⁵²⁶. Das Plakat bezifferte die zivilen Opfer der den Alliierten vorgeworfenen „Hungerblockade“ auf 762.796 und suggerierte damit, daß sich die Zahl der umgekommenen Zivilisten, die man der, in Deutschland als illegitime Kriegsführung verurteilten, alliierten Blockade zur Last legte, exakt bestimmen ließe. Damit wurde auf der Ausstellung die Propaganda der Kriegszeit und der frühen Nachkriegszeit wieder aufgegriffen und ein sehr bequemes Deutungsmuster perpetuiert, daß alle Schuld dem Kriegsgegner zuschob, die eigenen Fehler und Versäumnisse aber nicht ansprach. Es war aber nicht nur die Fortsetzung alter Propaganda, denn vor dem Hintergrund aktueller ge-

⁵²⁰ Vgl. ebd.

⁵²¹ H. Murschhauser, Die Ernährung, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 2, 525-539, hier: 537.

⁵²² Vgl. Fraenkel, Wissenschaftliche Abteilungen, 412 m. Abb. 5.

⁵²³ Vgl. Muschhauser, Ernährung, 537.

⁵²⁴ Vgl. Reuter, Sozialfürsorgereisende und sozialhygienische Fragen, 644-645 m. Abb. 5.

⁵²⁵ Vgl. ebd., 642 m. Abb. 3.

⁵²⁶ Vgl. ebd.

sellschaftlicher Diskussionen war diesem Ausstellungsteil eine spezifische Bedeutung in der Gegenwart bestimmt: Die drastische Darstellung der Kriegsfolgen für die gesundheitliche Lage und die demographische Entwicklung sollte die zunehmend vor allem von seiten der Wirtschaft kritisierte Expansion des Fürsorgewesens legitimieren, die der eigentliche Gegenstand dieser Abteilung war⁵²⁷.

Im Mittelpunkt der Erinnerung an den verlorenen Krieg stand auf der Gesolei die Gruppe „Gesundheitspflege und Krankenversorgung durch Heer und Marine im Kriege 1914/18“. Sie war in den ersten Entwürfen Schloßmanns⁵²⁸ noch nicht vorgesehen gewesen, aber schon am 5.12. 1924 stellte der Vorstand der Gesolei eine Ausstellung der „Grosstaten“ der Heeresverwaltung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens während des Krieges in Aussicht, als er beim Reichswehrministerium um Unterstützung des Düsseldorfer Projektes im Kabinett anfragte⁵²⁹. Schloßmann selbst war ja im Krieg in verantwortlicher Stellung im Heeressanitätswesen tätig gewesen, hatte im Oktober 1914 an der Westfront ein Seuchenlazarett aufgebaut und später die Leitung eines Feldlazarettes übernommen⁵³⁰. Der Aufbau der Gruppe erfolgte dann in enger Kooperation mit dem Reichswehrministerium.

Die Gruppe war in zwei Themenkomplexe unterteilt, die jeweils die Leistungen von Heeres- und Marinesanitätswesen gebührend herausstellen sollten:

„Die Darstellung durfte nicht darauf ausgehen, Schrecknis und Grauen zu erregen und ungerechtfertigter Sensationslust Nahrung zu geben, sondern sollte und mußte ein sachliches, nüchternes Bekenntnis der Dankbarkeit und Bewunderung bilden für das, was geleistet worden ist.“⁵³¹

Die Abteilung des Heeressanitätswesens war in zwei Abschnitte unterteilt, die die Hygiene und die Krankenversorgung im Krieg zeigten⁵³². Unter Hygiene wurde die Ernährung der Soldaten, der Bau von Truppenunterkünften, die Probleme der Wasserversorgung und -aufbereitung, sowie Wäsche und Körperpflege anhand von Photos, Diapositiven, Bildern, Modellen, Plänen und Gerätschaften vorgeführt. Den Schwerpunkt bildete hier allerdings die Seuchenbekämpfung. Dazu waren zum einen die technischen Voraussetzung von Prävention und Bekämpfung ausgestellt: ver-

⁵²⁷ Vgl. ebd., 637 u. 642.

⁵²⁸ „Vorläufiger Plan für eine Hygiene-Ausstellung in Düsseldorf“, o.D. o.U., StAD XVIII 1295 [ca. 1.10. 1924]; „Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen“, o.D. o.U., StAD III 683 [ca. 16.10. 1924].

⁵²⁹ Poensgen u. Lehr an Reichswehrminister, 5.12. 1924, StAD III 683.

⁵³⁰ Vgl. Haberling, Arthur Schloßmann, 20-21.

⁵³¹ Heinrich, Sanitätsdienst, 601.

schiedene bakteriologische Laboratorien in unterschiedlicher Größe, Desinfektions- und Entlausungsapparate. Zum anderen wurden die Erfolge von Bakteriologie und Hygiene bei der Seuchenbekämpfung graphisch dargestellt. Bilder und Tabellen veranschaulichten, wieviel günstiger sich die Seuchenmortalität gegenüber den Kriegen der Vergangenheit verhalten habe. Insbesondere wurde auf die Erfolge von Schutzimpfung und Serumtherapie hingewiesen⁵³³. Die Ausstellung wurde ergänzt durch zahlreich Merkblätter, die auf Vorsichtsmaßnahmen zur Verhütung von Ansteckungen mit Typhus, Cholera, Fleckfieber oder Geschlechtskrankheiten hinwiesen⁵³⁴.

In dem Abschnitt zur Hygiene wurde schließlich auch noch die Behandlung der Kriegsgefangenen dargestellt. Es wurde auch hier auf die Erfolge der Impfung verwiesen, ferner wurde ein Vergleich der Ernährung von 78 Kriegsgefangenen in Göttingen mit der von 78 dortigen Arbeitern vorgeführt, die ergab, daß die Kriegsgefangenen mehr Kalorien erhalten hätten⁵³⁵. Dieses positive Bild wurde ergänzt durch Photographien, die die hygienische Anlage der Kriegsgefangenenlager zeigten. Zehn Photos waren ausgestellt zum Thema „Sport und Unterhaltung im Kriegsgefangenenlager“⁵³⁶. Mit der besonderen Betonung einer humanen Behandlung der Gefangenen argumentierte man implizit gegen den von der alliierten Propaganda während des Krieges erhobenen Vorwurf, deutsche Truppen wären, nach einem Wort Wilhelms II., als grausame und barbarische Hunnen anzusehen.

Auf den Abschnitt zur Hygiene beim Heer folgte die Darstellung der Krankenversorgung bei Heer und Marine. In der Heeresabteilung wurden die Ausrüstung von Ärzten und Sanitätern im Felde ausgestellt und Photos von Lazaretten und Lazarettzügen gezeigt⁵³⁷. Auf über 200 Diapositiven wurde der Weg eines Verwundeten von seiner Bergung bis zum Rücktransport in das Reich rekonstruiert⁵³⁸. Eine Tafel teilte den Besuchern mit, 97% der Eingelieferten hätten die Lazarette lebend verlassen⁵³⁹. Der Arzt und Sozialist Max Hodann kommentierte zynisch: „Die Abteilung des Heeresanitätswesens beruhigt uns voll und ganz darüber, daß im nächsten Krieg etwa

⁵³² Zum Aufbau der Gruppe Heeresanitätswesen vgl. „Landheer“, 14 S., o.D., StAD XVIII 1194.

⁵³³ Eine Aufstellung zahlreicher gezeigter Objekte, die von der Modellbilderei angefertigt worden waren, findet sich in: Schreiben an Reichswehrministerium, 6.7. 1926, o.U., StAD XVIII 1194.

⁵³⁴ „Landheer“, S. 4, StAD XVIII 1194

⁵³⁵ Vgl. Heinrich, Sanitätsdienst, 605 m. Abb. 5.

⁵³⁶ „Landheer“, S. 5, StAD XVIII 1194; vgl. allg. Heinrich, Sanitätsdienst, 601-608.

⁵³⁷ ebd., S. 6-12.

⁵³⁸ Vgl. Heinrich, Sanitätsdienst, 608.

⁵³⁹ Vgl. Schreiben an Reichswehrministerium, 6.7. 1926, S. 2, o.U., StAD XVIII 1194; Vgl. O. Neustätter, Die große Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen, Düsseldorf 1926, in: MMW 73 (1926), 1278-1281, hier: 1280.

für unsere zerschossenen Glieder und giftgasgeschwollenen Leiber nicht genügend gesorgt sein könnte.“⁵⁴⁰

Auch in der Marineabteilung wurden ärztliche Ausrüstung und Krankentransport gezeigt⁵⁴¹. Die große Attraktion der Abteilung waren aber die originalgetreuen Rekonstruktionen der Räume eines Schiffslazaretts. Die Lazareträume lagen bei Kriegsschiffen auf dem relativ ungeschützten Oberdeck, während sich die Gefechtsverbandsräume, die während des Kampfes benutzt wurden, an den gepanzerten unteren Decks befanden. Auch diesen Sachverhalt versuchte man auf der Gesolei wiederzugeben, und so konnte man vom „Lazaretraum“ im Erdgeschoß des Kunstmuseums eine kleine Treppe hinunter in den Keller zum „Gefechtsverbandsplatz“ steigen⁵⁴². Über der Kellertreppe, die „annähernd die Verhältnisse einer Schiffstreppe vortäuschen konnte“⁵⁴³, war ein Bild mit dem Titel „Stabsarzt, wir sinken“ angebracht. Die Führer von Besuchergruppen waren gehalten, hier „einige Ausführungen über [die] Erfüllung der Berufspflichten selbst in höchster Gefahr“ anzubringen⁵⁴⁴. Ein Sanitätsunteroffizier achtete auf peinlichste Sauberkeit, damit den Besuchern kein „unmilitärisches Bild“ präsentiert werde⁵⁴⁵.

Weit entfernt von der behaupteten ‘Sachlichkeit’ und ‘Nüchternheit’ der Abteilung Militärhygiene, zeigt sich in der Gestaltung des Schiffslazaretts eine Tendenz, den Krieg für den Besucher als Erlebnis zu inszenieren. In diesem Sinne wurden auch zwei Dioramen gestaltet⁵⁴⁶. Das eine ließ den Besucher den Gefechtsverbandsraum eines mechanisch bewegten Kriegsschiffes einsehen⁵⁴⁷. Das andere Diorama hatte die Krankenversorgung im Stellungskrieg zum Thema⁵⁴⁸. Von einem im unteren Teil im Durchschnitt gezeigten Sanitätsunterstand fiel der Blick auf ein Schlachtfeld, und im Hintergrund war das brennende Peronne zu erkennen. Das Modell war mechanisch in Bewegung gehalten und allerlei Licht- und Toneffekte sorgten für die möglichst realistische Nachahmung von Lichtkugeln und Granateinschlägen⁵⁴⁹.

⁵⁴⁰ M. Hodann, Kritisches zur ‘Gesolei’, in: Der sozialistische Arzt 2 (1926), Nr. 2/3, 2-5, hier: 4.

⁵⁴¹ Vgl. allg. Heinrich, Sanitätsdienst, 608-612.

⁵⁴² Vgl. ebd., 610-611.

⁵⁴³ Ebd., 611.

⁵⁴⁴ Vgl. „Offizielle Führungsanweisung für den Besuch der ‘Gesolei’ durch geschlossene Schülerverbände“, o.O. o.J. [Düsseldorf 1926], 16 S., hier: 8, UuLBD M III 817 (Gesolei. Kleine Druckschriften).

⁵⁴⁵ SanUffz Bauer an Liesegang, 10.6. 1926, StAD XVIII 1194. Der Unteroffizier hatte sogar die Zeit auf die Sekunde gestoppt, die die Putzfrauen zum Reinigen der Räume benötigten.

⁵⁴⁶ Schreiben an Reichswehrministerium, 6.7. 1926, StAD XVIII 1194.

⁵⁴⁷ Vgl. Heinrich, Sanitätsdienst, 612.

⁵⁴⁸ Vgl. ebd., 607-608.

⁵⁴⁹ Vgl. auch Hodann, Die Gesolei und wir, 352.

Bei den Vorbereitungen zur Ausstellung zeigte sich Schloßmann von den Ideen zu diesen Dioramen „begeistert“ und hoffte, sie würden eine der Attraktionen der Gesolei überhaupt bilden⁵⁵⁰. Darüber hinaus schlug er vor, „in natura ein Stück Schützengraben mit anschließendem Sanitätsunterstand bauen zu lassen, durch den das Publikum hindurchkriechen kann.“⁵⁵¹ Ein Problem bereitete noch die Beschaffung von geeigneten Puppen, die die Sanitäter darstellen sollten. Der Leiter der Modellbilderei Liesegang mußte feststellen, das die handelsüblichen Puppen „alle süßlich und entsetzlich und gerade zur Bekleidung mit militärischer Uniform“ absolut unbrauchbar seien und man wohl nicht umhin kommen werden selber Puppen zu modellieren, um diesen Figuren eine „einigermaßen würdige Note“ zu geben⁵⁵². Nachdem bereits die Puppen für einen Sanitätsoffizier und einen -unteroffizier sowie einen Krankenträger gefertigt worden waren⁵⁵³, beschloß man noch, in den Unterstand solle „ein verwundeter Franzose, oder besser noch ein Russe hineingelegt werden, damit das nicht nur wie deutsche Hilfe aussieht“⁵⁵⁴ Der Graben wurde dann später unmittelbar hinter dem Ehrenhof, zwischen Kunstmuseum und „Haus Henkel“, ausgehoben⁵⁵⁵ und stellte eine große Attraktion dar⁵⁵⁶.

Nicht zuletzt aufgrund ihrer Attraktionen war die Gruppe „Militärhygiene“ gut besucht⁵⁵⁷. Die beweglichen Schlachtenmodelle waren ein Faszinosum für die Besuchermassen⁵⁵⁸, und die Nachbildungen des Schiffslazarets und des Sanitätsunterstands ermöglichten es dem Besucher, in eine imaginierte Welt einzutauchen, die „Krieg“ vorstellen sollte. Der Effekt, der hier erreicht werden sollte, zielte nicht auf Aufklärung, sondern auf sinnliches Nacherleben: „Ein neben dem Gebäude im Freien eingegrabener Sanitätsunterstand führte uns mit packender Gewalt an die Grenze des Miterlebens“⁵⁵⁹. Dabei wurde der breiten Öffentlichkeit immer nur vorgeführt, auf welche Weise für Verwundete gesorgt worden war, das menschliche Leid aber blieb ausgeblendet. Es gab allerdings ein Kabinett zu „Kriegsverletzungen und Wiederher-

⁵⁵⁰ Protokoll einer Besprechung mit den Vertretern des Reichswehrministeriums und der Ausstellungsleitung in Düsseldorf, 15.10. 1925, o.U., StAD XVIII 1194.

⁵⁵¹ Ebd.

⁵⁵² Liesegang an Heinrich, 23.7. 1926, StAD XVIII 1194;

⁵⁵³ Rechnung der Fa. Schöndorf, 14.4. 1926, StAD XVIII 1194.

⁵⁵⁴ Schloßmann: Besprechung mit Haberling u. Liesegang, 16.4. 1926, StAD XVIII 1194.

⁵⁵⁵ Vgl. „Lageplan der großen Ausstellung Düsseldorf 1926. Gesolei“, in: Teich-Balgheim, Beilage (Nr. 22 c).

⁵⁵⁶ Vgl. Kühne [o.Vn.], Ein Besuch Düsseldorfs und der ‘Gesolei’, in: Die Irrenpflege 30 (1926), 145-151, hier: 148.

⁵⁵⁷ Liesegang an Pflugmacher, 7.7. 1926, StAD XVIII 1194; Liesegang an Heinrich, 3.7. 1926, StAD XVIII 1194; Heinrich, Sanitätsdienst, 611.

⁵⁵⁸ Vgl. Heinrich, Sanitätsdienst, 607.

⁵⁵⁹ Teich-Balgheim, in: ders., Gesolei in Wort und Bild, 41.

stellungschirurgie“. Der Eingang war mit einem schweren Vorhang bedeckt, und über der Tür hing ein Schild mit der Aufschrift: „Kriegsverletzungen. Nur für Ärzte. Dieser Raum enthält streng wissenschaftliches Material und das Publikum wird vor der Besichtigung gewarnt. Personen unter 18 Jahren ist der Eintritt strengstens verboten.“⁵⁶⁰ Der Zugang wurde Laien zwar nicht verwehrt, doch sollten sie zumindest abgeschreckt werden⁵⁶¹.

An den Wänden des Kabinetts befanden sich über 100 Diapositive, die die Erfolge der „Wiederherstellungschirurgie“ bei „Schwerverstümmelten“ zur Anschauung brachten⁵⁶². Weiterhin wurden anatomisch-pathologische Präparate ausgestellt, die die schwersten Kriegsverletzungen zeigten. Ein Beispiel aus den dazugehörigen Erläuterungen:

„ [...] Heilungsverlauf einer Gehirnverletzung durch Art[illerie]-Geschoss. Operative Reinigung von Knochensplintern und zertrümmerten Gehirnteilen. 5 Tage bewußtlos. Sehstörungen. Unterabteilung: Starkes Hervorquellen des Schädelinhaltes. Entlassungsbefund 1 Jahr nach der Verletzung: Sehstörung, Herabsetzung der groben Kraft nach der rechten Seite, Verlangsamung des Denkens, Teilnahmslosigkeit, Gedächtnis- und Merkfähigkeitsschwäche. Dauernd erwerbsunfähig.“⁵⁶³

Besuchende Ärzte konnten in der kriegspathologischen Sammlung vor allem die Erfolge medizinischer Kunst erblicken⁵⁶⁴, während andere darin die Schrecken des Krieges erkannten:

„Darstellungsgegenstand ist der Fortschritt der ärztlichen Kunst bei Kriegsverletzungen. Diese Kunst zeigt zweifellos Hoch- und Höchstwertiges. Doch all das tritt zurück vor der grauenhaften Fratze des Krieges, die hier hinter allem und jedem hervorgrinst. Wer hier einen Blick getan auf die entsetzlichen Verstümmelungen des menschlichen Körpers, wer Zeuge wird der Wirkung fleischzerfetzender Granatstücke und knochensplitternder Gewehrketten, wer die im Felde gefrorenen Gliedmaßen betrachtet und die gräßlichen Entstellungen durch Giftstoffe sieht, [...] der fühlt, daß alles getan werden muß, um eine Entfesselung solcher Kräfte nach Möglichkeit zu verhüten.“⁵⁶⁵

⁵⁶⁰ Zit. nach: Hodann, Kritisches zur 'Gesolei', 4.

⁵⁶¹ Vgl. „Die große Schau. Eindrücke von der Gesolei“, in: Jan Wellem 1 (1926), 15-18, 64-66, 88-90, 115-117, hier: 17-18.

⁵⁶² Vgl. Heinrich, Sanitätsdienst, 608.

⁵⁶³ „Moulagen ausgeführt von Dr. Poller“, 3 S., StAD XVIII 1194. Diese Liste enthält 26 Posten.

⁵⁶⁴ Vgl. A. Gärtner, Die Gesolei in Düsseldorf, in: Gesundheits-Ingenieur 49 (1926), 373-376, hier: 373-374; Diebel-Reuter [o.Vn.], Die Gesundheitspflege auf der Gesolei, in: DMW 52 (1926), 1436-1437, hier: 1437.

⁵⁶⁵ Vgl. „Die große Schau“, 17.

In unterschiedlichen Formen wurde auf der Gesolei Bezug auf den Krieg genommen. Zum einen wurde in pathetischer Weise die Trauer um die Opfer beschworen und in einem ritualisierten Totenkult inszeniert. Zum anderen wurden die Leistungen des deutschen Militärs herausgestellt, das zwar den Krieg verloren, sich aber im Kampf gegen die Bakterien und Seuchen hervorragend geschlagen hatte. Damit war drittens die Gestaltung des Krieges als Ereignis und Faszinosum für die Besucher verbunden, die die Gelegenheit erhielten, in einer die Realität vortäuschenden Kulisse eine inszenierte Kriegswirklichkeit zu erleben. Zwischen samtigem Trauerflor und Schützengrabenerlebnis aber verlor sich die grausame Realität des Krieges, die auf ein Kabinett des Schreckens zusammenschrumpfte, in dem die chirurgische Zunft ihr Handwerk vorstellte. Es war auf der Gesolei nicht gelungen, und wurde auch nicht beabsichtigt, einen Weg zu weisen, der die psychologische Bewältigung des Krieges jenseits der tradierten Formen ermöglicht.

5.5 Tropenhygiene und Kolonialrevisionismus

Die Gruppe „Kolonialhygiene und Krankheiten warmer Länder“ stand politisch ganz im Zeichen des Kolonialrevisionismus⁵⁶⁶ und befand sich damit in thematischem Zusammenhang mit den Gruppen, die sich mit dem Krieg und seinen Folgen beschäftigten. Zudem war die Kolonialhygiene in räumlicher Nähe zur Militärhygiene im Kunstmuseum untergebracht. Beide Gruppen sollten die Leistungen der Deutschen auf den Gebieten zeigen, auf denen sie mit dem verlorenen Krieg, der Reduzierung der Armee und dem Verlust der Kolonien schwere Niederlagen erlitten hatten.

Ähnlich wie auch die Militärhygiene war auch die Tropenhygiene in den ersten Entwürfen Schloßmanns nicht vorgesehen. Im Frühjahr 1925 nahm Schloßmann dann Kontakt zum *Hamburger Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten* und zu dem Münchner Pathologen Dürck auf, die gemeinsam eine deutsche tropenhygienische Abteilung auf der vom Papst einberufenen internationalen Missionsausstellung

⁵⁶⁶ Vgl. allg. H. Gründer, *Geschichte der deutschen Kolonien*, Paderborn/München ²1991, 213-233; A. Rüger, *Das Streben nach kolonialer Restitution in den ersten Nachkriegsjahren*, in: H. Stoecker (Hg.), *Drang nach Afrika. Die deutsche koloniale Expansionspolitik und Herrschaft in Afrika von den Anfängen bis zum Verlust der Kolonien*, 2. überarb. Aufl., Berlin 1991, 262-283; W.U. Eckart, *Die Medizin und das „Größere Deutsch-*

in Rom leiteten. Dürck erklärte sich bereit, an führender Stelle beim Aufbau einer tropenhygienischen Abteilung in Düsseldorf mitzuwirken. Ein höchstwahrscheinlich aus dieser Zeit stammender erster Entwurf sah die Gliederung in zwei Untergruppen vor: Die „Tropenhygiene“ sollte Ernährung, Kleidung, Wasserversorgung, Wohnung und andere Krankenfürsorge behandeln, und anschließend sollten die „Fremdländischen Krankheiten“ zur Darstellung kommen⁵⁶⁷. Der koloniale Aspekt, der diese Gruppe in ihrem Erscheinungsbild so nachhaltig prägen sollte, fehlte hier noch.

Am 21. Mai 1925 stellte Schloßmann der großen Hygieniker-Versammlung in Düsseldorf, auf der das Programm für die Hauptabteilung „Gesundheitspflege“ beraten wurde, die Konzeption der tropenhygienischen Abteilung vor: Es solle in der Ausstellung ganz klar zum Ausdruck gebracht werden, daß das Land, dem die Kolonien entzogen worden sind, am meisten für die Hygiene in den Kolonien geleistet habe. Deshalb sei geplant, eine große, „absichtlich chauvinistische“ Gruppe zu bilden, die etwa 1200 qm Raum beanspruchen werde⁵⁶⁸.

Daraufhin erklärte sich das Hamburger Tropeninstitut bereit, die Leitung der Gruppe auf der Gesolei zu übernehmen, allerdings nur, wenn Dürck, mit dem man sich in Rom überworfen hatte, ausgeschaltet werde⁵⁶⁹. Das Institut war durch den Verlust der Kolonien im Weltkrieg schwer getroffen worden, zumal daraufhin auch die Reichsmittel gekürzt worden waren, und trat seitdem propagandistisch für die Wiedergewinnung der ehemaligen deutschen Schutzgebiete ein⁵⁷⁰. Für die Entscheidung des Instituts, sich trotz geringer finanzieller Mittel an der Gesolei zu beteiligen, war maßgeblich, daß hier der „koloniale Gedanke Deutschlands“ im Vordergrund stehen solle⁵⁷¹. Schloßmann versicherte dem zögerlichen Institutsleiter Bernhard Nocht nochmals schriftlich, man wolle mit der tropenhygienischen Abteilung „via Wissenschaft auf die Bedeutung der Kolonien für Deutschland und auf das Unrecht, was uns nach dieser Richtung geschehen ist, hinweisen“⁵⁷².

land“. Kolonialpolitik und Tropenmedizin in Deutschland, 1884-1914, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 13 (1990), 129-139.

⁵⁶⁷ „Tropenhygiene und fremdländische Krankheiten“, o.D. o.U., StAD XVIII 1094.

⁵⁶⁸ M. Fraenkel: „Niederschrift über die Hygienikertagung“ v. 21.5. 1926, o.D., StAD XVIII 1063. Schloßmann schwächte handschriftlich „absichtliche chauvinistische“ in „das Deutschtum betonende“ ab.

⁵⁶⁹ Mayer an Bürgers, 26.5. 1925, StAD XVIII 1271.

⁵⁷⁰ Vgl. L. Weiß, Tropenmedizin und Kolonialpolitik. Das Hamburger Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten 1918-1945, in: 1999. Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts 7 (1992), H. 4, 38-61, bes. 40-43.

⁵⁷¹ Taute an Schloßmann, 23.1. 1926, StAD XVIII 1094. Darin ein längerer Auszug aus einem Brief des Institutsleiters Nocht an Taute, in der er seine Beweggründe darlegt. Diesem Auszug ist das Zitat entnommen.

⁵⁷² Schloßmann an Nocht, 5.9. 1925, StAD XVIII 1271.

Die Ausstellungsleitung gab dem renommierten Tropeninstitut den Vorzug vor Dürck, zumal das Institut, das weiterhin Reichsmittel erhielt, aus Berlin unterstützt wurde⁵⁷³. Der Aufbau der Abteilung erfolgte dann unter der Leitung des Instituts in Kooperation mit dem Reichsgesundheitsamt. Das Institut stellte dazu Friedrich Fülleborn ab, der bereits die tropenhygienische Abteilung auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung 1911 in Dresden geleitet hatte. Fülleborn, der im Jahre 1901 von der Kolonialabteilung des Auswärtigen Amts an das Tropeninstitut entsandt und hier 1920 übernommen worden war, war ein engagierte Verfechter kolonialpolitischer Revision⁵⁷⁴. Unter seiner Ägide wurde aus der anfangs geplanten Gruppe „Tropenhygiene“ die Gruppe „Kolonialhygiene“, die als ersten Abschnitt die „Hygienische Fürsorge in den deutschen Kolonien“ zeigte⁵⁷⁵. Unterstützt wurde Fülleborn dabei von dem Obergeneralsarzt Steudel vom Auswärtigen Amt und von dem Ministerialrat im Reichsministerium des Innern Max Taute⁵⁷⁶. Taute hatte sich seit 1907 in Ostafrika mit der Erforschung und Bekämpfung der Schlafkrankheit beschäftigt, diente im Weltkrieg als Feldhygieniker und Leiter des Sanitätsdiensts in Deutsch-Ostafrika und trat 1919 in das Innenministerium ein⁵⁷⁷. Aus dem Kompetenzbereich des Reichsinnenministeriums wurde weiterhin Paul Manteufel aus dem Reichsgesundheitsamt hinzugezogen, der ebenfalls als Hygieniker von 1909 bis 1917 bei der deutschen Schutztruppe gedient hatte⁵⁷⁸. Das Reich zeigte somit großes Interesse vor allem an dem kolonialpolitischen Aspekt der tropenhygienischen Abteilung der Gesolei und das Auswärtige Amt gab sogar eine geringe finanzielle Unterstützung⁵⁷⁹.

Fülleborn wandte sich in der Konzeption der Gruppe vor allem gegen die sogenannte „Kolonialschuldfrage“, den von England und Frankreich erhobenen Vorwurf, Deutschland könne die Kolonien nicht verwalten und habe in seinem zivilisatorischen Auftrage versagt⁵⁸⁰. Auch wenn diese Vorwürfe im wesentlichen taktischer Natur waren und die Inbesitznahme der ehemaligen deutschen Schutzgebiete durch die Briten und Franzosen gegenüber dem von dem amerikanischen Präsidenten Wil-

⁵⁷³ Bürgers an Mayer, 12.6. 1926, StAD XVIII 1271; Schloßmann an Nocht, 5.9. 1925, StAD XVIII 1271; Schloßmann an Dürck, 17.10. 1925, StAD XVIII 1094.

⁵⁷⁴ Fülleborn an Schloßmann, 15.6. 1926, StAD XVIII 1271.

⁵⁷⁵ Fülleborn an Schloßmann, 15.3. 1926, StAD XVIII 1271.

⁵⁷⁶ Entwurf über Personalbesetzung, o.D. o.U., StAD XVIII 1094 (Anfang 1926).

⁵⁷⁷ Vgl. Labisch/Tennstedt, Der Weg zum GVG, Bd. 2, 504-505.

⁵⁷⁸ Vgl. P. Umbach, Die Geschichte des Instituts für Hygiene an der Universität Düsseldorf, med. Diss. Düsseldorf 1969, 28. Manteufel war von 1927 bis 1939 Leiter des Hygienischen Instituts an der Medizinischen Akademie Düsseldorf

⁵⁷⁹ Taute an Schloßmann, 23.1. 1926, StAD 1094; Taute an Schloßmann, 10.2. 1926, StAD XVIII 1094; Schloßmann an Ahn, 20.10. 1925, StAD XVIII 1094.

son in Vorschlag gebrachten Schlichtungsverfahren legitimeren sollten, wurden die Deutschen in ihrem Selbstverständnis tief getroffen. Tatsächlich hatte das Reich seit den Reformen des Staatssekretärs des Kolonialamts Dernburg (1907-1910) bis 1914 in der Verwaltung der überseeischen Territorien einen Standard erreicht, der dem von England und Frankreich Geleistetem vergleichbar war⁵⁸¹. Der Nachweis der deutschen Leistungen in der Verwaltung der Kolonien wurde so zu einem zentralen Argument des Kolonialrevisionismus der Nachkriegszeit⁵⁸². Dementsprechend erklärte Fülleborn, „die mustergültige hygienische Eingeborenenfürsorge in unseren früheren Kolonien“ sei die beste Widerlegung der Behauptung, „wir hätten unsere farbigen Schutzbefohlenen so schlecht behandelt, daß es Pflicht der Menschlichkeit gewesen sei, sie von unserem Joche zu befreien, um sie humaneren Nationen anzuvertrauen“⁵⁸³. Es solle gezeigt werden, daß Deutschland für das, was es in seinen Kolonien in der Gesundheitspflege geleistet habe, keine noch so scharfe Kritik zu scheuen brauche⁵⁸⁴.

Bevor der Besucher in die tropenhygienische Ausstellung der Gesolei gelangte, betrat er eine geschmückte Vorhalle. Hier war ein 15 Meter langer Fries angebracht, der in drei Bildern Ansichten aus ehemaligen deutschen Kolonien zeigte: die Bucht von Kamerun, Daressalam und einen Archipel in der Südsee⁵⁸⁵. In einem Nebenraum hatte die Rheinische evangelische Mission ausgestellt und rechts davon befand sich der mit zwei Fetischen auf der Südsee flankierte Haupteingang zur tropenhygienischen Ausstellung⁵⁸⁶. Dorthin konnte man auch durch einen Nebeneingang gelangen, der links des Haupteingangs den Besucher zunächst in einen „Ehrenraum“ führte, der dem Wirken Robert Kochs als Tropenhygieniker gewidmet war. Der Raum war abgedunkelt, und in zwei beleuchteten Schaukästen (Dioramen) waren mit Figuren und allerlei Dekoration Szenen nachgestellt, die Koch in Ostafrika und in Indien darstellen sollten. Gegenüber waren mehrere Diapositive in die Wand eingelassen, die Kochs Wirken in Ägypten, Afrika und „bei den Kannibalen der Südsee“⁵⁸⁷ zeigten.

⁵⁸⁰ Vgl. Gründer, Geschichte der deutschen Kolonien, 217.

⁵⁸¹ Vgl. D.K. Fieldhouse, Die Kolonialreiche seit dem 18. Jahrhundert, Frankfurt a.M. 1965, 325-328.

⁵⁸² Vgl. Gründer, Geschichte der deutschen Kolonien, 217.

⁵⁸³ Vgl. F. Fülleborn, Kolonialhygiene und Krankheiten warmer Länder, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 2, 577-599, hier: 577.

⁵⁸⁴ Vgl. ebd., 582.

⁵⁸⁵ Liesegang an Schloßmann, 1.5. 1926, StAD XVIII 1271.

⁵⁸⁶ Vgl. dazu Fülleborn, Kolonialhygiene, 579 (Lageplan) u. 581.

⁵⁸⁷ Ebd.

In diesem „weihevollen Raume“⁵⁸⁸ befand sich schließlich noch ein Diorama „seiner stimmungsvollen Gruft“⁵⁸⁹ im Institut für Infektionskrankheiten in Berlin, die seine Asche barg.

Nachdem auf diese Weise die Leistungen der deutschen Forschung anhand des berühmten Bakteriologen vorgeführt worden waren, konnte man aus dem „Ehrensaum“ in die Ausstellung der „Deutschen Kolonial-Hygiene“ treten, die den Anfang der Tropenhygiene bildete. Dort war ein Schutztruppenzelt mit der ärztlichen Reiseausrüstung aufgebaut, und darüber wurde in einem Triptychon das Wirken deutscher Ärzte zum Wohle der indigenen Bevölkerung dargestellt. In der Mitte der Bilder stand jeweils der deutsche Kolonialarzt mit Tropenhelm und Uniform, umgeben von dunkelhäutigen Afrikanern. Auf dem rechten Bild wurde die Pestbekämpfung durch die „Vertilgung“ von Ratten gezeigt, die auf einem Scheiterhaufen verbrannt wurden. In der Mitte führte ein Arzt Schutzpockenimpfungen an Afrikanern durch, und links davon wurde die Bekämpfung der Schlafkrankheit dargestellt. Die Bildunterschrift „Germanin-Einspritzung“ ist allerdings im Erinnerungswerk von 1927 wegetuschiert worden⁵⁹⁰, weil dieses Bayer-Produkt, für dessen Erprobung das Hamburger Tropeninstitut in den zwanziger Jahren auch internationale Beachtung fand, in den Kolonie gar nicht eingesetzt werden konnte, da es seinerzeit noch gar nicht entwickelt worden war⁵⁹¹. Mit weiteren Bildern, Modellen, Karten und Photos sollten dem Besuchern die Wohltaten deutscher Kolonialpolitik für die indigene Bevölkerung auf dem Gebiet der Gesundheitspflege vorgeführt werden, wobei man zugleich darauf hinwies, wie sehr sich die Situation nach dem Verlust der Schutzgebiete verschlechtert habe⁵⁹².

Zusätzlich war eine kleine Nische eingerichtet, „die wohl kein Deutscher ohne tiefe innere Bewegung betrachten konnte. Sie war der Erinnerung an ein unvergängliches Zeugnis deutschen Heldentums und unbeugsamer Pflichttreue gewidmet: an v.Lettow-Vorbeck und seine kleine Schar ...“⁵⁹³. Während Togo, Kamerun und Deutsch-Südwestafrika bis Anfang 1916 von feindlichen Truppen erobert worden waren, kämpfte die deutsche Kolonialtruppe in Deutsch-Ostafrika unter der Führung

⁵⁸⁸ Ebd.

⁵⁸⁹ Fülleborn an Schloßmann, 15.3. 1926, StAD XVIII 1271.

⁵⁹⁰ Vgl. die Abb. bei den Druckvorlagen in: StAD XVIII 1288 „Ausstellungswerk Artikel: Kolonialhygiene und Krankheiten warmer Länder“ mit Abb. 5 bei Fülleborn, Kolonialhygiene, 583.

⁵⁹¹ Vgl. Weiß, Tropenmedizin und Kolonialpolitik, 44.

⁵⁹² Vgl. Fülleborn, Kolonialhygiene, 584.

⁵⁹³ Ebd.

Lettow-Vorbecks bis zuletzt gegen einen zahlenmäßig überlegenen Gegner. Allerdings sah sich Lettow-Vorbeck im November 1917 gezwungen, den Boden der deutschen Kolonie zu verlassen. Er marschierte dann plündernd durch Mozambique und später durch Nordrhodesien⁵⁹⁴. Erst nachdem in Europa der Waffenstillstand geschlossen worden war, kapitulierte er am 13.11. 1918. Bei seiner Rückkehr zog er am 2. März 1919 in Berlin mit seiner Truppe feierlich ein und wurde wie ein Sieger gefeiert, verkörperte er doch wie kaum ein anderer Feldherr den Mythos, die deutschen Truppen seien im Felde unbesiegt geblieben⁵⁹⁵. Wegen seiner Teilnahme am Kapp-Putsch wurde er 1920 aus der Armee entlassen⁵⁹⁶. Es wurde hier also ein höchst problematischer Kriegsheld gefeiert, der offen gezeigt hatte, daß er kein Mann der Republik war.

Die Gestaltung der Gedenkecke übernahm der Mitarbeiter des Hamburger Tropeninstituts Kudicke, der den Feldzug Lettow-Vorbecks mitgemacht hatte⁵⁹⁷. Ein Diorama, verschiedene Photos und Präparate zeigten Arzneiversorgung, Bekleidung und Ernährung der Truppe. In der Mitte der Wand war in Augenhöhe ein Photo Lettow-Vorbecks angebracht und darüber stand in Frakturschrift: „Allen Gewalten zum Trotz“. Ein Diorama zeigte die Truppe auf dem Marsch, und links davon befand sich eine Bronzefigur eines afrikanischen Soldaten der deutschen Schutztruppe. Diese „Askaris“ hatten das Hauptkontingent der deutschen Kolonialstreitmacht gebildet, die von deutschen Offizieren geführt worden war. In einer von Fülleborn verfaßten Schrift, die als Führungsanweisung durch die Gruppe diente und auch an interessierte Besucher ausgegeben wurde, hieß es dazu:

„Daneben sehen wir die Bronzefigur eines Askaris unserer tapferen Schutztruppe, die ‘dem Andenken an unsere braven Schwarzen’ gewidmet ist: durch unerschütterliche Treue in Not und Tod haben sie uns bezeugt, dass sie uns nicht nur achteten, sondern uns auch aufrichtig zugehört waren, keineswegs aber ihre Bedrücker in uns sahen. (Nicht nur die ostafrikanischen Eingeborenen, sondern auch die von Kamerun und Togo sehnen sich nach ihren deutschen Herren zurück!).“⁵⁹⁸

⁵⁹⁴ Vgl. F. Ansprenger, *Auflösung der Kolonialreiche*, München 1981, 30.

⁵⁹⁵ Vgl. Rüger, *Das Streben nach kolonialer Restitution*, 268.

⁵⁹⁶ Vgl. J. Erger, *Der Kapp-Lüttwitz-Putsch. Ein Beitrag zur deutschen Innenpolitik 1919/20*, Düsseldorf 1967, 184.

⁵⁹⁷ Fülleborn an Schloßmann, 15.3. 1926, StAD XVIII 1271.

⁵⁹⁸ F. Fülleborn: „Kolonialhygiene und Krankheiten warmer Länder auf der ‘Gesolei’ 1926“, 8 S., o.O. o.D., StAD XVIII 1094, hier: S. 4. Der Text entspricht weitgehend dem 1927 im Erinnerungswerk veröffentlichten Text. Die in Klammern gesetzte Passage wurde allerdings später weggelassen.

Dies war gleichsam das Fazit der Kolonialhygienischen Abteilung, oder wie Max Hodann es formulierte: „In der einfacheren Sprache jener 12 ½ Millionen Ruhrarbeiter, für deren Belehrung die Ausstellung sein soll, heißt das (was man nicht sagt): Wir brauchen wieder Kolonien!“⁵⁹⁹

Der Rest der Gruppe stellte auf etwa zwei Dritteln der Gesamtfläche verschiedene Tropenkrankheiten und die allgemeine Hygiene in den Tropen vor. Dabei bediente man sich anschaulicher Darstellungsmethoden wie zum Beispiel einer Leuchttafel, die auf Knopfdruck die Wanderungen von Würmern im menschlichen Körper zeigte. Im Vordergrund stand hier die wirtschaftliche Bedeutung von Tropenmedizin und Tropenhygiene⁶⁰⁰, die zugleich Legitimation für den Fortbestand des Hamburger Instituts waren, das nach dem Kriege hauptsächlich von der Hamburger Kaufmannschaft unterhalten wurde⁶⁰¹.

5.6 Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik

Die Rassenhygiene erhielt in Düsseldorf erstmals die Gelegenheit, sich auf einer Hygieneausstellung in größerem Umfange zu präsentieren und einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen. Die Beteiligung 1911 in Dresden mit der von v.Gruber und Rüdin gestalteten Ausstellung bedeutete seinerzeit einen wichtigen Achtungserfolg in der Fachwelt. Während die Rassenhygiene auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung noch eine „Sondergruppe“ bildete, war sie auf der Gesolei voll in das Programm der Hauptabteilung „Gesundheitspflege“ integriert. Daran läßt sich die akademische und gesellschaftliche Anerkennung ablesen, die die Rassenhygiene mittlerweile erfahren hatte.

Die Leitung der Gruppe „Erblichkeitslehre und Rassenhygiene (Eugenik)“ übernahm der damalige Vorsitzende der *Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene* Otto Krohne (1868-1928). Seit 1911 war Krohne in der Preußischen Medizinalverwaltung tätig und 1926 wurde er als Nachfolger Eugen Dietrichs Leiter der Medizi-

⁵⁹⁹ Hodann, Die Gesolei und wir, 354.

⁶⁰⁰ Vgl. Fülleborn, Kolonialhygiene, 577, 590-591, 594.

⁶⁰¹ Vgl. Weiß, Tropenmedizin und Kolonialpolitik, 41.

nalabteilung im Wohlfahrtsministerium⁶⁰². Damit gelangte erstmals ein Rassenhygieniker in eine führende Position innerhalb der staatlichen Gesundheitsbürokratie. Krohne konnte die führenden Rassenhygieniker und Eugeniker zur Mitarbeit gewinnen. Neben Fritz Lenz, dem damals einzigen Professor der Rassenhygiene, waren das: der Mitbegründer der Rassenhygiene in Deutschland Alfred Ploetz, Agnes Bluhm, Rassenhygienikerin der ersten Stunde, der Münchner Hygieniker Max v. Gruber, der Gießener Hygieniker Philaetes Kuhn, der ehemalige Jesuit und eugenische Propagandist Hermann Muckermann, der Erbpsychologe Ernst Rüdin, der Erbpäthologe Ottmar Freiherr von Verschuer, der Rassenanthropologe Eugen Fischer und der Sozialhygieniker Alfred Grotjahn⁶⁰³. Damit war ein Spektrum abgedeckt, daß von den gemäßigten, vor allem in Berlin vertretenen Rassenhygienikern und Eugenikern (Krohne, Muckermann, Grotjahn) bis hin zu den radikaleren, zum Teil völkisch-rassistischen Rassenhygienikern vor allem in München (Ploetz, v.Gruber, Lenz, Fischer, Rüdin, Kuhn) reichte.

Der Großteil der in Düsseldorf gezeigten Stücke stammte aus den Beständen des Dresdener Hygiene-Museums. Dort war 1924 eine eigene rassenhygienische Ausstellung von dem zeitweiligen wissenschaftlichen Direktor Martin Vogel und dem Hygieniker und Eugeniker Rainer Fetscher, Schüler von Philaetes Kuhn, aufgebaut worden⁶⁰⁴. Die Dresdener Sammlung wurde ergänzt durch zahlreiche Exponate, die vor allem von Lenz, Fischer, Rüdin, Verschuer und Bluhm zur Verfügung gestellt worden waren⁶⁰⁵. Dabei muß es zu Konflikten zwischen der Ausstellungsleitung und den verschiedenen Forschern gekommen sein, die sich nicht mehr genau rekonstruieren lassen. Offenbar waren verschiedene Ausstellungsstücke von der Geolei zurückgewiesen worden, weil man sie wissenschaftlich für zu wenig gesichert hielt⁶⁰⁶. Aber auch das, was man dann ausstellte, war problematisch genug.

Das Programm der Gruppe und die Anordnung der Stücke folgte mit Genehmigung der *Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene* der vom Hygiene Museum ent-

⁶⁰² Vgl. Labisch/Tennstedt, Der Weg zum GVG, Bd. 2, 445-446.

⁶⁰³ Vgl. Große Ausstellung Düsseldorf 1926. Amtlicher Katalog, 87-88.

⁶⁰⁴ Vgl. M. Vogel, Hygienische Ausstellung in Wien, in: Blätter für Volksgesundheitspflege 25 (1925), 104-106, hier: 105; vgl. auch R. Fetscher, Grundzüge der Rassenhygiene, Dresden o.J. [1925]. Fetschers Schrift erschien als vierter Band in der vom Deutschen Hygiene-Museum herausgegebenen populärwissenschaftlichen Reihe „Leben und Gesundheit“ und ist mit zahlreichen Abbildungen der Dresdener Schaustücke versehen. Zu Fetscher vgl. Labisch/Tennstedt, Der Weg zum GVG, Bd. 2, 401-402.

⁶⁰⁵ Vgl. F. Schütz, Die Rassenhygiene auf der Düsseldorfer Ausstellung, in: ARGB 18 (1926), 437-439, hier: 438-439.

wickelten Gliederung⁶⁰⁷. Die Unterteilung in die beiden Abschnitte „Erblichkeitslehre“ und „Rassenhygiene“ entsprach der Anlage des rassenhygienischen Standardwerks der Zeit, dem Baur-Fischer-Lenz⁶⁰⁸. Daran schlossen sich eine genealogische Ausstellung des *Düsseldorfer Vereins für Familienkunde e.V.* und eine Sonderschau des *Reichsbundes der Kinderreichen* an.

Im ersten Saal der Ausstellungsgruppe wurden die Besucher mit den Grundlagen der Fortpflanzung und Genetik anhand von Beispielen aus Flora und Fauna bekannt gemacht⁶⁰⁹. So zeigte eine Übersichtstafel am Beispiel des Stichlings exemplarisch die geschlechtliche Fortpflanzung⁶¹⁰. Auf schematischen Tafeln wurde darüber hinaus das Verhalten der Chromosomen bei der Bildung der Geschlechtszellen und die Befruchtung vorgestellt⁶¹¹. Besondere Bedeutung kam der Vermittlung der Mendelschen Vererbungsregeln zu, denn sie waren die Grundlage für die in den späteren Abschnitten gezeigten menschlichen Erbgänge. Didaktisch gut gelöst wurde dieses Problem durch die Aufstellung eines Apparates, an dem die Besucher verschiedene Kreuzungen simulieren konnten, um so Hypothesen zu bilden und zu überprüfen⁶¹².

Auf diesen allgemeinen Teil folgte eine ausführliche Darstellung der menschlichen Erblehre⁶¹³. Im allgemeinen Teil wurde die Vererbung von bestimmten Merkmalen, etwa der Augen- oder Haarfarbe, dargestellt. In diesem Zusammenhang wurden auch die bekannten Studien Eugen Fischers zu den „Rehobot Bastards“ aus dem Jahre 1913 vorgeführt, in denen er die Gültigkeit der Mendelschen Regeln auch beim Menschen aufgrund von Studien an einer burisch - afrikanischen Mischbevölkerung beweisen wollte⁶¹⁴. Viel Raum wurde der Darstellung der einzelnen Erbkrankheiten eingeräumt. In Vitrinen standen Gipsmodelle deformierter Köpfe und Gliedmaßen,

⁶⁰⁶ Vgl. J. Bürgers, Einzelne Kapitel der allgemeinen Hygiene, in: Schloßmann (Hg.), *Ge-So-Lei*, Bd. 2, 422-448, hier: 430; M. Vogel, *Das Deutsche Hygiene-Museum auf der Gesolei*, in: ebd., 449-474, hier: 465; Franke, *Wissenschaftliche Abteilungen*, 409.

⁶⁰⁷ Vgl. Vogel an Schütz, 18.2. 1926, StAD XVIII 1071; Schütz an Vogel, 10.3. 1926, ebd.

⁶⁰⁸ Vgl. E. Baur/E. Fischer/F. Lenz, *Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene*, Bd. 1: *Menschliche Erblichkeitslehre*, Bd. 2: *Menschliche Auslese und Rassenhygiene*, München 1923.

⁶⁰⁹ Vgl. C. v. Behr-Pinnow, *Eugenik und die Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Hygiene [sic!] und Leibesübungen in Düsseldorf*, in: *Zeitschrift für Volksaufklärung und Erbkunde* 1 (1926), 115-116; Vogel, *Das DHM auf der Gesolei*, 465; Bürgers, *Einzelne Kapitel*, 430..

⁶¹⁰ Vgl. Vogel, ebd., 470 m. Abb. 21.

⁶¹¹ Vgl. Schütz, *Rassenhygiene auf der Düsseldorfer Ausstellung*, 438.

⁶¹² Vgl. Vogel, *Das DHM auf der Gesolei*, 467 m. Abb. 18.

⁶¹³ Vgl. ebd., 465-466. Behr-Pinnow, *Eugenik und die Ausstellung*, 115; Bürgers, *Einzelne Kapitel*, 430.

⁶¹⁴ Vgl. Behr-Pinnow, *Eugenik und die Ausstellung*, 115. Zu den „Rehobot Bastards“ vgl. Weingart/Bayertz/Kroll, *Rasse, Blut und Gene*, 100-102.

und auf Röntgenaufnahmen waren Mißbildungen der Hände zu sehen⁶¹⁵. An den Wänden hingen schematische Darstellungen der entsprechenden Erbgänge.

Im Mittelpunkt stand aber nicht die Vererbung körperlicher Leiden, sondern die angebliche genetische Bedingtheit psychischer Krankheiten und des damit in Verbindung gebrachten sozialen Verhaltens. Als ein positives Beispiel der Vererbung geistiger Eigenschaften wurde der Stammbaum der Familie Bach gezeigt⁶¹⁶, bei dem die Häufung von Musikern in verschiedenen Generationen erbbiologisch erklärt wurde. Auf der anderen Seite waren Stammbäume ausgestellt, die die Vererbung von „Minderwertigkeit“ darstellen sollten. Direkt in der ersten Koje im Ausstellungsabschnitt zur menschlichen Erblehre wurde der Besucher mit den Lebensläufen von „Verbrechern, Geisteskranken und Alkoholikern“ konfrontiert⁶¹⁷, noch bevor er überhaupt etwas über die Vererbung beim Menschen oder Erbkrankheiten gesehen hatte. Auf Zeichnungen waren die „asozialen Handlungen“ der genannten mit ihren sozialen Folgen und der Bestrafung dargestellt⁶¹⁸. Solcherart eingestimmt konnte sich der Besucher, nachdem er sich in der folgenden Koje über die menschliche Vererbung informiert hatte, der dritten Koje zuwenden, in der die Vererbung geistiger Eigenschaften thematisiert wurde. Neben der erwähnten Familie Bach befanden sich hier vor allem die Stammbäume sogenannter „Verbrecherfamilien“.

Gerade an diesem Beispiel wird der Unterschied zwischen den rassenhygienischen Ausstellungsteilen in Dresden 1911 und in Düsseldorf 1926 deutlich. Auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung war es den Rassenhygienikern vor allem um die wissenschaftliche Anerkennung gegangen, und die Sondergruppe war demgemäß in erster Linie für ein Fachpublikum konzipiert. Auch wenn ein Achtungserfolg erzielt werden konnte, galt die Gruppe doch ausstellungstechnisch als gescheitert⁶¹⁹. Zum einen lag das an dem Wunsch, möglichst vollständig das Fachgebiet der Rassenhygiene vorzuführen. Die Überfülle des Materials, das v.Gruber und Rüdín zusammengetragen hatten, war auch für den gewogenen und kundigen Besucher nicht zu bewältigen⁶²⁰. Zum anderen war das Scheitern der Gruppe dadurch bedingt, daß es nicht gelungen war, publikumswirksame Darstellungsmethoden zu entwickeln. Die

⁶¹⁵ Vgl. Bürgers, Einzelne Kapitel, 428 m. Abb. 8.

⁶¹⁶ Vgl. Behr-Pinnow, Eugenik und die Ausstellung, 115.

⁶¹⁷ Vgl. ebd.

⁶¹⁸ Vgl. ebd.

⁶¹⁹ Vgl. Weber, Die Internationale Hygiene-Ausstellung Dresden 1911, 192; Fischer, Die sozialhygienische Bedeutung, 583; Vogel, Das DHM auf der Gesolei, 464.

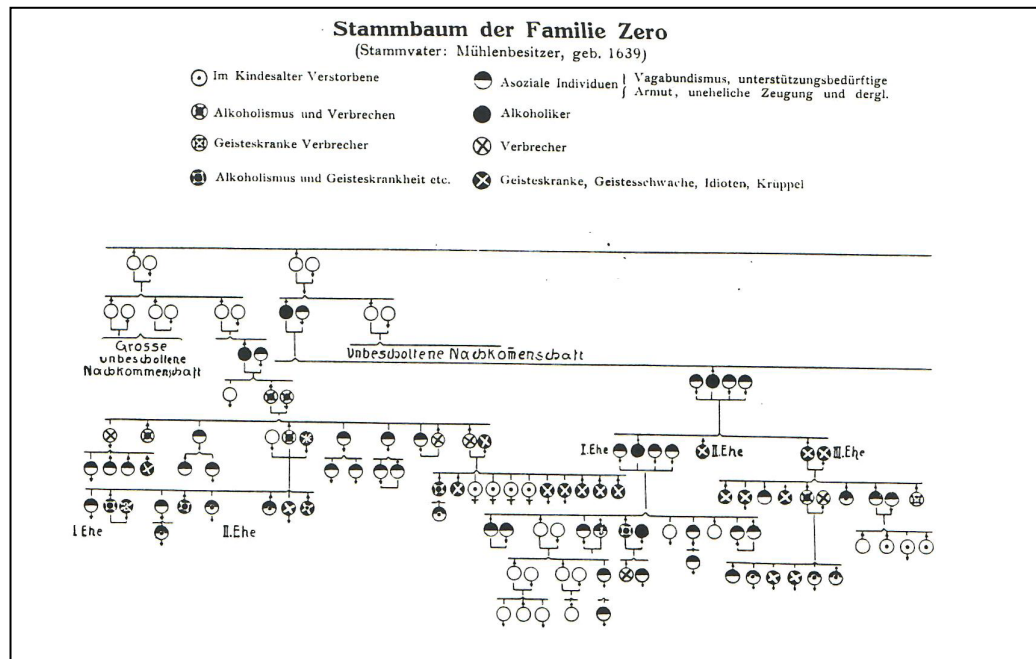
⁶²⁰ Vgl. Fischer, ebd.

Graphiken waren oft unübersichtlich und erforderten eine aufmerksame Betrachtung⁶²¹. Die Stammbäume arbeiteten mit einem variierenden Zeichensystem, das nicht ohne weiteres einsichtig war und der Erläuterung durch beigefügte Hinweise bedurfte.

Eine andere Situation ergab sich 1926 auf der Gesolei. Die Rassenhygiene war mittlerweile ein - wenn auch nur marginal - akademisch etabliertes Fach geworden und fand zunehmend Anerkennung bei unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen und Institutionen, wie nicht zuletzt die Ernennung Krohnes zum Leiter der Preußischen Medizinalverwaltung bezeugte. Hatte die Rassenhygiene ihren Platz im Diskurs der gesellschaftlichen Elite gefunden, so kam es verstärkt darauf an, die rassenhygienischen Thesen einer breiteren Öffentlichkeit zu vermitteln. Unter diesem Aspekt war dann 1924 der Aufbau einer rassenhygienischen Abteilung im Deutschen Hygiene-Museum erfolgt. An die Stelle der wissenschaftlichen Stammbäume mit ihrer Symbolsprache traten eingängige und leicht verständliche Darstellungen.

Als Beispiele seien hier der Stammbaum der „Familie Zero“ von 1911 und die „Verbrecher-Familie Braun“ von 1926 gegenübergestellt.:

Abb. 2:

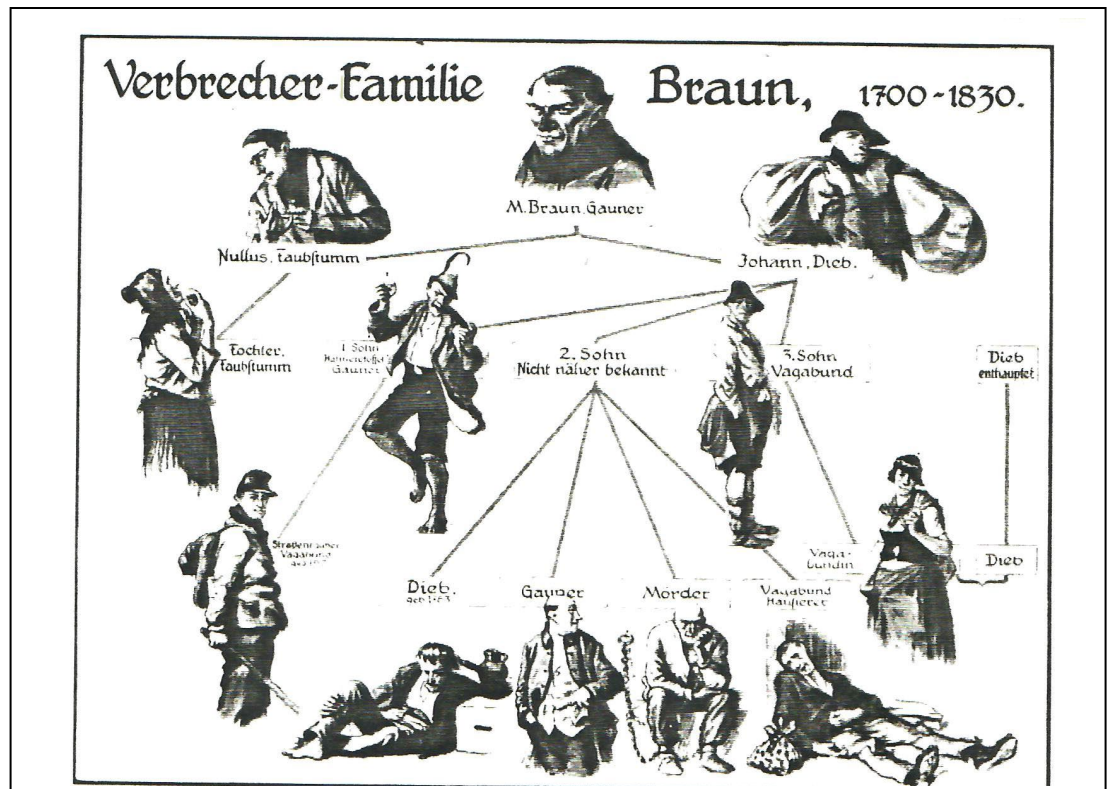


aus: M. v.Gruber/E. Rüdin, Fortpflanzung, Vererbunc [sic!] und Rassenhygiene, München 1911, 100

⁶²¹ Vgl. allg. M. v.Gruber/E. Rüdin, Fortpflanzung, Vererbunc [sic!] und Rassenhygiene. Illustrierter Führer durch die Gruppe Rassenhygiene der Internationalen Hygiene-Ausstellung 1911 in Dresden, 2. verb. Aufl., München 1911.

Im Falle der „Familie Zero“ wurde eine genealogische Stammtafel mit verschiedenen Symbolen kombiniert, so daß es so aussieht, als handele es sich um ein Vererbungsschema, wie es von Genetikern angelegt wird, um den Erbgang bestimmter Merkmale zu rekonstruieren. Im Kontext der Ausstellung soll diese Darstellung als „Beweis“ für die Vererbung von „Minderwertigkeit“ gelten, wobei sowohl medizinische Befunde (Geisteskrankheit, Krüppel) als auch soziale Erscheinungen (Verbrecher, Vagabund, Armut) aufgeführt wurden. Die Zunahme der dunkel ausgefüllten Felder vermittelt dem Betrachter auch ohne eine ausführliche Betrachtung den Eindruck, die Zahl der vermeintlich „erblich Belasteten“ nehme beständig zu.

Abb. 3:



aus: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei. Große Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen, Bd. 2, Düsseldorf 1927, 468.

Bei der auf der Gesolei ausgestellten „Verbrecher-Familie Braun“ ersetzten Illustrationen die Symbolsprache von 1911. Der Betrachter brauchte nicht einmal mehr die Bildunterschriften zu lesen, denn allein durch die Darstellung wurden die Personen als soziale Randgruppen charakterisiert. Der Graphiker hatte sich sichtlich bemüht, den im übrigen völlig frei erfundenen Gestalten ein möglichst finsteres Ausse-

hen zu geben. Während 1911 das genealogische Schema noch aufrecht erhalten blieb, finden sich 1926 nur noch wenige Verknüpfungslinien. Mit Ausnahme der beiden Taubstummen werden bei der Klassifikation der Personen allein soziale Erscheinungen benannt. Die Unterscheidung von „Gauner“, „Dieb“ und „Straßenräuber“ suggeriert, hier seien exakte Differenzierungen entsprechend einer wissenschaftlichen Terminologie möglich. Die erbbiologische Interpretation ergibt sich zum einen aus dem Kontext der Präsentation und zum anderen durch die Reduktion auf ein, nur noch vage aufrecht erhaltenes, Stammbaumschema. Soziale, wirtschaftliche und kulturelle Faktoren, die die dauerhafte Zugehörigkeit einer Familie zur Unterschicht erklärend könnten bleiben ausgeblendet. Dies ist umso bedeutsamer, da es sich bei den beiden Beispielen um Familien handelt die im 17. und 18. Jahrhundert gelebt haben sollen, einer Zeit, in der es zum Beispiel etwas anderes bedeutete, nicht Seßhaft zu sein („Vagabund“), als in der industriellen Gesellschaft des 20. Jahrhunderts.

Der Unterschied zwischen den Darstellungen von 1911 und 1926 ist aber nur relativ, denn methodisch sind sie gleichermaßen problematisch. In beiden Fällen soll der Zusammenhang von Vererbung, Krankheit und sozialer Lage suggeriert werden. Im Falle der „Familie Zero“ wurde dazu eine Darstellungsweise gewählt, die sich an wissenschaftlichen Schemata der Genealogie und Genetik anlehnte, während bei der „Verbrecher-Familie Braun“ in erster Linie mit den bildnerischen Mitteln gearbeitet wurde. Das Problem aber lag in der Rassenhygiene selbst begründet, denn es war nicht gelungen, einen positiven wissenschaftliche Beweis für die Vererbung von psychischen Krankheiten oder den immer wieder behaupteten Zusammenhang von genetischer und sozialer „Minderwertigkeit“ zu erbringen⁶²². All dies waren nur Vermutungen einer Disziplin, die ohne die heutigen molekularbiologischen Möglichkeiten auf die Regeln Mendels verwiesen blieb und mit Analogieschlüssen arbeitete. Die Rassenhygieniker konnten allenfalls gewisse Wahrscheinlichkeiten anführen, um ihre Behauptungen zu stützen. Aus diesem Grunde kam den Stammtafeln einzelner Sippen eine große Bedeutung zu, denn sie sollten die rassenhygienischen Theorien wissenschaftlich untermauern. Es gab eine ganze Reihe von sogenannten „Schwachsinnstammbäumen“, die angeblich auf solider Forschung beruhten und auf die von den Rassenhygienikern immer wieder Bezug genommen worden ist. Auf der Gesolei wurden neben der „Verbrecher-Familie Braun“ noch die „Familie Sippel“ und die

⁶²² Zu den methodischen Problemen vgl. Weingart/Bayertz/Kroll, Rasse, Blut und Gene, 176-187 u. 320-355.

„Familie Kallikak“ vorgestellt, die ebenfalls durch das Dresdener Hygiene-Museum bildnerisch bearbeitet worden waren⁶²³.

Während die Auswertung von Familienstammbäumen in Gestalt sogenannter „Sippschaftstafeln“ den Einzelfall betraf, erhofften sich die Rassenhygieniker, durch statistische Untersuchungen zu verallgemeinerungsfähigen Aussagen zu gelangen⁶²⁴. Die Korrelation zweier Phänomene wurde dann als ein ursächlicher Zusammenhang interpretiert. Die angebliche Vererbung von „Schwachsinn“ wurde auf der Gesolei anhand einer Untersuchung von 250 Hilfsschülern vorgeführt. Auf einer Tafel war zu erkennen, daß die Erbforscher nur 15,6 % der Eltern als „einigermaßen sicher normal“ einstufen und bei allen anderen Fällen die Diagnose „Schwachsinn“ bei mindestens einem Elternteil gestellt wurde⁶²⁵. Es läßt sich nicht rekonstruieren, in welcher Weise diese Darstellung auf der Gesolei kommentiert wurde, dem Rassenhygieniker Lenz galt diese Untersuchung jedenfalls als hinreichender Beweis für die Erbllichkeit von „Schwachsinn“⁶²⁶, und als solcher wird sie hier vorgestellt worden sein.

Ein anderes Beispiel der statistischen Methode, das auf der Gesolei vorgeführt wurde, war der Zusammenhang von „Begabung“ und sozialer Lage. Nach einer Tafel war der Nachwuchs von „Begüterten“ zu 30,61 % „sehr begabt“, zu 53,80 % „durchschnittlich“ und zu 15,59 % „schlecht begabt“. Bei „Minderbegüterten“ wurde das Verhältnis mit 20,55 % „sehr begabt“, 52,26 % „durchschnittlich“ und 27,18 % „schlecht begabt“ angegeben⁶²⁷. Auch dadurch sollte die Erbllichkeit psychischer Dispositionen „bewiesen“ werden. Zugleich wurde hier erneut auf den Zusammenhang von „erblicher Belastung“ und minderem sozialen Status verwiesen, der bereits bei den Stammtafeln vorgeführt wurde. Letztendlich handelte es sich um eine Biologisierung der sozialen Problematik, bei der die Existenz sozialer Unterschichten auf genetische Faktoren zurückgeführt wurde. Im Prinzip galten den Rassenhygieniker alle sozialen Randgruppen (Nichtseßhafte, Prostituierte) und Verhaltensauffällige („Gewohnheitsverbrecher“, Alkoholranke) als genetisch minderwertig und den

⁶²³ Abbildungen der Dresdener Tafeln finden sich in: K. v. Hollander, Familie Kallikak. Einiges über Vererbung minderwertiger Eigenschaften, in: Reclams Universum 43,1 (1926), H.1 (Okt.), 7-8 (Kallikak, Sippel, Braun).

⁶²⁴ Vgl. F. Lenz, Die Methoden menschlicher Erbllichkeitsforschung, in: E. Baur/E. Fischer/F. Lenz, Grundriß der Menschlichen Erbllichkeitslehre und Rassenhygiene, Bd. 1, München 1923, 327-369, bes. 327-339.

⁶²⁵ Vgl. Behr-Pinnow, Eugenik und die Ausstellung, 116.

⁶²⁶ Vgl. F. Lenz, Die krankhaften Erbanlagen, in: E. Baur/E. Fischer/F. Lenz, Grundriß der Menschlichen Erbllichkeitslehre und Rassenhygiene, Bd. 1, München 1923, 155-326, hier: 280.

⁶²⁷ Vgl. Hodann, Die Gesolei und wir, 355.

Schichten unterhalb des Mittelstandes wurde eine erblich bedingte geringere Befähigung attestiert⁶²⁸.

Seit Mitte der zwanziger Jahre wurde deshalb in Deutschland in verschiedenen Forschungsprojekten mit der systematischen Erfassung von „Erbkranken“ begonnen⁶²⁹. Eines der bedeutendsten Projekte, die „Kriminalbiologische Sammelstelle“ von Rainer Fetscher, wurde auf der Gesolei im Rahmen der Sonderausstellung des Freistaats Sachsen vorgestellt⁶³⁰. Fetscher erfaßte die Insassen sächsischer Gefängnisse auf Karteikarten, um so die vermeintlichen Zusammenhänge von Straffälligkeit und erblicher Veranlagung erforschen zu können⁶³¹. In diesem Kontext ist auch die familienkundliche Abteilung der Gruppe „Erblichkeitslehre und Rassenhygiene“ interessant. Der Vorsitzende des *Düsseldorfer Vereins für Familienkunde*, August Beckel, führte hier unter anderem den Unterschied zwischen erbbiologischer und familienkundlicher Ahnenforschung vor und erläuterte den Unterschied von „Ahnen-tafel“ und „Sippschaftstafel“⁶³². Im Jahre 1933 entwickelte Beckel gemeinsam mit dem Rassenhygieniker Friedrich Erhard Haag von der Medizinischen Akademie Düsseldorf eine Karteikarte, die gleichermaßen zur privaten Familienforschung als auch zur staatlichen Erfassung der „Erbkranken“ im nationalsozialistischen Staat dienen sollte⁶³³.

Der letzte Abschnitt der Gruppe zeigte „Bevölkerungspolitik und Rassenhygiene im engeren Sinne“⁶³⁴, denn auf der Ausstellung sollte nicht nur die Lehre der Rassenhygiene mit ihren sozialbiologischen Deutungsmustern popularisiert werden, es sollte zugleich für die Akzeptanz rassenhygienischer Maßnahmen geworben, und es sollten Handlungsorientierungen gegeben werden. Die handlungsleitende Dimension betraf vor allem die Ehe. Das Plakat „Gehe nicht blind in die Ehe“ zeigte ein Pärchen mit verbundenen Augen am Rande eines Abgrundes und ein anderes erklärte

⁶²⁸ Vgl. F. Lenz, *Menschliche Auslese und Rassenhygiene*, München 1923 [= Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene Bd. 2], 64-84 („Erbliche Veranlagung und soziale Gliederung“).

⁶²⁹ Vgl. K.-H. Roth, „Erbbiologische Bestandsaufnahme“ - ein Aspekt „ausmerzender“ Erfassung vor der Entfesselung des Zweiten Weltkrieges, in: ders. (Hg.), *Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum „Gesetz über Sterbehilfe“*, Berlin 1984, 57-100, bes. 58-62.

⁶³⁰ Vgl. H. Klute, Die Sonderausstellungen auf dem Gebiete der öffentlichen Wohlfahrtspflege, in: Schloßmann (Hg.), *Ge-So-Lei*, Bd. 2, 823-878, hier: 830; Weindling, *Health, Race and German Politics*, 414.

⁶³¹ Vgl. Weindling, ebd., 385; Roth, „Erbbiologische Bestandsaufnahme“, 58-59.

⁶³² Vgl. Schütz, *Rassenhygiene auf der Düsseldorfer Ausstellung*, 437.

⁶³³ Vgl. A. Beckel/F.E. Haag, *Das Düsseldorfer Familienblatt*, o.J. o.O.; vgl. F.E. Haag, Der Beitrag der Einzel-forschung zur sippenmäßigen Bestandsaufnahme des deutschen Volkes, in: *Archiv für Bevölkerungswissenschaft und Bevölkerungspolitik* 8 (1938), 335-344, bes. 336 u. 343.

⁶³⁴ *Große Ausstellung Düsseldorf 1926. Amtlicher Katalog*, 88.

„Ärzteberatung vor der Ehe ist sittliche Pflicht“⁶³⁵. Weitere Tafeln warben für den Austausch von Gesundheitszeugnissen bei der Verlobung⁶³⁶ oder forderten obligatorische „Ehetauglichkeitszeugnisse“ vor der Heirat, bei der die Heiratswilligen auf „erbliche Belastungen“ und Geschlechtskrankheiten untersucht werden sollten⁶³⁷.

Die „Ehegesundheitszeugnisse“ waren zwar eine zentrale Forderung der Rassenhygieniker, doch wurde ihre Wirksamkeit als nur gering eingeschätzt. Als die sicherste und zugleich „humanste“ Methode, die Fortpflanzung unerwünschter Bevölkerungsteile zu verhindern, galt die Sterilisierung⁶³⁸. In allen Räumen der Ausstellungsgruppe lagen die Leitsätze der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene von 1922 aus⁶³⁹, in denen zwar die zwangsweise Sterilisierung „geistig Minderwertiger und sonst Entarteter“ für noch nicht zeitgemäß erklärt wurde, aber die Sterilisierung auf freiwilliger Basis gefordert wurde⁶⁴⁰. Lenz hatte die Gruppe mit einer „tabellarischen Übersicht über jene Bevölkerungselemente, deren Sterilisierung im Interesse der Nation läge“, beschickt⁶⁴¹. Welche Menschen Lenz hier in Vorschlag brachte, läßt sich nicht mehr rekonstruieren, aber in seinem Beitrag im „Grundriß der menschlichen Erblchkeitslehre“ von 1923 hielt er die Sterilisierung bei schweren dominanten Erbleiden (z.B. Chorea Huntington) und bei Taubstummen, Geisteskranken, schweren Psychopathen, „Säufern“, Schwindsüchtigen, Tauben, Blinden und Zuckerkranken für unbedingt geboten⁶⁴². Darüber hinaus ließ er offen, inwieweit eine Sterilisierung bei „sozialer Indikation“ im Falle wirtschaftlich „minderleistungsfähiger“ Menschen sinnvoll wäre⁶⁴³. Auf diesen Punkt wies auf der Ausstellung aber neben den erwähnten Stammbäumen auch eine Graphik hin, die zeigte, daß die „guten“ Bevölkerungselemente durch die überproportionale Vermehrung der Unterschichten verdrängt würden⁶⁴⁴.

Auch die quantitative Dimension der aus eugenischen Gründen für notwendig befundenen Sterilisationen wurde den Ausstellungsbesuchern mitgeteilt. Auf einem

⁶³⁵ Vgl. Vogel an Weisbach, 18.2. 1926, StAD XVIII 1301. Das zuerst beschriebene Plakat ist abgebildet bei Fetscher, Rassenhygiene, 72.

⁶³⁶ Vgl. Vogel an Weisbach, 18.2. 1926, StAD XVIII 1301.

⁶³⁷ Vgl. Vogel, Das DHM auf der Gesolei, 469 m. Abb. 20. Das Muster eines „Ehetauglichkeitszeugnisses“ findet sich auch bei Fetscher, Rassenhygiene, 80.

⁶³⁸ Vgl. Lenz, Menschliche Auslese, 181-187.

⁶³⁹ Vgl. Schütz, Rassenhygiene auf der Düsseldorfer Ausstellung, 439.

⁶⁴⁰ Abgedruckt bei Lenz, Menschliche Auslese, 326-329, hier: 328.

⁶⁴¹ Schütz, Rassenhygiene auf der Düsseldorfer Ausstellung, 439.

⁶⁴² Vgl. Lenz, Menschliche Auslese, 186.

⁶⁴³ Vgl. ebd., 185.

⁶⁴⁴ Vgl. Vogel, Das DHM auf der Gesolei, 466. Wahrscheinlich handelte es sich um die bei Fetscher, Rassenhygiene, 7 u. 8 wiedergegebenen Abbildungen.

Plakat forderte Lenz: „Für mindestens 25% der Bevölkerung sollte daher die Sterilisation freigegeben oder die künstliche Unfruchtbarkeit auf andere Weise ermöglicht werden“⁶⁴⁵. In der Weimarer Republik gelang es allerdings nicht, derartig weitreichende Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte des einzelnen durchzusetzen, wengleich ein Gesetz über die freiwillige Sterilisation aus eugenischen Gründen 1932 im Preußischen Staatsrat beraten wurde⁶⁴⁶.

Welche Auswirkungen rassenhygienische Bevölkerungspolitik aber schon während der Weimarer Republik haben konnte, veranschaulichte im „Haus Düsseldorf“ die Ausstellung des *Vereins für Säuglingsfürsorge und Wohlfahrtspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf*. Auf einem Plakat waren die Kinder dargestellt, die man von der Adoption grundsätzlich ausschloß⁶⁴⁷. Die Kinder gingen gebückt und trugen schwere Säcke, auf denen zu lesen war: „Geistige Krankheiten“, „Geschlechtskrankheiten“, „Tuberkulose“, „Vater unbekannt“, „Auffällige Leichtfertigkeit der Mutter“, „Geistige Minderwertigkeit“⁶⁴⁸. Ein anderes Beispiel für die Durchsetzung rassenhygienischer Paradigmen in der Weimarer Republik waren die eugenischen Eheberatungsstellen, deren Tätigkeit in der „Gesundheitsfürsorge“ zur Darstellung kam. Der Leiter der Gruppe „Gesundheitsfürsorge“ Fritz Rott erklärte den Zweck der Eheberatungsstellen:

„Liebe und Ehe sind bei uns keine reine Privatangelegenheit mehr. Fragen des Allgemeinwohls greifen hier ein: Heranziehen eines gesunden und leistungstüchtigen Nachwuchses, eine Veredelung des Volkes und der Menschheit. Grundsätzlich sollten nur an Körper und Geist gesunde Menschen eine Ehe eingehen.“⁶⁴⁹

Als Ehehindernisse galten Geschlechtskrankheiten, Alkoholismus und Tuberkulose, vor allem aber vermutete Erbleiden⁶⁵⁰. Die Eheberatung solle die Heiratswilligen aufklären und ihr „Verantwortlichkeitsgefühl“ heben, denn Eheverbote alleine würden nichts nützen und bedürften der Unterstützung durch Eheberatungsstellen⁶⁵¹. Die Ausstellung der Eheberatungsstellen wurde von dem Neußer Kreiskommunalarzt Pe-

⁶⁴⁵ Zit. nach: Roeder, Die städtische gesundheitliche Fürsorge auf der Gesolei, 719.

⁶⁴⁶ Vgl. Weingart/Bayertz/Kroll, Rasse, Blut und Gene, 294-298. Bereits 1925 war eine Initiative des Arztes Heinrich Boeters in Sachsen wie im Reich gescheitert, die zwangsweise Sterilisation zu erlauben. Vgl. Weindling, Health, Race and German Politics, 388-393.

⁶⁴⁷ Vgl. Klute, Sonderausstellungen, 841 m. Abb. 12 u. 842 m. Abb. 13.

⁶⁴⁸ Vgl. Baum, Rückblick, 149-150 zur rassenhygienischen Überlegungen in der Praxis des *Vereins*.

⁶⁴⁹ Rott, Gesundheitsfürsorge, 672.

⁶⁵⁰ Vgl. ebd., 672-673.

⁶⁵¹ Vgl. ebd. 672.

retti organisiert⁶⁵², der später im Nationalsozialismus mit großem Einsatz die karteimäßige Erfassung aller vermeintlich Erbkranken in seinem Amtsbereich und ihre Weiterleitung an die Erbgesundheitsgerichte zur Sterilisierung vorantrieb⁶⁵³.

Die Gruppe „Erblichkeitslehre und Rassenhygiene“ gibt einen Einblick in den rassenhygienischen Diskurs der Zeit und läßt die gesellschaftliche Stellung des Faches erkennen. Die Gesolei kann als ein Beispiel dafür gelten, in welcher Weise die Rassenhygieniker in der Mitte der zwanziger Jahre versucht haben, ihre Theorien massenwirksam zu verbreiten⁶⁵⁴. Nachdem die Rassenhygiene wissenschaftlich weitgehend akzeptiert war und auch Verbindungen zur staatlichen Verwaltung knüpfen konnte, kam es nun darauf an, um Akzeptanz für rassenhygienische Politik zu werben und rassenhygienische Verhaltensregeln zu vermitteln. Die Popularisierung rassenhygienischer Thesen schuf eine Voraussetzungen für den Paradigmenwechsel in der Medizin und der Gesundheitspolitik während der Weltwirtschaftskrise, der die Durchsetzung der Präventivmedizin vor kurativen Behandlungsformen und Etablierung kollektivistischer Ansätze zur Sanierung der Gesellschaft durch die Sozial- und Rassenhygiene bedeutete⁶⁵⁵. Gegenüber der nach 1930 sich abzeichnenden, sich unter den Bedingungen des Nationalsozialismus etablierenden Politik der Ausgrenzung und schließlich „Ausmerzungen“ durch Sterilisierung und Ermordung, muß betont werden, daß die Gesolei insgesamt gerade das gegenteilige Konzept vertrat, nämlich die Integration auch der kranken oder auf andere Weise benachteiligten Bevölkerungsgruppen durch eine umfassende Sozialpolitik. Darüber hinaus muß konstatiert werden, daß, so problematisch die auf der Gesolei gezeigten Graphiken waren, immer noch ein Unterschied zu der im Nationalsozialismus geübten „Ausmerze-“ und „Vernichtungspropaganda“ bestand⁶⁵⁶. Auf der Gesolei stand neben der gesellschaftspolitischen Zwecksetzung immer noch das didaktische Moment im Vordergrund, die Menschen über die Fortpflanzung und Vererbung aufzuklären, während es im Nationalsozialismus primär um die propagandistische Absicherung gesellschaftspolitischer Maßnahmen durch Stigmatisierung und Ausgrenzung ganzer Bevölkerungsgruppen ging.

⁶⁵² Vgl. ebd.

⁶⁵³ Vgl. E. Peretti, Vorläufiges Ergebnis einer erbbiologischen Bestandsaufnahme, in: Der Erbarzt 1 (1934), H. 1, 5-10.

⁶⁵⁴ Zur Popularisierung der Rassenhygiene seit der Mitte der 20er Jahre, etwa dem Bund für Volksaufartung und Erbkunde, vgl. ausführlich Weindling, Health, Race and German Politics, 404-416.

⁶⁵⁵ Vgl. N. Frei, Einleitung, in: ders. (Hg.), Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, 7-33, hier: 7.

Die rassenhygienische Ausstellungsgruppe auf der Gesolei nahm somit eine Zwischenposition ein zwischen den wissenschaftsorientierten Darstellungsformen von 1911 und den rein propagandistischen im Nationalsozialismus. In der Ausstellungsgruppe wurde präsentiert, was im großen und ganzen als eugenischer Konsens der Weimarer Zeit⁶⁵⁷ gelten kann, wenn man von den radikalen Sterilisierungsforderungen von Lenz einmal absieht. Die Ausstellungsgruppe wurde organisatorisch nicht nur von denjenigen getragen, die später im Nationalsozialismus Karriere machen sollten (Lenz, Rüdin, E. Fischer, v. Verschuer), sondern auch von Forschern, die dem Nationalsozialismus ablehnend gegenüberstanden (Grotjahn, Muckermann, Fetscher⁶⁵⁸). Die Gruppe „Rassenhygiene“ muß insofern als Manifestation eugenischen Denkens in der Weimarer Republik gelten und kann nicht, so unübersehbar die erwähnten personellen Kontinuitäten auch auf lokaler Ebene waren, allein auf die rassenhygienische Praxis des Nationalsozialismus bezogen werden.

5.7 „Der Mensch“

Wie bereits 1911 stand auch 1926 die Sammlung „Der Mensch“ im Mittelpunkt der Ausstellung. Seit der Internationalen Hygiene Ausstellung war die Ausstellung zwar überarbeitet worden, doch das Grundkonzept Lingners war beibehalten worden. Die Gruppe „Der Mensch“ stellte auf der Gesolei den didaktisch wohl gelungensten Teil dar. Dies war zum einen darauf zurückzuführen, daß hier fast ausschließlich schon erprobte und auf zahlreichen Ausstellungen bewährte Stücke gezeigt wurden. Ebenso wichtig war aber zum anderen, daß dieser Gruppe ein didaktisch schlüssiges Konzept zugrunde lag und sich so die einzelnen Unterabteilungen gut zusammenfügten. Nicht zuletzt werden auch die günstige Lage der Gruppe im Hauptausstellungskomplex, die sich das Dresdener Museum vertraglich hatte zusichern lassen, und die großzügige Raumgestaltung die Attraktivität dieser Gruppe ausgemacht haben.

⁶⁵⁶ Vgl. das Material bei Weingart/Kroll/Bayertz, Rasse, Blut und Gene, 466-467, 478-479, 525, 530-531.

⁶⁵⁷ Zur Eugenik in der Weimarer Republik vgl. Weindling, Health, Race and German Politics, 399-439.

⁶⁵⁸ Nach 1933 aus allen Ämtern entlassen, beteiligte sich Rainer Fetscher mit Kriegsbeginn an den Aktivitäten des Widerstands und wurde 1944 von der SS erschossen, als er Kontakt zu den sowjetischen Truppen aufnehmen wollte. Vgl. Labisch/Tennstedt, Der Weg zum GVG, Bd. 2, 401-402.

Die Sammlung „Der Mensch“ war in neun Untergruppen unterteilt⁶⁵⁹. Zu Anfang wurde dem Besucher ein kurzer Überblick über die Evolution der Lebewesen gegeben, an den sich einige Erläuterungen zum Aufbau des menschlichen Körpers aus Zellen und Geweben anschlossen⁶⁶⁰. Darauf folgte dann in den anderen acht Untergruppen eine systematische Beschreibung des menschlichen Körpers: Knochen, Muskeln, Blutkreislauf, Atmung, Verdauungsorgane und Ernährung, Ausscheidungsorgane (Haut und Nieren), Drüsen mit innerer Sekretion und zuletzt Nervensystem und Sinnesorgane⁶⁶¹. Jede Untergruppe war so aufgebaut, daß die jeweiligen Organe von ihrer Funktion im Körper her erklärt wurden und ihre Leistung möglichst plastisch veranschaulicht werden sollte⁶⁶². Neben Plakaten dienten hierzu vor allem zahlreiche Maschinen und Modelle. Im Anschluß an den systematischen Teil war die Sonderschau „Der durchsichtige Mensch“ zu sehen. Darauf folgte eine Selbstdarstellung des Museums, die mit einer Verkaufsausstellung der in Dresden hergestellten Lehrmittel verbunden war, aus denen sich das Museum zum großen Teil finanzierte.

Der Blick auf den menschliche Körper, der in dieser Gruppe präsentiert wurde, war gekennzeichnet durch die Prinzipien des Zerlegens und Zergliederns sowie des Transparentmachens. „Der Mensch“ war in seine einzelnen vegetativen Lebensfunktionen zerlegt, die - räumlich separiert - jede für sich dem Besucher vorgestellt wurden. In den einzelnen Abschnitten erfolgte eine weitere Unterteilung. Direkt im ersten Raum fand der Besucher alle 220 Knochen des menschlichen Skeletts an eine Wand geheftet⁶⁶³. Der Abschnitt „Blut- und Kreislauforgane“ zeigte nebeneinander das schlagende Herz in einem Körper, die Anordnung der Blutgefäße, die Menge Blut, die in einer halben Stunde durch ein Herz fließt⁶⁶⁴. „Atmung“ wurde vorgestellt als Mund, Kehlkopf, Rachen, Respirationstätigkeit, jeweils in einzelnen Ansichten oder Maschinen⁶⁶⁵. Auf diese Weise konnten dem Besucher die einzelne Organe mit ihrer besonderen Tätigkeit eingängig vorgestellt werden.

Der analytische und funktionalistische Blick auf den menschlichen Körper fand seinen Ausdruck in einer Mensch-Maschinen Metaphorik, die der Gestaltung vieler

⁶⁵⁹ Vgl. Große Ausstellung Düsseldorf 1926. Amtlicher Katalog, 83.

⁶⁶⁰ Vgl. Vogel, Das DHM auf der Gesolei, 453.

⁶⁶¹ Vgl. Große Ausstellung Düsseldorf 1926. Amtlicher Katalog, 83.

⁶⁶² Vgl. Vogel, Das DHM auf der Gesolei, 446.

⁶⁶³ Vgl. ebd., 454 m. Abb. 3.

⁶⁶⁴ Vgl. ebd., 455 m. Abb. 5.

⁶⁶⁵ Vgl. ebd., 455 m. Abb. 6.

Ausstellungsobjekte zugrunde lag⁶⁶⁶. Die Funktion der einzelnen Organe wurde durch Maschinen veranschaulicht, die der Besucher bedienen konnte. An einer Pumpe konnte man selbst erfahren, welche Kraft das Herz für einen Schlag aufwenden muß⁶⁶⁷. Auf Knopfdruck geriet ein Blutkreislauf in Bewegung, und ein Herz fing an zu schlagen. An dem Modell eines Brustkorbs konnten die Bewegungen bei der Atmung mechanisch simuliert werden. Das menschliche Auge wurde als Camera obscura vorgestellt, deren unterschiedliche Brennweiten Normal-, Weit- und Kurzsichtigkeit veranschaulichten⁶⁶⁸. Die mechanische Darstellung eines Kniesehenreflexes führte den Menschen selbst als Maschine vor, der auf Impulse unbewußt reagiert⁶⁶⁹.

An Maschinen schließlich konnte der Besucher auch seinen eigenen Körper erkunden. Mit einem „Ergograph“ konnte er seine Kraft messen und mit dem „Spirometer“ das Fassungsvermögen seiner Lungen bestimmen⁶⁷⁰. Mit Hilfe eines speziellen Spiegels war es möglich, den eigenen Kehlkopf zu betrachten, „so wie es der Arzt im Krankheitsfalle tut“⁶⁷¹. Dies führt zu einer zweiten Zielsetzung der Ausstellung, nämlich den Besuchern einen Einblick in den Körper zu verschaffen, sie durch die Haut in das Innere blicken zu lassen. Anatomische Darstellungen zeigten den Menschen ohne Haut, nur mit seinen Muskeln bedeckt. Nackte Männer waren auf Photos bei verschiedenen Bewegungen zu sehen und der Betrachter konnte die jeweils angespannten Muskeln erkennen, als ob die Haut hier durchsichtig wäre⁶⁷². Eindrucksvoll war das riesenhaft vergrößerte Modell der menschlichen Haut, bei dem man unter der Oberhaut Gefäße, Drüsen und Haare sah⁶⁷³. Auf einer Schautafel war das Photo eines nackten Mannes abgebildet, der den Blicken der Betrachter seine Verdauungsorgane preisgab⁶⁷⁴. Auf Knopfdruck konnten die daneben abgebildeten Darmparasiten erleuchtet werden und es war erkennbar, an welcher Stelle im Körper sie saßen. Ein Modell schließlich zeigte einen Menschen, der auf der einen Seite nur noch aus Knochen und auf der anderen nur noch aus Blutgefäßen bestand, alles an-

⁶⁶⁶ Vgl. M. Roth, Menschenökonomie oder der Mensch als technisches und künstlerisches Meisterwerk, in: R. Beier/der. (Hg.), Der gläserne Mensch - Eine Sensation. Zur Kulturgeschichte eines Ausstellungsobjektes, Berlin 1990, 39-67, bes. 55-65.

⁶⁶⁷ Vgl. M. Vogel, Das Deutsche Hygiene-Museum auf der Gesolei. „Der Mensch“, in: Teich-Balgheim, Gesolei in Wort und Bild, 18-28, hier: 20.

⁶⁶⁸ Vgl. Vogel, Das DHM auf der Gesolei, 459-460.

⁶⁶⁹ Vgl. Vogel, Der Mensch, 24.

⁶⁷⁰ Vgl. ebd., 20.

⁶⁷¹ Vogel, Das DHM auf der Gesolei, 456.

⁶⁷² Vgl. ebd., 454 m. Abb. 4.

⁶⁷³ Vgl. ebd., 458 m. Abb. 9.

⁶⁷⁴ Vgl. ebd., 457 m. Abb. 8.

dere war wegpräpariert⁶⁷⁵. Dies war eine Vorstufe zu dem berühmten „Gläsernen Menschen“ der auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung 1930 in Dresden erstmals vorgestellt wurde und der bis in die Nachkriegszeit eine große Attraktion in Gesundheitsausstellungen und -museen in aller Welt bilden sollte⁶⁷⁶. Der „Gläserne Mensch“ aber war in eine durchsichtige Plastikhaut gehüllt und vollständig mit Organen ausgestattet, die jeweils zum Leuchten gebracht werden konnten.

Einen eindrucksvollen Höhepunkt der Ausstellung bildete die Sonderschau „Der durchsichtige Mensch“⁶⁷⁷. Nach einem speziellen Verfahren war es gelungen, anatomische Präparate herzustellen, die durchsichtig waren. Einiges davon war bereits 1911 zu sehen gewesen, doch mittlerweile waren Herstellung und Präsentation erheblich verbessert worden. Für die Gesolei hatte Kreis eigens einen oktogonalen Holzbau entworfen, in dem die Stücke vorgestellt wurden. Der Innenraum war in einem Halbdunkel gehalten und an den Wänden waren die hauchdünnen anatomischen Schnitte angebracht, die unterschiedlich eingefärbt waren und von hinten angestrahlt wurden. Das Ganze muß ästhetisch sehr reizvoll gewirkt haben und hat vielleicht ein wenig an eine Kathedrale mit ihren bunten Glasfenstern erinnert. Die einzelnen Knochen, Organe und Gewebe waren systematisch geordnet, und es waren auch Schnitte von Embryonen zu sehen. Die Prinzipien von Zergliederung und Transparenz fanden hier sinnfälligen Ausdruck und waren zugleich in eine ästhetische Dimension erhoben.

Die Gruppe „Der Mensch“ wurde zumeist positiv aufgenommen⁶⁷⁸, aber es gab auch Kritik an einem derart durchrationalisierten Menschenbild, in der der Mensch nur noch als die Summe seiner vegetativen Funktionen vorgeführt wurde. Bereits 1911 hatte Alfons Fischer kritisiert:

„Was wir sahen war, nicht der *Mensch*, es war nur sein Gehäuse; seine seelischen und geistigen Eigenheiten konnte man weder unter die Linse der Mikroskops legen noch in einen Glaskasten einschließen oder an die Wand nageln. Wir leiden in dieser materialistisch gearteten Zeit an einer Unterschätzung des Geistigen und Seelischen, was auch namentlich auf dem Gebiete des Volksgesundheitswesens zu bedauern ist.“⁶⁷⁹

⁶⁷⁵ Vgl. ebd., 455 m. Abb. 5.

⁶⁷⁶ Vgl. allg. Roth, Menschenökonomie.

⁶⁷⁷ Vgl. ebd., 48 m. Abb. 39; Vogel, Das DHM auf der Gesolei, 460-461.

⁶⁷⁸ Vgl. T. Heuß, Gesolei, in: Die Hilfe 32 (1926), 265-266; Hodann, Gesolei und wir, 352; Kühne, Besuch Düsseldorf, 147; Diebel-Reuter, Gesundheitspflege auf der Gesolei, 1436.

⁶⁷⁹ Fischer, Die sozialpolitische Bedeutung der Internationalen Hygieneausstellung, 569. (Hervorheb. im Original).

Auf der Gesolei zeigte sich ein Arzt empört über die hier gebotene „rückständige, oberflächliche, in ihrer Wirkung so verderbliche Belehrung“, die alle immateriellen Kräfte des Daseins außer acht lasse: „Überall der krasseste Materialismus, Mechanismus, die Maschinentheorie vom Menschen ...“⁶⁸⁰. Ein Autor des Caritasverbandes beklagte die Diesseitigkeit und Anthropozentrik der Ausstellung, die sich besonders in der Sammlung „Der Mensch“ äußere. Die äußere Präsentation des Caritasverbandes auf der Ausstellung sei deshalb „streng theozentrisch“⁶⁸¹. Inwieweit allerdings die von der Caritas ausgestellte Nachbildung eines Bamberger Domportals diesem Anspruch gerecht wird muß bezweifelt werden. Geglückter war da die Sonderausstellung „Hygiene der Juden“, auf der religiöse Gebote als Hygienemaßnahmen interpretiert wurden und so die Vereinbarkeit von metaphysischer Daseinsorientierung und hygienischer Alltagspraxis vorführten⁶⁸².

5.8 Der Arzt

Die Gesolei war auch der Ort ärztlicher Selbstdarstellung, auf der Ärzte ihr Selbstbild und ihren Beruf einer breiten Öffentlichkeit präsentierten. Für das ärztliche Selbstverständnis war weiterhin die große Tradition der Heilberufe wichtig, wenngleich sie auf der Gesolei nicht mehr so umfassend dargestellt wurden wie noch in Dresden 1911. Der Düsseldorfer Medizinhistoriker Wilhelm Haberling hatte eine kleine Schau zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften in den Rheinlanden zusammengestellt, die im Kunstpalast gezeigt wurde⁶⁸³. Der „Ehrensaal rheinischer Naturforscher und Ärzte“ zeigte in Gemälden, Büsten und Vitrinen das Leben und Wirken von fünfzehn historischen Gestalten, angefangen bei Hildegard von Bingen bis zu Konrad Röntgen. Aus dem orange-roten Ehrensaal trat der Besucher in eine halbdunkle Rotunde, die in vierzehn beleuchteten Dioramen verschiedene Sze-

⁶⁸⁰ Bachmann an Schloßmann, 8.9. 1926, StAD XVIII 1021.

⁶⁸¹ Schiel, Zur Gesolei, 254.

⁶⁸² Vgl. M. Eschelbacher, Die Sondergruppe ‘Hygiene der Juden’ veranstaltet von der Synagogengemeinde Düsseldorf, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 2., 997-1002; Vgl. allg. F. Wiesemann, ‘Hygiene der Juden’ auf der Düsseldorfer Gesolei 1926. Jüdische Kulturleistungen in der Weimarer Republik, in: Geschichte im Westen 8 (1993), 24-37.

⁶⁸³ Vgl. W. Haberling, Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften. Die Ausstellung: Zweitausend Jahre Gesundheitspflege am Rhein verbunden mit dem Ehrensaal rheinischer Naturforscher und Ärzte, in: Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 2, 483-492.

nen aus „Zweitausendjahre(n) Gesundheitspflege am Rhein“ darstellte. Auch in anderen Abteilungen wurde der Geschichte ärztlichen Wirkens gedacht⁶⁸⁴. In der Gruppe Infektionskrankheiten befand sich ein Diorama, das die erste Schutzpockenimpfung durch ihren Entdecker Eduard Jenner zeigt⁶⁸⁵, und auf den „Ehrenraum“ für Robert Koch in der Gruppe „Kolonialhygiene“ wurde bereits an anderer Stelle hingewiesen.

Große Aufmerksamkeit wurde der Geschichte der Medizin auch in der standesärztlichen Repräsentation auf der Gesolei, dem „Haus des Arztes“, geschenkt⁶⁸⁶. In einer Galerie waren berühmte Ärzte versammelt, und in Originalen und Reproduktionen wurden historische Rezepte und Krankenberichte gezeigt, darunter auch Arbeiten Schillers aus der Zeit seines Medizinstudiums. Neben der Würdigung historischer Persönlichkeiten galt das besondere Interesse hier der Geschichte des ärztlichen Standes. Aufgereiht waren Zeugnisse, die vom alten Ägypten über den Hippokratischen Eid bis hin zur modernen Standesordnung der deutschen Ärzte⁶⁸⁷ reichten und so zugleich den Hartmannbund als der standespolitischen Interessensvertretung mit der Weihe einer jahrtausendealten Tradition versahen.

Das Bild des Arztes auf der Gesolei spiegelte dessen Selbstverständnis als des „berufendsten Hüters der Volksgesundheit“⁶⁸⁸ wieder. In der Eingangshalle des Hauses „Der Arzt“ hing ein großes allegorisches Gemälde, das den Arzt als „helfenden und heilenden Menschenfreund“ vorstellte⁶⁸⁹. Eine Reihe von Dioramen schlossen sich in einem Nebenraum an, die Einblick in die berufliche Tätigkeit von Ärzten gaben und zeigten, wie „der Arzt dem Menschen mit Aufwand seiner ganzen Persönlichkeit helfend zur Seite steht“⁶⁹⁰. Das Bild des Arztes als Helfer und Heiler wurde auch in den wissenschaftlichen und populären Ausstellungsteilen gepflegt, sei es in der Sozialen Fürsorge⁶⁹¹, der Militärhygiene⁶⁹² oder in der Kolonialhygiene, in der der deutsche Arzt als Wohltäter der außereuropäischen Menschheit erschien⁶⁹³. Der Arzt als „Hüter der Volksgesundheit“ bedeutete auch das Auftreten des Arztes als

⁶⁸⁴ Vgl. W. Haberling, Die Geschichte der Medizin und des Arztes auf der Gesolei, in: *Ärztliche Mitteilungen* 27 (1926), 532-534, hier: 534.

⁶⁸⁵ Vgl. Bürgers, Einzelne Kapitel, 426.

⁶⁸⁶ Vgl. K. Haedenkamp, Der Arzt auf der Gesolei, in: *Ärztliche Mitteilungen* 27 (1926), 529-531, hier: 530-531.

⁶⁸⁷ Vgl. Neustätter, Die große Ausstellung, 1278.

⁶⁸⁸ H. v. Watter, Arzt und wissenschaftliche Forschung auf der Gesolei, in: *Ärztliche Mitteilungen* 27 (1926), 534-537, hier: 534.

⁶⁸⁹ Vgl. Haedenkamp, Der Arzt auf der Gesolei, 530.

⁶⁹⁰ Neustätter, Die große Ausstellung, 1280.

⁶⁹¹ Vgl. z.B. Rott, Gesundheitsfürsorge, 694 m. Abb. 20.

⁶⁹² Vgl. Heinrich, Sanitätsdienst, 603.

Erzieher des Volkes kraft seiner Fachautorität. Verschiedene Darstellungen zeigten Ärzte, die den Laien Anweisungen für gesundheitsgerechtes Verhalten geben⁶⁹⁴. Die Werbung für das Bruststillen in der Abteilung Säuglingsfürsorge wurde beispielsweise ergänzt durch ein Bildnis Schloßmanns, auf dem er den dringenden Appell an die Betrachter richtet: „Muttermilch ist unersetzlich!“

Abb. 4:



aus: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei. Große Ausstellung Düsseldorf für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen, Bd. 2, Düsseldorf 1927, 683.

Im Kontrast zu dem positiven Bild vom verantwortungsbewußten Arzt als Wohltäter der Menschheit standen die massiven Auseinandersetzungen vor und während der Ausstellung, in der Ärzte versuchten, ihre ökonomischen und standespolitischen Interessen zu behaupten. Der Vorsitzende des Hartmannbundes Karl Haedekamp berichtete, zunächst habe die Ärzteschaft mit den Krankenkassen verabredet, jeweils auf eine Beteiligung zu verzichten und das Geld anderweitig zu verwenden. Erst in letzter Minute habe man sich anders entschieden, als man erfahren habe, daß der Hauptverband der Ortskrankenkassen auf der Gesolei ausstellen werde, so daß man habe befürchten müssen, es werde ein „polemisch gefärbtes Bild“ der Ärzte prä-

⁶⁹³ Vgl. Fülleborn, Kolonialhygiene, 583 m. Abb. 5 u. 585 m. Abb. 6.

sentiert werden. „Dem Gegner das Feld kampflos zu überlassen, erschien daher nicht vertretbar ...“⁶⁹⁵. Das „Haus des Arztes“, in dessen Eingangshalle die Büste Hartmanns ausgestellt war, brachte so auch einige Spitzen gegen die Krankenkassen⁶⁹⁶. Einige auf einem Schreibtisch durcheinandergeworfene Formulare sollten zum Beispiel die „Schreibbelastung des Arztes beim Krankenkassendienst“ zum Ausdruck bringen⁶⁹⁷.

Versuchte man sich gegenüber den Krankenkassen noch einer gewissen Zurückhaltung zu befleißigen⁶⁹⁸, weil man auf eine beschränkte Kooperation angewiesen blieb, ging man in massivster Weise gegen unliebsame Konkurrenz vor. Seit der Jahrhundertwende versuchten ärztliche Standesorganisationen, das Monopol auf Heilbehandlungen zu erringen und Naturheiler, Heilpraktiker und andere Laien zu verdrängen⁶⁹⁹. Alle nichtapprobieren Heilkundigen wurden unter dem Kampfbegriff „Kurpfuscher“ zusammengefaßt, ganz gleich in welcher Weise sie ihr Handwerk versahen. Bereits 1911 waren Naturheilkundler nicht zur Internationalen Hygiene Ausstellung zugelassen worden, was nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen gewesen sein wird, daß sie sich in scharfer Weise gegen Lingners Mundwasser Odol ausgesprochen hatten⁷⁰⁰. Auf der Gesolei gab es nur einen kleinen Abschnitt zur Homöopathie, und es wurden im Deulig-Kino Filme aus der Naturheilbewegung gezeigt wie zum Beispiel „Allmutter Sonne“⁷⁰¹. Dagegen gab es eine eigene Ausstellung der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums“ auf der Gesolei, doch ein Beobachter hatte auch nach mehrfachem Aufsuchen der Räumlichkeiten niemals einen Besucher entdecken können⁷⁰².

Die heftigsten Auseinandersetzungen hatte es aber um die Beteiligung von Dentisten auf der Gesolei gegeben. Im Juli 1925 hatte die Ausstellungsleitung mit dem Hauptverband der Dentisten Kontakt aufgenommen⁷⁰³ und bald darauf einen Vertrag geschlossen, der vor allem auch um die Beteiligung der Dentalindustrie si-

⁶⁹⁴ Vgl. Rott, Gesundheitsfürsorge, 685 m. Abb. 13; Bürgers, Einzelne Kapitel, 423 m. Abb. 1.

⁶⁹⁵ Haedenkamp, Der Arzt auf der Gesolei, 530.

⁶⁹⁶ Vgl. ebd., 531.

⁶⁹⁷ Neustätter, Die große Ausstellung, 1280.

⁶⁹⁸ Haedenkamp, Der Arzt auf der Gesolei, 531, betont man habe sich gerade im Ausstellungsteil zu den Krankenkassen knapp gehalten und versucht, Polemik zu vermeiden. Nicht ganz dazu paßt allerdings die hier gezeigte Karikatur, in der „hunderte von arbeitsfreudigen jungen Kollegen“ durch die Schranken der Krankenkassen an der Ausübung ihres Berufes gehindert werden (vgl. ebd., 630).

⁶⁹⁹ Vgl. Weindling, Health, Race and German Politics, 20-23.

⁷⁰⁰ Vgl. Väh-Hinz, Odol, 52.

⁷⁰¹ Vgl. F. Warkentin, Das Kurpfuschertum auf der Gesolei, in: Ärztliche Mitteilungen 27 (1926), 552-553, hier: 552.

⁷⁰² Vgl. Roeder, Die städtische gesundheitliche Fürsorge auf der Gesolei, 718.

chern sollte. Der Reichsverband der Zahnärzte mobilisierte daraufhin die Landesverbände, Ärztevereine, sozialfürsorgerische Organisationen und zahlreiche einflußreiche Einzelpersonlichkeiten, die einen vorformulierten Brief an die Ausstellungsleitung sandten, mit der Bitte, eine Teilnahme der Dentisten zu untersagen. Auf einer Besprechung im August 1925 zwischen Ausstellungsleitung und Zahnärzten ließen sich die Ärzte auf keinen Kompromiß ein und beharrten darauf, „im Interesse des Standesansehens der Ärzte“ dürften Nicht-Approbierte nicht zugelassen werden⁷⁰⁴. Schloßmann sah sich im September genötigt, sich gegenüber dem Wohlfahrtsministerium in einem siebenseitigen Brief für sein Vorgehen zu rechtfertigen. Auch wenn Dentisten nicht wissenschaftlich ausgebildet seien, so könne er sie doch nicht in die Kategorie „Kurfuscher“ einreihen. Schloßmann wehrte sich gegen den Versuch, die Dentisten ihrer staatsbürgerlichen Rechte zu berauben⁷⁰⁵. Die Auseinandersetzung verschärfte sich noch, als die Zahnärzte mit dem völligen Rückzug von der Ausstellung drohten⁷⁰⁶, und Schloßmann willigte sogar ein, daß das Programm der Dentisten den Zahnärzten zuvor vorgelegt werde⁷⁰⁷. Zu einer endgültigen Klärung kam es jedoch nicht mehr, denn am 24. November gaben die Dentisten auf und erklärten mit Hinweis auf die prekäre wirtschaftliche Lage und die Auseinandersetzungen mit den Ärzten ihren Rückzug von der Ausstellung⁷⁰⁸. Die Zahnärzte werteten es in der Verbandspresse als einen großen Erfolg, die drohende schwere Schädigung des ärztlichen Ansehens abgewendet zu haben⁷⁰⁹.

Die Repräsentation des Arztes auf der Gesolei hinterläßt somit einen zwiespältigen Eindruck. Zum einen wurden zu Recht Erfolge und Leistungen von Ärzten in Forschung und Krankenbehandlung hervorgehoben, wenngleich hier mitunter ein romantisch verklärtes Bild präsentiert wurde. Zum anderen wurden am Beispiel der Gesolei auch die gesellschaftlichen und ökonomischen Bedingungen, denen ärztliches Handeln in der modernen Gesellschaft unterliegt, deutlich. Auf der einen Seite gab es Spannungen zu den Krankenkassen, die es weiten Teilen der Bevölkerung erst ermöglicht hatten, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und somit die Grundlage gebildet hatten, für die enorme Expansion des Ärztestandes. Da die Krankenkassen

⁷⁰³ „Besprechung mit den Vertretern der Dentisten“, 18.7. 1925, StAD XVIII 1095.

⁷⁰⁴ Sitzung mit den Vertretern des Ärztevereins und des Zahnärztereins, 12.8. 1925, StAD XVIII 1043.

⁷⁰⁵ Schloßmann an Minister f. Volkswohlfahrt, 7.9. 1925, 7 S., StAD XVIII 1095, hier: S. 2.

⁷⁰⁶ Drexler an Schloßmann, 15.9. 1925, StAD XVIII 1095.

⁷⁰⁷ Besprechung im Wohlfahrtsministerium, 12.11. 1925, StAD XVIII 1095.

⁷⁰⁸ Reichsverband der Dentisten an Schloßmann, 24.11. 1925, StAD XVIII 1095.

⁷⁰⁹ L. Hoffmann, Der Zahnarzt auf der Gesolei, in: *Ärztliche Mitteilungen* 27 (1926), 553-554, hier: 553.

durch ihre Politik etwa in der Zulassung von Ärzten zugleich die Bedingungen ärztlichen Handelns entscheidend mitbestimmten, trafen sie hier auf den entschiedenen Widerstand der Ärzte, die sich die freie Arztwahl und die Aufhebung der Zulassungsbestimmungen zum Ziel gesetzt hatten⁷¹⁰. Diese zentralen Forderungen wurden auch auf der Gesolei vorgestellt. Auf der anderen Seite standen Ärzte in Konkurrenz zu nichtapprobierten Heilkundigen und versuchten, sie durch einen aggressiven Professionalismus zu verdrängen. Die Selbstdarstellung der Ärzte „im Dienste des Volkes“⁷¹¹ auf der Gesolei kann aus dieser Perspektive als ein Versuch gewertet werden, sowohl gegenüber den Krankenkassen als auch gegenüber den Naturheilkundlern, den Arzt als den eigentlichen Vertreter der Gesundheitsversorgung zu präsentieren und damit implizit den Anspruch zu erheben, alleine durch den Arzt sei die medizinische Versorgung gewährleistet.

5.9 „Volkskrankheiten“ - „Volksunsitten“. Individuelle und Soziale Hygiene auf der Gesolei

Die Bekämpfung von Infektionskrankheiten wurde auf der Gesolei in den Hauptabteilungen „Gesundheitspflege“ und „Soziale Fürsorge“ vorgestellt. Die Gruppe „Übertragbare Krankheiten“ in der Abteilung „Gesundheitspflege“ zeigte vor allem die medizinischen und individuellen Möglichkeiten zum Schutz vor Ansteckung und zur Bekämpfung von Krankheiten. Dagegen waren die klassischen Themen der Sozialhygiene aus der Abteilung „Gesundheitspflege“ ausgegliedert und wurden in der Abteilung „Soziale Fürsorge“ als „Volkskrankheiten, Volksunsitten und Volksgebrechen“ zusammen mit der Säuglingsfürsorge vorgestellt. Neben der Tuberkulose und den Geschlechtskrankheiten („Volkskrankheiten“) betraf dies den Alkoholismus („Volksunsitten“) und körperliche und geistige Behinderungen („Volksgebrechen“). Diese Aufteilung war von Schloßmann vorgeschlagen und von der Hygienikerversammlung im Frühjahr 1925 beschlossen worden⁷¹². Das soziale Moment sollte nach Schloßmanns Auffassung im Vordergrund stehen und an die Stelle der bislang

⁷¹⁰ Vgl. zur Situation in der Weimarer Republik: Nadav, Julius Moses und die Politik der Sozialhygiene, 241-246.

⁷¹¹ Bürgers, Einzelne Kapitel, 437.

in der hygienischen Volksbelehrung so betonten Pathologie der Krankheiten sollte die Darstellung des Fürsorgewesens treten.

Im folgenden soll nun die Präsentation der Infektionskrankheiten auf der Geselei im Spannungsfeld von individueller und sozialer Hygiene beziehungsweise medizinischer Therapie untersucht werden. Dabei wird auch die Gruppe „Wohnung und Siedlung“ in der Abteilung „Gesundheitspflege“ miteinbezogen werden, da hier ebenfalls zentrale Fragen der sozialen und persönlichen Hygiene angesprochen wurden. Ebenfalls mit den Blick genommen wird die Darstellung des Alkoholismus, weil sie nicht nur ein wichtiges sozialhygienisches Thema war, sondern auch weil die Diskussion der „Alkoholfrage“ eng mit verhaltensleitenden Imperativen verbunden war.

5.9.1 Infektionskrankheiten

Abgesehen von der erwähnten Ausgliederung der venerischen Erkrankungen und der Tuberkulose zeigte die Gruppe „Übertragbare Krankheiten“ die wichtigsten Infektionskrankheiten⁷¹³. Zu jeder Krankheit wurden jeweils ihre Erscheinungsformen, die Ursachen und der Erreger, die Verbreitung und schließlich die Maßnahmen zur Bekämpfung oder Verhütung dargestellt. Eine unterschiedliche Präsentation einzelner Krankheiten lag vor allem in der Behandlung des letzten Punkts begründet, in dem entweder stärker die medizinische Seite oder der Aspekt individuellen Verhaltens betont wurde. Die medizinische Dimension von Krankheiten kam in Photographien und Kulturen der Erreger sowie in der Nachbildung einzelner Krankheitserscheinungen in Moulagen zum Tragen. Ein auf der Ausstellung aufgebautes, vollständig eingerichtetes bakteriologisches Laboratorium repräsentierte die mikrobiologische Forschung. Hervorgehoben wurde die medizinische Intervention in der Darstellung der Diphtherie⁷¹⁴, stellte doch die Serumtherapie einen der größten Erfolge der Bakteriologie dar.

Die größte Bedeutung wurde der Darstellung medizinischer Krankheitsbekämpfung in der Untergruppe „Pocken“ zugemessen, da die gesetzliche Zwangsimp-

⁷¹² Fraenkel: „Niederschrift über die Hygieniker-Tagung“, 21.5. 1925, StAD XVIII 1063.

⁷¹³ Vgl. allg. Bürgers, Einzelne Kapitel, 423-429; ders., Volkskrankheiten, 537.

⁷¹⁴ Vgl. Bürger, Volkskrankheiten, 537.

fung gesellschaftlich noch immer umstritten war⁷¹⁵. Neben einer verbreiteten und nicht unbegründeten Angst vor Impfschäden gab es vor allem heftigen Widerspruch der Naturheilkundler, die die Impfung als unnatürliche Methode ablehnten und sich gegen den staatlich verordneten Zwang wehrten. Die Widerlegung der Behauptung der Impfgegner stand deshalb im Mittelpunkt einer großzügig ausgebauten Untergruppe „Pocken“⁷¹⁶. Zunächst wurden die Besucher durch Moulagen und Photos über die Krankheitsbilder unterrichtet und über die Übertragungswege informiert. Anschließend folgte ein Überblick über die Geschichte der Schutzpockenimpfung, die ja bereits vor der bakteriologischen Ära praktiziert wurde. Ausführlich wurden die Besucher dann über den Verlauf einer Impfreaktion aufgeklärt, um hier Ängsten entgegenzutreten. Der Vergleich der epidemiologischen Entwicklung mit England, wo keine Impfpflicht bestand, sollte den Nutzen der Zwangsimpfung in Deutschland demonstrieren und die Risiken von Impfschäden gegen das ungleich höhere Risiko einer Pockenepidemie verdeutlichen. In der Darstellung der Krankheitserscheinungen bei Pocken setzte die Ausstellungsleitung bewußt auf Abschreckung, um so die Bedeutung der Impfung zu betonen und Akzeptanz beim Betrachter zu schaffen⁷¹⁷.

Bei anderen Krankheiten wurde dagegen stärker die Bedeutung individuellen Verhaltens betont. Die Verbreitung der Influenza durch Tröpfcheninfektion wurde durch zwei Graphiken einer Straßenbahn veranschaulicht. In der einen befanden sich „rücksichtslos hustende“ Leichtkranke, deren Auswurf als kleine Punkte sichtbar gemacht in der ganzen Bahn umherflog. Die andere Bahn zeigte ein „gesittetes“ Publikum, bei dem die hustenden Kranken ihren Bazillenausstoß durch eine vorgehaltenen Hand abfangen⁷¹⁸. Eine andere Graphik illustrierte das erhöhte Infektionsrisiko bei großen Menschenansammlungen, indem ein vollbesetztes Kino und ein gering besuchter Park in gleicher Weise gegenübergestellt wurden⁷¹⁹. Auf Tafeln wurden die hier dargestellten Vorgänge nochmals als Verhaltensregeln formuliert, in denen sowohl der Schutz der Mitmenschen durch das eigene hygienische Verhalten als auch die Maßnahmen zum persönliche Schutz nochmals hervorgehoben wurden⁷²⁰.

⁷¹⁵ Vgl. Bürgers, Einzelne Kapitel, 427; „Besprechung über die Gruppe Pocken“, 10.10. 1925, o.U., StAD XVIII 1069; „Besprechung des Kapitels Pocken“, o.D. o.U., StAD XVIII 1069.

⁷¹⁶ Zum Aufbau der Gruppe vgl. „Gruppe Pocken“, o.D., 7 Bl., StAD XVIII 1069.

⁷¹⁷ Vgl. Bürgers, Einzelne Kapitel, 427.

⁷¹⁸ Vgl. Bürgers, Einzelne Kapitel, 424 m. Abb. 2 u. 3.

⁷¹⁹ Bürgers an Modellbilderei, 3.2. 1926, StAD XVIII 1212.

⁷²⁰ „Text zu den Bildern von Prof. Bürgers“, 19.4. 1926, StAD XVIII 1212

Persönliche Sauberkeit und hygienisches Verhalten standen auch im Mittelpunkt der Darstellung der Darmkrankheiten. Unter diese Gruppe waren die einst so spektakulären Krankheiten aus der ersten Phase des modernen städtischen Gesundheitswesens gefaßt, die mittlerweile durch die veränderten Lebensbedingungen und die epidemiologische Entwicklung eine weitaus geringere gesellschaftliche Brisanz besaßen: Cholera, Typhus und Ruhr. Es wurde hier auf die Ansteckungsgefahren verunreinigter Milch und kontaminierten Wassers hingewiesen⁷²¹. Ein bewegliches Modell zeigte, wie Fliegen von einem Abfallhaufen zu den Lebensmitteln in einer Stube flogen und so Krankheitskeime übertrugen, und unterstrich auf diese Weise die Bedeutung der Schädlingsbekämpfung als hygienische Forderung⁷²².

Die Kojе „Typhus“ hob die Gefahr einer Kontaktinfektion hervor. In einer Bilderserie wurde ein „Bauer“ vorgestellt, der von Typhus wieder genesen war, aber noch jahrelang Träger der Krankheitskeime blieb⁷²³. In zwei Bilderfolgen gibt er einem mit Hemd und Krawatte als Bürger gekennzeichneten Mann die Hand. In der einen Serie wäscht sich der Mann die Hände vor dem Essen und bleibt gesund, in der anderen Serie wäscht er sich nicht die Hände und erkrankt. Daneben hing ein Triptychon, das auf die Gefahren der unbeabsichtigten Krankheitsübertragung auf Dritte hinwies⁷²⁴. In der Mitte pflegte eine Mutter ein Baby, während sie rechts ihren kranken Mann versorgte und links einer Alten die Hand gibt. Um die Übertragung der mit dem bloßen Augen unsichtbaren Krankheitskeime für das Publikum plausibler zu machen, waren auf einem Brett darunter mehrere Bakterienkulturen zu sehen, die die gefährlichen Keime mit Hilfe der modernen Wissenschaft „sichtbar“ machten⁷²⁵.

5.9.2 Tuberkulose

Während in der Gruppe „Übertragbare Krankheiten“ die medizinischen Aspekte und die persönliche Hygiene behandelt wurden, kam bei der Tuberkulose wie bei den Ge-

⁷²¹ Vgl. Bürgers, Volkskrankheiten, 537.

⁷²² Vgl. Bürgers, Einzelne Kapitel, 425 m. Abb. 5.

⁷²³ Vgl. Fraenkel, Wissenschaftliche Abteilungen, 411 m. Abb. 4.

⁷²⁴ Vgl. ebd. u. Bürgers, Einzelne Kapitel, 425 m. Abb. 4.

⁷²⁵ Vgl. ebd.

schlechtskrankheiten die Repräsentation des Fürsorgewesens hinzu⁷²⁶. Anders aber als die im Obergeschoß des Kunstpalasts gut platzierten Infektionskrankheiten, waren die gesundheitsfürsorgerischen Ausstellungsteile - wie bereits erwähnt- sehr abgelegen und schlecht zu erreichen.

Im Eingangsbereich zur Gruppe „Tuberkulose“ wurden zunächst Robert Koch und andere Forscher, die sich um die Bekämpfung der Krankheit verdient gemacht hatten, in Porträts geehrt⁷²⁷. Daran schloß sich der erste Ausstellungsteil an, in dem zunächst die wissenschaftlichen Grundlagen vermittelt wurden. Die Darstellung der Krankheitsbilder beschränkte sich auf das für das allgemeine Publikum Relevante. Dagegen war der große Teil der Pathologie und Anatomie der Tuberkulose in die Gruppe „Krankenhaus“ ausgelagert, die sich vornehmlich an Fachleute richtete⁷²⁸. Gerade die für Laien abstoßende Wirkung der Moulagen sollte weitgehend vermieden werden, und an die Stelle der Abschreckung sollte nach dem Konzept der Gesolei die Aufklärung treten⁷²⁹. Nachdem auch die Entstehung und Verbreitung der Tuberkulose gezeigt worden waren, wurde die Organisation der Tuberkulosebekämpfung im Deutschen Reich vorgeführt: das Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, diverse lokale Vereine und schließlich die Gesetzgebung⁷³⁰.

Die beiden folgenden Ausstellungsteile zeigten dann die offene und geschlossene Fürsorge für Tuberkulosekranke⁷³¹. Der zweite Teil der Ausstellung präsentierte einige mustergültige Fürsorgestellen in verschiedenen Städten auf Photos und in Modellen. Im Zusammenhang damit wurde auch die Arbeit der Fürsorgestellen vorgestellt, wobei die „Erfassung der Tuberkulösen und die Aufsuchung der Seuchenherde“ im Mittelpunkt standen⁷³². Der abschließende dritte Teil der Tuberkulose-Ausstellung führte die geschlossene Fürsorge in Heilstätten und Krankenhäusern vor. Auch hier wurden wieder Musterheilstätten gezeigt, deren Arbeitsweise anhand eines Röntgenraums und anderer Apparaturen veranschaulicht wurde. Angeschlossen war hier eine Gruppe zur chirurgischen Behandlung der Tuberkulose in Krankenhäusern.

Für die Laien, die weder Mediziner waren noch Angestellte der Fürsorge oder der Sozialverwaltung, waren neben den Krankheitsbildern zunächst die Entstehung

⁷²⁶ Vgl. allg. Rott, Gesundheitsfürsorge, 715-716.

⁷²⁷ Vgl. ebd., 715.

⁷²⁸ Vgl. Bürgers, Volkskrankheiten, 538.

⁷²⁹ Vgl. ebd., 537 u. Schloßmann, Entwicklung, 38-40.

⁷³⁰ Vgl. Rott, Gesundheitsfürsorge, 715-716.

⁷³¹ Vgl. ebd., 715-716; Bürgers, Volkskrankheiten, 538.

⁷³² Rott, Gesundheitsfürsorge, 715.

und Verursachung von Tuberkulose interessant. Die Ausstellung zeigte sowohl konstitutionelle als auch umweltbedingte Faktoren⁷³³. So wurde anhand von Statistiken die Bedeutung der Wohnung oder des gewerblichen Staubes am Arbeitsplatz für die Entstehung der Tuberkulose erläutert. Im Mittelpunkt standen aber die individuellen Lebensgewohnheiten in ihrem Bezug zur Krankheit, und gerade hier sollten dem Besucher hygienische Verhaltensstandards vermittelt werden. Da es weder Schutzimpfung noch Therapie gab, war die Vorbeugung immer noch die wichtigste Maßnahme zur Bekämpfung der Tuberkulose. Im Vordergrund stand dabei die sogenannte Sputumprophylaxe, durch die die Verbreitung der in dem Auswurf enthaltenen Krankheitskeime verhindert werden sollte⁷³⁴. Verschiedene Maßnahmen zur Unschädlichmachung des Sputums, so vermutlich auch die damals von den Fürsorgestellten propagierten „Spuckflaschen“, wurden den Besuchern bekannt gemacht⁷³⁵. Auch die Wirkung der Desinfektion wurde anhand von Beispielen demonstriert.

Die Modelle eines hustenden und eines niesenden Phthisikers veranschaulichten die Reichweite des Auswurfs und wiesen so auf die Gefährdung der Mitmenschen durch Tröpfcheninfektion hin⁷³⁶. Auch hier wieder sollten wie im Falle der Influenza hygienische Verhaltensstandards vermittelt und auf Risiken hingewiesen werden. Die Dringlichkeit solchen Verhaltens sollte den Besuchern durch eine Schlaguhr klar gemacht werden, die alle fünf Minuten läutete, um anzuzeigen, daß wieder ein Deutscher an Tuberkulose gestorben sei⁷³⁷.

Ein Kritiker bemängelte, es werde das Infektionsmoment zu stark in den Vordergrund gerückt und die Bedeutung hygienischen Verhaltens für die Bekämpfung der Tuberkulose zu sehr betont⁷³⁸. Dagegen werde der Zusammenhang von Erkrankung und Wohnung oder Ernährung vernachlässigt. Gerade hier fehle die gesundheitspolitisch begründete Forderung an die Allgemeinheit zur Schaffung besserer Lebensverhältnisse. „Gar zu sehr begnügt man sich auch hier mit der bequemen Methode, den einzelnen für sein gesundheitliches Verhalten und für eventuelle Krankheitsentstehung verantwortlich zu machen“⁷³⁹. Gegenüber der übermäßig betonten

⁷³³ Vgl. ebd.

⁷³⁴ Vgl. Göckenjan, Über den Schmutz, 121-125.

⁷³⁵ Vgl. Rott, Gesundheitsfürsorge, 715.

⁷³⁶ Vgl. Bürgers, Volkskrankheiten, 538.

⁷³⁷ Vgl. Hodann, Die Gesolei und wir, 353.

⁷³⁸ Vgl. Roeder, Die städtische gesundheitliche Fürsorge auf der Gesolei, 717

⁷³⁹ Vgl. ebd.

„Pflicht zur Gesundheit“ werde auf lange Sicht das „Recht auf Gesundheit“ im Vordergrund stehen⁷⁴⁰.

5.9.3 Wohnung und „Volksgesundheit“

Die krankmachenden Folgen unhygienischer Wohnverhältnisse wurden auch in der Gruppe „Wohnung und Siedlung“ thematisiert. Eine Tafel verkündete: „Tuberkulosebekämpfung ist im wesentlichen eine Wohnungsfrage“⁷⁴¹. Die Besucher wurden demgemäß mit den grundlegenden hygienischen Forderungen für ein gesundes Wohnen sowie den Gefahren unhygienischen Wohnens bekannt gemacht: Die Forderung nach ausreichender Belichtung und Luftversorgung sowie nach genug Luftraum für alle Bewohner; der Warnung vor den Gesundheitsgefahren durch Staub, Hitze und Feuchtigkeit sowie den Ansteckungsrisiken bei der Benutzung eines Bettes durch mehrere Personen⁷⁴². Das Wohnungselend der Großstädte, insbesondere der dortigen Mietskasernen, wurde mit Photos und Modellen vorgeführt⁷⁴³. Statistiken sollten den Zusammenhang von ansteckenden Krankheiten und Wohndichte erläutern.

Ging es dagegen um Maßnahmen gegen unhygienische Wohnverhältnisse, dann stand wiederum das individuelle Verhalten im Vordergrund. Den Besuchern wurde plakativ erklärt: „Frische Luft vertreibt den Tod“, „Licht ist der größte Feind der Tuberkulose“ und „Laßt Licht und Luft in die Wohnung“⁷⁴⁴. Die Frage unhygienischer und hygienischer Wohnverhältnisse reduzierte sich auf das Problem der persönlichen Hygiene, der soziale Kontext wurde ausgeblendet. Es herrschte offenbar der Optimismus vor, man müsse den Leuten nur zeigen, wie man sich „vernünftig“, das hieß „hygienisch“ einrichtet, und schon seien viele gesundheitliche Probleme gelöst. Warum aber eine mehrköpfige Familie in einer Mietskaserne noch einen Schlafgänger aufnimmt und warum dieser andererseits kein eigenes Heim besitzt, die Frage nach den materiellen Bedingungen hygienischen Verhaltens also, wurde nicht angesprochen und ebensowenig wurden entsprechende sozialpolitische Forderungen erhoben⁷⁴⁵.

⁷⁴⁰ Vgl. ebd., 715.

⁷⁴¹ „Wohnung und Siedlung“, 7 S., o.D., StAD XVIII 1069, hier: S. 6.

⁷⁴² Vgl. ebd., S. 1-7.

⁷⁴³ „Wohnung und Siedlung. Modelle“, o.D., StAD XVIII 1069.

⁷⁴⁴ „Wohnung und Siedlung“, 7 S., o.D., StAD XVIII 1069, hier: 4 u. 6.

⁷⁴⁵ Zur Diskussion um hygienisches Wohnen vgl. allg. Rodenstein, 'Mehr Licht, mehr Luft', 106-110 u. 171-176.

Statt dessen wurden den Besuchern ausführlich alle Notwendigkeiten einer hygienischen Lebensweise und Haushaltsführung geschildert. Ein Diorama vereinigte die wichtigsten Forderungen häuslicher Hygiene⁷⁴⁶. Es war das Innere einer einfachen Stube zu sehen, in der sich eine Mutter mit ihren beiden Kindern befand. Merksprüche warben für eine hygienische Lebensweise: „Hygiene ist das billigste Vergnügen - Gesundheit ist nicht zu bezahlen“ oder „Gesundheit kaufst Du nicht im Handel, / Sie liegt in deinem Lebenswandel“. Zusätzlich waren die Gegenstände oder Personen des Dioramas jeweils mit Merksprüchen versehen, die dazu aufforderten, wöchentlich ein warmes Bad zu nehmen (in einem Waschzuber), sich die Haare zu bürsten, die Zähne zu putzen und die Stube feucht zu wischen. Gerade der letzte Punkt galt als besonders wichtig, um ein Aufwirbeln schädlichen Staubs und möglicherweise auch der Keime eines getrockneten Tuberkulose-Sputums zu unterbinden⁷⁴⁷. In zahlreichen weiteren Darstellungen wurde die mustergültige Sauberkeit im Abort, die hygienische Reinigung des Geschirrs und vieles mehr vorgeführt⁷⁴⁸.

Wie man mit „einfachsten Mitteln“ eine hygienische Lebensumwelt für sein Kind schafft, demonstrierten zwei Modelle in der Abteilung Säuglingsfürsorge⁷⁴⁹. Anhand von Modellen wurden die Besucher über die Einrichtung einer Wohnküche aufgeklärt, wobei „Richtig“ und „Falsch“ einander gegenübergestellt waren. Das Modell „Falsch“ zeigte eine verwahrloste Wohnküche einer Mietwohnung. Alles war schmutzig, die Fenster waren geschlossen und völlig verdreckt, das Mobiliar war alt und verbraucht, in der Ecke stand ein alter Kohlenofen. In der Küche saß eine dunkel gekleidete Frau mit ihrem Kind. Auch das andere Modell stellte eine Wohnküche dar, und auch hier saß eine Mutter mit ihrem Kind. Doch hier war alles hell gestrichen und reinlich, das Mobiliar modern und die ganze Einrichtung gepflegt. Statt des großen, alten Küchenschanks gab es hier nur eine kleine Kommode, die offenbar für die gesamte KÜcheneinrichtung ausreichend war. Die Fenster waren größer als in der „falschen“ Wohnung, und die Vorhänge bauschten sich in der frischen Luft, die der Besucher förmlich in das Zimmer hineinströmen sehen konnte. Auch das Gemüt war nicht vergessen und wurde durch zwei Bilder an der Wand und ein Deckchen auf dem Küchentisch befriedigt. Alles war so sauber, daß auf dem Boden ein weiteres

⁷⁴⁶ Photo, StAD Nachlaß 27: Robert Lehr, Nr. 81 (Photoalbum zur Gesolei).

⁷⁴⁷ Vgl. Göckenjan, Über den Schmutz, 125-126.

⁷⁴⁸ „Verzeichnis der Gegenstände v. Prof. Gottschlich“, o.D., StAD XVIII 1069.

⁷⁴⁹ Vgl. Rott, Gesundheitsfürsorge, 687 m. Abb. 15 u. 16.

Kind unbedenklich zu den Füßen der Mutter spielen konnte, die mit ihrer strahlend weißen Schürze allerdings mehr aussah wie eine Krankenschwester.

Wie sich auch eine kleine Wohnung mit rationeller und ökonomischer Raumaufteilung wohnlich und sauber gestalten ließe, wurde in der Gruppe „Die Frau“ in einer Dreizimmer-Musterwohnung vorgeführt, die bürgerliche Frauen eines Hausfrauenvereins für ihre „proletarischen Schwestern“ entworfen hatten⁷⁵⁰. Allerdings befand sich in dieser „modernen“ und „zweckmäßigen“ Wohnung, abgesehen von der Beleuchtung, keinerlei elektrische Einrichtung, dafür aber Seidenbettwäsche⁷⁵¹. Mustergültiges zeigte auch wenige Meter entfernt ein „Arbeiterhaus“ in der kleinen Siedlungskolonie der Gesolei, doch nur wenige Arbeiter werden sich damals dieses fast 9.000 Mark teure Haus haben leisten können⁷⁵².

Daß eine „hygienische“ zugleich eine „schöne“ Wohnung war, demonstrierte das Modell „Der Unfug der guten Stube“, in der ein nach der Art der Vorkriegszeit eingerichtetes Wohnzimmer einem modern eingerichteten gegenübergestellt wurde: „Das eine vollgestopft mit staubfangenden, prunkhaften Möbeln, mit Kitsch und Ungeschmack, das andere in einfachen Linien, hell und freundlich gehalten: Hygiene und Ästhetik als zwei Seiten desselben Dings, unmittelbar aus der Anschauung und dem Erfahrungskreis des Beschauers entwickelt.“⁷⁵³

Ebenso wie die hygienischen Verhaltensanweisungen stellten auch die Forderungen an eine hygienische Wohnungseinrichtung eine Möglichkeit dar, das gesellschaftliche Problem „Krankheit“ zu individualisieren und im Rahmen der „hygienischen Volksbelehrung“ zu operationalisieren. Es soll nicht bestritten werden, das einer hygienischen Lebensweise eine große Bedeutung für die Gesundheit des Individuums zukommt, doch war dies nicht das zentrale Problem, denn das lag in den äußeren Verhältnissen, den materiellen Lebensumständen begründet. Wenn sich die Gesolei einer offensiv vorgetragenen sozialpolitischen Programmatik enthielt, so war es doch gleichwohl verdienstvoll, die Möglichkeiten individuellen Handelns aufzuzeigen. Dies zumal, wenn man berücksichtigt, daß in der Weimarer Zeit der Wohnungsbereich eines der aktivsten Felder kommunaler und staatlicher Sozialpolitik

⁷⁵⁰ Vgl. Freese, Wohnung und Siedlung, 520-521; Ausdruck „proletarische Schwestern“ bei Frevert, Fürsorgliche Belagerung, 421, ironisch zum Verhältnis bürgerlicher Frauen zu Frauen aus der Unterschicht in der Hygiene-Bewegung.

⁷⁵¹ Vgl. Hodann, Die Gesolei und wir, 354.

⁷⁵² Vgl. W. Dirks, Das wahre Gesicht der Gesolei, in: Rhein-Mainisch Volkszeitung v. 9.9. 1926, StAD XXIV 985.

war, hier also bereits viel geleistet wurde, so daß es die schmalen finanziellen Handlungsspielräume öffentlicher Finanzen zu übersteigen drohte⁷⁵⁴.

5.9.4 Geschlechtskrankheiten

Die Darstellung der Geschlechtskrankheiten stellte eine besondere ausstellungsdidaktische Herausforderung dar, denn zum einen galt es zeitgemäße Darstellungsformen zu finden, und zum anderen mußten dabei die herrschenden gesellschaftlichen Auffassungen von Anstand und Moral gewahrt bleiben. Die Überlegungen über eine zeitgemäße Präsentation des Stoffes galten einmal dem Einsatz von Moulagen. Nachbildungen von Krankheitsbildern wurden seit der Renaissance für die medizinische Ausbildung gefertigt. In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts wurden in Frankreich in einem Museum erstmals Wachs nachbildungen von Geschlechtskrankheiten gezeigt, um so Schüler und Erwachsene durch drastische Abschreckungsmaßnahmen zu bürgerlicher Tugend und Moral zu erziehen⁷⁵⁵. Seitdem waren Moulagen venerischer Erkrankungen fester Bestandteil von Wandermuseen und Kuriositätenkabinetten, in denen sie als Faszinosum präsentiert wurden, das bei den Besuchern gleichermaßen Ekelgefühle hervorrief wie auch eine große Anziehungskraft ausübte⁷⁵⁶. Erst mit Lingner wurden Moulagen auch für eine wissenschaftlich fundierte Gesundheitsaufklärung eingesetzt⁷⁵⁷. Lingner wurde bei der Errichtung seines Pavillons für die Dresdner Städtebau-Ausstellung von 1903 von Schloßmann und dem Dermatologen Eugen Galewsky beraten. Im medizinischen Kontext wurde es den Besuchern ermöglicht, jenseits der gesellschaftlichen Tabus, ungeniert Geschlechtsteile zu betrachten, die zudem oft „hyperrealistisch“ gestaltet und mit Schamhaar versehen waren⁷⁵⁸. Aus dieser Tatsache läßt sich der große Andrang erklären, der mit der Ausstellung von Moulagen regelmäßig verbunden war. Lingner blieb aber dem

⁷⁵³ M. Vogel, Das Deutsche Hygiene-Museum auf der Gesolei. 'Der Mensch', in: Teich-Balgheim, Die Gesolei in Wort und Bild, 18-28, hier: 25.

⁷⁵⁴ Vgl. Abelshauser, Die Weimarer Republik - ein Wohlfahrtsstaat, 16-18, 28-30; Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge, Bd. 2, 138-142.

⁷⁵⁵ Vgl. G.L. Mosse, Nationalismus und Sexualität. Bürgerliche Moral und sexuelle Normen, Reinbek 1987, 21-22 u. 172-173.

⁷⁵⁶ Vgl. Sauerteig, Lust und Abschreckung, 93 u. 96-97.

⁷⁵⁷ Vgl. Hahn, Moulagen in der Gesundheitsaufklärung, 39.

⁷⁵⁸ Vgl. Sauerteig, Lust und Abschreckung, 93-95.

Konzept der Abschreckung verpflichtet und die Abteilung zu den Geschlechtskrankheiten auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung 1911 hieß im Volksmund nach ihrem Schöpfer „Galewskys Schreckenskammer“⁷⁵⁹. Neben dem medizinischen Kontext war die Dominanz der Abschreckung ein wesentlicher Grund dafür, daß die Ausstellungen gesellschaftlich akzeptiert und nicht verboten wurden⁷⁶⁰.

In den zwanziger Jahren waren drastische Darstellung, die bei den Betrachtern mehr Ängste und Ekel hervorriefen als Verständnis förderten, zunehmend in die Kritik geraten⁷⁶¹. Zudem war in der liberaleren Atmosphäre der Weimarer Republik ein freierer Umgang mit gesellschaftlichen Tabus möglich, der andere Präsentationsformen erlaubte. Schloßmann setzte deshalb bei der Gesolei stärker auf die Aufklärung der Besucher durch die Zurschaustellung der Frühstadien von Erkrankungen⁷⁶². Die Auffassungen über die Wirkung der auf der Gesolei zu den Geschlechtskrankheiten gezeigten Moulagen blieben allerdings geteilt. Während auf der einen Seite lobend erwähnt wurde⁷⁶³, daß die Darstellungen nicht abschreckend seien, wurden sie auf der anderen Seite verurteilt, weil sie zu abstoßend und für die Volksbelehrung deshalb ungeeignet seien⁷⁶⁴. Ob es nun an der mehr zurückhaltenden Darstellungsweise der Moulagen lag oder aber an der unspektakulären Präsentation der Geschlechtskrankheiten auf der Gesolei im Rahmen der Sozialen Fürsorge, die sich zudem an abgelegener Stelle auf dem Ausstellungsgelände befand, der großen Menschenandrang jedenfalls, der für frühere Ausstellungen so charakteristisch war, wurde für die Moulagenabteilung der Geschlechtskrankheiten auf der Gesolei nicht berichtet.

Während die Moulagen den Besuchern die Früherkennung erleichtern sollten, und zu diesem Zweck noch andere Hautkrankheiten mit einer ähnlichen Symptomatik ausgestellt waren⁷⁶⁵, wurden die Folgen von Geschlechtskrankheiten für den Nachwuchs nicht zuletzt auch aus eugenischen Erwägungen drastisch dargestellt. Die Auswirkungen der Syphilis auf Nachkommen und die Mitteilung, daß 80% der Kinder syphilitischer Eltern früh sterben oder dem Siechtum verfallen, sollte die Besucher mit den Konsequenzen unbedachten Handelns bekannt machen und sie zu Ver-

⁷⁵⁹ Vgl. ebd., 92.

⁷⁶⁰ Vgl. ebd., 94.

⁷⁶¹ Vgl. Hahn, Moulagen in der Geschlechtskrankenaufklärung, 41.

⁷⁶² Vgl. Schloßmann, Entwicklung, 38-40.

⁷⁶³ Vgl. F. Gumpert, Eindrücke von der Gesolei, in: Soziale Praxis. Centralblatt für Sozialpolitik 35 (1926), 716-717, hier: 717.

⁷⁶⁴ Vgl. Roeder, Die städtischen gesundheitliche Fürsorge auf der Gesolei, 717.

⁷⁶⁵ Vgl. Roeschmann [o.Vn.], Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten auf der Gesolei, in: Ärztliche Mitteilungen 27 (1926), 538-539, hier: 539.

antwortungsbewußtsein erziehen⁷⁶⁶. Der Rückgriff auf die Abschreckungspädagogik schien dem Vorsitzenden der Abteilung „Gesundheitspflege“ Rott gerechtfertigt, weil man zugleich die Möglichkeiten der Therapie herausgestellt habe: „Man kann es wagen, die Geschlechtskrankheiten in ihrem ganzen Ernst und ihren schweren Folgen darzustellen, wenn andererseits mit gleicher Wucht betont ist, daß sich die Folgen vermeiden lassen, wenn rechtzeitig ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird.“⁷⁶⁷

Demgemäß wurde dieses Konzept einer, was die Darstellung der Krankheitsercheinungen anbelangte, weniger schockhaften Präsentation ergänzt durch die umfangreiche Ausstellung der Geschlechtskrankenfürsorge, in der auf Hilfe und Heilung hingewiesen wurde. Dem Konzept einer kombinierten Darstellung von venerischen Krankheiten und Fürsorge war bereits eine Düsseldorfer Ausstellung aus dem Jahr 1909 verpflichtet gewesen, die von der *Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* in Kooperation mit der Hautklinik der Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin veranstaltet worden war⁷⁶⁸. Seitdem hatte sich das Fürsorgewesen für Geschlechtskranke unter dem Eindruck der Kriegs- und Nachkriegszeit erheblich ausgeweitet, so daß diese Gebiete für die Gesolei völlig neu bearbeitet werden mußten, während sich beispielsweise im Fundus des Deutschen Hygiene-Museums noch viel Material aus der Vorkriegszeit befand. Bei der Darstellung der Fürsorge für Geschlechtskranke und der Erläuterung ihrer Arbeitsweise wurde auch auf die gesetzlichen Möglichkeiten der Zwangsbehandlung verwiesen, die im Dezember 1918 begründet worden war. Nach der Auffassung des Leiters der Gruppe „Geschlechtskrankheiten“ war gerade die soziale Disziplinierung die zentrale Aufgabe der Beratungsstellen: „Die Gewissenlosen und Säumigen heranzuholen, sind die Beratungsstellen berufen“⁷⁶⁹.

Neben der Ausstellung der Moulagen war vor allem die Wahrung der herrschenden gesellschaftlichen Moralvorstellungen ein sensibler Punkt, auf den die Ausstellungsleitung Rücksicht nehmen mußte, wollte sie die Kooperation breiter gesellschaftlicher Kreise bei der Ausstellung sicherstellen. Schloßmann hatte deshalb schon frühzeitig den Vertretern der katholischen Kirche versichert, es werde nichts

⁷⁶⁶ Vgl. Rott, Gesundheitsfürsorge, 717.

⁷⁶⁷ Rott, Gesundheitsfürsorge, 717.

⁷⁶⁸ Vgl. C. Stern, Der gegenwärtige Stand des Fürsorgewesens in Deutschland mit besonderer Berücksichtigung der Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Leipzig 1911, iii-iv (Stern war Leiter der Düsseldorfer Hautklinik); Sauerteig, Lust und Abschreckung, 90-91, 94 u. 96.

gezeigt, was „Anstoß“ erregen könne⁷⁷⁰. Aus diesem Grund wurde die Ausstellung der Moulagen von vornherein so angelegt, daß jeweils getrennte Kabinette für Männer und Frauen geschaffen werden sollten⁷⁷¹. Im Kabinett für die Frauen waren dann ausschließlich weibliche Geschlechtsorgane zu sehen und im Kabinett der Männer mit der Ausnahme zweier weiblicher nur männliche Geschlechtsorgane⁷⁷². In den letzten Kriegstagen hatten die geschlechtskranken Soldaten, die sich bei Prostituierten infiziert hatten, als große Gefahr für die „Volksgesundheit“ gegolten, da sie bei ihrer Rückkehr ihre Frauen ansteckten. In diesem Sinne muß auch die Düsseldorfer Ausstellung verstanden werden: Während aber den Männern mit der Ausstellung die Gelegenheit gegeben wurde, geschlechtskranke Prostituierte an ihren Symptomen zu erkennen, galt gleiches nicht für die Frauen gegenüber ihren (Ehe-)Männern.

Allerdings war es auf der Gesolei möglich, Schutzmittel auszustellen⁷⁷³, was in Dresden 1911 angesichts restriktiver Moralvorstellungen und einer im Zeichen des Geburtenrückgangs stehenden pronatalistischen Politik noch undenkbar gewesen war⁷⁷⁴. Die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen wurden in der Weimarer Zeit liberaler gehandhabt, zumal wenn eine solche Zahl gesellschaftlicher Kräfte und Interessensgruppen zusammenkam wie auf der Gesolei⁷⁷⁵.

Ein weiterer sensibler Punkt war die Sexualaufklärung. Auch dieses wichtige Thema wurde auf der Gesolei angegangen, wenngleich sehr zurückhaltend. Sechs Tafeln des Dresdener Hygiene-Museums, die hier erstmalig gezeigt wurden, führten die Fortpflanzung von den primitiven Einzellern bis zum Menschen vor⁷⁷⁶. Darüber hinaus waren Jugendlichen über 16 Jahren in Wachs nachgebildete Geschlechtsteile zugänglich, alle anderen konnten diese in der Lehrmittelschau des Hygiene-

⁷⁶⁹ Roeschmann, *Geschlechtskrankheiten*, 539.

⁷⁷⁰ Schloßmann an Oberpräsidenten der Rheinprovinz, 18.2. 1925, StAD III 683; Schloßmann an Neuhaus, 20.3. 1925, StAD XVIII 1014.

⁷⁷¹ Sitzungsprotokoll der Gruppe „Volkskrankheiten, Volksunsitten, Volksgebrechen“, 8.6. 1925, StAD XVIII 1043.

⁷⁷² Vgl. Hodann, *Die Gesolei und wir*, 353.

⁷⁷³ Vgl. Gumpert, *Eindrücke von der Gesolei*, 717; Graf [o.Vn.], *Der Arzt in der Sozialversicherung, sozialen Fürsorge und freien Wohlfahrtspflege auf der Gesolei*, in: *Ärztliche Mitteilungen* 27 (1926), 542-545, hier: 545.

⁷⁷⁴ Vgl. Sauerteig, *Lust und Abschreckung*, 94.

⁷⁷⁵ Vgl. v.Soden, *Sexualberatungsstellen*, 287-306; C. Wischermann, *Grenzenlose Werbung. Die gesellschaftliche Akzeptanz der Werbewelt im 20. Jahrhundert*, in: P. Borscheid/ders. (Hg.), *Bilderwelt des Alltags. Werbung in der Konsumgesellschaft des 19. und 20. Jahrhunderts*, FS H.J. Teuteberg, Stuttgart 1995, 372-407, hier: 308-388 zum Thema Schutzmittelwerbung und Moralvorstellungen in der Weimarer Republik. Noch 1932 wurde in Düsseldorf eine „Sexual-Ausstellung“ im Volkshaus der Gewerkschaften verboten, weil dort auch Schutzmittel ausgestellt worden waren. Der Veranstalter wurde verurteilt. Vgl. ebd., 386-388.

⁷⁷⁶ Vgl. Roeschmann, *Geschlechtskrankheiten*, 539; Rott, *Gesundheitsfürsorge*, 717.

Museums betrachten, da hier im kommerziellen Interesse die Grundsätze der Ausstellungsleitung offenbar weniger streng angewandt wurden⁷⁷⁷.

5.9.10 Alkoholismus

Die Darstellung in der Gruppe „Alkohol“ war um betonte Sachlichkeit bemüht, um nicht durch weitgehende Forderungen nach Enthaltensamkeit von vornherein das Publikum abzuschrecken und dadurch den Erfolg der Ausstellungsgruppe zu mindern⁷⁷⁸. Im Vordergrund stand eine medizinisch-physiologische Betrachtung des Alkohols als „trinkbares Narkotikum“⁷⁷⁹. Nachdem zunächst die Grundlagen der alkoholischen Gärung erklärt worden waren, folgte ein Überblick über die Geschichte des Alkohols, wobei man den Alkoholismus als gesellschaftliches Problem erst durch die industriellen Produktionskapazitäten begründet sah. Anschließend wurde die Wirkung der „Alkoholnarkose“ auf das zentrale Nervensystem und die daraus resultierende Beeinflussung körperlicher und geistiger Funktionen erläutert. Danach wurde den Besuchern die Alkoholkrankheit erläutert und es wurden die individuellen und gesellschaftlichen Möglichkeiten, den Alkoholismus zu bekämpfen, vorgestellt. Das entscheidende Moment lag aber in der Vorbeugung vor Alkoholgefahren, die Darstellung des Fürsorgewesens war dagegen nur knapp.

Den Anfang und Abschluß der Gruppe bildete die Plastik „Der Zahntag“, die einen betrunkenen Mann, der an seiner Kleidung als Arbeiter zu erkennen war, zusammengebrochen zu den Füßen seiner verzweifelten Frau zeigte. Während die Mediziner diese „wundervolle Gruppe“ lobten, die den „tiefen menschlichen Gehalt des Alkoholproblems in erschütternder Weise zum Ausdruck“ bringe⁷⁸⁰, kritisierte ein Gewerkschaftsvertreter die die Arbeiter „infamierende“ Darstellung⁷⁸¹. Eine drastischere Darstellung des Alkoholismus und eines Alkoholkranken gab es in der Gruppe, die die Auswirkungen des Krieges auf die gesundheitliche Lage behandelte. Ein Plakat zeigte den Rückgang schwerer Alkoholerkrankungen während des Weltkriegs.

⁷⁷⁷ Vgl. Hodann, Die Gesolei und wir, 353.

⁷⁷⁸ Vgl. zum folgenden Rott, Gesundheitsfürsorge, 712-714.

⁷⁷⁹ Ebd., 712.

⁷⁸⁰ Ebd., 714. Vgl., Kühne, Besuch Düsseldorfs und der Gesolei, 148.

⁷⁸¹ Vgl. G. Schreiner, Industrielle und gewerkschaftliche Menschenführung im Rahmen der Gesolei, in: Die Arbeit 3 (1926), 582-588, hier: 585.

ges in Bayern. Neben der Statistik war auch eine Zeichnung eines Alkoholkranken abgebildet, der zusammengebrochen in einer Ecke liegt:

„Sein Kopf ist kahl, die Stirn in Falten, die Nase dunkel und glänzend, [e]in unordentlicher Schnurrbart hängt über den geöffneten Mund herab. Kinn und Backen haben dicke und schlaffe, gedunsene Formen. Die Asozialität und Rücksichtslosigkeit des Säufers spricht aus seinen Augen und Zügen.“⁷⁸²

Ganz im Gegensatz zu der hier gegebenen drastischen Darstellung des Alkoholismus und zu den medizinischen Erläuterungen in der Gruppe Alkohol stand die gigantische Selbstdarstellung der deutschen Brauer auf der Gesolei, der größten gewerblichen Repräsentation auf der Ausstellung überhaupt. Während sich die Gruppe „Alkoholismus“ an abgelegener Stelle in der Halle „Soziale Fürsorge“ befand, war der Palast des Brauerbundes an zentraler Stelle hinter dem Ehrenhof an der großen Ausstellungsstraße errichtet. Der Vertretung des Brauerbundes auf einer Gesundheitsausstellung war der Skandal der Gesolei schlechthin, auf den sich fast alle Kritiker bezogen⁷⁸³.

Die Brauer präsentierten ihr Produkt als gesundes Volksnahrungsmittel und bedienten sich der gleichen Darstellungstechniken wie die wissenschaftliche Abteilung. Die Ausstellung erhielt damit zum Teil den Anschein, es handele sich nicht um eine Werbeveranstaltung, sondern um eine didaktisch konzipierte Aufklärung der Besucher⁷⁸⁴. Dazu wurden bewußt irreführende Informationen ausgegeben. Auf einem Plakat saßen zwei Säuglinge unter einem Baum während gerade zwei Störche auf sie zugeflogen kamen. Der Text lautete: „Brauerei-Nährhefe u. Extrakt enthalten das Wachstums-Vitamin B“. Daneben war ein andere Tafel aufgehängt, die auf die große gesundheitliche Bedeutung hinwies, die das Vitamin B für die Ernährung von Kindern habe und so den Eindruck erwecken konnte, daß Bier auch für Kinder gesund sei⁷⁸⁵. Ein anderes Plakat zeigte einen lachenden, feisten Brauer, der mit der Linken dem Betrachter zuprostete und mit der Rechten auf eine Statistik zeigte, die angab,

⁷⁸² „Abnahme der Alkoholschädigungen in Bayern infolge der Alkoholknappheit während des Krieges 1914-1918“ (Beschreibung der Darstellung), StAD XVIII 1483.

⁷⁸³ Vgl. Heuß, Gesolei, 265-266; Kühne, Ein Besuch Düsseldorf und der Gesolei, 149; Roeder, Die städtische gesundheitliche Fürsorge auf der Gesolei, 718; Hodann, Die Gesolei und wir, 352; „Die Gesolei“, in: Der Kunstwart, 39 (1926), 182-185, hier: 182-183; Haedenkamp, Der Arzt auf der Gesolei, 529; K. Bornstein, Hygienische Wahrheiten, in: Blätter für Volksgesundheitspflege 26 (1926), 130-192, hier: 131; ders., Hygienische Nachlese, in: Blätter für Volksgesundheitspflege 26 (1926), 192-194, hier: 192-193; Schiel, Zur Gesolei, 253.

⁷⁸⁴ Vgl. R. Knoblauch, Der Deutsche Brauer-Bund auf der Gesolei - Düsseldorf 1926, o.O. o.J.

⁷⁸⁵ Vgl. ebd., 47.

daß die Brauer die wenigsten bei der großen Choleraepidemie in Hamburg 1892/93 Opfer zu verzeichnen gehabt hätten⁷⁸⁶. Dies war allerdings nicht auf die gesundheitsfördernde Wirkung des Biers zurückzuführen, sondern auf die Tatsache, daß Brauer, indem sie Bier tranken, abgekochtes und damit keimfreies Wasser zu sich nahmen⁷⁸⁷.

Am Beispiel des Brauerbundes zeigt sich zum einen, in welcher Weise sich industrielle Aussteller den hohen gesellschaftlichen Wert „Gesundheit“ aneignen und für ihre kommerziellen Interessen nutzbar machen. Zum anderen gibt auch das Mißverhältnis zwischen der Lage des Brauerbundes auf der Ausstellung und der Platzierung der Gruppe „Alkoholismus“ die unterschiedlichen Einflußmöglichkeit verschiedener Interessensgruppen auf die Gestaltung der Ausstellung zu erkennen. Es wird erneut deutlich, daß die soziale Fürsorge, obwohl sie für die Konzeption der Ausstellung so bedeutsam war, sich mit einer relativen Randlage begnügen mußte, während die im Ehrenhof vertretenen Aussteller (Hygiene-Museum, Reich, Krankenkassen und Sozialversicherer) ebenso wie die kommerziellen Ausstellern die attraktiven Orte besetzten.

⁷⁸⁶ Vgl. ebd., 53.

⁷⁸⁷ Vgl. Kühne, Besuch Düsseldorfs und der Gesolei, 149.

Zusammenfassung

„Gesundheit“ entwickelte sich im Zeitalter der Industrialisierung zu einem gesellschaftlichen Wert, der ökonomische, politische, kulturelle und nationale Bedeutungsaspekte umfaßte. Die Gesundheit wurde Gegenstand wissenschaftlicher Forschung und gesellschaftspolitischen Handelns sowie zum Leitbegriff wissenschaftlich begründeter Lebensweise.

In der ersten Phase des modernen Gesundheitswesens erfolgte seit den 1860er Jahren der Aufbau einer gesundheitsrelevanten Infrastruktur in den Kommunen durch die Anlage von Kanalisation und Wasserversorgung. Auf diese Weise wurden die drohenden Seuchengefahren wirksam bekämpft und es konnten wichtige Voraussetzungen für eine gesundheitsgerechte Lebenswelt in den rapide wachsenden städtischen Agglomerationszentren geschaffen werden. Die Leitwissenschaft in dieser Phase der Entwicklung des Gesundheitssektors in der modernen Gesellschaft war die experimentelle Hygiene, die durch die Einbeziehung naturwissenschaftlicher Verfahren der Chemie, Physik und Physiologie den Zusammenhang von Gesundheit und Umwelt erforschte und somit die Grundlagen für die moderne Gesundheitswissenschaft legte. Das Reich nahm zunächst nur geringen Einfluß auf die Gesundheitspolitik, doch durch die staatliche Sozialgesetzgebung seit den 1880er Jahren wurden auch die Voraussetzungen für die medizinische Versorgung weiter Bevölkerungsgruppen und die Expansion und Professionalisierung des Ärztestandes geschaffen.

Die Entdeckung der bislang unbekanntem Erreger wichtiger Krankheiten durch die bakteriologische Forschung beschleunigte zum einen die Assanierung der Städte, da nun die Gesundheitsgefährdungen durch kontaminiertes Trinkwasser bewiesen waren, und führte zum anderen zum Aufbau eines Netzes von Medizinaluntersuchungsämtern auf der Ebene staatlicher Gesundheitspolitik. Im Gegensatz zu dem umweltbezogenen Ansatz der Konditionalhygiene Pettenkofers vertrat die Auslösungshygiene Kochs eine spezifische und individualisierte Sicht der Krankheit, in der die Krankheitsursache nicht in der unspezifischen Lebensumwelt, sondern im Krankheitskeim gesehen wurde.

Die Hoffnungen jedoch, die Krankheiten alleine mit medizinischen Mitteln durch eine wissenschaftlich abgesicherte Therapie bekämpfen zu können, erwiesen sich schon bald als überzogen. Das Interesse der Öffentlichkeit und der Fachwelt

wandte sich, da die akuten Seuchen rückläufig waren, um die Jahrhundertwende den chronischen Erkrankungen und der hohen Säuglingssterblichkeit zu, die gesellschaftlich das größte Gesundheitsproblem darstellten und durch die Bakteriologie nicht gelöst worden waren. In der zweiten Phase des modernen Gesundheitswesens erfolgte der Aufbau einer gesundheitsfürsorglichen Infrastruktur durch die Einrichtung offener Beratungs- und Fürsorgestellen für Tuberkulöse und Mütter, später auch für Alkoholiker und Geschlechtskranke. Da vor allem die Unterschichten von chronischen Erkrankungen betroffen waren, stellte die Gesundheitsfürsorgebewegung der Kommunalverwaltungen und privaten Vereine einen Versuch dar, die Lösung der sozialen Frage durch den Abbau von Konfliktpotentialen zu erreichen. Darüber hinaus ging es aber auch um die Sicherung eines leistungsfähigen Arbeitskräftepotentials für die Industrie und - im Falle der Mütterberatungsstellen - um den zahlenmäßigen Bestand der Nation, der durch die rückläufigen Geburtenziffern gefährdet schien.

Nach der Jahrhundertwende bildeten sich mit der Sozialhygiene und der Rassenhygiene zwei wissenschaftliche Disziplinen aus, die auf unterschiedliche Weise das bislang ungelöste Problem der individuell variablen Wirkung von Krankheitserregern zu klären versuchten. Die Sozialhygiene erforschte den Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage und richtete ihr Interesse auf einzelne soziale Gruppen. Da sich die Sozialhygiene gleichermaßen als empirische und als angewandte Wissenschaft konstituierte, wurde sie zur Leitwissenschaft der Gesundheitsfürsorgepolitik. Die Rassenhygieniker vermuteten dagegen eine erbliche Veranlagung zur Krankheit, eine genetisch bedingte Schwäche der körperlichen und geistigen Konstitution, und versuchten, dies in ihren Forschungen zu erweisen. Die Frage nach den Folgen erblicher und degenerativer Erkrankungen für die Entwicklung der Gesellschaft und die daraus abgeleiteten Konzepte eugenischer Bevölkerungspolitik waren integraler Bestandteil sowohl der Rassenhygiene als auch der Sozialhygiene. Damit waren alle Einflüsse auf die menschliche Gesundheit in der Hygiene verwissenschaftlicht worden: die belebte und die unbelebte Umwelt, die Gesellschaft und die Erbanlagen. Zugleich konstituierte sich die Hygiene als eine angewandte Gesellschaftswissenschaft, die weitreichende Ansprüche einer medizinischen Deutungsmacht über gesellschaftliche Probleme erhob.

Während des Ersten Weltkriegs verschlechterte sich die gesundheitliche Lage nachhaltig und zusammen mit einer erhöhten Sterblichkeit und einem weiteren Ab-

sinken der Geburtenrate verstärkte sich so die sich schon vor 1914 im Zeichen bevölkerungspolitischer Diskussionen abzeichnende Politisierung von „Gesundheit“ unter nationalen Aspekten. Zugleich wurden im Krieg mit der Ausweitung der Gesundheits- und Sozialfürsorge auf breite Schichten der Bevölkerung und der Erweiterung staatlicher Interventionsbefugnisse die Grundlagen öffentlicher Sozialpolitik in der Weimarer Republik gelegt. Die neue Republik wurde mit der Verfassung als Sozial- und Wohlfahrtsstaat begründet und mit einer weiteren Expansion des Fürsorgewesens, seiner Zentralisierung und Vereinheitlichung durch staatliche Rahmengesetze, wurden die Entwicklungstrends der Kriegszeit fortgesetzt.

Durch eine staatliche Auftragsverwaltung mit der Durchführung der Sozialpolitik betraut, förderten die Kommunen aktiv die weitere Bürokratisierung der Gesundheitsfürsorge und traten damit an die Stelle der privaten Vereine der Vorkriegszeit, wengleich ihre finanziellen Spielräume seit der Erzbergerschen Finanzreform enger geworden waren. Kritik an der kommunalen Politik blieb nicht aus. Vor allem aus Wirtschaftskreisen wurde zunehmend die „Verschwendung“ der Städte angeprangert. Zusammen mit dem Ausbau der Gesundheitspolitik bedeutete die Weimarer Republik den Durchbruch für die Sozialhygiene als akademischer Disziplin und als Grundlage szientistisch orientierter Sozialpolitik. Aber auch die Rassenhygiene konnte sich etablieren und fand zunehmend Gehör bei allen gesellschaftlichen Gruppen.

Die Weimarer Republik bedeutete auch einen wichtigen Durchbruch für die hygienische Volksbelehrung. Im 19. Jahrhundert war die Erziehung zur Sauberkeit als sittlich-moralische Erziehung verstanden und gegenüber den unterbürgerlichen Schichten propagiert worden. Mit der Herausbildung der modernen Gesundheitswissenschaften war gesundheitsgerechtes Verhalten zu einer quasi objektiv, weil wissenschaftlich begründeten Lebensrichtlinie erhoben worden, die gleichwohl immer eng mit moralischen und ästhetischen Normen verknüpft blieb. Die hygienische Sozialisation der Unterschichten durch die soziale Disziplinierung in Fürsorgestellen, Heilstätten oder beim Militär und die hygienische Volksbelehrung bewirkte die Durchsetzung eines homogenen, „modernen“ Lebensstils. Die Gesundheitsaufklärung blieb allerdings bis in die Anfänge des 20. Jahrhunderts einer bürgerlich-akademischen Tradition von Traktaten und Vorträgen verhaftet, bis der Odol-Fabrikant Lingner mit der Inszenierung von Gesundheitsausstellungen als Massenspektakel einen neuen Weg wies. Mit der Begründung der Weimarer Republik wurde die Gesundheitsauf-

klärung in dem Reichs- beziehungsweise den Landesausschüssen für hygienische Volksbelehrung auf staatlicher Ebene institutionalisiert. Mit Hilfe der neuen Massenmedien Radio und Kino konnten in ganz anderer Weise als in der Vorkriegszeit große Bevölkerungsgruppen erreicht werden, die schließlich bei nationalen Großereignissen wie der Gesolei oder der Reichsgesundheitswoche 1926 mobilisiert werden sollten.

Im Kontext der hier aufgezeigten Entwicklungslinien läßt sich die Düsseldorfer Ausstellung Gesolei in ihre historischen Bezüge einordnen. Zum einen war die Gesolei eine große Veranstaltung zur Gesundheitsaufklärung breiter Bevölkerungsschichten und war insofern der Tradition der von Lingner initiierten Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden 1911 verpflichtet. Zum zweiten war die Gesolei eine Selbstdarstellung der hygienischen Wissenschaft, wobei die Sozialhygiene im Vordergrund stand. Drittens bot die Gesolei die Gelegenheit zur Selbstdarstellung des privaten und kommunalen Fürsorgewesens, das eine wesentliche Grundlage des Weimarer Staates darstellte und das hier gegen alle Kritik auf seine enormen Leistungen für Wohl und Gesundheit der Bürger verwies. Die Gesolei trug also in hohem Maße den Charakter einer sozialhygienischen Ausstellung und legte so Zeugnis ab von dem Selbstverständnis und dem Geist einer Epoche, die sich von wissenschaftlich begründeter Lebensführung und szientistischer Sozial- und Gesundheitspolitik den Fortschritt der Gesellschaft und die Humanisierung der Lebenswelten versprach.

Im Zusammenhang der Stadtgeschichte Düsseldorfs war die Gesolei *ein* Projekt im Rahmen zahlreicher Initiativen des Oberbürgermeister Lehrs, mit dem Ziel, der durch die durch die ökonomischen und gesellschaftlichen Erschütterung, die politischen Unruhen und die Besatzungsjahre schwer getroffenen Stadt neue Entwicklungsimpulse für die Zukunft zu geben. Die Gesolei bot die Möglichkeit das angeschlagene Prestige der Stadt durch eine große nationale Ausstellung zu stärken und damit zugleich die Tradition als Ausstellungsstadt zu erneuern. Darüber hinaus war die Gesolei von vornherein als nationale Demonstration nach dem Abzug der französischen Besatzungstruppen geplant gewesen und stand damit in der Tradition der nationalistischen rheinischen Jahrtausendfeiern von 1925, die die Zugehörigkeit der Rheinlande gegen französische Annexionswünsche oder die Bestrebungen der Separatisten betonen sollten. Das kostspielige Unternehmen Gesolei blieb allerdings nicht unumstritten, zumal Ende 1925 die Konjunktur einbrach und die Arbeitslosenzahlen

auch in Düsseldorf anstiegen. Letztendlich hat sich die Ausstellung durch die hohen Besucherzahlen getragen, wenn man von den Dauerbauten absieht, die mit 8 Millionen Mark zu Lasten der Stadt gingen.

Der eigentliche Initiator der Gesolei war der Sozialhygieniker Arthur Schloßmann, der an der Medizinischen Akademie Düsseldorf Professor für Pädiatrie war, und der sich mit großem Engagement in der Organisation der Gesundheitsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf einsetzte. Zur Durchführung der Ausstellung wurde im Dezember 1924 ein Verein gegründet, dessen Vorstand von dem Industriellen Ernst Poensgen, Lehr und Schloßmann gebildet wurde. Während Poensgen vor allem die Beteiligung der Industrie sichern sollte, besorgte Lehr die Abwicklung der Ausstellung mit der Stadtverwaltung, und Schloßmann war mit der Durchführung der Ausstellung betraut. Die Ausstellung konnte die Unterstützung des noch auf eine Initiative Lingners zurückgehenden Deutschen Hygiene-Museums, zahlreicher wissenschaftlicher Institute und Forscher sowie des Reiches und Preußens gewinnen. Zum Aufbau der Ausstellung wurden in den drei Hauptabteilungen „Gesundheitspflege“, „Soziale Fürsorge“ und „Leibesübungen“ Untergruppen gebildet, die jeweils einen Bereich ausstellungstechnisch bearbeiteten. Ein wissenschaftliches Generalsekretariat übernahm die Koordination der Gruppen und für die technische und wirtschaftliche Organisation war ein gesondertes Büro eingerichtet.

Der Konzeption der Gesolei lag der Gedanke zugrunde, die gegenwärtige Krise könne nur überwunden werden, wenn die Menschen in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht durch Krankheiten, soziale Not oder sonstigen Mangel beeinträchtigt seien. Die individuelle Leistungsfähigkeit wurde somit als zentrales Problem der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung bestimmt. Auf diese Weise konnte die komplexe ökonomische und gesellschaftliche Krise durch das Deutungsmuster „Gesundungskrise“ auf die kausale Verknüpfung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaft und Nation reduziert werden. Zugleich standen mit der Gesundheitspolitik und der hygienischen Volksbelehrung wissenschaftlich legitimierte Handlungsorientierungen zur Verfügung. Im Kontext der zeitgenössischen Rationalisierungsdebatte konnte die Hygiene als eine angewandte Sozialtechnologie erscheinen, die auf der Grundlage eines sich gleichsam meta-politisch konstituierenden Gesundheitsbegriffs gleichermaßen individuelles Glück, ökonomische Entwicklung und gesellschaftliche Prosperität versprach. Der Gesolei war in diesem Zusammenhang

die Aufgabe zugeordnet, zum einen die Standards und Normen hygienischen Verhaltens einer breiten Öffentlichkeit zu vermitteln, und zum anderen einen Überblick über den gegenwärtigen Stand und die Möglichkeiten der Sozial- und Gesundheitspolitik zu geben. Sowohl dem einzelnen als auch den gesellschaftlichen Funktionsebenen wurde vorgeführt, was nötig sei, um die Gesundheit zu erhalten, Krankheiten zu verhüten und damit Leistungsfähigkeit zu sichern.

Eng verbunden mit der Konzeption der Gesolei war die ausstellungsdidaktische Gestaltung, denn das Vorbildhafte und Mustergültige im stand Vordergrund und die auf früheren Ausstellungen geübte Abschreckungspädagogik trat zurück. Zudem wurde versucht, mit Hilfe neuer Methoden und Darstellungstechniken auch komplexe statistische Sachverhalte eingängig zu vermitteln. Durch den neuerrichteten Ehrenhof und die übrigen temporären Ausstellungsbauten präsentierte sich die Ausstellung in einem betont modern gehaltenen architektonischen Rahmen. In den Dauerbauten von Kreis artikulierte sich zugleich das Pathos der Zeit in einer massiven kubischen Formensprache, die den Zeitgenossen als Ausdruck von Ernst und Würde gelten konnte. Das Nebeneinander der expressionistisch beeinflussten Ehrenhofanlage zu den vom Neuen Bauen inspirierten temporären Bauten deutete auf einen kulturellen Umbruch hin, der vom Pathos der Nachkriegsjahre zur schlichten Funktionalität der Neuen Sachlichkeit führte.

Die Analyse einzelner Ausstellungsgruppen wandte sich zunächst der Darstellung der Kriegsfolgen zu, denn die Erinnerung an den verlorenen Krieg und seine Auswirkungen auf die deutsche Gesellschaft war ein konstitutives Moment sowohl der Konzeption der Gesolei als auch der Bewußtseinslage der Zeitgenossen. Den Opfern des Krieges wurde in sakralen Formen gedacht, und die Kriegsfolgen wurden in der Abteilung „Soziale Fürsorge“ thematisiert. Während der großen Öffentlichkeit in der Gruppe „Militärhygiene“ die Leistungen des Sanitätswesens im Weltkrieg vorgeführt wurden, blieben die Schrecken des Krieges in einem Kabinett zur „Wiederherstellungschirurgie“ vornehmlich den Ärzten vorbehalten, die hierin einen Triumph medizinischer Kunst erblicken konnten. Ebenso problematisch war die Inszenierung des Krieges in den die Realität vortäuschenden Kulissen eines Schützengrabens. Die psychologische Aufarbeitung des Krieges auf der Gesolei blieb so verhaftet in den tradierten Formen pathetischen Opfergedenkens auf der einen Seite und der Inszenierung des Krieges als Ereignis und Faszinosum auf der anderen Seite.

Thematisch und räumlich eng mit der „Militärhygiene“ verbunden war die tropenhygienische Ausstellungsgruppe, die politisch ganz im Zeichen des Kolonialrevisionismus stand. Diese beiden hochpolitisierten Gruppen kamen mit der aktiven Unterstützung des Reichs zustande. Im Vordergrund der tropenhygienischen Gruppe stand die Widerlegung der sogenannten „Kolonialschuldfrage“, nach der die Deutschen nicht fähig gewesen seien, ihre Kolonien zu verwalten und sie ihnen deshalb entzogen und unter ein internationales Mandat gestellt werden müssten. Durch die ausführliche Darstellung der Leistungen der deutschen Tropenmedizin und der Gesundheitsverwaltung in den Kolonien sollte dieser Vorwurf entkräftet werden.

Die auf der Gesolei gezeigte Sammlung „Der Mensch“ aus dem Bestand des Deutschen Hygiene-Museums war der didaktisch wohl gelungenste Teil der Ausstellung. In allgemein verständlicher Weise wurden die Besucher hier über Aufbau und Funktionen des menschlichen Körpers informiert. Gleichwohl riefen die Reduzierung des „Menschen“ allein auf seine vegetativen Funktionen und das mechanistische Bild des menschlichen Körpers auch Kritik hervor. In einem gesonderten Abschnitt der Arbeit wurde dem Bild des Arztes auf der Gesolei nachgegangen. Die Selbstdarstellung des Arztes „als berufendsten Hüter der Volksgesundheit“ war verbunden mit massiven Auseinandersetzungen mit der unliebsamen Konkurrenz der nichtapprobierten Heilkundigen einerseits und der Opposition gegenüber den Krankenkassen andererseits.

Auf der Gesolei konnte sich die Rassenhygiene erstmals auf einer Hygieneausstellung einer breiteren Öffentlichkeit vorstellen. Auch in dieser Gruppe wurden neue Darstellungstechniken erprobt. Die Wende von den vormals vorherrschenden wissenschaftsorientierten Darstellungsformen zu breitenwirksamen, stärker suggestiv arbeitenden Darstellungstechniken reflektierte die gewachsene Anerkennung der Rassenhygiene im Diskurs der Eliten. Der Popularisierung rassenhygienischen Gedankenguts kam nun eine größere Bedeutung zu und neben der Vermittlung der Grundlagen der Vererbungslehre sollte auch um Akzeptanz für rassenhygienische Maßnahmen wie eugenischen Eheverbote und Sterilisierungen geworben werden. Die Gruppe „Rassenhygiene“ repräsentierte den eugenischen Konsens der Weimarer Republik, in der die Durchsetzung rassenhygienischer Maßnahmen nur auf freiwilliger Basis für gesellschaftlich durchsetzbar gehalten wurde. Gleichwohl wies die auf der Gesolei von dem Rassenhygieniker Fritz Lenz geforderte Sterilisierung eines Viertels der

Gesamtbevölkerung den Weg in eine weitere Radikalisierung, wie sie dann während des Nationalsozialismus praktiziert wurde. Dagegen gaben Ausstellungsgruppen in anderen Abteilungen zu den Eheberatungsstellen im Kreis Neuß, der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ in Sachsen und der Adoptionspraxis des *Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf* einen Einblick in die rassenhygienische Praxis zur Zeit der Weimarer Republik.

Der abschließende Teil der Arbeit untersuchte die Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten im Spannungsfeld von individueller und sozialer Hygiene. Im Mittelpunkt standen dabei zum einen die Gruppe „Infektionskrankheiten“ und die Wohnungshygiene, zum anderen zentrale Themen der Sozialhygiene: Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und Alkoholismus. In allen diesen Gruppen bildeten hygienische Verhaltensnormen und persönliche Sauberkeit einen wichtigen Schwerpunkt. Den Besuchern wurde vorgeführt, in welcher Weise sie sich vor Gesundheitsgefahren schützen und wie sie andere vor Gefährdungen durch die eigene Person bewahren können. Zudem wurde großer Wert auf die hygienische Gestaltung des Wohnraums gelegt, die auch mit einfachsten Mitteln möglich sei und großen Nutzen bringe. Die sozialen Ursachen von Krankheiten wurden auf der Gesolei zwar angesprochen, die Ausstellung enthielt sich aber einer ausgeprägten sozialpolitischen Programmatik. Dadurch ergab sich die Tendenz, die gesellschaftliche Bedingtheit bestimmter Krankheiten auf individuelles Verhalten zu reduzieren.

Neben die individuelle Hygiene trat bei der Darstellung der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten und des Alkoholismus eine großzügige Präsentation der Gesundheitsfürsorge. Die Besucher wurden mit der Arbeitsweise der Fürsorgestellen bekannt gemacht und erhielten einen Einblick in die Möglichkeiten von Therapie und sozialer Hilfe. Daneben wurde aber bei der Tuberkulose- und der Geschlechtskrankenfürsorge auch die sozialdisziplinierende Funktion der Gesundheitsfürsorge herausgestellt. Auch die sollten aufgespürt und einer Behandlung sowie der damit verbundenen hygienischen Instruktion zugeführt werden, die sich bislang dem Zugriff der Gesundheitsfürsorge entzogen hätten.

Die Ausstellungsleitung bemühte sich in der Darbietung der Geschlechtskrankheiten neue Akzente zu setzen. Zum einen wurde auf die noch wenige Jahre zuvor geübte Abschreckungspädagogik durch die drastische Darstellung von Krankheitszuständen weitgehend verzichtet. Früherkennung, medizinische und soziale Hilfe stan-

den statt dessen im Vordergrund. Zum anderen wurde unter den liberaleren Bedingungen der Gesellschaft in der Weimarer Republik der zaghafte Versuch gemacht, auch die Sexualaufklärung und die Ausstellung von Schutzmitteln mit in die Gruppen einzubeziehen. Die Gruppe „Alkohol“ versuchte dem Besucher die Gefährdung der Gesundheit durch Alkoholkonsum mittels medizinischer Erläuterungen einsichtig zu machen und verzichtete auf die rigorosen Forderungen der Alkoholgegner. Ein großer Skandal war es dann aber, daß der Brauerbund an repräsentativer Stelle das Bier als gesundes Volksnahrungsmittel anpries, während sich die Gruppe „Alkohol“ an entlegener Stelle der Ausstellung befand.

Die verschiedenen Dimensionen des modernen Begriffs „Gesundheit“ schlugen sich auf der Düsseldorfer Ausstellung in unterschiedlicher Weise nieder. Der Konzeption der Gesolei lag eine Verknüpfung von sozioökonomischen und nationalen Bedeutungsaspekten von Gesundheit zugrunde. „Gesundheit“ war die Grundbedingung sowohl für die Leistungsfähigkeit des einzelnen als auch der Industriegesellschaft und damit der Nation überhaupt. Die Gesolei repräsentierte zugleich den sozialintegrativen Aspekt von „Gesundheit“, indem sie unterschiedlichste gesellschaftliche Gruppen mobilisieren und zu einem kommunikativen Prozeß zusammenführen konnte. Die Sozial- und Gesundheitspolitik, die auf der Gesolei umfassend dargeboten wurde, bildete ein Fundament der Weimarer Republik.

Die kulturelle Dimension von „Gesundheit“ fand ihren Ausdruck zunächst in der Vermittlung hygienischer Verhaltensnormen. Dabei wurden von den Körperfunktionen, über den zwischenmenschlichen Kontakt, die Gestaltung der Lebenswelt bis zur Fortpflanzung alle Bereiche des Lebens abgedeckt. Inwieweit es auf der Ausstellung gelungen ist, Menschen zu hygienischem Verhalten zu erziehen, kann nicht mehr festgestellt werden. Aber auch der nur flüchtige Besucher wird etwas gelernt haben, vor allem aber ist ihm mit den Bauten, der Gestaltung und der thematischen Ausrichtung der Eindruck vermittelt worden, daß es sich hier um ein Projekt für eine moderne, zukunftsorientierte Gesellschaft handelt.

Die Düsseldorfer Ausstellung entstand in einer Umbruchsphase mentaler Orientierungen. Die Rückbesinnung auf den Krieg und seine Folgen nahm noch einen großen Raum ein, aber sie stand nicht mehr im Mittelpunkt. Aus der als Krise empfundenen Gegenwart sollte mit Hilfe der Gesundheitspolitik und der hygienischen Volksbelehrung eine Perspektive auf eine bessere Zukunft entwickelt werden. Ganz

bewußt ist die Gesolei von den Veranstaltern als eine Demonstration zum Ende der Besatzungszeit und zur gesellschaftlichen Neuorientierung geplant gewesen. Bei der Internationalen Hygiene-Ausstellung 1930 spielte die Erinnerung an den Krieg keine Rolle mehr und auch das sozioökonomische Moment trat vor der individuellen Hygiene zurück. Der Umbruch der Mentalitäten spiegelte sich nicht zuletzt auch in den Ausstellungsbauten. In Düsseldorf präsentierte Kreis noch die Schwere und das Pathos der Nachkriegsarchitektur, in Dresden orientierte er sich am Stil des Neuen Bauens, das sich seit der Mitte der zwanziger Jahre als der neue, avantgardistische Stil durchzusetzen begann.

In dieser Umbruchssituation in der Mitte der zwanziger Jahre wurde „Gesundheit“ zu einem Paradigma gesellschaftlicher Selbstdeutung wie auch des Entwurfs einer zukünftigen Gesellschaft. Aus diesem Zusammenhang erklärt sich auch die Besetzung des Begriffs „Gesundheit“ mit nationalen, sozioökonomischen, sozialpolitischen und ästhetischen Werten und Konzepten, wie sie sich auf der Gesolei manifestierten. Die Ausstellung als einer spezifischen Form industrieller Massenkultur war eine Handlungsoption, die gesellschaftspolitischen Implikationen eines solchermaßen aufgeladenen Gesundheitsbegriffs zu operationalisieren. Die Gesolei bot ein Forum kommunikativer Vermittlung zwischen dem sozialhygienischen Diskurs der Eliten, verschiedener gesellschaftlicher Organisationen und der Lebenswelt der Bevölkerung.

Literaturverzeichnis

1. Quellen

1.1 Unveröffentlichte Quellen

Stadtarchiv Düsseldorf

III	683	Gesolei, vol. 1, 1924-1925
III	689	Vorstandssitzungen der Gesolei, 1925-1927
III	1439	Oberbürgermeister, versch. Akten
III	1465	Verschiedene Angelegenheiten des Oberbürgermeisters
XVIII	1014	Allgemeiner Schriftwechsel, Schloßmann, 1925-1926
XVIII	1021	Schriftwechsel des Präsidiums
XVIII	1043	Sitzungsprotokolle, 1.5.-30.6. 1925
XVIII	1045	Sitzungsprotokolle, 1.1.-21.5. 1926
XVIII	1063	Sitzungsprotokolle Hauptabt. Ge, 1925
XVIII	1069	Einteilung der Gruppe Ge I-XII u. Sondergruppen, 1925-26
XVIII	1071	Abt. 1 II, Vererbung und Rassenhygiene
XVIII	1094	Abt. Ge 1 IX, Kolonialhygiene
XVIII	1095	Abt. Ge 1 S 11, Zahnärzte, Dentisten, Dentalindustrie
XVIII	1194	Reichswehr und Marine
XVIII	1212	Reichsgesundheitsamt, 1926
XVIII	1271	Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten
XVIII	1288	Ausstellungswerk, Art. Kolonialhygiene
XVIII	1295	Deutsches Hygiene-Museum, 1924-26
XVIII	1301	Prof. Weisbach, Hygiene, 1925-26
XVIII	1304	Schriftwechsel Dr. Vogel, 1925-26
XVIII	1483	Kriegsverluste
XVIII	1621	Presseauschnitte
XXIV	985	Presseauschnitte, Gesolei
Nachlaß 27:		Robert Lehr

Hauptstaatsarchiv Düsseldorf

Reg. Düsseldorf - Medizinalia 54830: Gesundheitswesen, verschiedenes, 1925-1932

1.2. Veröffentlichte Quellen

Boldt, H. (Hg.), Reich und Länder. Texte zur deutschen Verfassungsgeschichte im 19. und 20. Jahrhundert, München 1987

„Gesolei. Kleine Drucksachen“, [UuLBD M III 817(6 Kapseln)]

Hohorst, G./Kocka, J./Ritter, G.A., Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch II. Materialien zur Statistik des Kaiserreiches 1870-1914, 2. durchges. Aufl., München 1978

Petzina, D./Abelshauer, W./Faust, A, Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch, Bd. III: Materialien zur Statistik des Deutschen Reiches 1914-1945, München 1978

Stenographische Verhandlungsbericht der Stadtverordnetenversammlung zu Düsseldorf 1925, Düsseldorf 1925

Stenographische Verhandlungsberichte der Stadtverordnetenversammlung zu Düsseldorf 1926, Düsseldorf 1926

Verwaltungsbericht der Stadt Düsseldorf für den Zeitraum vom 1. April 1922 bis 31. März 1925, o.O. o.J.

1.3 Zeitgenössisches Schrifttum

Abderhalden, E., Das Recht auf Gesundheit und die Pflicht sie zu erhalten. Die Grundbedingungen für das Wohlergehen von Person, Volk, Staat und der gesamten Nationen, Leipzig 1921

Adam, C. (Hg.), Die Reichsgesundheitswoche 1926, Leipzig 1928

Almanach der Großen Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen, Wien 1926

Baum, M., Rückblick auf mein Leben, Heidelberg 1950

- Baur, E./Fischer, E./Lenz, F., Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre, Bd. 1: Menschliche Erblichkeitslehre, Bd. 2: Menschliche Auslese und Rassenhygiene, München 1923
- „Die Bauten der großen Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen Düsseldorf 1926 un der architektonische Zeitstil“, in: Wasmuths Monatshefte für Baukunst und Städtebau 10 (1926), 477-489
- Behr-Pinnow, C. v., Eugenik und die Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Hygiene [sic!] und Leibesübungen in Düsseldorf, in: Zeitschrift für Volksaufartung und Erbkunde 1 (1926), 115-116
- Berger, H./Ebner, F., Der gegenwärtigen Stand und die Organisation der hygienischen Volksbelehrung, Berlin 1926 [Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 28, H. 1]
- Boerner, P. (Hg.), Bericht über die Allgemeine Deutsche Ausstellung auf dem Gebiet der Hygiene und des Rettungswesens Berlin 1882/83, 3 Bde., Breslau 1885-1886
- Bornstein, K., Ein Weg zur hygienischen Volksbelehrung, in: DMW 14 (1919), 770-771
- Bornstein, K., Hygienische Wahrheiten, in: Blätter für Volksgesundheitspflege 26 (1926), 130-132
- Bornstein, K., Hygienische Nachlese, in: Blätter für Volksgesundheitspflege 26 (1926), 192-194
- Bürgers, J., Die allgemeine Bedeutung der Gesolei, in: Große Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen. Amtlicher Katalog, Düsseldorf 1926, 29-34
- Bürgers, J., Volkskrankheiten und ihre Bekämpfung auf der Gesolei, in: Ärztliche Mitteilungen 27 (1926), 537-538
- Bürgers, J., Einzelne Kapitel der allgemeinen Hygiene, in: A. Schloßmann (Hg.), Geso-Lei., Bd. 2, Düsseldorf 1927, 422-448
- Conrad, A.P., Die Reichsgesundheitswoche. Ein Rundgang durch die Hygieneausstellung Berlin 1926, in: Reclams Universum 42,2 (1926), 802-804
- „Deutsches Hygiene-Museum“, in: Blätter für Volksgesundheitspflege 24 (1924), 48
- Diebel-Reuter [o.Vn.], Die Gesundheitspflege auf der Gesolei, in: DMW 52 (1926), 1436-1437

- Drittes Bilderbuch aus dem umfangreichen Gebiet der Großen Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege (Ge), soziale Fürsorge (So), Leibesübungen (Lei), gez. v. R. v. Endt, Düsseldorf o.J. [1925]
- Eschelbacher, M., Die Sondergruppe 'Hygiene der Juden' veranstaltet von der Synagogengemeinde Düsseldorf, in: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei., Bd. 2, Düsseldorf 1927, 997-1002
- Fetscher, R., Grundzüge der Rassenhygiene, Dresden o.J. [1925]
- Fischer, A., Die sozialpolitische Bedeutung der Internationalen Hygieneausstellung in Dresden, in: Annalen für soziale Politik und Gesetzgebung 1 (1911/12), 468-588
- Fischer, A., Grundriß der sozialen Hygiene für Mediziner, Nationalökonomien, Verwaltungsbeamte und Sozialreformer, Karlsruhe 1913
- Fischer, A., Die soziale Hygiene im neuen Volksstaat, in: Sozialhygienische Mitteilungen für Baden 2 (1918), H. 4 (Dez.), 1-2
- Fischer, A., Neue Fragestellungen auf dem Gebiete der Hygiene, in: Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung 8 (1918), 3-34 [wiederabgedruckt in: E. Lesky, (Hg.), Sozialmedizin. Entwicklung und Selbstverständnis, Darmstadt 1977, 217-249 [=WdF 273]
- Fischer, A., Gesundheitsrecht und Gesundheitspflicht, in: Sozialhygienische Mitteilungen 9 (1925), 44-52
- Fischer, A., Zur Geschichte der Hygieneausstellungen, in: DMW 61 (1935), 1365-1367
- Fischer, Ed., Das Zeitalter der sozialen Hygiene, in: Zeitschrift für sozialen Hygiene, Fürsorge- und Krankenhauswesen 1 (1919), 11-13
- Fischer-Defoy, W., Die hygienische Aufklärung und ihre Mittel, Berlin 1919 [= Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 9, H. 9]
- Fraenkel, M., Ein neuartiges Museum: 'Reichsmuseum für Gesellschafts- und Wirtschaftskunde in Düsseldorf e.V.', in: Museumskunde NF 1 (1926), 23-31
- Fraenkel, M., Kongresse, Feiern und Besuche, in: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei., Bd. 1, Düsseldorf 1927, 268-320
- Fraenkel, M., Allgemeine organisatorische Fragen der wissenschaftlichen Abteilungen, in: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei., Bd. 2, Düsseldorf 1927, 397-421

- Fraenkel, M., Hygiene-Ausstellung, eine Hochschule für jedermann! Versuch einer geschichtlich-soziologischen Ableitung, in: H. Zerkaulen (Hg.), Das Deutsche Hygiene-Museum. Festschrift zur Eröffnung des Museums und der Internationalen Hygiene-Ausstellung Dresden 1930, Dresden 1930, 15-35
- Fraenkel, M., Die Internationale Hygiene-Ausstellung 1930/31. Streiflichter auf Inhalt und Darstellung, in: G. Seiring (Hg.), 10 Jahre Dresdener Ausstellungsarbeit. Jahresschauen deutscher Arbeit 1922-1929 und Internationale Hygiene-Ausstellung 1930/31, Dresden 1931, 221-272
- Frank, P., Rundfunkvorträge aus dem Gebiete des Gesundheitswesens, in: DMW 50 (1924), 922-923
- Freese, H., Wohnung und Siedlung, in: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei., Bd. 2, Düsseldorf 1927, 493-524
- Frey, G., Gedanken über hygienische Volksbelehrung, ihre Wege und Hilfsmittel, in: Arbeiten aus dem Reichsgesundheitsamte 57 (1926), 323-264
- Führer durch das Hygiene-Museum der Königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin, Berlin 1890
- Fülleborn, F., Kolonialhygiene und Krankheiten warmer Länder, in: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei., Bd. 2, Düsseldorf 1927, 577-599
- Gärtner, A., Die Gesolei in Düsseldorf, in: Gesundheits-Ingenieur 49 (1926), 373-376
- „Die Gesolei“, in: Der Kunstwart 39 (1926), 182-185
- Goldscheidt, R., Höherentwicklung und Menschenökonomie. Grundlegung der Sozialbiologie, Leipzig 1911
- Gottstein, A., Die Soziale Hygiene, ihre Methoden, Aufgaben und Ziele, in: Zeitschrift für soziale Medizin 2 (1907), 3-36
- Gottstein, A., Aufgaben der Gemeinde- und der privaten Fürsorge, in: M. Mosse/G. Tugendreich (Hg.), Krankheit und soziale Lage, München 1913 (ND Göttingen 1994), 721-786
- Gottstein, A., Selbstbiographie, in: L. Grote (Hg.), Die moderne Medizin in Selbstdarstellungen, Bd. 4, Leipzig 1925, 53-91
- Graf [o.Vn.], Der Arzt in der Sozialversicherung, sozialen Fürsorge und freien Wohlfahrtspflege auf der Gesolei, in: Ärztliche Mitteilungen 27 (1926), 542-545

- Große Ausstellung Düsseldorf 1915. Aus hundert Jahren Kunst und Kultur. Ausstellung der Ausstellungspläne, o.O. o.J. [Düsseldorf 1915]
- Große Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen. Amtlicher Katalog, Düsseldorf ²1926
- „Die große Schau. Eindrücke von der Gesolei“, in: Jan Wellem 1 (1926), 15-18, 64-66, 88-90, 115-117.
- Grotjahn, A., Was ist und wozu betreiben wir soziale Hygiene?, in: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege zu Berlin, Beilage zur Hygienischen Rundschau 14 (1904), 1017-1031
- Grotjahn, A., Soziale Hygiene, Geburtenrückgang und das Problem der körperlichen Entartung, in: Weyl's Handbuch der Hygiene. Ergänzungsband Soziale Hygiene, Leipzig 1904, 727-789
- Grotjahn, A., Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene, Berlin ²1915 (³1923)
- Grotjahn, A., Die hygienische Forderung, Königstein/Ts. /Leipzig 1917
- Grotjahn, A., Erlebtes und Erstrebtes. Erinnerungen eines sozialistischen Arztes, Berlin 1932
- Gruber, M. v./ Rüdin, E., Fortpflanzung, Vererbung [sic!], Rassenhygiene. Illustrierter Führer durch die Gruppe Rassenhygiene der Internationalen Hygiene-Ausstellung 1911 in Dresden, München 1911
- Gumbert, F., Eindrücke von der Gesolei, in: Soziale Praxis. Centralblatt für Sozialpolitik 35 (1926), 716-717
- Haberling, W., Die Geschichte der Medizin und des Arztes auf der Gesolei, in: Ärztliche Mitteilungen 27 (1926), 532-534
- Haberling, W., Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften. Die Ausstellung: Zweitausend Jahre Gesundheitspflege am Rhein verbunden mit dem Ehrensaal rheinischer Naturforscher und Ärzte, in: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei., Bd. 2, Düsseldorf 1927, 483-492
- Haberling, W., Arthur Schloßmann, sein Leben und Werk, in: R. Lehr (Hg.), Auf neuen Wegen zu neuen Zielen, FS Schloßmann, Düsseldorf 1927, 1-32
- Haedekamp, K., Der Arzt auf der Gesolei, in: Ärztliche Mitteilungen 27 (1926), 529-531

- Hattrop, H., Die Finanzwirtschaft der Gesolei, in: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei., Bd. 1 Düsseldorf 1927, 153-175
- Heinrich [o.Vn.], Der Sanitätsdienst in Heer und Marine während des Weltkrieges 1914 bis 1918, in: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei., Bd. 2, Düsseldorf 1927, 601-612
- Heuß, T., Gesolei, in: Die Hilfe 32 (1926), 265-266
- Hirsch, P., Am Aufbau des neuen Staates, in: R. Lehr (Hg.), Auf neuen Wegen zu neuen Zielen, FS Schloßmann, Düsseldorf 1927, 43-57
- Hodann, M., Kritisches zur 'Gesolei', in: Der sozialistische Arzt 2 (1926), Nr. 2/3, 2-5
- Hodann, M., Die Gesolei und wir, in: Urania 2 (1926), 352-355
- Hodann, M., Zur Reichsgesundheitswoche, in: ders., Sexualpädagogik, Erziehungshygiene und Gesundheitspolitik. Gesammelte Aufsätze und Vorträge (1916-1927), Rudolstadt 1928, 141-145 [zuerst 1926]
- Hoffmann, L., [o. Titel], in: Ärztliche Mitteilungen 27 (1926), 533
- Hoffmann, L., Der Zahnarzt auf der Gesolei, in: Ärztliche Mitteilungen 27 (1926), 553-554
- Hollander, K. v., Familie Kallikak. Einiges über Vererbung minderwertiger Eigenschaften, in: Reclams Universum 43,1 (1926), H.1 (Okt.), 7-8
- Hueppe, Selbstbiographie, in: L. Grote (Hg.), Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen, Bd. 2, Leipzig 1923
- Hueppe, F., Zur Geschichte der Sozialhygiene, in: A. Gottstein/A. Schloßman/L. Teleky (Hg.), Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. 1: Grundlagen und Methoden, Berlin 1925, 5-70
- Ickert, F., Hygienische Volksbelehrung, in: Zeitschrift für soziale Hygiene, Fürsorge- und Krankenhauswesen 1 (1919/20), 419-428
- Kall, G., Bildungs- und Erziehungsfürsorge, in: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei., Bd. 1 Düsseldorf 1927, 720-753
- Kemsies, F., Der Tuberkulose-Film im Dienste der Schulgesundheitspflege, in: Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 30 (1917), 457-463
- Klapheck, R. (Hg.), Dokument Deutscher Kunst. Düsseldorf 1926, Düsseldorf 1927
- Klute, H., Die Sonderausstellungen auf dem Gebiete der öffentlichen Wohlfahrtspflege, in: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei., Bd. 2, Düsseldorf 1927, 823-878

- Kornick, M., Die Verkehrsabteilung der Gesolei, in: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei., Bd. 1 Düsseldorf 1927, 237-253
- Kreis, W., Die Dauerbauten am Rhein als Ausdruck neuzeitlicher Baukunst, in: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei., Bd. 1 Düsseldorf 1927, 49-63
- Kreis, W., Die Baukunst vor dem Kriege und heute, in: R. Klapheck (Hg.), Dokument Deutscher Kunst. Düsseldorf 1926, Düsseldorf 1927, 50-59
- Kühne, Ein Besuch Düsseldorfs und der 'Gesolei', in: Die Irrenpflege 30 (1926), 145--151
- Kurpjuweit, O., Die Gefahr der Geschlechtskrankheiten bei Beendigung des Krieges, Berlin 1918 [Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 8, H. 9]
- „Leitsätze der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene' zur Geburtenfrage, angenommen an der Delegiertenversammlung zu Jena am A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei. Große Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen, Bd. 1, Düsseldorf 1927 6 und 7. Juni, in: ARGB 11 (1914/15), 134-136
- Liertz, E., Einige Rechtsfragen der Gesolei, in: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei., Bd. 1, Düsseldorf 1927, 144-152
- Lingner, K.A., Volkskrankheiten und ihre Bekämpfung, in: R. Wuttke (Hg.), Deutsche Städte. Geschildert nach der ersten deutschen Städteausstellung Dresden 1903, Bd. 1, Leipzig 1909, 531-547
- Lingner, K.A., Denkschrift zur Errichtung eines National-Hygiene-Museums in Dresden, Dresden 1912 [ND Dresden 1987]
- Lux, H.A./Weber, R., Bericht über die aus Anlaß der rheinischen Jahrtausend-Feier im Jahre 1925 zu Düsseldorf veranstalteten Jubiläumsausstellungen, o.O. o.J.
- Lux, H.A., Gaststätten und Vergnügen, in: : A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei., Bd. 1, Düsseldorf 1927, 356-372
- Mathias [o.Vn.], Das Vasenol-Kinderheim, in: O. Teich-Balgheim, Die Gesolei in Wort und Bild, Düsseldorf 1926, 56-57
- Meesmann, O., Carl Duisberg, in: Rheinisch-Westfälische Wirtschaftsbiographien, Bd. 4, Münster 1941, 231-247
- Meyer, R., Die Ausstellungsbauten in technisch-organisatorischer Beziehung, in: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei., Bd. 1 Düsseldorf 1927, 65-96

- Möllers, B., Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reiche, 2. neu-
bearb. u. erg. Aufl., Berlin/Wien 1930
- Moses, J., Die Arbeiterschaft und die Reichsgesundheitswoche, in: *Der Kassenarzt* 3
(1926), H. 15/16, 1-2
- Murschhauser, H., Die Ernährung, in: A. Schloßmann (Hg.), *Ge-So-Lei.*, Bd. 2, Düs-
seldorf 1927, 525-539
- Neustätter, O., Der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung, in: *Sozialhygi-
enische Mitteilungen* 5 (1921), 42-49
- Neustätter, O., Die große Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und
Leibesübungen, Düsseldorf 1926, in: *MMW* 73 (1926), 1278-1281
- Oerding, A., Gestürzte Größen und ihre Taten. Mißwirtschaft im Düsseldorfer Rat-
haus, Düsseldorf 1934
- Offizielle Führungsanweisung für den Besuch der 'Gesolei' durch geschlossene
Schülerverbände, o.O. o.J. [Düsseldorf 1926]
- Peretti, E., Vorläufiges Ergebnis einer erbbiologischen Bestandsaufnahme, in: *Der
Erbarzt* 1 (1934), H. 1, 5-10
- Ploetz, A., Die Begriffe Rasse und Gesellschaft und die davon abgeleiteten Diszipli-
nen, in: *ARGB* 1 (1904), 2-26
- Poensgen, E., Die wirtschaftliche Bedeutung der Gesolei, in: A. Schloßmann (Hg.),
Ge-So-Lei., Bd. 1, Düsseldorf 1927, 15-17
- „Populäre Abteilung. Der Mensch“, in: *Katalog der Internationalen Hygiene-
Ausstellung in Dresden Mai bis Oktober 1911*, Berlin/Dresden 1911, 373-395
[abgedr. bei: U. Schubert, *Vorgeschichte und Geschichte des Deutschen Hygiene-
Museums in Dresden (1871-1931)*, Bd. 2, med. Diss Dresden 1986 (masch., un-
pag.)]
- Popp, J., Die Baukunst auf der Gesolei, in: *Der Kunstwart* 40 (1926/27), 184-187
- Reichsmuseum für Gesellschafts- und Wirtschaftskunde in Düsseldorf (e.V.). Amtli-
cher Katalog, zusammengest. u. bearb. v. M. Fraenkel, Düsseldorf 1928
- Reuter, G., Allgemeine sozialfürsorgerische und sozialhygienische Fragen und ihre
Darstellung auf der Gesolei, in: A. Schloßmann (Hg.), *Ge-So-Lei.*, Bd. 2, Düssel-
dorf 1927, 639-667
- Rott, F., Die Gesundheitsfürsorge, in: A. Schloßmann (Hg.), *Ge-So-Lei.*, Bd. 2, Düs-
seldorf 1927, 668-719

- Roeder [o.Vn.], Die städtische gesundheitliche Fürsorge auf der Gesolei in Düsseldorf, in: Deutsche Krankenkasse 13 (1926), 712-719
- Roeschmann [o.Vn.], Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten auf der Gesolei, in: Ärztliche Mitteilungen 27 (1926), 538-539
- Schallmayer, W., Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker. Eine staatswissenschaftliche Studie auf Grund der neueren Biologie, Jena 1903
- Schiel, W., Zur 'Gesolei', in: Caritas 31 (1926), 252-254
- Schill [o.Vn.], Die populäre Abteilung der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden, in: DMW 37 (1911), 1526-1527
- Schloßmann, A., Volksgesundheit und wirtschaftliche Lage, in: Düsseldorfer Nachrichten Nr. 69 v. 8.2. 1921 u. Nr. 71 v. 9.2. 1921
- Schloßmann, A., Entstehung und Ziele der Großen Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen Düsseldorf 1926, in: Gesolei. Zeitschrift der großen Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen, H. 1 (Juli 1925), 2-4
- Schloßmann, A., Entwicklung, Wesen, Ziele und Erfolg der Gesolei, in: ders. (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 1, Düsseldorf 1927, 23-48
- Schloßmann, A. (Hg.), Ge-So-Lei. Große Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen, 2 Bde., Düsseldorf 1927
- Schloßmann, A., Von der Gesolei (Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge u. Leibesübungen) Düsseldorf 1926 zur Internationalen Hygiene-Ausstellung Dresden 1930, in: H. Zerkaulen (Hg.), Das Deutsche Hygiene-Museum, Festschrift zur Eröffnung des Museums und der Internationalen Hygiene-Ausstellung Dresden 1930, Dresden 1930, 39-42
- Schreiber, G., Deutsches Reich und Deutsche Medizin. Studien zur Medizinalpolitik des Reiches in der Nachkriegszeit (1918-1926), Leipzig 1926
- Schütz, F., Die Rassenhygiene auf der Düsseldorfer Ausstellung, in: ARGB 18 (1926), 437-439
- Schwab, M., Verkehr im Dienste der Gesolei, in: : A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 1, Düsseldorf 1927, 254-267
- Stern, C., Der gegenwärtige Stand des Fürsorgewesens in Deutschland mit besonderer Berücksichtigung der Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Leipzig 1911

- Teich-Balgheim, O., Das Leben und Treiben auf der Gesolei. Gast- und Erholungsstätten, Vergnügen, in: ders. (Hg.), Die Gesolei in Wort und Bild, Düsseldorf 1926, 88-98
- Teich-Balgheim, O. (Hg.), Die Gesolei in Wort und Bild, Düsseldorf 1926
- Thomalla, C., Hygiene und soziale Medizin im Volksbelehrungsfilm, in: Zeitschrift für Medizinalbeamte 35 (1922), 589-593, 606-610, 631-635
- Tietmann, C., Die Organisation des Ausstellungsbetriebes, in: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei, Bd. 1, Düsseldorf 1927, 97-143
- Trutz, K., Die Düsseldorfer Ausstellung 'Gesolei', in: Caritas 31 (1926), 174-177
- Unsere Geso-Leier. Das Fröhliche Düsseldorfer Liederbuch, zusammengest. u. hg. v. d. Großen Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen Düsseldorf 1926, o.O. o.J. [Düsseldorf 1926]
- Vogel, M., Hygienische Volksbildung, in: A. Gottstein/A. Schloßmann/L. Teleky (Hg.), Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. 1, Berlin 1925, 303-390
- Vogel, M., Hygienische Ausstellung in Wien, in: Blätter für Volksgesundheitspflege 25 (1925), 104-106
- Vogel, M., Das Deutsche Hygiene-Museum auf der Gesolei. 'Der Mensch', in: O. Teich-Balgheim, Die Gesolei in Wort und Bild, Düsseldorf 1926, 18-28
- Vogel, M., Das Deutsche Hygiene-Museum auf der Gesolei, in: A. Schloßmann (Hg.), Ge-So-Lei., Bd. 2, Düsseldorf 1927, 449-474
- Warkentin, F., Das Kurpfuschertum auf der Gesolei, in: Ärztliche Mitteilungen 27 (1926), 552-553
- Watter, H. v., Arzt und wissenschaftliche Forschung auf der Gesolei, in: Ärztliche Mitteilungen 27 (1926), 534-537
- Weber, F.A., Die Internationale Hygiene-Ausstellung Dresden 1911 als Wegweiser und Wegbereiter späterer Arbeit, in: G. Seiring (Hg.), 10 Jahre Dresdener Ausstellungsarbeit. Jahresschauen deutscher Arbeit 1922-1929 und Internationale Hygiene-Ausstellung 1930/31, Dresden 1931, 163-240
- Wolff, J.F., Lingner und sein Vermächtnis, Hellerau 1930
- Woithe, F., Die wissenschaftliche Abteilung der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden, in: DMW 37 (1911), 1227-28, 1316-17, 1400-01

2. Literatur

- Abelshauer, W., Die Weimarer Republik - ein Wohlfahrtsstaat?, in: ders. (Hg.), Die Weimarer Republik als Wohlfahrtsstaat. Zum Verhältnis von Wirtschafts- und Sozialpolitik in der Industriegesellschaft, Stuttgart 1987, 9-31 [Vierteljahrshefte für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte. Beihefte 81]
- Alt, K., Der deutsche Zahnärzterundfunk (1926-1932) als Mittel der Zahnärztlichen Fortbildung und Volksbelehrung in der Weimarer Zeit, med. Diss. Berlin 1983
- Ansprenger, F., Auflösung der Kolonialreiche, München ⁴1981
- Bender, U./Görs, E., Organisierter Weiberkram. Die organisierte Frauenbewegung in Düsseldorf 1900 bis 1933, Düsseldorf 1992
- Bergmann, K., Agrarromantik und Großstadtfeindschaft, Meisenheim/Glan 1970
- Breuer, S., Sozialdisziplinierung. Probleme und Problemverlagerungen eines Konzepts bei Max Weber, Gerhard Oestreich und Michel Foucault, in: C. Sachse/F. Tennstedt (Hg.), Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik, Frankfurt a.M. 1986, 45-69
- Busch, W., Bauten der 20er Jahre an Rhein und Ruhr. Architektur als Ausdrucksmittel, Köln 1993
- Castell-Rüdenhausen, A. zu, Die Erhaltung und Mehrung der Volkskraft. Die Anfänge der sozialhygienischen Gesundheitsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, in: I. Behnken, Stadtgesellschaft und Kindheit im Prozeß der Zivilisation. Konfigurationen städtischer Lebensweise zu Beginn des 20. Jahrhunderts, Opladen 1990, 29-42
- Cauter, L. de, The Panoramic Ecstasy. On World Exhibitions and the Disintegration for Experiencie, in: Theory, Culture and Society 10 (1993), 1-23
- Corbin, A., Pesthauch und Blütenduft. Eine Geschichte des Geruchs, Berlin 1982
- Daniel, U., Der unaufhaltsame Aufstieg des sauberen Individuums. Seifen- und Waschmittelwerbung im historischen Kontext, in: I. Behnken, Stadtgesellschaft und Kindheit im Prozeß der Zivilisation. Konfigurationen städtischer Lebensweise zu Beginn des 20. Jahrhunderts, Opladen 1990, 43-60
- Daniel, U., 'Kultur' und 'Gesellschaft'. Überlegungen zum Gegenstandsbereich der Sozialgeschichte, in: GG 19 (1993), 69-99

- Eckart, W.U., Die Medizin und das „Größere Deutschland“. Kolonialpolitik und Tropenmedizin in Deutschland, 1884-1914, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 13 (1990), 129-139.
- Engst, H., Düsseldorf. Die Ausstellungsstadt, Düsseldorf 1949
- Engst, H., 145 Jahre im Dienst der Wirtschaft. Düsseldorfer Ausstellung in Bildern. Ein Beitrag zur Kulturgeschichte deutscher Ausstellungen, Düsseldorf 1957
- Erger, J., Der Kapp-Lüttwitz-Putsch. Ein Beitrag zur deutschen Innenpolitik 1919/20, Düsseldorf 1967
- Fieldhouse, D.K., Die Kolonialreiche seit dem 18. Jahrhundert, Frankfurt a.M. 1965
- Först, W., Robert Lehr als Oberbürgermeister. Ein Kapitel deutscher Kommunalpolitik, Düsseldorf/Wien 1962
- Först, W., Robert Lehr (1883-1956), in: Rheinische Lebensbilder, Bd. 3, Köln/Bonn 1968, 249-269
- Frei, N., Einleitung, in: ders. (Hg.), Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, 7-33
- Frevert, U., 'Fürsorgliche Belagerung'. Hygienebewegung und Arbeiterfrauen im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: GG 11 (1985), 420-466
- Fuchs, S./Wingens, M., Sinnverstehen als Lebensform. Über die Möglichkeit hermeneutischer Objektivität, in: GG 12 (1986), 477-482
- Gleichmann, P.R., Die Verhäuslichung körperlicher Verrichtungen, in: ders./J. Goudsblom/H. Korte (Hg.), Materialien zu Norbert Elias' Zivilisationstheorie, Frankfurt a.M. 1979, 254-278
- Göckenjan, G., Über den Schmutz. Überlegungen zur Konzeptionierung von Gesundheitsgefahren, in: J. Reulecke./A. zu Castell-Rüdenhausen (Hg.), Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1991, 115-128
- Gründer, H., Geschichte der deutschen Kolonien, Paderborn/ München ² 1991
- Habermas, J., Theorie des kommunikativen Handelns. Bd. 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft, Frankfurt a.M. 1981
- Hahn, S., Moulagen in der Gesundheitsaufklärung, in: diess./D. Ambatielos (Hg.), 'Wachs-Moulagen und Modelle'. Internationales Kolloquium 26. und 27. Februar 1993, Dresden 1994, 39-46
- Haltern, U., Die 'Welt als Schaustellung', in: VSWG 60 (1973), 1-40

- Hatzfeld, L., Ernst Poensgen (1871-1949), in: Rheinische Lebensbilder, Bd. 7, Köln/Bonn 1977, 203-225
- Hepp, C., Avantgarde. Moderne Kunst, Kulturkritik und Reformbewegung nach der Jahrhundertwende, München 1987
- Herman, J./Trommler, F., Kultur der Weimarer Republik, München 1978
- Hüttenberger, P., Düsseldorf. Geschichte von den Anfängen bis ins 20. Jahrhundert, Bd. 3: Die Industrie- und Verwaltungsstadt (20. Jahrhundert), Düsseldorf 1989
- Huse, N., 'Neues Bauen' 1918 bis 1933, München 1975
- Kaschuba, W., 'Deutsche Sauberkeit' - Zivilisierung der Körper und der Köpfe, Nachwort in: G. Vigarello, Wasser und Seife, Puder und Parfüm. Geschichte der Körperhygiene seit dem Mittelalter, Frankfurt a.M./New York 1988, 292-326
- Kaspari, C., Alfred Grotjahn (1869-1931). Leben und Werk, med. Diss. Bonn 1989
- Kelly, A., The Descent of Darwin. The Popularization of Darwinism in Germany, 1860-1914, Chapel Hill 1981
- Kolb, E., Die Weimarer Republik, 3. überarb. Aufl., München 1993
- Köllmann, W., Bevölkerungsentwicklung in der Weimarer Republik, in: H. Mommsen/D. Petzina/B. Weisbrod (Hg.), Industrielles System und politische Entwicklung in der Weimarer Republik, Düsseldorf 1974, 76-84
- Labisch, A., Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der deutschen Sozialdemokratie von ihrer Gründung bis zur Parteispaltung (1863-1917), in: AfS 16 (1976), 325-370
- Labisch, A., Selbsthilfe zwischen Auflehnung und Anpassung. Arbeiter-Sanitätskommission und Arbeitersamariterbund, in: Argument-Sonderband 77 (1983), 11-26
- Labisch, A., Kommunale Gesundheitssicherung im Rheinisch-Westfälischen Industriegebiet (1869-1934) - Ein Beitrag zur Soziogenese öffentlicher Gesundheitsleistungen, in: H. Schadewaldt/K.-H. Leven (Hg.), 30. Internationaler Kongreß für Geschichte der Medizin, Düsseldorf 1988, 1077-1094
- Labisch, A., Homo hygienicus - civitas hygienica. Die soziale Konstruktion und Funktion von „Gesundheit“ in differenzierten und rationalisierten Gesellschaften. Ein historisch-sozialwissenschaftlicher Beitrag zum Problem „Medizin in der Gesellschaft“, Kassel 1990

- Labisch, A./Tennstedt, F., Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland, 2 Bde., Düsseldorf 1985
- Lademacher, H., Die nördlichen Rheinlande von der Rheinprovinz bis zur Bildung des Landschaftsverbandes Rheinland (1815-1953), in: F. Petri/G. Droese (Hg.), Rheinische Geschichte, Bd. 2: Neuzeit, Düsseldorf³1980, 475-866
- Lebzelter, G., Die ‘Schwarze Schmach’. Vorurteile - Propaganda - Mythos, in: GG 11 (1985), 37-58
- Lesky, E., Einleitung zu Johann Peter Franks akademischer Rede vom Volksele als der Mutter aller Krankheiten (Pavia 1790), in: diess. (Hg.), Sozialmedizin. Entwicklung und Selbstverständnis, Darmstadt 1977, 124-146 [=WdF 273]
- Mai, E., Geschichte und Kritik des Ausstellungswesens, München/Berlin 1986
- Mai, E., GESOLEI und PRESSA. Zu Programm und Architektur rheinischen Ausstellungswesens in den zwanziger Jahren, in: K. Düwell/W. Köllmann (Hg.), Rheinland-Westfalen im Industriezeitalter, Bd. 4: Zur Geschichte von Wissenschaft, Kunst und Bildung an Rhein und Ruhr, Wuppertal 1984
- Maier, C., Zwischen Taylorismus und Technokratie. Gesellschaftspolitik im Zeichen industrieller Rationalität in den zwanziger Jahren in Europa, in: M. Stürmer (Hg.), Die Weimarer Republik. Belagerte Civitas, Königstein/Ts. 1980, 188-213 [engl. zuerst in: Journal of Contemporary History 5 (1970), 27-61]
- Mann, G., Biologie und der ‘Neue Mensch’. Denstufen und Pläne zur Menschenzucht im Zweiten Kaiserreich, in: ders./ R. Winau (Hg.), Medizin, Naturwissenschaft, Technik und das Zweite Kaiserreich, Göttingen 1977, 172-188 [= Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts, Bd. 8]
- Mann, G., Rassenhygiene - Sozialdarwinismus, in: ders. (Hg.), Biologismus im 19. Jahrhundert, Stuttgart 1973, 73-93 [= Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts, Bd. 5]
- Markowitz, I., Das Gesamtkunstwerk, in: Tonhalle Düsseldorf. Vom Planetarium zur Konzerthalle, Düsseldorf 1978, 51-54
- Marks, S.,. Fährnisse der Gipfeldiplomatie. Die Entscheidung zur Räumung Düsseldorfs, Duisburgs und Ruhrorts im Jahre 1924, in: VfZ 34 (1986), 561-584

- Marks, S., Black Watch on the Rhine. A Study in Propaganda, Prejudice and Prurience, in: *European Studies Review* 13 (1983), 297-334
- Marschalck, P., *Bevölkerungsgeschichte Deutschlands im 19. und 20. Jahrhundert*, Frankfurt a.M. 1984
- Miller-Lane, B., *Architektur und Politik in Deutschland 1918-1945*, Braunschweig 1986 [zuerst Cambridge/Mass. 1968]
- Nadav, D.S., Zur Einberufung der ersten Reichsgesundheitswoche im Jahre 1926, in: *Medizinische Welt* 27 (1976), 1069-1072
- Nadav, D.S., *Julius Moses (1868-1942) und die Politik der Sozialhygiene in Deutschland*, Gerlingen 1985
- Nerdinger, W., Wilhelm Kreis - Repräsentant der deutschen Architektur des 20. Jahrhunderts, in: ders./E. Mai (Hg.), *Wilhelm Kreis. Architekt zwischen Kaiserreich und Demokratie 1873-1955*, München/Berlin 1994, 9-27
- Nipperdey, Th., *Deutsche Geschichte 1866-1918. Bd. 1: Arbeitswelt und Bürgergeist*, München 1990
- Peukert, D.J.K., *Die Weimarer Republik. Krisenjahre der klassischen Moderne*, Frankfurt a.M. 1987
- Pehnt, W., *Die Architektur des Expressionismus*, Stuttgart 1973
- Pommerin, R., 'Sterilisierung der Rheinlandbastarde'. Das Schicksal einer farbigen deutschen Minderheit 1918-1937, Düsseldorf 1979
- Preiß, A., Der Ehrenhof in Düsseldorf, in: W. Nerdinger/E. Mai (Hg.), *Wilhelm Kreis. Architekt zwischen Kaiserreich und Demokratie 1873-1955*, München/Berlin 1994, 122-139
- Reulecke, J., Zur städtischen Finanzlage in den Anfangsjahren der Weimarer Republik, in: *Archiv für Kommunalwissenschaften* 21 (1982), 199-219
- Reulecke, J., *Geschichte der Urbanisierung in Deutschland*, Frankfurt a.M. 1985
- Reulecke, J., Von der 'Hygienisierung' der Unterschichten zur kommunalen Gesundheitspolitik, in: ders./A. zu Castell-Rüdenhausen (Hg.), *Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert*, Stuttgart 1991, 11-19
- Rodenkirchen, D., Karl Sudhoff und die Anfänge der Medizin-Geschichte in Deutschland, in: ders./H. Fleddermann, *Karl Sudhoff (1853-1938). Zwei Arbeiten zur Geschichte der Medizin und der Zahnheilkunde*, Feuchtwangen 1991, 1-299

- Rodenstein, M., 'Mehr Licht, mehr Luft'. Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750, Frankfurt/New York 1988
- Rodriguez-Ocana, E., La Academia des Higiene Social de Düsseldorf (1920-1933) y el Proceso de Constitucion de la Medicina Social como Especialidad an Alemania, in: *Dynamis* 3 (1983), 231-264
- Rodriguez-Lores, J., Stadthygiene und Städtebau. Am Beispiel der Debatten im Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege 1869-1911, in: J. Reulecke/A. zu Castell-Rüdenhausen (Hg.), *Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert*, Stuttgart 1991, 63-75
- Roth, K.-H., Schein-Alternativen im Gesundheitswesen: Alfred Grotjahn (1869-1931) - Integrationsfigur etablierter Sozialmedizin und nationalsozialistischer „Rassenhygiene“, in: ders. (Hg.), *Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum „Gesetz über Sterbehilfe“*, Berlin 1984, 31-56
- Roth, M., Menschenökonomie oder der Mensch als technisches und künstlerisches Meisterwerk, in: R. Beier/ders. (Hg.), *Der gläserne Mensch - Eine Sensation. Zur Kulturgeschichte eines Ausstellungsobjektes*, Berlin 1990, 39-67
- Rücker, K., Prof. Schloßmann und der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit in Deutschland zu Beginn des 20. Jahrhunderts, med. Diss. Berlin (O) 1959
- Rüger, A., Das Streben nach kolonialer Restitution in den ersten Nachkriegsjahren, in: H. Stoecker (Hg.), *Drang nach Afrika. Die deutsche koloniale Expansionspolitik und Herrschaft in Afrika von den Anfängen bis zum Verlust der Kolonien*, 2. überarb. Aufl., Berlin 1991, 262-283
- Sachße, C./Tennstedt, F., *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Bd. 2: Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871-1929*, Stuttgart u.a. 1988
- Sauerteig, L., Lust und Abschreckung. Moulagen in der Geschlechtskrankenaufklärung, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 1 (1992), 87-104
- Schadewaldt, H., Universität Düsseldorf, Basel 1966
- Schipperges, H., Geschichte und Gliederung der Gesundheitserziehung, in: M. Blohmke/C. v.Ferber/K.P. Kisker/H. Schäfer (Hg.), *Handbuch der Sozialmedizin. Bd. 2: Epidemiologie und Präventivmedizin*, Stuttgart 1977, 550-567
- Schmuhl, H.-W., Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Vonder Verhütung zur Vernichtung 'lebensunwerten Lebens', 1890-1945, Göttingen 1987 [= *Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft*, Bd. 75]

- Schubert, U., Vorgeschichte und Geschichte des Deutschen Hygiene-Museums in Dresden (1871-1931), 2 Bde., med. Diss Dresden 1986 (masch.)
- Soden, K. v., Die Sexualberatungsstelle der Weimarer Republik. Auf dem Weg zu einer neuen Sexualmoral, in: Reulecke, J., Von der 'Hygienisierung' der Unterschichten zur kommunalen Gesundheitspolitik, in: ders./A. zu Castell-Rüdenhausen (Hg.), Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1991, 287-306
- Spree, R., Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich, Göttingen 1981
- Stürzbecher, M., Von der Sozialhygienischen Akademie zur Staatsakademie des öffentlichen Gesundheitsdienstes (1920-1944), in: Berliner Ärzteblatt 82 (1969), 1055-1069
- Stürzbecher, M., Adolf Gottstein: Sozialhygienische Akademien 1920, in: Deutsches Medizinisches Journal 21 (1970), 1366-1374
- Teleky, L., Geschichtliches, Biographisches, Autobiographisches, in: E. Lesky (Hg.), Sozialmedizin. Entwicklung und Selbstverständnis, Darmstadt 1977, 355-370 [=WdF 273]
- Thomann, K.D., Alfons Fischer (1873-1936). Sozialhygieniker und Gesundheitspolitiker, in: D. Tutzke (Hg.), Zur gesellschaftlichen Bedingtheit der Medizin in der Geschichte, Jena 1981, 117-145
- Tutzke, D., Alfred Grotjahn, Leipzig 1979
- Usborne, C., Frauenkörper - Volkskörper. Geburtenkontrolle und Bevölkerungspolitik in der Weimarer Republik, Münster 1994
- Vasold, M., Die Grippepandemie in Nürnberg 1918 - eine Apokalypse, in: 1999. Zeitschrift des 20. und des 21. Jahrhunderts 10 (1995), 12-37
- Wehler, H.-U., Deutsche Gesellschaftsgeschichte. Bd. 3: Von der 'Deutschen Doppelrevolution bis zum Beginn des Ersten Weltkriegs 1849-1914, München 1995
- Weidenhaupt, H., Kleine Geschichte der Stadt Düsseldorf, 10. überarb. Aufl., Düsseldorf 1993
- Weidenhaupt, H., Die Gewerbe- und Kunstausstellung zu Düsseldorf 1880, in: ders., Aus Düsseldorfs Vergangenheit. Aufsätze aus vier Jahrzehnten, Düsseldorf 1988, 223-241

- Weindling, P., *Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism. 1870-1945*, Cambridge 1989
- Weindling, P., *Hygienepolitik als sozialintegrative Strategie im späten Deutschen Kaiserreich*, in: A. Labisch/R. Spree (Hg.), *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel*, Bonn 1989, 37-55
- Weingart, P./Kroll, J./Bayertz, Rasse, Blut und Gene, *Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*, Frankfurt a.M. 1985
- Weiß, L., *Tropenmedizin und Kolonialpolitik. Das Hamburger Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten 1918-1945*, in: 1999. *Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts* 7 (1992), H. 4, 38-61
- Wiesemann, F., 'Hygiene der Juden' auf der Düsseldorfer Gesolei 1926. *Jüdische Kulturleistungen in der Weimarer Republik*, in: *Geschichte im Westen* 8 (1993), 24-37
- Wischermann, C., *Grenzenlose Werbung. Die gesellschaftliche Akzeptanz der Werbung im 20. Jahrhundert*, in: P. Borscheid/ders. (Hg.), *Bilderwelt des Alltags. Werbung in der Konsumgesellschaft des 19. und 20. Jahrhunderts*, FS H.J. Teutenberg, Stuttgart, 1995, 372-407
- Witzler, B., *Großstadt und Hygiene. Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung*, Stuttgart 1995
- Wolff, G.F., *Die Bauten der Industrie-, Gewerbe- und Kunstausstellung in Düsseldorf 1902 in der Geschichte der Ausstellungsarchitektur*, in: E. Mai/H. Pohl/S. Waetzold (Hg.), *Kunstpölitik und Kunstförderung im Kaiserreich. Kunst im Wandel der Sozial- und Wirtschaftsgeschichte*, Berlin 1982, 149-165