

3 Ergebnisse

3.1 Definitionen

An dieser Stelle erfolgt zum besseren Verständnis zunächst eine theoretische Auseinandersetzung mit den Begriffen Hygiene, Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health. Diese Fachdisziplinen entwickelten sich auf Basis des jeweiligen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes einer Epoche.

Den Ausgangspunkt bildete die Hygiene. Sie entwickelte sich im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts als eine eigenständige Wissenschaft. Das Wort *Hygiene* bedeutet „der Gesundheit zuträgliche Kunst“. Es leitet sich von der griechischen Göttin für Gesundheit Hygeia ab, Tochter des Asklepios, und beinhaltet im engeren Sinne alle Maßnahmen zur Verhütung von Infektionskrankheiten. Die Notwendigkeit zur Hygiene wurde u.a. von dem Wiener Arzt Ignaz Semmelweis erkannt, der 1840 durch Einführung der Chlorkalkdesinfektion die Sterblichkeitsrate in der Wiener Klinik für Geburtshilfe von 12,3% auf 1,3% senkte. Fast zeitgleich begann Sir Joseph Lister, ein schottischer Chirurg, mit der chirurgischen Wunddesinfektion. Der Chemiker Max von Pettenkofer gilt als Vater des akademischen Faches Hygiene und hatte 1865 den ersten Lehrstuhl für Hygiene inne.³

Mit steigendem Wissensstand um die Entstehung von Krankheiten erweiterten Wissenschaftler wie Alfred Grotjahn den Begriff der Hygiene zur *Sozialhygiene* und gaben dem Fach damit ein eigenständiges Profil im System der Wissenschaften.⁴ Als Teilbereiche der Hygiene gelten die Individual-, Sozial-, Arbeits- und Umwelthygiene. Der Begriff *Soziale Medizin* entwickelte sich etwa zeitgleich wie der Begriff *Soziale Hygiene*.⁵

Sozial beschreibt „die Rückwirkungen des Menschen und seines Tuns auf sich selbst und die Grundlagen seiner Existenz“.⁶ Die *Medizin* befasst sich mit der Gesundheit und mit der Prophylaxe, Diagnostik und Therapie von körperlichen und seelischen Erkrankungen.⁷

„Die Sozialmedizin umfasst die Untersuchung der Häufigkeiten[!] und der Verteilung der Volkskrankheiten im Zusammenhang mit der sozialen und natürlichen Umwelt sowie der

³ Vgl. CHRISTIAN, München, 2004, S. 204ff.

⁴ Vgl. SCHALLMEYER, Berlin, 1914, S.330.

⁵ Vgl. arbm.med.klinikum.uni-muenchen.de/sm_vorles_txt_05.pdf; letzter Zugriff: 12.04.2006.

⁶ Ebd.

⁷ Vgl. <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/konfer/wissmed3.htm>; letzter Zugriff: 15.06.2006.

Ergebnispräsentation

Organisation des Gesundheitswesens einschließlich der Einrichtungen der sozialen Sicherung, der Begutachtung und der wissenschaftlichen Bewertung.“⁸

Bereiche innerhalb der Sozialmedizin sind u.a. die Epidemiologie, Umweltmedizin, Arbeitsmedizin, Gesundheitsprävention, das International Public Health, die Gesundheitssystemforschung und die Gesundheitswissenschaften.⁹

Der Nationalsozialismus unterbrach mit der Gründung des „Instituts für Rassenhygiene“ die wissenschaftliche Entwicklung der Sozialmedizin und Sozialhygiene für viele Jahre. Erst in den achtziger Jahren fand in der BRD ein Wiederaufleben der öffentlichen Gesundheitsforschung statt. Dabei wurde das Konzept des Public Health aufgegriffen und über die Entwicklung von *Old Public Health* und *New Public Health* zu den *Health Sciences* weiterentwickelt.¹⁰

Old Public Health bezieht sich dabei auf eine Entwicklung bis 1988, zielt auf unterversorgte Bevölkerungsgruppen ab und steht mit den Disziplinen Mikrobiologie, Hygiene, Prävention und Epidemiologie in direkter Tradition zur deutschen Sozialhygiene.

Der Begriff *New Public Health* fokussiert alle Bevölkerungsgruppen und stellt eine Weiterentwicklung der Einzeldisziplinen, der Versorgungsforschung, Gesundheitssystemforschung und der Umwelt- und Sozialhygiene dar.¹¹

Die *Health Sciences* sind interdisziplinär geordnete Integrationsgebiete. Sie folgen dem medizinisch-naturwissenschaftlichen und dem sozialverhaltenswissenschaftlichen Paradigma.¹²

3.2 Die Geschichte der „Sozialhygiene“ in Deutschland

3.2.1 Die Entwicklung der „Sozialhygiene“ als Universitätsfach

In Deutschland fanden bereits vor der Etablierung eines Ordinariats für „Sozialhygiene“ Vorlesungen im Fach „Sozialhygiene“ statt. Der Berliner Naturforscher Albert Guttstadt hielt z.B. zwischen 1876 und 1909 Vorlesungen über Medizinalstatistik.¹³ Ab 1898 las in Berlin Heinrich Wolpert Vorlesungen zu Schul- und Gewerbehygiene.¹⁴

Martin Ficker, Mitherausgeber des „Handbuchs der Hygiene“, übernahm später beide Vorlesungen. Ab dem Sommersemester 1904 bot er mit offiziellem Auftrag Vorlesungen zur

⁸ Vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Weiterbildung/05MWBO/MWBO091.html>; letzter Zugriff: 22.06.2006.

⁹ Vgl. arbmed.klinikum.uni-muenchen.de/sm_vorles_txt_05.pdf; letzter Zugriff: 16.06.2006.

¹⁰ Vgl. <http://gp.hs-nb.de/html/std/service/mods/d/b32.html>; letzter Zugriff: 25.07.2006.

¹¹ Ebd.

¹² Vgl. www.ph-portal.info/PHPortal/content/e4/e1116/index_ger.html - 14k -; letzter Zugriff: 19.05.2006.

¹³ Vgl. Vorlesungsverzeichnis der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin; SS 1876, S. 12.

¹⁴ Ebd. SS 1904, S. 20.

Ergebnispräsentation

Sozialhygiene an.¹⁵ Von 1910 bis 1912 hielt der Hygieniker Karl Kisskalt im Sommersemester Vorlesungen über kommunal- und sozialhygienische Einrichtungen deutscher Städte und im Wintersemester Vorlesungen über „Soziale Hygiene“.¹⁶

Alfred Grotjahn begann ab 1913 mit seinen Vorlesungen über „Sozialhygienische Maßnahmen“.¹⁷ Im Wintersemester 1913 las er „Soziale Hygiene“ und im Sommersemester 1914 über „Rassenhygiene und Eugenik“.¹⁸ Ab dem Sommersemester 1913 bot er „Sozialhygienische Exkursionen“ und medizinalstatistische Übungen an, die jedoch nur von wenigen Teilnehmern genutzt wurden.¹⁹ Des Weiteren ermöglichte Grotjahn interessierten Medizinstudenten und Ärzten „Sozialhygienische Übungen“. Er hatte dafür einen Raum am Hygiene-Institut mit einer kleinen Bibliothek und einem Handapparat eingerichtet.

Ein Lehrstuhl für Sozialhygiene wurde zu dieser Zeit von vielen Fakultätsmitgliedern abgelehnt. Die Ernennung Grotjahns zum ersten Ordinarius für Sozialhygiene in Deutschland verlief nicht ohne Widerstand. 1924, nur vier Jahre nach der Berufung von Grotjahn zum ordentlichen Professor für Sozialhygiene, wurde das Ordinariat im Zuge allgemeiner Sparmaßnahmen mit dem Vermerk „KW“, „künftig wegfallend“, versehen.²⁰

3.2.2 Alfred Grotjahn, der erste Ordinarius für das Fach Sozialhygiene

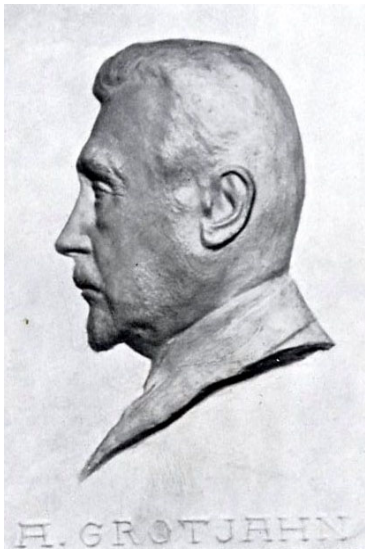


Abb.1 Alfred Grotjahn

Alfred Grotjahn wurde am 25.11.1869 als Sohn einer niedersächsischen Arztfamilie in Schladen im Harz geboren. Sein Großvater, Johann Heinrich Christoph Grotjahn, und sein Vater, Robert Wilhelm Grotjahn, waren erfolgreiche Landärzte. Seine Mutter, Elise Emma, geborene Frey, verstarb 1875 an einem Sarkom. Eine jüngere Schwester der Mutter wurde die neue Ehefrau von Robert Wilhelm Grotjahn.

Aus dieser Beziehung gingen zwei weitere Kinder hervor, die Stiefgeschwister von Alfred Grotjahn.

Der junge Grotjahn galt als ein Sonderling und bezeichnete sich selbst „als ein schwer erziehbares, fast als ein, wie man heute

¹⁵ Vgl. Vorlesungsverzeichnis der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin; WS 1911/12, S. 43.

¹⁶ Ebd. SS 1910, S. 41, WS 1910/11, S. 42 und SS 1912, S. 42.

¹⁷ Ebd. SS 1913, S. 41.

¹⁸ Ebd. SS 1914, S. 42 und 43.

¹⁹ Ebd. WS 1914/15, S. 43, SS 1915, S. 43.

²⁰ WEDER, Berlin, 2000, S. 283.

Ergebnispräsentation

sagen würde, psychopathisches Kind, dessen krankhafte Wesenszüge damals selbst in einem Arzthause noch nicht erkannt werden konnten.“²¹ Er besuchte bis zu seinem zehnten Lebensjahr eine Privatschule in Schladen, anschließend die Privatschule eines auswärtigen orthodoxen lutherischen Pfarrers und schließlich das Gymnasium in Wolfenbüttel. Von 1890 bis 1896 studierte er Medizin an den Universitäten Greifswald, Leipzig, Kiel und Berlin.

Schon als Student dachte er daran, „medizinische Dinge in sozialwissenschaftlicher Beleuchtung darzustellen und zwar nicht nur nebenher, sondern systematisch und zu dem ausgesprochenem[!] Zwecke, schließlich zu einer Theorie der sozialen Pathologie und der Sozialen Hygiene zu gelangen“.²²

1896 schloss er sein Studium ab und arbeitete für 20 Jahre als niedergelassener praktischer Arzt in Berlin, wo er Eindrücke von der gesundheitlichen Lage der Großstadtbevölkerung gewann.

Am 10. November 1900 heiratete Alfred Grotjahn die Berliner Bürgerstochter Charlotte Hartz. Aus dieser Ehe gingen zwei Söhne und eine Tochter hervor.

1902 unternahm er Reisen nach London und Paris, weil er sehen wollte, ob die Industrialisierung in diesen Städten zur Verkümmern der Bevölkerung geführt hatte. Er hatte den Eindruck, dass „die unleugbaren gesundheitlichen Gefahren der städtischen Wohnweise und der industriellen Betätigung nicht irreparabel sind und die Industrialisierung vielleicht eine vorübergehende Verkümmern der beteiligten Bevölkerung, aber nicht eine dauernde, sich unrettbar auf kommende Geschlechter weitervererbende Degeneration zu bewirken vermag“.²³

Er definierte den Begriff Sozialhygiene und verstand als deren Ziel vor allem die Prävention von Krankheiten. Grotjahn integrierte hierbei das damals so populäre Gedankengut der Eugenik in sein Konzept. Sozialhygiene bedeutet demnach auch „Verhütung der Entartung und Verkümmern“.²⁴

In seinem berühmten Buch „Soziale Pathologie“ finden sich auch Formulierungen, die ihn als einen Vordenker der Eugenik erscheinen lassen: „Endlich muß der menschliche Artprozess durch die Eugenik in einem Grade der ärztlichen und hygienischen Überwachung unterstellt werden, daß die Erzeugung und Fortpflanzung von konstitutionell körperlich oder geistig minderwertigen Individuen zuverlässig verhindert wird. Nur wenn die Orthodiätetik, soziale Hygiene und Eugenik gleichmäßig in Theorie und Praxis gepflegt werden, dürfen wir hoffen, der

²¹ GROTJAHN, Berlin 1932, S. 13.

²² Ebd. S. 72.

²³ Ebd. S. 121.

²⁴ TUTZKE, Berlin, 1970, S. 30.

Ergebnispräsentation

Krankheiten einst völlig Herr zu werden. Durch ihre eigene Entwicklung wird sich dann die Pathologie überflüssig gemacht haben.“²⁵

Er verstand die „rationale Beeinflussung des menschlichen Artprozesses“ als Möglichkeit, um „zwischen dem durch die Hygiene bedingten Schutz minderwertiger Elemente einerseits und der Vermeidung der Vererbung der Minderwertigkeit auf die Nachkommen“ andererseits zu vermitteln.²⁶

„Gesundheitspolitiker, Sozialmediziner und Medizinhistoriker in Vergangenheit und Gegenwart bewerten sein Lebenswerk wissenschaftlich wie politisch kontrovers. Seine rassenbiologischen Auffassungen und Fortpflanzungstheorien gerieten in gefährliche Nähe zu den Wegbereitern der Rassenhygiene und des Faschismus“.²⁷

Er veröffentlichte mehrere Bücher, u.a. „Der Alkoholismus“ (1898), „Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung im Lichte der sozialen Hygiene“ (1908), die „Soziale Pathologie“ (1912, 1915 und 1923), „Geburtenrückgang und Geburtenregelung“ (1914), „Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung“ (1926), die „Ergebnisse der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge“ (1929), die „Maßvolle Schulreform“ (1929), und „Erlebtes und Erstrebtes“ (1932).

In der „Sozialen Pathologie“ fasste er zusammen, dass die sozialen Verhältnisse:

- a. die Krankheitsanlage schaffen oder begünstigen,
- b. die Träger der Krankheitsbedingungen sind,
- c. die Krankheitserregung vermitteln,
- d. den Krankheitsverlauf beeinflussen.²⁸

Grotjahn unternahm mehrere Versuche zu habilitieren und scheiterte zunächst an der Hochschulpolitik dieser Zeit.

1912 wurde Grotjahn Privatdozent für Hygiene und Leiter der Abteilung für Sozialhygiene am Hygiene-Institut der Universität in Berlin.

Sieben Jahre später sollte die sozialhygienische Abteilung auf Initiative von Carl Flügge (1871-1923) ausgebaut werden. Der damalige konservative Fakultätsrat der Berliner Universität versuchte dies zu verhindern. Grotjahn schrieb dazu rückblickend in einem Brief an Ignaz Kaup (1870-1947) im Jahre 1924: „Die Majorität der Fakultätsmitglieder wehrte sich unter Rubners leidenschaftlicher Führung verzweifelt gegen eine Professur und wollte mir nur einen

²⁵ GROTJAHN, Soziale Pathologie, Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der Krankheiten als Grundlage der sozialen Hygiene; Berlin, 1912, S. 684-685.

²⁶ GROTJAHN, Die Aufgaben der Sozialen Hygiene. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 38, 1912, S. 2318-2320.

²⁷ MEYER, Luisenstadt, 1997, S. 70ff.

²⁸ GROTJAHN, Berlin, 1904, S. 126.

Ergebnispräsentation

Lehrauftrag zubilligen. Der Kampf dauerte 16 Monate und artete in so hässliche Formen aus, dass der alte Flügge schließlich unter Protest die Fakultätssitzung verließ und niemals wieder eine besuchte. Der Sache und meiner selbst wegen und um Flügges Niederlage zu verhüten, blieb mir kein anderes Mittel übrig, als den sozialdemokratischen Parteiapparat in Bewegung zu setzen.“²⁹

1920 erlangte er schließlich die Professorenwürde und war damit der erste und damals einzige Ordinarius für Sozialhygiene in Deutschland.

Der Lehrstuhl verfügte lediglich über zwei Räume im Hygiene-Institut und war nach Grotjahns Urteil „leidlich würdig“.³⁰ Einer der Räume diente als Seminarraum und beherbergte zudem den Bibliotheksbestand von 700 Büchern sowie den wissenschaftlichen Handapparat von 4.000 geordneten Nummern. Unter Einwirkung des Sozialhygienikers Benno Chajes, einem preußischen Landtagsabgeordneten für die sozialdemokratische Fraktion, wurden Grotjahn 1929 endlich einige Mittel bewilligt, mit denen er den Sozialwissenschaftler Miron Kantorowicz als Bibliothekar einstellen konnte. Erste Habilitanden waren Fritz Rott, George Wolff, Franz Goldmann und Karl Freudenberg.

Grotjahn las nicht nur an der Friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin, sondern auch an der Sozialhygienischen Akademie in Berlin-Charlottenburg, an der Verwaltungsakademie und an der Hochschule für Politik in Berlin. Besonders jedoch sollen ihm seine seminaristischen Übungen an seinem Lehrstuhl ans Herz gewachsen sein. Er schrieb dazu: „Wenn auch die große Masse der Medizinstudenten, infolge ihrer vorwiegend naturwissenschaftlichen und kasuistischen Einstellung, meinen seminaristischen Übungen fernblieb, haben diese doch zu meiner großen Freude und Genugtuung Gelegenheit geboten, manche Studierenden und Ärzte für das junge Fach der Sozialen Hygiene zu gewinnen und darin festzuhalten.“³¹ 1927 wurde Grotjahn zum Dekan gewählt.

Alfred Grotjahn, aufgewachsen im Kaiserreich, radikal-revolutionär als Student und sozialdemokratischer Repräsentant der Weimarer Republik, der erste deutsche Ordinarius für das Fach Sozialhygiene, verstarb im Alter von nur 62 Jahren in der Nacht vom 3. zum 4. September 1931 an den Folgen einer Operation an der Gallenblase.

²⁹ TUTZKE, Alfred Grotjahn; 1979, S. 56.

³⁰ Ebd.

³¹ GROTJAHN, Berlin, 1932, S. 251.

3.2.3 Das Ende des sozialhygienischen Seminars

Nach dem Tod von Alfred Grotjahn teilte das Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung der Medizinischen Fakultät in einem Brief am 15.09.1931 mit, dass für ein persönliches Ordinariat zukünftig keine Mittel mehr bereit stünden. Allerdings könnte zur Fortsetzung des Unterrichts im Fach Soziale Hygiene ein Lehrauftrag erteilt werden. Das Ministerium bat in seinem Brief um Vorschläge für geeignete Kandidaten.³² Der damalige Fachvertreter Martin Hahn schlug daraufhin Franz Schütz vor, der als Oberassistent am Hygiene-Institut bereits einige Jahre Sozialhygiene gelehrt hatte. Die „Sozialhygienischen Übungen“ sollten mit Unterstützung des Medizinalstatistikers Karl Freudenberg sowie des Grotjahn-Schülers George Wolff fortgesetzt werden. Die freiwerdende Position von Franz Schütz sollte mit Julius Hirsch besetzt werden, einem Assistenten des Hygiene-Instituts, der bislang noch keinen Lehrauftrag innehatte. Walter Oettinger sollte mit einem zusätzlichem Lehrauftrag für die praktische Ausbildung der Mediziner sorgen.³³

Die Ankündigung des Ministeriums, den Lehrstuhl nicht mehr zu besetzen, führte zum Rückzug der Kandidatenvorschläge durch Martin Hahn. Er überarbeitete die Liste und sandte sie an den Dekan. Sie enthielt die Namen der Grotjahn-Schüler Fritz Rott, Franz Goldmann und George Wolff. An vierter Stelle wurde Benno Chajes genannt, an fünfter Franz Schütz und an sechster Walter Oettinger.³⁴ Der Fakultätsrat entschied sich für die Benennung von Franz Goldmann und Walter Oettinger und betonte in seinem Schreiben an das Ministerium, dass der Fakultätsrat ein Ordinariat für überflüssig und einen Lehrauftrag für ausreichend halte.³⁵

Die öffentliche Ankündigung des Ministeriums für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung, das Ordinariat nicht mehr zu besetzen, löste eine Welle des Protestes durch verschiedenste Interessenverbände aus. So setzten sich u.a. Vertreter des „Vereins der ärztlichen Kommunalbeamten“ sowie der „Arbeitsgemeinschaft der Fürsorgearztverbände“ für den Erhalt des Ordinariats ein. Mitglieder der „Freigewerkschaftlichen Spitzenverbände“ formulierten vereint in einem Schreiben an den preußischen Ministerpräsidenten Otto Braun sowie an den Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung Adolf Grimme ihren Protest gegen die Abschaffung des Ordinariats und dessen Ersatz durch einen Lehrauftrag. Sie schlugen Benno Chajes als neuen Ordinarius vor. Adolf Grimme bat daraufhin den preußischen Finanzminister

³² Vgl. UAHUB, Bestand Universitätskurator, Personalia, G225, Band 3, Bl. 5.

³³ Ebd. Band 50.

³⁴ Vgl. WEDER, Berlin, 2000, S. 283-284.

³⁵ Vgl. UAHUB; Bestand der Medizinischen Fakultät, WI42, Bl. 65.

Ergebnispräsentation

um die Aufhebung des „KW“-Vermerks beim Ordinariat für Sozialhygiene. Dieser stimmte dem zu und forderte im Gegenzug den Wegfall eines anderen Ordinariats.³⁶

Die Fakultät setzte eine Kommission ein, welche eine Bewerberliste zusammenstellen sollte. Zu den schon bekannten Kandidaten bewarben sich nun auch noch verschiedene andere Personen für die Stelle des Ordinariats. Zu ihnen zählten der Görlitzer Gynäkologe Albert Niedermeyer, der Sozialmediziner Ludwig Teleky, der Gynäkologe Max Hirsch, der Hygieniker Bernhard Möllers, der Wiener Rassenhygieniker Heinrich Reichel u.a.³⁷ Nach einer Beratung im Fakultätsrat entschied Adolf Grimme die Ernennung von Benno Chajes zum neuen Ordinarius für Sozialhygiene. Die Finanzierung wurde mit der Stelle des zuvor verstorbenen Ernst Friedberger, eines Abteilungsvorstehers am Institut für Hygiene, verrechnet.³⁸

Die Entscheidung für Benno Chajes hatte unterschiedliche Gründe. Er war der Wunschkandidat der gewerkschaftlichen Spitzenverbände gewesen und zudem vom Ministerpräsidenten Braun unterstützt worden. Außerdem wurden ihm sein sozialdemokratisches Engagement sowie seine Einwilligung in ein Extraordinariat zugute gehalten. „Die Berufung Benno Chajes zum außerordentlichen Professor für Sozialhygiene dürfte somit eine Kompromisslösung zwischen Fakultätsrat und Ministerium gewesen sein.“³⁹

3.2.4 Benno Chajes als Nachfolger von Alfred Grotjahn



Abb.2 Benno Chajes

Chajes übernahm die räumliche und personelle Ausstattung des Seminars. Ihm war ein Extraordinariat zugesprochen worden. Allerdings hatte man ihn durch die Ernennung zum Prüfer im Fach Sozialhygiene faktisch mit Grotjahn gleichgestellt.

Chajes war kein Grotjahn-Schüler und hatte, soweit nachvollziehbar, auch keine „Sozialhygienischen Übungen“ besucht. Er kannte Grotjahn durch die gemeinsame Tätigkeit als Schöneberger Kassenarzt und hatte ihn des Öfteren auf Kongressen und in verschiedenen sozialhygienischen Institutionen getroffen.⁴⁰

„Benno Chajes verstand sich selbst denn auch als Vertreter der Sozialhygiene Grotjahnscher Ausprägung und betonte, dass er mit diesem in allen wichtigen Punkten gleicher Ansicht gewesen sei. Der Hauptunterschied lag im

³⁶ Vgl. WEDER, Berlin, 2000, S.286.

³⁷ Ebd. S. 287.

³⁸ Ebd. S. 288.

³⁹ Ebd. S. 299.

⁴⁰ Ebd. S. 291.

Ergebnispräsentation

Arbeitsschwerpunkt. Grotjahns Interesse konzentrierte sich hauptsächlich auf den Bereich der Fortpflanzungshygiene, während Benno Chajes insbesondere im Bereich der Gewerbehygiene arbeitete.

Chajes übernahm fast nahtlos die Lehrtradition Grotjahns und führte die Veranstaltungen zeitgleich fort. „Er verdoppelte jedoch die Stundenzahl der Hauptvorlesung, so daß er in jedem Semester einen Gesamtüberblick über die Soziale Hygiene vermitteln konnte.“⁴¹ Chajes Hauptaugenmerk lag darin, die ungenügende Ausbildung der Mediziner im Bereich Sozialhygiene zu verbessern. Angesichts der knappen Haushaltslage der Länder zu Beginn der dreißiger Jahre empfahl er zur Sicherstellung des Unterrichts die Beschäftigung von nebenamtlichen Dozenten.⁴² In den folgenden Lehrveranstaltungen, die er nach seiner Antrittsvorlesung am 21. April 1932 gehalten hat, ging er immer wieder auf den praktischen Bezug seines Faches ein und betonte die enge Verbindung von Sozialhygiene und Politik. Chajes füllte gut ein Drittel seiner Sitzungen im Semester mit Gastvorträgen, in denen er die praktische Bedeutung der Sozialhygiene deutlich machen wollte.⁴³

Obwohl Chajes einen Stamm von Teilnehmern aus dem Grotjahn-Seminar übernommen hatte, schwand deren Anzahl im gleichen Zuge mit der politischen Entwicklung in Deutschland. Ein großer Teil der Teilnehmer waren Angehörige der jüdischen Religionsgemeinschaft bzw. waren politisch dem linken Lager zugehörig. Mit wachsendem Einfluss der Nationalsozialisten wurden viele von ihnen verhaftet, ermordet oder ins Exil getrieben. Am 29. April 1933 wurde Benno Chajes durch einen Erlass des preußischen Ministers für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung beurlaubt.⁴⁴ Auch der Bibliothekar Miron Kantorowicz wurde auf Veranlassung des Kultusministers am 13. Mai 1933 beurlaubt.⁴⁵

Am 6. Mai 1933 wurde Franz Schütz die Leitung des Sozialhygienischen Seminars übertragen. Am 7. November 1933 erfolgte seine Ernennung zum außerordentlichen Professor für Sozialhygiene. Er übernahm in Folge auch die sozialhygienischen Lehrveranstaltungen von 1934 bis 1940.⁴⁶

Fritz Lenz etablierte am 1. November 1933 in den Räumlichkeiten des Sozialhygienischen Seminars sein Institut für Rassenhygiene.

⁴¹ WEDER, Berlin, 2000, S. 294-295.

⁴² Ebd. S.296.

⁴³ Ebd. S. 298-299.

⁴⁴ Vgl. UAHUB; Bestand Universitätskurator, Personalien, C14, Band 2, Bl. 11.

⁴⁵ Vgl. UAHUB; Bestand Sozialhygienisches Seminar, Nr.1, Bl. 87,92 und 98.

⁴⁶ Vgl. WEDER, Berlin, 2000, S. 303.

3.2.5 Rassenhygiene, eine begriffliche Annäherung

Im Folgenden soll der Begriff Rassenhygiene näher definiert und seine Entwicklung erläutert werden. Für die Thematik der Rassenhygiene und die Geschichte des Berliner Instituts für Rassenhygiene diente als Basisliteratur das Werk von SABINE SCHLEIERMACHER „Rassenhygiene und Rassenanthropologie an der Universität Berlin“, 2005.

Rassenforschung wird seit der Veröffentlichung der Darwin-Theorien in „Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl“ im Jahre 1859 betrieben. Alfred Plötz wurde der erste Rassenhygieniker in Deutschland. Er definierte Rasse als eine durch Generationen lebende Gesamtheit des Menschen, in Hinblick auf ihre körperlichen und geistigen Eigenschaften. Die Verbindung von Rasse und Hygiene suggerierte, dass eine Rasse durch Therapie zu reinigen sei bzw. dass ihre Verunreinigung durch Prävention verhinderbar sei.

Im Blickpunkt stand für ihn nicht mehr nur das Wohlergehen des einzelnen Individuums, sondern die Gesundheit einer ganzen Bevölkerungsgruppe als Träger von kollektiven Erbinformationen.

Plötz bemaß die Gesellschaft anhand ihrer kulturellen und gesellschaftlichen Leistungsfähigkeit.

Er unterschied zwischen:

- a. Eugenik/Rassenhygiene als populationsgenetischen Begriff und
- b. Rassenanthropologie als morphologischen Begriff.⁴⁷

Die erste völkische Interpretation des Rassenbegriffs erfolgte durch Arthur D. Gobineau, einem französischen Diplomaten und Schriftsteller, der durch seine Theorie der arischen Herrenrasse bekannt wurde. Er bezog festgelegte Erbmerkmale auf bestimmte Rassen. Der russische Rassenhygieniker Joseph Deniker (1852-1918) führte den Begriff „race nordique“ ein und stellte diese nordische Rasse über alle anderen. Hans F. K. Günther, einer der führenden Rassenkundler der Weimarer Republik, schloss aus einem äußeren Erscheinungsbild, genetischen Anlagen und geistig kulturellen Werten, dass die nordische Rasse die hochwertigste sei und bezog sich dabei auf das deutsche Volk.⁴⁸

⁴⁷ Vgl. SCHLEIERMACHER, München, 2005, S. 71ff.

⁴⁸ Ebd.

3.2.6 Fritz Lenz und der Lehrstuhl für Rassenhygiene



Abb.3 Fritz Lenz

Zu Beginn der zwanziger Jahre ließ sich das Fach Rassenhygiene nur schwer an deutschen Universitäten etablieren. Es war der Berliner Anatom Prof. Poll, der wiederholt die Rassenhygiene als Unterrichtsfach einzuführen versuchte. Dabei wurde er vom preußischen Wissenschaftsministerium unterstützt, erhielt aber vom Finanzministerium keine Mittel.

1927 gründete sich mit dem „KWIA“⁴⁹ in Berlin-Dahlem eine wissenschaftliche Einrichtung, in der unabhängig vom universitären Betrieb geforscht werden konnte. Der erste Direktor des KWIA war Eugen Fischer. Er gilt als einer der Wegbereiter der nationalsozialistischen Rassentheorien und geistigen Väter der

„Endlösung der Judenfrage“. Fischer förderte maßgeblich die Integration von Rassenhygiene und Rassenforschung an der Universität. Bis zum Ende der Weimarer Republik lehrten dann auch wissenschaftliche Mitarbeiter des KWIA an der medizinischen und philosophischen Fakultät.

1932 berief der preußische Landesgesundheitsrat eine Sachverständigenkommission ein, die sich mit der Eugenik befassen sollte. Als Quintessenz befürworteten die Vertreter dieser Kommission die Einführung der Eugenik in das Unterrichtswesen.

Ein Jahr später erfolgte durch den preußischen Minister für Wissenschaft der Beschluß zur Einrichtung einer Professur für das Fachgebiet Eugenik an der Medizinischen Fakultät mit Otmar von Verschur⁵⁰, dem Leiter des KWIA.

Nach der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten wurde das Fachgebiet Rassenhygiene zur Leitwissenschaft.

Der politisch aktive Wissenschaftler Eugen Fischer, der mit seinen Rassenideologien die Theorien der Nazis untermauerte und für deren Verbreitung sorgte, schlug eine Woche nach Machtantritt der NSDAP die Einrichtung eines Ordinariats für Rassenhygiene vor. Das freigewordene Extraordinariat für Soziale Hygiene sollte in ein Extraordinariat für Rassenhygiene umgewandelt werden. Fischer setzte sich für eine enge Verbindung zwischen dem KWIA und der Universität ein. Das Wissenschaftsministerium folgte Fischers Idee und setzte am 1. November 1933 Fritz Lenz, der politisch eindeutig den Nationalsozialisten

⁴⁹ KIWA ist die Abkürzung für das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie.

⁵⁰ Otmar von Verschuer war Mentor und Chef von Josef Mengele, dem Lagerarzt in dem KZ Auschwitz.

Ergebnispräsentation

zuzuordnen war, als Ordinarius für Rassenhygiene ein. Am gleichen Tag wurde Lenz zum Leiter der Abteilung für Rassenhygiene am KWIA ernannt.

Lenz hatte 1912 auf dem Gebiet der Pathologie in Freiburg promoviert und 1919 in München bei dem Rassenhygieniker Max von Gruber (1853-1927) habilitiert. Vier Jahre später, er war zu dem Zeitpunkt 36 Jahre alt, wurde er zum Extraordinarius in München berufen. Er war Mitbegründer der „Rassenhygienischen Bewegung“ in Deutschland, Mitglied im „NS-Ärztebund“, im „Reichslehrerbund“ und in der NSDAP.

1921 veröffentlichte er zusammen mit Eugen Fischer sowie dem Arzt und Genetiker Erwin Baur den „Grundriss der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene“. Lenz verstand als wichtigstes Ziel der Rassenhygiene, die gebildete Mittelschicht vor ihrem biologischen Untergang zu bewahren. „Entartung“ war für ihn gleichbedeutend mit einem Mangel an Kultur. Degeneration fand somit nicht nur somatische, sondern auch soziale Ausprägungen.

Das Institut für Rassenhygiene wurde in den ehemaligen Räumen des Seminars für Sozialhygiene im Hygiene-Institut untergebracht. Als Mitarbeiter wurde zunächst ein Hilfsarbeiter für die Bibliothek und den Ablauf der Vorlesungen eingestellt.⁵¹ Lenz lehnte es ab, dass Hygieniker die Rassenhygiene unterrichteten, da er die Hygiene als angewandte Mikrobiologie verstand, während sich die Rassenhygieniker der Genetik verschrieben hätten. Ein Hygieniker in rassenhygienischen Vorlesungen konnte seiner Vorstellung nach nur ein Notbehelf sein. Ab 1936 wurde die Rassenhygiene in der neuen Prüfungsordnung für Ärzte berücksichtigt. Lenz hatte eigenmächtig schon vor diesem Beschluss Prüfungen in seinem Fach abgehalten.

Ab 1938 wurde die Rassenhygiene zum Pflichtfach erklärt und ab 1941 war sie endgültig als Unterrichtsfach an deutschen Hochschulen anerkannt. Damit erfolgte eine personelle Aufstockung und Lenz wurde im Unterricht der Studenten nun von Paula Hertwig, Hans Reiter und Arthur Hintze unterstützt. Zu den Vorlesungsthemen gehörten die „Einführung in die menschliche Erblehre und Rassenhygiene“, „Umwelt und Erbe“, „Die Pflicht zur Gesundheit“ und „Züchtungspolitik“.

Lenz war in der Rassenhygiene auch politisch tätig. Er gehörte zum Sachverständigenausschuss für Bevölkerungs- und Rassenpolitik im Reichsministerium des Inneren. Er war 1940 an dem „Gesetz zur Sterbehilfe bei Leistungsunfähigen und Gemeinschaftsfremden“ beteiligt und 1940 an der Formulierung des „Generalplan Ost“.⁵²

1944 wurde er vom Dienst beurlaubt, da er wegen anhaltender Luftangriffe an Erschöpfungszuständen litt. Seine Position wurde bis Kriegsende vom Leiter für Biostatistik,

⁵¹ Vgl. SCHLEIERMACHER, München, 2005, S. 71ff.

⁵² Ebd.

Ergebnispräsentation

Siegfried Koller, vertreten, der wie Lenz auf eine lange rassenhygienische Betätigung zurückblickte. Lenz zog es nach Kriegsende nach Westfalen. Nach seiner Entnazifizierung wirkte er von 1946 bis 1955 als Professor für menschliche Erblehre an der Universität in Göttingen.⁵³

3.3 Der Exodus der Sozialmediziner

3.3.1 Die Situation in Deutschland im Jahre 1933

Als Basisliteratur für die folgenden Abschnitte zum Thema Exil wurde vor allem die Veröffentlichung von HELGE PROSS „Die deutsche und akademische Emigration nach den Vereinigten Staaten 1933-1941“ (Berlin 1955) herangezogen.

Das Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums vom 7. April 1933 erlaubte es der Regierung, all jene Beamten zu entlassen, die aus politischen oder ethnischen Gründen nicht in die nationalsozialistische Ideologie passten. Entlassen werden konnte, wer:

1. Mitglied der KPD war oder einer anderen kommunistischen Partei angehörte,
2. sich marxistisch, kommunistisch oder sozialdemokratisch betätigte,
3. sich nicht rückhaltlos für den nationalsozialistischen Staat einsetzte.⁵⁴

Zunächst galten noch einige Ausnahmeregelungen für ehemalige Kriegsdienstleistende oder Angehörige, deren Verwandtschaft ersten Grades im Ersten Weltkrieg gefallen war.

1935 wurden diese Ausnahmeregelungen abgeschafft und alle bis dahin noch im Amt verbliebenen jüdischen Beamten entlassen.

Mit dem Inkrafttreten des „Deutschen Beamtengesetzes“ 1937 erfolgte nochmals eine Verschärfung der Situation. Entlassen werden konnte, wer mit einem Partner nichtarischer Herkunft verheiratet war oder wer sich weigerte, den Treueid auf Hitler zu schwören.⁵⁵

Nach Schätzungen wurde bis zum Jahre 1938 ein Drittel aller Lehrkräfte ausgewechselt. 1945 waren es vermutlich bereits 45%, die fast alle in der Folgezeit zur Auswanderung gezwungen wurden.⁵⁶ Unter diesen Emigranten befanden sich einige der berühmtesten Wissenschaftler des 20. Jahrhunderts, darunter 24 Nobelpreisträger. Die Entlassungen bedeuteten für Deutschland einen enormen Verlust an geistigem Potential.

Entlassungen und Zwangspensionierungen hatten unterschiedliche Folgen. Diejenigen, die entlassen und nicht zwangspensioniert wurden, mussten sich aus ökonomischen Gründen

⁵³ Vgl. SCHLEIERMACHER, München, 2005, S. 71ff.

⁵⁴ Reichsgesetzblatt 1; Berlin, 1933, S. 175.

⁵⁵ Vgl. SCHLEIERMACHER, München, 2005, S. 71ff.

⁵⁶ Vgl. SAMUEL, London, 1949, S. 131.

Ergebnispräsentation

notgedrungen nach einer anderen Beschäftigung umsehen. Naturwissenschaftler fanden sehr oft noch in der Industrie eine Anstellung, vorausgesetzt, dass sie sich politisch unauffällig verhielten. Geisteswissenschaftler waren dagegen oft gezwungen, berufsfremde Tätigkeiten anzunehmen. Jüdische Beamte hatten es am schwersten, da sie praktisch nirgendwo eine neue Anstellung fanden. Sehr oft blieb den vom System Verstoßenen nur die Möglichkeit der völligen Aufgabe ihres Berufslebens bzw. die physische oder psychische Emigration.⁵⁷ „Seiner bisherigen wissenschaftlichen und erzieherischen Funktion beraubt und aus seiner gewohnten Lebensweise herausgerissen; abgeschnitten vom früheren Kontakt mit Studenten und vom Austausch mit Kollegen; ökonomisch beengt und gesellschaftlich gemieden; umgeben vom Misstrauen und innerlich dem vorherrschenden politischen und geistigen Klima zutiefst feindlich gesinnt, gehörte der Universitätslehrer, der in der inneren Emigration lebte, nicht mehr zur Gesellschaft, sondern war durch eigenen Protest (der sich nicht in offenem Widerstand auszudrücken brauchte) und die Gegnerschaft der Umwelt von ihr getrennt. Je tiefer die Diktatur durch Erziehung und Propaganda in das Privatleben eindrang, desto schärfer wurde seine Entlassung. Wie weit sie durch Kontakt mit Gleichgesinnten gemildert werden konnte, hing weniger von der Haltung des Isolierten, als von den Umweltfaktoren ab. Großstädte erlaubten mehr Bewegungs- und Begegnungsfreiheit als Klein- und Mittelstädte, die sich häufig zu Hochburgen des Nazismus entwickelt hatten.“⁵⁸ 1933 hatten nicht alle sofort den Ernst ihrer Lage erkannt und versuchten zunächst, in Deutschland zu bleiben. Erst die Zuspitzung des inneren Terrors und des Antisemitismus, der seinen vorläufigen Höhepunkt im November 1938 in der Reichspogromnacht fand, ließ vielen keine andere Wahl als den Weg ins Exil.⁵⁹

Zusammenfassend lassen sich vier Auswanderungsphasen kennzeichnen:

1. ab 1933 als Flucht vor einer Verhaftung,
2. 1933-1935 bis zum Erlass der Nürnberger Gesetze⁶⁰,
3. 1935-1938 die Auswanderung mit Hilfe englischer, amerikanischer und jüdischer Hilfsorganisationen,
4. 1938 nach der Reichspogromnacht.⁶¹

⁵⁷ Physische Emigration bezeichnet hier die Auswanderung in ein anderes Land. Die psychische Emigration bezeichnet den Rückzug des Wissenschaftlers in eine Nische der Isolation, in welcher er heimlich seine wissenschaftliche Tätigkeit fortsetzte.

⁵⁸ PROSS, Berlin, 1955, S. 13.

⁵⁹ Vgl. ebd. S. 16.

⁶⁰ Gesetze vom 15.09.1935, sie enthielten das „Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre“, das „Reichsbürgergesetz“ und das „Reichsflaggengesetz“. Das „Blutschutzgesetz“ verbot u.a. unter Androhung von Zuchthaus die Eheschließung zwischen Juden und Nichtjuden sowie den außerehelichen Geschlechtsverkehr zwischen ihnen.

⁶¹ ANTONI, Husum, 1997, S. 159.

Ergebnispräsentation

Sehr häufig wird in der Literatur der Begriff Emigration verwendet, wenn es um den Prozess der Vertreibung der deutschen Akademiker der dreißiger Jahre geht. „Emigration (von lat.: ‚e‘ hinaus; ‚migrare‘ wandern) oder Auswanderung ist das freiwillige oder erzwungene Verlassen des Heimatlandes aus religiösen, politischen oder wirtschaftlichen Gründen.⁶²

„Der Begriff Exil (lat. exilium, exsul) bezeichnet die Abwesenheit eines Menschen oder einer Volksgruppe aus der eigenen Heimat aufgrund dortiger Verbannung, Vertreibung, Ausbürgerung, religiöser oder politischer Verfolgung. Im Unterschied zur Emigration, die den Tatbestand jeglicher Auswanderung umfasst, geht die Erfahrung des Exils stets mit Einschränkungen und Beschneidungen des Individuums einher. Exil ist der unfreiwillige Verlust sprachlicher, sozialer und kultureller Wurzeln.“⁶³ Streng genommen handelte es sich also bei den meisten Emigranten um Exilanten, Menschen, die keine andere Wahl hatten, als Deutschland zu verlassen und damit ihrer Wurzeln beraubt zu werden.

Die Bezeichnung „Exodus“ wird in der Literatur sehr häufig als Umschreibung für die Auswanderung deutscher Wissenschaftler zwischen 1933 und 1938 verwendet. Im engeren Sinne beschreibt dieser Begriff die biblische Auswanderung des israelitischen Volkes aus Ägypten und ist der Titel des zweiten Buches Moses. Im übertragenen Sinn wird damit aber auch der Auszug einer Menschengruppe bezeichnet, wie z.B. die hier beschriebene Vertreibung der zumeist jüdischen Wissenschaftler aus Nazi-Deutschland.⁶⁴

3.3.2 Der Weg ins Exil

Der Entschluss für das Exil wurde von den Betroffenen im Wesentlichen durch drei Faktoren bestimmt:

1. ethnische Motive,
2. politische Motive,
3. ethisch-religiösen Ursachen.

Das verbindende Element zwischen den meisten Exilanten war ihre Zugehörigkeit zur akademischen Intelligenz. Kennzeichnend waren auch die Situation der Ausweglosigkeit, die Gefahr der Verfolgung und Inhaftierung, die viele Menschen ins Ausland trieb. Sehr häufig wirkten mehrere Faktoren zusammen und der Weg aus Deutschland war für viele ein Weg ins Ungewisse.

⁶² Die von der Emigration betroffenen Personen nennt man Emigranten oder Auswanderer. Hinsichtlich der Art der Auswanderung unterscheidet man zwischen derjenigen, die von einem ganzen Volk oder großen Teilen eines Volkes unternommen wird, und derjenigen, die Einzelpersonen oder einzelne Familien unternehmen (vgl. Duden).

⁶³ Vgl. <http://exil.know-library.net/>; letzter Zugriff: 13.05.2006.

⁶⁴ Vgl. <http://dict.die.net/exodus/>; letzter Zugriff: 29.06.2006.

3.3.3 Reaktionen der Wissenschaft im In- und Ausland

Das Ausland reagierte ganz unterschiedlich auf die Universitätspolitik im Nazi-Deutschland. In England gründete sich 1933 - als private Hilfsorganisation - der „Academic Assistance Council“ unter Lord Rutherford. Führende Wissenschaftler verfassten eine Erklärung, in der die Bereitschaft zur Aufnahme der verfolgten Akademiker aus Deutschland bekundet wurde.

Im gleichen Jahr formulierte die amerikanische Vereinigung der Universitätsprofessoren im Namen von 12.000 amerikanischen Professoren einen „Protest gegen die Tyrannei an deutschen Universitäten“.⁶⁵

Demgegenüber steht das Bekenntnis der meisten Professoren an deutschen Universitäten zu Adolf Hitler und dem nationalsozialistischen Staat. Darin heißt es: „Wir haben uns losgesagt von der Vergötzung eines boden- und machtlosen Denkens. Wir sehen das Ende der ihm dienstbaren Philosophie. Wir sind dessen gewiß, daß die klare Härte und die werkgerechte Sicherheit des unnachgiebigen einfachen Fragens und dem Wesen des Seins wiederkehren. Der ursprüngliche Mut, in der Auseinandersetzung mit dem seienden[!] an diesem entweder zu wachsen oder zu zerbrechen, ist der innerste Beweggrund des Fragens einer völkischen Wissenschaft [...]. Und so bekennen wir, denen die Bewahrung des Wissenwollens[!] unseres Volkes künftig anvertraut sein soll: Die nationalsozialistische Revolution ist nicht bloß die Übernahme einer vorhandenen Macht im Staat durch eine andere dazu hinreichend angewachsene Partei, sondern diese Revolution bringt die völlige Umwälzung unseres deutschen Daseins [...]. Wir verlangen, daß jedes eigengeartete Volk von wirklich selbständigem Kulturwillen sein eigenes Bild von Rasse und seinen eigenen Lebensstil zu höchster Vollkommenheit entwickeln darf. Wir verlangen es nicht nur aus unserem geschichtlichen Bewusstsein, sondern auch aus unserer wissenschaftlichen Überzeugung heraus, die beide voneinander nicht zu trennen sind“.⁶⁶

3.3.4 Zielländer der Exilanten

Die Flüchtlinge des Nationalsozialismus emigrierten in diverse Länder. Innerhalb Europas waren es vor allem die skandinavischen Länder, die Schweiz, England, Frankreich und Russland, die den deutschen vertriebenen Wissenschaftlern Arbeits- und Lebensmöglichkeiten boten.

In Asien waren es China, Palästina und die Türkei. Im Zuge der nationalsozialistischen Kriegsführung sowie aus ökonomischen oder sozialen Ursachen heraus waren viele dieser

⁶⁵ Vgl. PROSS, Berlin. 1955, S. 15.

⁶⁶ Vgl. Bekenntnis der Professoren an den deutschen Universitäten und Hochschulen zu Adolf Hitler und dem nationalsozialistischem Staat; Dresden, 1933, S. 9ff.

Ergebnispräsentation

Staaten nur eine Zwischenstation auf dem Weg zu einer neuen Existenz. Erschwerend für die Integration in ein europäisches Land waren die oft komplizierten Arbeitsmöglichkeiten zu Zeiten einer Weltwirtschaftskrise, die ethnische Homogenität europäischer Nationen und deren Nationalismus.

„Kein europäisches Land akzeptiert den Fremden, man ‚wird‘ nicht Franzose, Schweizer, Tscheche oder Brite, wenn man nicht als solcher geboren ist. Amerikaner kann man ‚werden‘, was wohl mit der besonderen Struktur und Geschichte dieser Nation zusammenhängt.“⁶⁷

„Amerika, jünger, weniger in starre Traditionen gezwängt, mit einer offenen Sozialstruktur und dem Nebeneinander verschiedenartiger[!] Minoritäten, war noch elastisch genug, um fremde Elemente absorbieren zu können.“⁶⁸ Deshalb war für die Integration in die USA die Aufnahme der dort ansässigen nationalen Gruppe von großer Bedeutung.

Deutschamerikaner der dreißiger Jahre stimmten der Politik der NSDAP weitgehend zu. Kennzeichnend war und ist wohl auch ein ausgeprägter Nationalismus im Vergleich zu den Heimatdeutschen, der sich offenbar entwickeln kann, wenn man den Verlust seiner Wurzeln befürchtet. Diese Gruppe der Deutschamerikaner war antisemitisch und nationalistisch eingestellt. Deutsch-jüdische, kommunistische, marxistische oder sozialdemokratische Emigranten fanden in dieser Gruppe kaum Anschluss. Jüdische Deutschamerikaner verstanden sich als Amerikaner und nicht als Deutsche. Sie unterstützten die Neuankömmlinge finanziell, ohne ihnen jedoch die neue geistige Heimat in einer geschlossenen Gruppe anzubieten. Neben vielen privat gegründeten Organisationen, Fonds oder Interessenverbänden waren vor allem die Universitäten die wichtigsten Ansprechpartner für akademische Flüchtlinge aus Nazideutschland.⁶⁹

3.3.5 Die Universitäten in England

Die akademische Situation im England der dreißiger Jahre war gekennzeichnet durch ein stagnierendes Bildungssystem. Der Ausbau an den Universitäten begann erst ab 1945. Zu diesem Zeitpunkt waren der Sozialstaat sowie die Einsicht zur Entwicklung eines umfassenden Bildungssystems ausgebildet. Dieser Trend kam für die Flüchtlinge aus Deutschland zu spät.

Erschwerend war auch die Ausrichtung des britischen Bildungssystems auf die Entwicklung einer nationalen Elite, die junge Menschen nach den Grundsätzen von Humanität, Gemeinschaftssinn und dem Grad ihrer Persönlichkeitsentwicklung rekrutierte. Ziel war die

⁶⁷ MANN, Frankfurt, 1952, S. 384.

⁶⁸ PROSS, Berlin, 1955, S. 33.

⁶⁹ Vgl. ebd. S. 33ff.

Ergebnispräsentation

Ausbildung von emotional ausgeglichenen und intellektuell beherrschten Persönlichkeiten, die später in der Lage sein sollten, selbstständig zu urteilen und führende Stellungen zu beziehen. Die Auswahl der Studenten erfolgte in England daher eher nach ethischen und moralischen Kriterien als nach der reinen Ausprägung einer intellektuellen Leistungsfähigkeit.

„Niemand vertraut die Auslese seines Volkes gerne fremden Lehrern an, und die Ausrichtung auf ein spezifisches Ideal erschwerte nicht nur die Aufnahme deutscher Gelehrter, sondern stellte auch die, die untergebracht werden konnten, vor große Anpassungsschwierigkeiten.“⁷⁰ Um diese zu verringern wurde der 1937 gegründete „Academic Assistance Council“ umgewandelt zur „Society for the Protection of Science and Learning“. Von der Arbeit dieser Hilfsorganisation profitierten Exilanten aus ganz Europa. Der Aufenthalt in England wurde oft zum Sprungbrett nach Amerika.

3.3.6 Die Universitäten in den USA

Ende der dreißiger Jahre existierte in den USA ein expandierendes Bildungssystem, das den deutschen Exilanten potentielle Arbeitsfelder bot.

Dennoch war der Neuanfang aufgrund der Ausdehnung und der Vielfältigkeit des amerikanischen Bildungssystems nicht leicht.

Es existierten zu dieser Zeit drei Arten von Hochschulen:

1. die Liberal Art Colleges,
2. die Professional Schools,
3. die Universitäten.

Die Liberal Art Colleges spielten die größte Rolle im amerikanischen Bildungssystem. Als ureigene amerikanische Schöpfung waren sie vor allem für die Vermittlung von Allgemeinbildung vor dem eigentlichen Universitätsstudium oder dem Beginn einer Erwerbstätigkeit verantwortlich. Die Colleges wurden durchschnittlich für vier Jahre besucht. In den ersten beiden Jahren wurden vor allem geisteswissenschaftliche Inhalte vermittelt. In den letzten beiden Jahren folgte dann der Unterricht in einer bestimmten Spezialdisziplin als Vorbereitung auf ein bestimmtes Studium. Das College wurde nach dem Abschlussexamen mit dem Titel eines „Bachelor of Art“ beendet.

Die Universitäten entsprachen eher dem deutschen oder britischen System. An diesen Einrichtungen wurde eine Forschung praktiziert, die den Exilanten aus Deutschland bekannt und vertraut war. Das Universitätsstudium wurde nach einem Jahr mit dem Titel eines „Masters of

⁷⁰ PROSS, Berlin, 1955, S. 36.

Ergebnispräsentation

Art“ (M.A.) oder frühestens nach vier Jahren mit dem „Philosophiae Doctor“ (Ph.D.) abgeschlossen.⁷¹

Der Ph.D. galt als Legitimation für eine akademische Laufbahn.

Die Berufsschulen, die Professional Schools, konnten selbstständig sein oder sie waren einer Universität angegliedert. Die Ausbildung an diesen Einrichtungen zielte auf ein Berufsexamen hin, das den jeweiligen Erfordernissen eines bestimmten Berufes entsprach. Da diese Erfordernisse international uneinheitlich waren, kamen für viele Deutsche diese Einrichtungen nicht in Frage.

Zudem bestand seit jeher in den USA eine große Anzahl von Colleges und Universitäten mit einer sehr unterschiedlichen Qualität. Als kleine Stütze zur Orientierung bot sich hier den Deutschen die „Association of American Universities“ an, welche nur besonders geeignete und hoch angesehene Universitäten in ihre Liste aufnahm. Bei all den Schwierigkeiten, mit denen die akademischen Flüchtlinge zu kämpfen hatten, war es doch gerade die Vielfältigkeit des Systems, die oft eine Aufnahme ermöglichte.⁷²

3.3.7 Die Aufnahme der Exilanten in den USA

Die genaue Anzahl der deutschen Flüchtlinge der dreißiger Jahre ist bis heute unbekannt. Die Zahlenangaben in der Literatur variieren stark und können nur Schätzungen sein. Zwischen 1933 und 1941, dem Jahr des Kriegseintritts der Amerikaner, wanderten 104.098 Deutsche in die USA aus. 7,3% waren Vertreter der akademischen Intelligenz.⁷³

Nach dem Einwanderungsgesetz von 1924 erhielten all diejenigen eine Aufenthaltsberechtigung, die einen Anstellungsvertrag in den USA vorweisen konnten bzw. die im Herkunftsland bereits zwei Jahre Vorlesungen gehalten hatten.

Einige Intellektuelle, die zunächst nach Frankreich ausgewandert waren, mussten, vom Einmarsch der deutschen Truppen überrascht, nach Kuba fliehen. Sie warteten dann dort auf ihre endgültige Einreise in die USA.⁷⁴

Das damalige Amerikabild der Emigranten ist heute kaum noch nachvollziehbar. Sicher wird die Anpassung für jüngere Menschen wie z.B. den Sozialwissenschaftler Malcom Steiner bzw. international anerkannte Wissenschaftler wie Alber Einstein leichter gewesen sein als für die Unbekannten und Älteren. „Es gibt somit keine einheitliche Formel für die psychologische

⁷¹ Mündliche Mitteilung durch Prof. Steiner; Berlin, 2006.

⁷² Vgl. PROSS, Berlin, 1955, S. 34ff.

⁷³ Vgl. DAVIE, New York, 1947, S. 23.

⁷⁴ Vgl. KRAUS, Philadelphia, 1939, Band 96, N. 50.

Ergebnispräsentation

Ausgangssituation des einwandernden Intellektuellen. Die widerspruchsvollsten Aussagen stehen sich hier gegenüber.

„Stefan Zweig hat im brasilianischen Exil seiner Verzweiflung Ausdruck gegeben: ‚Ich bin heute als Schriftsteller, wie unser Grillparzer sagt, einer, der lebend hinter seiner eigenen Leiche geht‘; alles, oder fast alles, was ich in vierzig Jahren international aufbaute, hat diese eine Faust zertrümmert‘. Im Gegensatz dazu steht das Bekenntnis eines hohen preußischen Beamten, der 1933 Deutschland verließ und später eine einflussreiche Stellung an einem großen College angenommen hatte. Er nannte den Zwang zum Neubeginn aus dem Nichts eine ‚wunderbare Erfahrung‘. Die Ansichten der Mehrzahl liegen vermutlich in der Mitte zwischen den beiden Extremen.“⁷⁵

Die Mehrheit der Amerikaner trat den Flüchtlingen aus Deutschland mit großem Interesse und uneingeschränkter Hilfsbereitschaft entgegen. Diese Aufmerksamkeit sank später, als die Zahl der Exilanten anstieg. Manche sahen die Flüchtlinge sogar als Vertreter einer faschistischen fünften Kolonne⁷⁶ oder fühlten sich durch den Zustrom deutscher akademischer Konkurrenten bedroht und ihrer Aufstiegschancen beraubt.⁷⁷ Zudem befand sich 1933 die amerikanische Wirtschaft noch in der Depression. Viele Colleges und Universitäten mussten einschneidende Sparmaßnahmen vornehmen und viele Lehrer entlassen. 1933 formierten sich allerdings, sofort nach dem Beginn des Exodus, einige private Hilfsorganisationen wie das „Emergency Committee in Aid of Displaced Foreign Scholars“, die „Rockefeller Foundation“, der „Oberländer Trust“ und die „New School for Social Research“. Das „Emergency Committee in Aid of Displaced Foreign Scholars“ fungierte als eine Art Beratungs- und Jobvermittlungsstelle für die Exilanten. Bis zu seiner Auflösung 1945 vermittelte es 335 Europäer an Universitäten und Colleges. Das Komitee nahm nur Anträge von Hochschulen an und vermittelte auf Anfrage einen Wissenschaftler zwischen 30 und 58 Jahren, um die Konkurrenz zu jungen Amerikanern zu vermeiden. Bei Zustandekommen eines Einstellungsvertrages zahlte das Komitee zwei Jahre die Hälfte des Gehaltes an die jeweilige Hochschule.⁷⁸

Die „Rockefeller Foundation“ unterstützte bis 1945 die Exilanten mit insgesamt 1.410.778 Dollar. Im gleichen Zeitraum gab der „Oberländer Trust“ 300.000 Dollar für Stipendien aus.⁷⁹

⁷⁵ PROSS, Berlin, 1955, S. 47-48.

⁷⁶ „Der Begriff wurde im spanischen Bürgerkrieg geprägt und bezeichnete dort die Anhänger der Aufständischen. Im übertragenen Sinne wurde er später für ‚willige Helfer‘ gebraucht, vor allem für politische Gruppen, die bei internationalen politischen Konflikten mit dem Gegner des eigenen Landes aus ideologischen Gründen angeblich oder tatsächlich zusammenarbeiteten.“ In:
<http://homepage.univie.ac.at/marion.loeffler/archiv/SS02/lexikon.htm#f>, letzter Zugriff: 20.12.2006.

⁷⁷ Vgl. SAENGER, New York, 1941.

⁷⁸ Vgl. DUGGAN, New York, 1943, S. 78ff.

⁷⁹ Ebd.

Ergebnispräsentation

Vor allem aber wirkten die Organisationen als Berater und präsentierten damit auch eine Gemeinschaft, die sich willig zeigte, diese Flüchtlinge aufzunehmen. Neben diesen großen Organisationen existierten noch Hunderte von kleinen Agenturen und Fonds, die sich den unterschiedlichen Berufsgruppen widmeten.

Aus privaten Zuschüssen finanzierte sich auch die Gründung der „New School for Social Research“ im Exil, an der vertriebene Sozial- und Wirtschaftswissenschaftler eine Anstellung fanden. Ihr Gründer, Alvin Johnson, wollte eine Gruppe von Professoren rekrutieren, die sich ihre europäische Mentalität bewahrt hatten. Er schrieb dazu in seiner Autobiographie von 1952: „Um in einer amerikanischen Institution richtig wirken zu können, müssen ausländische Professoren einen Prozess der Assimilation durchmachen. Assimilation von Individuen bedeutet jedoch in Amerika eine ebenso starke Amputation von Tugenden wie von Lastern. Eine koordinierte Fakultät deutscher Wissenschaftler würde sich zwar Amerika anpassen, aber als Gruppe,[!] und dabei ihrer inneren Struktur nach die ursprüngliche Disziplin beibehalten.“⁸⁰

Die Unterstützung der Hilfsorganisationen, Fonds und der Privatpersonen hat dazu beigetragen, dass den akademischen Flüchtlingen aus Deutschland im Laufe der Jahre zumeist eine Einbürgerung gelang.

3.3.8 Die Situation nach 1945, zwischen Abwendung und Wiederkehr

Deutschland hatte mit dem akademischen „Exodus“ fast die Hälfte seiner Lehrkräfte an den Universitäten verloren. 1945 war der Krieg beendet und damit auch die existentielle Notwendigkeit des Exils aufgehoben.

Viele Flüchtlinge hatten die Kapitulation, Das Kriegsende und die Zerstörungen von Infrastruktur und Städten vorausgesehen. So schrieb der deutsche Schriftsteller CARL ZUCKMAYER bereits im Jahre 1939 aus seinem New Yorker Exil: „Ich weiß, ich werde alles wieder sehn. Und es wird alles ganz verwandelt sein. Ich werde durch erloschene Städte gehen, Darin kein Stein mehr auf dem andern Stein- Und selbst wo noch die alten Steine stehn, sind es nicht mehr die altvertrauten Gassen- Ich weiß, ich werde alles wieder sehn. Und nichts mehr finden, was ich einst verlassen. Ich weiß, ich werde zögernd wiederkehren [...]“⁸¹

Als 1945 nach und nach das ganze Ausmaß des Verbrechens der Nationalsozialisten bekannt wurde, war das für viele Emigranten ein fundamental schockierendes Erlebnis.

⁸⁰ Vgl. JOHNSON, New York, 1941, S. 338-339.

⁸¹ SRUBAR, Frankfurt am Main, 1988, S. 353.

Ergebnispräsentation

Die Philosophin HANNAH ARENDT äußerte 1967 in einem Interview: „Das Entscheidende ist ja nicht das Jahr 33. Das Entscheidende ist der Tag gewesen, an dem wir von Auschwitz erfuhren. Das war wirklich, als ob der Abgrund sich öffnet. Dies hätte nie geschehen dürfen. Und damit meine ich nicht die Zahl der Opfer [...]. Da ist irgend etwas passiert, womit wir alle nicht mehr fertig werden.“⁸² Der Soziologe ALBERT SALOMON reagierte auf das Angebot für einen Besuch in Deutschland mit den Worten: „Damit ich auf einem Kissen schlafen kann, das mit den Haaren meiner Mutter gefüllt ist.“⁸³

Die Flüchtlinge hatten in den USA zum Zeitpunkt des Kriegsendes einen Prozess der Amerikanisierung erlebt. Sie mussten sich daran gewöhnen, englisch zu sprechen, zu schreiben, zu publizieren und zu unterrichten. Sie hatten die Routine des amerikanischen Alltagslebens verinnerlicht. Die Kinder der Auswanderer hatten sich schnell an das neue Leben gewöhnt. Sie waren in die Situation hineingewachsen und an einem Fortbestand von deutschen Traditionen oder an einem deutschen Leben nicht mehr interessiert.

Wenn vor dem Beginn des Zweiten Weltkriegs noch einige der Exilanten an eine Rückkehr geglaubt hatten, so zerschlug sich diese Hoffnung 1939, spätestens nach 1945 wurde sie für viele absolut undenkbar. Aus den Exilanten waren damit Emigranten geworden. Es gibt in der Literatur nur wenige genannte Beispiele für Akademiker, die nach 1945 wieder an deutschen Universitäten wirkten. Zu ihnen gehört der Philosoph Werner Marx. Er begann seine Antrittsvorlesung an der Universität in Freiburg mit den Worten: „Ich möchte wenigstens mit einem Wort erklären, warum ich den Deutschen Idealismus zum Thema meiner ersten Vorlesung in Deutschland gewählt habe. Der Deutsche Idealismus hat nicht nur die äußersten Möglichkeiten menschlicher Sittlichkeit auf Prinzipien und so zur Darstellung gebracht, daß sie für die ganze Menschheit lehrbar und erlernbar wurden [...]. Als in Deutschland, vor noch gar nicht so langer Zeit, die Barbarei herrschte und viele Deutschgebürtige in der Emigration und hier an ihrer Herkunft verzweifelten- da war es ein Trost und Grund für Stärke und Hoffnung, daß es jene Werke gab, in denen Deutsche für alle Menschen die höchste Sittlichkeit erstrebten.“⁸⁴

Zu ihnen zählt auch der Sozialmediziner Karl Freudenberg. Er verließ 1947 sein niederländisches Exil und wirkte bis zuletzt als Medizinalstatistiker an der Freien Universität Berlin. Manche kehrten wie der Schriftsteller Thomas Mann zurück, nur als Besucher, als Reisende und wenn schon nicht nach Deutschland, so doch in andere europäische Staaten.

⁸² SRUBAR, Frankfurt am Main, 1988, S. 366.

⁸³ Ebd. S. 367.

⁸⁴ Ebd. S. 369.

3.4 Hintergrund, die Geschichte des Public Health (USA)

3.4.1 Die Anfänge aus globaler Sicht

Für die folgende Darstellung der Geschichte des Public Health diene als Basisliteratur die von GEORGE ROSEN veröffentlichte Publikation „A History of Public Health“.

Soweit man in die Menschheitsgeschichte zurückblicken kann, war es für Kulturen und Zivilisationen immer von großer Bedeutung, Epidemien zu kontrollieren, Umwelt- und Lebensbedingungen sowie die Qualität von Nahrung und Trinkwasser zu verbessern. Es gab unterschiedlichste Versuche, die Not der Menschen zu lindern und ihnen eine adäquate medizinische Versorgung anzubieten. Aus den Bemühungen um eine bestmögliche Lösung dieser Probleme entwickelte sich die Gesundheitsfürsorge, im Englischen als Public Health bezeichnet. Die moderne Public Health-Wissenschaft umfasst folgende Einzeldisziplinen:

1. Epidemiologie,
2. Sozialwissenschaften,
3. Management im Gesundheitswesen,
4. Gesundheitsökonomie,
5. Gesundheitspolitik,
6. Gesundheitssystem/Gesundheitssystemforschung,
7. Versorgungsforschung,
8. Umweltmedizin,
9. Qualitätssicherung,
10. Arbeitsmedizin.

Zu ihren modernen Forschungsschwerpunkten zählen:

- EBM - Evidence Based Medicine,
- HTA - Health Technology Assessment,
- Ökonomische Evaluation,
- Klinische Forschung.⁸⁵

Generalisiert angewendet auf die Situation der Menschheit in der Vergangenheit ist Public Health so alt wie die Geschichte menschlicher Zivilisationen. Sie stellt eine empirische interdisziplinäre Wissenschaft dar, die unter der Berücksichtigung von medizinischen, soziologischen und ökonomischen Aspekten eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung einer Bevölkerung herstellen will. Die Entwicklung von Wohn- und Sanitäreinrichtungen findet sich

⁸⁵ Vgl. <http://www.dvgph.de/>; letzter Zugriff: 10.06.2006.

Ergebnispräsentation

bereits bei ganz frühen Zivilisationen, wie z.B. jener, die vor rund 4.000 Jahren im Indus⁸⁶ existiert hat. Ausgrabungen belegten die Errichtung von gut entwickelten Städten, in denen es auch sanitäre Einrichtungen gegeben hat sowie ein einfaches System der Abwasserentsorgung. Auch andere Kulturen, wie die im alten Ägypten⁸⁷ oder jene, die in der Region von Kreta⁸⁸ lebten, scheinen bereits in vorchristlicher Zeit über gut entwickelte Trink- und Abwassersysteme verfügt zu haben.

Hygienische Bemühungen in prähistorischen Kulturen hatten allerdings noch wenig mit dem Verständnis heutiger Zivilisationen zu tun. Es ging primär nicht um Reinlichkeit zur Gesunderhaltung, sondern vor allem um die Umsetzung von rituellen Waschungen zu bestimmten Zeiten, wie es für die Kulturen des alten Ägyptens, der Inkas⁸⁹ und für Mesopotamien⁹⁰ belegt worden ist.

Die medizinische Versorgung einer Bevölkerung, die Entwicklung von Medizinsystemen ist so wechselhaft und unterschiedlich wie die Kulturen, in welchen sie entwickelt wurden. Die ältesten Schriften stammen aus dem alten Orient. Sie enthalten die Beschreibungen von Arznei- und Zaubermitteln sowie rechtliche Anordnungen für den Arztberuf. Für Krankheiten wurden böse Dämonen oder strafende Götter verantwortlich gemacht, so dass die Therapie vor allem in der Wiederherstellung einer kultischen Reinheit bestand. Ähnliche Textdokumente fanden sich auch im alten Ägypten, aus dem die Technik des Mumifizierens bekannt ist.

Im antiken Griechenland basierte die Therapie zunächst auf der Anwendung religiöser Deutungskonzepte. Mitte des 4. Jahrhundert v. Chr. setzte sich dann eine rationale Medizin

⁸⁶ Die Indus-Kultur oder Indus-Zivilisation, teilweise auch nach Harappa, einem der Hauptausgrabungsplätze am Ravi (Punjab, Pakistan), Harappa oder Harappa-Kultur genannt, war eine antike Zivilisation, die sich etwa in den Jahren 2800 v. Chr. bis 1800 v. Chr. entlang des Indus im Nordwesten des indischen Subkontinents entwickelte. Der Aufbau vieler der größeren Städte im Indus ähnelt sich frappierend, so dass die Harappa-Zivilisation wohl die erste war, die Städteplanung entwickelte. In:

<http://www.nationalgeographic.de/php/magazin/topstories/2000/06/topstory3.html>; letzter Zugriff: 03.11.2006.

⁸⁷ Die ägyptische Hochkultur beginnt mit der prädynastischen Zeit. In dieser Zeit entstand ein Reich in Oberägypten. Unter Prädynastik (Vordynastik) werden in der Ägyptologie die Geschichtsepochen vor der Ausbildung der Dynastien im späten 4. Jahrtausend v. Christus bezeichnet. In: http://www.fachportal-paedagogik.de/fis_bildung/index.html; letzter Zugriff: 25.09.2006.

⁸⁸ Bei der minoischen Hochkultur auf Kreta und Thera um 1.500 v. Chr. handelte es sich um eine hoch entwickelte Kultur die ihrer Zeit voraus war. Nach einem Vulkanausbruch brach das minoische Reich zusammen. In: http://www.sbg.ac.at/age/people/nightingale/vl_minoischeskreta.html; letzter Zugriff: 20.12.2006.

⁸⁹ Inka, spanischer Name für ein Quechua sprechendes indianisches Volk, dessen gewaltiges Reich sich im 12.-15. Jahrhundert n. Chr. über die gesamten Anden in Südamerika erstreckte, bevor die Europäer die Neue Welt (Nord- und Südamerika) eroberten. Ursprünglich nur die Bezeichnung für den Herrscher des Reiches, wurde der Begriff „Inka“ später auch auf alle Untertanen des Inka-Herrschers ausgedehnt. In: <http://www.school-scout.de/tmdinfo.cfm?TMD=2516>; letzter Zugriff: 18.12.2006.

⁹⁰ Mesopotamien griech. für „zwischen den Flüssen“, Aramäisch *Beth Nahrin* = „Zweiflussland“, arab. نيبام دالب نين, *Bilad ma bayn Al-Nahrayn* oder نيبام دالب نين, *Bilad Al-Rafidayn*), auch Zweistromland, bezeichnet geographisch das Gebiet um die Flüsse Euphrat und Tigris in Südost-Anatolien (Türkei), Syrien und im Irak. Erste hoch entwickelte Kultur ist die Ubaid-Kultur zwischen 5.000 und 4.000 v. Chr. In: <http://www.lsg.musin.de/Gesch/!daten-gesch/fruehzeit/mesopotamien1.html>; letzter Zugriff: 18.12.2006.

Ergebnispräsentation

durch, welche eng mit dem Namen Hippokrates von Kos verbunden ist. Dabei wurde als Ursache der Krankheit ein Ungleichgewicht der Körpersäfte Blut, Schleim, schwarze und gelbe Galle verantwortlich gemacht und eine Therapie zu deren Wiederherstellung eingeleitet. Diese Entwicklungen der Griechen wurden dann später in Rom vor allem durch Ärzte wie Galenus von Pergamon und Cornelius Celsus etabliert, weiterentwickelt und in Standardwerken niedergeschrieben, die bis in die Neuzeit Gültigkeit besaßen.

Im Mittelalter griffen die Araber das Wissen der Antike auf und sorgten für eine Weiterentwicklung. So erbauten sie z.B. Krankenhäuser in einer Qualität, wie sie in Europa erst im 19. Jahrhundert zu finden waren. Der persische Arzt, Naturwissenschaftler, Philosoph und Schriftsteller Rhazes⁹¹ gilt als einer der ersten Vertreter der experimentellen Medizin.

In Europa ging während dieser Zeitepoche ein großer Teil des antiken Wissens verloren. Daher kam vor allem die klösterliche Heilkräutermedizin zur Anwendung. Die antiken Texte fanden erst im 13. Jahrhundert über Spanier und Mauren einen Weg zurück nach Europa. Einen großen Einfluss bei der Neuverbreitung des alten Wissens hatte die Schule von Salerno, eine der ersten europäischen medizinischen Hochschulen.

Das Mittelalter war auch eine Zeit großer Epidemien. Die Pest und die Pocken, aber auch Masern, Diphtherie, Grippe und Lepra forderten unzählige Opfer. Während für viele Erkrankungen, wie z.B. die Pest⁹², eine Veränderung der Luft, giftige Dünste, Schwärme von unsichtbaren Insekten oder auch die Juden als Brunnenvergifter verantwortlich gemacht worden sind, wurde die Lepra als übertragbare Krankheit erkannt und bekämpft. Man begann mit der Errichtung von Leprakolonien. Um Epidemien zu verhindern, wurde im Mittelalter die Ratsversammlung einberufen, die über Vorkehrungen in der Stadt entschied, die öffentliche Arbeit überwachte sowie auf Ordnung und Sauberkeit auf den Straßen und im Handel und Gewerbe achtete.

In der frühen Neuzeit, mit Beginn des 15. und 16. Jahrhunderts, begann in Europa eine Medizin, die Beobachtungen und Experimente zur Erlangung neuer Erkenntnisse einsetzte. Der Brite William Harvey konnte so im 17. Jahrhundert sowohl den Blutkreislauf als auch die Pumpfähigkeit des Herzens nachweisen. Dennoch sollte die Säftelehre bis ins 19. Jahrhundert Gültigkeit besitzen. Im 16. Jahrhundert gelang es dann dem Schweizer Arzt Paracelsus⁹³, den ersten Grundstein für die Biochemie zu setzen. Im gleichen Zeitraum erfolgte auch die Abgrenzung des ärztlichen Berufsstandes von anderen traditionellen Heilern, wie den Badern

⁹¹ Korrekter Name: Abu Bakr Mohammad Ibn Zakariya al-Razi.

⁹² Zwischen 1347 und 1351 erlag ein Drittel der gesamten Bevölkerung Europas dem „Schwarzen Tod“.

⁹³ Paracelsus; Geburtsname: Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim.

Ergebnispräsentation

(Chirurgen), Hebammen, Laienheiler etc. Im 18. Jahrhundert, im Zeitalter der Aufklärung und des Absolutismus, wurden dann der Staat und die Erhaltung seiner Bevölkerung primäres Ziel wissenschaftlicher Forschung. Der Bader wurde zum wissenschaftlichen Beruf des Chirurgen entwickelt und Hebammen durch gynäkologisch ausgebildete Ärzte verdrängt.

Mit dem 19. Jahrhundert begann das Zeitalter großer naturwissenschaftlicher Entdeckungen.

Der Pathologe Rudolf Virchow postulierte, dass die Zelle der Ort der Erkrankung sei und löste damit die Vorstellung von den Körpersäften endgültig ab. Charles Darwin formulierte seine Evolutionstheorie und Gregor Mendel setzte den Grundstein für die moderne Humangenetik. Die erfolgreiche Bekämpfung des Kindbettfiebers führte zur Entwicklung der Mikrobiologie und Hygiene. Die Umsetzung bakteriologischer Erkenntnisse war der Beginn der Antisepsis.

3.4.2 Die Public Health-Entwicklung in den USA

In Bezug auf die Entwicklung des Public Health-Gedankens im 19. Jahrhundert trat England mit der 1848 gegründeten „Behörde für die Gesundheit der Allgemeinheit“ sowie mit Forschungen zur Gesunderhaltung der Bevölkerung hervor. Die Entwicklungen in England wirkten sich in ganz Europa und auch in den USA aus. Nach George Rosen waren es dann auch die USA, die den in England entwickelten Public Health-Gedanken

umsetzten. Primäres Ziel war dabei die Kontrolle von Epidemien, denen man mit zwei Maßnahmen begegnete:

1. Quarantäne sowie
2. Ausbau sanitärer Anlagen und der Entwicklung einer Hygienekultur.

Um allerdings ein Public Health-System nach englischem Vorbild zu errichten, war es notwendig, die entsprechenden administrativen Mechanismen zur Kontrolle und Regulation der Gesundheit einer Bevölkerung aufzubauen. Während der ersten drei Dekaden des 19. Jahrhunderts stagnierte in den Städten der USA das Wachstum der Bevölkerung. Die sozialen Bedingungen waren relativ gut und die absolute Armut galt als bekämpft. Entsprechend unnötig erschien die Entwicklung des Public Health.⁹⁴

Zwischen 1800 und 1830 hatten gerade einmal fünf große Städte Gesundheitsbehörden eingerichtet. New York war eine dieser Städte. 1798 hatte dort eine Gelbfieberepidemie 1.600 Todesopfer gefordert. Den Behörden des betroffenen Stadtteils waren die Hände gebunden, weil für die Umsetzung von Gesundheitsmaßnahmen die staatliche Legislative zuständig war. Diese begann jedoch erst 1804 mit der Etablierung der längst überfälligen Gesundheitsbehörde in der

⁹⁴ Vgl. WARNER, Boston, 2001.

Ergebnispräsentation

Person eines „City Inspector of Health“, welcher skurrilerweise noch bis 1938 dem Polizeipräsidium zugeordnet war.

Der „City Inspector“ wurde in seiner Arbeit von einem „Resident Physician“ und einem „Health Officer“ unterstützt. Gemeinsam waren sie für die Überwachung des Hafens und die Kontrolle der Besatzung einlaufender Schiffe verantwortlich. Ein kommunaler Beamter stand in ständiger Alarmbereitschaft, um Fälle von übertragbaren Krankheiten zu melden. Zudem waren die Sanierung der Umwelt, die Kontrolle von Epidemien und das Erstellen von „vital statistics“ Aufgaben des „City Inspectors“. Diese statistischen Arbeiten lassen heute eine Aussage über die fachliche Befähigung der jeweiligen „City Inspectors“ zu.

In den dreißiger Jahren des 19. Jahrhunderts kam es dann in den USA aufgrund der sozialen, ökonomischen und politischen Situation in Europa⁹⁵ zu einem massiven Zustrom an europäischen Emigranten. Städte wie New York oder Boston waren darauf nicht ausreichend vorbereitet und hatten bei der Unterbringung, bei der Trinkwasserversorgung und

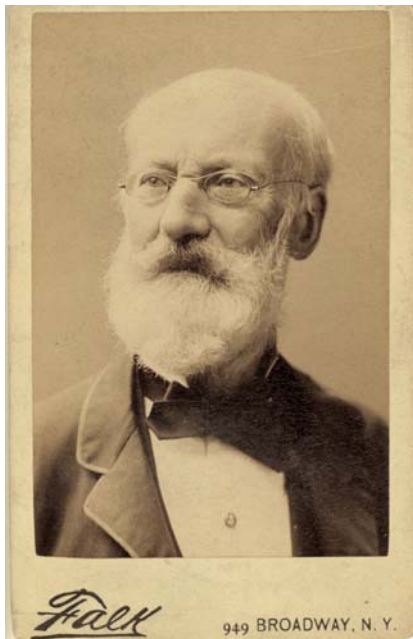


Abb.4 Benjamin McCready

Abwasserentsorgung große Probleme. Die Zunahme von Emigranten entwickelte sich zu einem immer bedrückenderen Problem. Man benötigte dringend billige Unterkünfte und brachte die Einwanderer in allem unter, was vier Wände und ein Dach besaß. In Kürze hatten sich Slums herausgebildet, in denen Kriminalität und Krankheiten grassierten. Die meisten Menschen in den Städten dieser Zeit lebten unter schmutzigen und unhygienischen Zustände. Der britische Arzt Benjamin McCready, ein Pionier auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin, machte auf diese dringlich zu ändernde Situation aufmerksam und prangerte sowohl die Arbeitsbedingungen als auch die Wohn- und Lebenssituation an. Doch sollten die von Cready untersuchten Bedingungen erst der Beginn sein.

1805 betrug die Bevölkerung New Yorks noch 75.700 Einwohner, 1820 waren es bereits 123.000 und 1850 lebten 515.000 Menschen in der Stadt.⁹⁶ Zu dieser Zeit war die Notsituation vieler Menschen in New York akut. Betroffen waren vor allem

⁹⁵ Europa befand sich zu diesem Zeitpunkt zwischen einer Phase der Restauration und Revolution, zwischen dem Bestreben, einerseits die alte Ordnung unter der Vorherrschaft des Adels wieder einzuführen und andererseits bürgerlich-demokratische Reformen umzusetzen. Infolge dieser Bestrebungen kam es zu einer kriegerisch bedingten Neuordnung Europas (z.B. die Märzrevolution in Deutschland), die für große Teile der europäischen Bevölkerung zu einer existentiellen Notsituation führte, welche den Zustrom an Emigranten in die USA bedingen sollte.

⁹⁶ Vgl. ROSEN, Baltimore, 1993, S. 213.

Ergebnispräsentation

unterprivilegierte ethnische Gruppen wie Afroamerikaner oder Puertoricaner. Laut einer Studie des New Yorker Arztes und City Inspectors John Griscam aus dem Jahre 1845 kam es infolge der Überbevölkerung zu einem dramatischen Anstieg der Kindersterblichkeit sowie zu einer verstärkten Prävalenz von Krankheitsfällen und Behinderungen in der Unterschicht. Diese Tendenz, so Griscam, wäre „unnötig und im hohen Maße vermeidbar“⁹⁷ gewesen. Zudem machte er die sozialen Bedingungen verantwortlich für den Anstieg der Kriminalität und empfahl daher die Aufwendung finanzieller Mittel durch staatliche Behörden, um die Lebenssituation dieser Menschen zu verbessern. Des Weiteren hatte er durch eigene Nachforschungen festgestellt, dass es einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen und Lebenserwartung gab. Demzufolge wäre die Mortalität unter günstigeren sozialen Bedingungen deutlich zu verringern gewesen. Ohne dass Griscam über das Wissen einer modernen Bakteriologie verfügte, hatte er erkannt, dass zwischen Schmutz und Krankheit ein unmittelbarer Zusammenhang bestand. Die daraus ableitbaren Konsequenzen sollten ein erster Schritt für die Entwicklung eines Präventiv-Konzepts sein.

Die „vital statistics“ hatten sich zu dieser Zeit zu einem wichtigen Argument des Public Health entwickelt und fanden später bei allen aufgetretenen Epidemien wie Gelbfieber, Cholera, Pocken und Typhus Anwendung. Die allgemein anerkannte, empirisch belegte Erkenntnis der Zusammengehörigkeit von Armut, schlechten unhygienischen Wohnbedingungen und Krankheit führte zu einem deutlichen Anstieg des öffentlichen Interesses an der Etablierung eines effizienten Public Health-Systems. Daher gründeten sich ab 1845 auch zahlreiche freiwillige Gesundheitsverbände, welche sich an britischen Vorbildern orientierten und meist Zusammenschlüsse von Ärzten, öffentlichen Behörden und Laienvertretern darstellten. Diese Verbände wirkten mit geradezu missionarischem Eifer an der Beseitigung des Übels. Sie sorgten für eine Hygieneaufklärung sowie für eine Ernährungsberatung der Bevölkerung und versuchten eine Verbesserung der Wohnsituation in den überfüllten, unsauberen und schlecht belüfteten Wohnhäusern zu erreichen.

Sie bemühten sich um eine Versorgung mit sauberem Trinkwasser sowie um eine adäquate Abwasserentsorgung.⁹⁸ New York nahm bei all diesen Aktionen eine führende Position ein und wurde zum Vorbild für viele andere US-amerikanische Städte. 1847 gründete sich die „American Medical Association“ (AMA),⁹⁹ welche sich u.a. für ein einheitliches System von

⁹⁷ Vgl. ROSEN, Baltimore, 1993S. 214ff.

⁹⁸ Ebd. S. 215.

⁹⁹ Gründer war der Arzt Nathan S. Davis. Die Association sorgte für einige Veränderung in der medizinischen Ausbildung sowie im Ausbau einer ethischen Leitlinie. In: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1854.html>; letzter Zugriff: 22.12.2006.

Ergebnispräsentation

Lebensstatistiken einsetzte. Auf Basis dieser Statistiken sollten zukünftig kritische Diskussionen über die ungesunden Lebensbedingungen in amerikanischen Slums geführt werden.

Herangezogen wurden dann die ersten Ergebnisse vor allem für den Beweis der Unzulänglichkeit aller bis dahin existierenden Maßnahmen des öffentlichen Public Health. Die Aussagen der AMA wurden 1849 durch den Ausbruch einer Choleraepidemie bestätigt.

Eine erste wirklich umfassende Analyse aller Teilaspekte der Gesundheitsfürsorge wurde 1850 in Massachusetts mit dem berühmtesten amerikanischen Dokument des Public Health gedruckt.

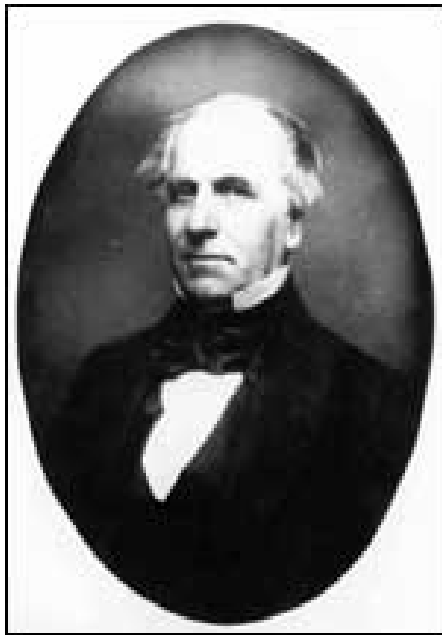


Abb.5 Lemuel Shattuck

Dieses von der „Massachusetts Sanitary Commission“ herausgegebene Dokument wurde von Lemuel Shattuck verfasst. Als ehemaliger Lehrer hatte er zunächst für eine Umstrukturierung des öffentlichen Bildungssystems gesorgt. Später erkannte er durch sein persönliches Interesse an Genealogie die Bedeutung der Vitalstatistiken. Als Gründungsmitglied der „American Statistical Association“ (ASA) gelang ihm die gesetzliche Verankerung von Lebensstatistiken in Massachusetts. Dieses Gesetz war für andere Staaten der USA beispielhaft. Die daraufhin begonnene Volkszählung offenbarte dann ein schockierendes Ausmaß von kindlicher und mütterlicher Mortalität. Ursächlich waren weit verbreitete Infektionskrankheiten wie Scharlach, Typhus, Diphtherie und TBC sowie die unzumutbaren Lebensbedingungen in

der Unterschicht. Von diesen Fakten getrieben, verfasste Shattuck als Vorsitzender einer Kommission zur Überprüfung der hygienischen Bedingungen in Massachusetts im Jahre 1850 seinen berühmten „Shattuck-Report“.¹⁰⁰

Trotz der Dringlichkeit zur Lösung der gesundheitlichen Probleme waren die Empfehlungen des „Shattuck-Reports“ 19 Jahre nach seinem Erscheinen immer noch nicht umgesetzt.

Die große Bedeutung der Schrift liegt vor allem in der visionären ersten umfassenden und vollständigen Beschreibung der Organisation eines Public Health-Systems in den USA.

Shattuck empfahl in seinem Bericht die Etablierung von Gesundheitsbehörden auf lokaler, auf Bundes- und auf staatlicher Ebene. Zudem sei es dringlich angeraten, städtebauliche Sanierungen vorzunehmen. Bezüglich der Lebensstatistiken regte er die Einführung von 10-Jahres Statistiken,

¹⁰⁰ Vgl. <http://www.publichealthmuseum.org/exhibits-pioneers.html>; letzter Zugriff: 27.03.2006.

Ergebnispräsentation

eine einheitliche Nomenklatur für die Benennung der Ursachen von Morbidität und Mortalität sowie eine Datensammlung an, welche das Alter, das Geschlecht, die Rasse, den Bildungsstand, die ökonomische Situation und den Wohnort berücksichtigte.¹⁰¹

Ebenso wies Shattuck auf die Bedeutung des Umweltschutzes, einer Kontrolle der Ernährung, der Arzneimittelgabe und einer Überwachung von übertragbaren Krankheiten hin. Kinderbetreuung, die Gesundheit der Schulkinder, die Psychohygiene und die Gesundheitserziehung gehörten ebenfalls zu seinem Konzept.

Die Weitsichtigkeit seiner Schrift wird auch an seinen Empfehlungen zur Kontrolle des Alkohol- und Nikotinkonsums und an den Empfehlungen zur Städteplanung und zur Einführung eines Unterrichts in präventiver Medizin an den Universitäten deutlich.¹⁰²

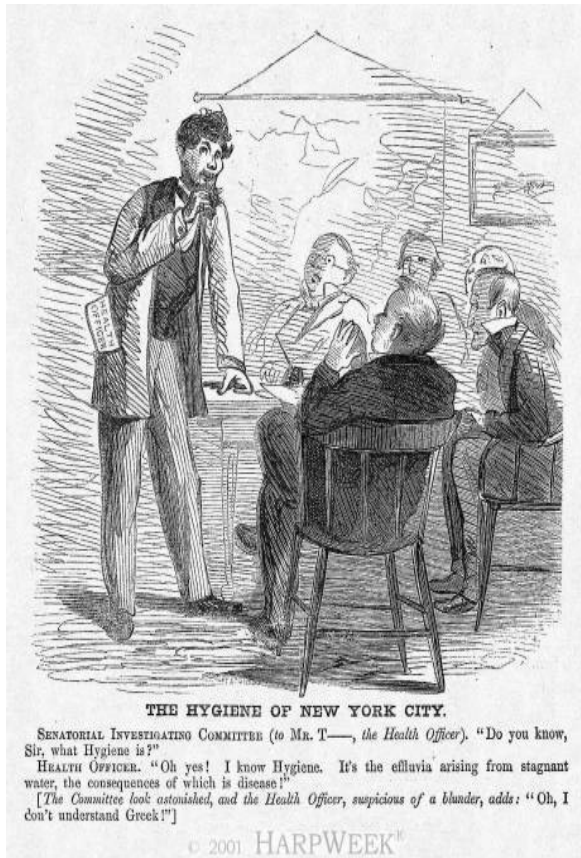
Allerdings waren den Visionen Shattucks durch die politische und soziale Entwicklung seiner Zeitgenossen Grenzen gesetzt.

Zwischen 1857 und 1860 fanden vier nationale Gesundheitskongresse in Philadelphia, Baltimore, New York und Boston statt. Eine fünfte Konferenz fiel wegen des Beginns des Bürgerkriegs¹⁰³ aus. Diese Konferenzen dienten der fachlichen Diskussion von Quarantänemaßnahmen im Fall einer Epidemie und außerdem der Formulierung von Empfehlungen zur Organisation und Regulation der Gesundheit einer Gemeinde. Damit wurde der Weg für die Gründung der „American Association of Public Health“ im Jahre 1872 geebnet.

¹⁰¹ Vgl. ROSEN, Baltimore, 1993, S. 218.

¹⁰² Ebd. S. 219.

¹⁰³ Der Bürgerkrieg, oder auch Sezessionskrieg, wird auch als Krieg zwischen den Staaten bezeichnet. Er wurde zwischen 1861 und 1865 als militärischer Konflikt zwischen den Nord- und den Südstaaten geführt. Er ist neben der amerikanischen Revolution einer der verlustreichsten und blutigsten Kriege der USA. Die Ursachen des Krieges lagen in wirtschaftlichen, sozialen und politischen Gegensätzen zwischen den Nord- und den Südstaaten. Erste verlangten vom Süden die Abschaffung der Sklaverei. Daraufhin trennten sich die Südstaaten von dem Bund und bildeten die Konföderierten Staaten von Amerika. 1861 eröffneten die Konföderierten Staaten von Amerika mit der Schlacht um Fort Sumter den offenen Krieg, der 1861 zur Abschaffung der Sklaverei durch Präsident Lincoln führen und 1865 mit dem Sieg der Nordstaaten enden sollte. In: http://www.magazinusa.com/lv2/hist/i_sezessionskrieg.as; letzter Zugriff: 22.12.2006.



New York wurde in den folgenden Jahren wieder einmal zum exemplarischen Beispiel für die Etablierung des Public Health-Gedankens. Die Ausgangssituation war zunächst noch recht trist, wie diese Karikatur aus dem Jahre 1865 verdeutlicht:

Senatorial Investigating Committee (to Mr. T—, the Health Officer). "Do you know, Sir, what Hygiene is?" Health Officer. "Oh yes! I know Hygiene. It's the effluvia arising from stagnant water, the consequences of which is disease!"

[The Committee look astonished, and the Health Officer, suspicious of a blunder, adds: "Oh, I don't understand Greek!"]

1870 wurde in New York das „New York City

Abb.6 the Hygiene of New York City

Health Dept.“ eröffnet, welches sich in seinen Grundzügen bis in die Gegenwart erhalten hat. Die Gründung dieses Instituts geht auf die Initiative des frankophilen „Council of Hygiene and Public Health“ zurück, das sich aus einer Gruppe prominenter Ärzte zusammensetzte.¹⁰⁴ Mit im Bunde waren auch der „Council of Law“ unter Leitung des New Yorker Richters Dorman B. Eaton und der britisch orientierte „Metropolitan Board of Health“.

Das Department beinhaltete vier Büros:

1. Gesundheitsbehörde,
2. Gesundheitszeugnis,
3. Straßenreinigung und
4. Vital Statistics.

Die Aktivitäten dieses New Yorker Dept. für Public Health reflektierten in den nächsten Dekaden die Entstehung der modernen Public Health-Entwicklung.

1874 wurde ein Programm zur Senkung der kindlichen Mortalität entworfen. Es begann mit der Verteilung von einfachen Faltschriften, die Informationen zur gesunden Kinderbetreuung enthielten. Im gleichen Jahr folgte die Veröffentlichung von Informationsmaterial zur

¹⁰⁴ Vgl. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed>; letzter Zugriff: 12.03.2006.

Ergebnispräsentation

Diphtherie. Diese Bemühungen gelten in den USA als der Beginn der staatlichen Public Health Education. 1874 begann man auch mit der Errichtung von Labors zur Herstellung von Impfstoffen und bildete dafür eine Sanitätsgruppe als Impfähzte aus.

In öffentlichen Kreisen wurde zunehmend erkannt, dass die Entwicklung von einer planlosen hin zu einer effizienten Public Health-Verwaltung auf Grundlage moderner wissenschaftlicher Erkenntnisse eine unumgängliche Voraussetzung für die Entwicklung einer komplexen städtischen Industriegesellschaft war.

So kam es in den folgenden Jahren auch in anderen Städten zur Gründung von „State Health Departments“.

1872 formierte sich die „American Public Health Association“ (APHA) als eine nationale Gesundheitsorganisation, welche sich für die Einführung eines einheitlichen koordinierten Gesundheitssservices in den USA einsetzte. Drei Jahre nach ihrer Gründung traf sich die Association erneut, um über die Einführung von „Health Dept.“ auf Bundesebene zu beraten.

Diese Pläne scheiterten aber aufgrund verschiedener Interessensverbände der Armee, der Marine und des Marine Hospital Services und deren Rivalitäten. Erst ab 1878, nach dem Ausbruch einer Gelbfieberepidemie mit unzähligen Todesopfern und einem erheblichen ökonomischen Verlust, bestand wieder die Nachfrage nach einer Gesundheitsbehörde auf bundesstaatlicher Ebene.

1879 wurde mit der Finanzierung der APHA eine nationale Gesundheitsbehörde gegründet, das „National Board of Health“. Ihr waren sieben Ärzte zugeordnet, die mit Vertretern aus der Armee, der Marine, dem Marine Hospital Service und dem Justiz-Department besetzt wurden.

Die Gruppe sollte wichtige Informationen zu allen Angelegenheiten des Public Health sammeln, um für die nationale Gesundheitsfürsorge einen Plan zur Gesunderhaltung der Bevölkerung zu entwickeln. Der Schwerpunkt lag dabei auf den Maßnahmen der Quarantäne.¹⁰⁵

Die Arbeit des „National Board of Health“ blieb allerdings erfolglos, da sie eine Umstrukturierung der Verwaltung bedeutet hätte. Diese Veränderung hätte eine Einmischung in die Angelegenheiten der unterschiedlichen amerikanischen Staaten bedingt.

GEORGE ROSEN bemerkte dazu: „Der politische Rahmen in Amerika verhinderte Handlungen auf nationaler Basis so lange, bis man realisierte, dass viele Probleme der Gesundheit und Fürsorge vor Ort nicht gelöst werden konnten“.¹⁰⁶

In der Folgezeit durchliefen die unterschiedlichen Bereiche des Public Health bis in die dreißiger Jahre des 20. Jahrhunderts eine sehr eigenständige Entwicklung.

¹⁰⁵ Vgl. WARNER, Boston, 2001.

¹⁰⁶ ROSEN, Baltimore, 1993, S. 226.

3.4.3 Die Entwicklung der Einzeldisziplinen

3.4.3.1 Arbeitsmedizin

Im Bereich der Arbeitsmedizin versuchte man in den Jahren zwischen 1830 und 1880 grundlegende Richtlinien einzuführen. Diese beinhalteten alle Pläne zur gesetzlich verankerten Beschränkung der Arbeitszeit, die Festsetzung eines Mindestalters für eine Beschäftigung und die Durchsetzung von Sicherheitsbestimmungen. Diese Bestimmungen zielten vor allem auf eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Kindern und Frauen ab. 1848 gründete sich die „Child Labour Legislation“ in Pennsylvania. Auf Initiative dieser Organisation wurde ein Jahr später die Beschäftigung von Kindern, die jünger als zehn Jahre alt waren, gesetzlich verboten. Obwohl sich in den folgenden Jahren weitere Organisationen zum Schutz arbeitender Kinder und Frauen gründeten, blieb deren Arbeit relativ erfolglos, da keine staatlichen Instanzen zur Kontrolle existierten. Deshalb wurde 1852 in Massachusetts eine Behörde gegründet, welche Fabrikbesichtigungen zur Kontrolle der Arbeitsbedingungen durchführen sollte.

In England hatte man bereits im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts mit einigen Studien zur Untersuchung der Arbeitsbedingungen und deren Einfluss auf die Gesundheit der Menschen begonnen.¹⁰⁷

In den USA des 19. Jahrhunderts war es Benjamin W. McCready, welcher für den Bereich der Arbeitsmedizin eine Pionierarbeit leistete. Seine Veröffentlichung „On the Influence of Trades, Professions and Occupations in the Unites States in the Production of Disease“ (1837) reflektiert die Folgen der Industrialisierung und Urbanisierung in den USA. Ein Beispiel hierfür war die schrittweise Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Minenarbeiter in den Fabriken.¹⁰⁸

Im 20. Jahrhundert verbesserte sich dann endlich die Arbeitssituation. 1909 beauftragte der Senat einen „Report on Condition of Woman and Child Wage Earners in the US“, der die Arbeitsbedingungen der Frauen und Kinder in der Glas-, Textil- und Bekleidungsindustrie untersuchte. Ein besonderes öffentliches Interesse an diesem Thema wurde durch den Brand in einer New Yorker Textilfabrik ausgelöst, bei dem 145 Arbeiter starben, meist junge Frauen.¹⁰⁹

1914 gründete sich auf Initiative des U.S. Public Health Service die „Division of Industrial Hygiene and Sanitary“. Im gleichen Jahr gründete die APHA die „Section for Industrial Hygiene“. Die Industrie setzte Betriebsärzte ein, deren Vertreter 1916 die „American

¹⁰⁷ Vgl. DUFFY, 1990, S. 97ff.

¹⁰⁸ Vgl. ROSEN, Baltimore, 1993, S. 250ff.

¹⁰⁹ Ebd. S. 410.

¹¹⁰ Vgl. ebd. S. 400.

Ergebnispräsentation

Association for Industrial Physicans and Surgeons“ gründeten. 1919 wurde das erste „Journal of Industrial Hygiene“ gedruckt.¹¹¹ Das „American College of Surgeons“ organisierte dann 1926 einen Ausschuss zum Thema Arbeitsmedizin und Traumatologie, der minimale Standards im Gesundheitsservice der Industrie fest schrieb. Einige Jahre später gründete sich auf Initiative der „American Medical Association“ der „Council on Industrial Health“. Diese Einrichtung bemühte sich um eine bessere Koordination im Bereich der Arbeitsmedizin.¹¹² Ein großer Schritt im Bereich der Arbeitsmedizin war 1890 mit der Beschäftigung von „Industrial Nurses“ gelungen. 50 Jahre später waren laut einer Studie des U.S. Public Health Service bereits 3.271 Industrial Nurses beschäftigt. 1942 gründete sich die „American Association of Industrial Nurses“.¹¹³

In den Jahren 1919 bis 1920 begann die wissenschaftliche Etablierung der Arbeitsmedizin im Bereich des Public Health. 1909 wurde zunächst per Gesetz eine Beschränkung der Arbeitszeit eingeführt. 1910 bis 1911 wurden für die Minenarbeiter gesetzliche Bestimmungen zur Arbeitssicherheit getroffen.¹¹⁴ 1910 fand die erste „National Conference for Industrial Diseases“ in Chicago statt, welche zur Gründung des „U.S. Bureau of Mines“ führte.

1916 begann man mit der generellen Einführung des Arbeitsschutzes in allen amerikanischen Betrieben. Außerdem wurden „Erste-Hilfe-Stationen“ eingerichtet und Betriebsküchen aufgebaut.¹¹⁵ Die erste Klinik für Arbeitsmedizin entstand auf Initiative des Arztes W. Gilman Thompson an der Cornell University in New York. Die Wissenschaft lieferte im Laufe der Jahre etliche Erkenntnisse, welche die Bedeutung der Arbeitsmedizin betonten. Alice Hamilton veröffentlichte z.B. ihren Bericht zur giftigen Wirkung von Blei. Das „U.S. Bureau of Labour“ führte wenig später eine Liste der giftigen Substanzen ein.¹¹⁶

3.4.3.2 Epidemiologie

Die Entwicklungen im Bereich der Epidemiologie wurden durch die Epoche der Migration in den Westen,¹¹⁷ durch den Bau der Eisenbahn sowie den Einsatz von Dampfschiffen beschleunigt. Immer mehr Menschen reisten und sorgten damit auch für eine raschere Ausbreitung von Infektionskrankheiten. Der Zustrom von Emigranten aus Europa sorgte in den USA für das Auftreten großer Epidemien, wie z.B. die Choleraepidemien in den Jahren 1832,

¹¹¹ Vgl. ROSEN, Baltimore, 1993, S. 413.

¹¹² Ebd.

¹¹³ Ebd. S. 404ff.

¹¹⁴ Ebd. S. 398.

¹¹⁵ Ebd. S. 399.

¹¹⁶ Ebd. S. 403.

¹¹⁷ Die Migration von Europa in die USA stieg aufgrund politischer, sozialer Unruhen und Kriege.

Ergebnispräsentation

1849, 1863 und 1877. Mit wachsendem Kenntnisstand über die Mechanismen der Ansteckung konnten große Epidemien zunehmend verhindert werden. Die Vorarbeit für diese Entwicklung fand in Europa statt. Zu den großen Epidemiologen des 19. Jahrhundert zählten die Londoner Ärzte John Snow und William Budd. Snow hatte die Londoner Choleraepidemie von 1831 bis 1832 miterlebt und studiert. Er stellte fest, dass sie durch verschmutztes Trinkwasser ausgelöst worden sein müsste und formulierte entsprechende präventive Maßnahmen. William Budd machte ähnliche Beobachtungen für die Übertragung von Typhus und veröffentlichte 1873 seine Erkenntnisse im britischen Magazin „Lancet“ und im „British Medical Journal“.¹¹⁸ 1851 fand in Paris die erste internationale Gesundheitskonferenz statt, bei der es primär um die Kontrolle von Epidemien ging. Dieses Treffen wird allgemein als der Beginn der internationalen Public Health-Bewegung angesehen.¹¹⁹



Abb.7 Antoni van Leeuwenhoek

Das 19. Jahrhundert war ein Zeitalter der naturwissenschaftlichen Entdeckungen. Im Bereich der Mikrobiologie hatte der Holländer Antoni van Leeuwenhoek (1632-1723) bereits ein Jahrhundert zuvor wichtige Vorarbeit geleistet. Er hatte präzise Mikroskope entwickelt, mit denen er als erster Bazillen, Kokken und Spirillen beschrieb. Louis Pasteur beschrieb als erster Wissenschaftler den Fäulnisprozess von Lebensmitteln und empfahl die Erhitzung der Nahrung zur Sterilisation. Er entwickelte außerdem Impfstoffe gegen Milzbrand und Tollwut. In Berlin war es der Arzt Friedrich Gustav Jakob Henle, der unter Mitwirkung seines Schülers Robert Koch die Henle-Koch-Postulate formulierte, welche die

Ursache-Wirkungsbeziehung zwischen einem Wirt und seinem Parasit beschrieben.¹²⁰ Der Breslauer Arzt Ferdinand Julius Cohn stellte als erster eine Klassifikation von Bakterien auf und gilt damit allgemein neben Robert Koch als Begründer der modernen Bakteriologie. Der britische Arzt Sir Joseph Lister gilt als Begründer der antiseptischen Chirurgie. Lister führte die

¹¹⁹ Vgl. ROSEN, Baltimore, 1993, S. 269ff.

¹²⁰ Postulate: Ein Parasit gilt als krankheitsverursachend unter folgenden Bedingungen: erstens, dass der Parasit in jedem einzelnen Falle der betreffenden Krankheit anzutreffen ist und zwar unter Verhältnissen, welche den pathologischen Veränderungen und dem klinischen Verlauf der Krankheit entsprechen; zweitens, dass er bei keiner anderen Krankheit als zufälliger und nicht pathogener Schmarotzer vorkommt; und drittens, dass er von dem Körper vollkommen isoliert und in Reinkulturen hinreichend oft umgezüchtet, imstande ist, von neuem die Krankheit zu erzeugen. In: www.journalism.sfsu.edu/www/pubs/prism/may95/hiva.htm - 25k-; letzter Zugriff: 21.12.2006.

Ergebnispräsentation

Verwendung von mit Karbolsäure¹²¹ getränkten Verbänden ein. Ein Zeitgenosse Listers, der ungarisch-österreichische Arzt Ignaz Semmelweis, führte in seiner Geburtsklinik die Händedesinfektion mit Chlorkalk ein und rettete damit unzähligen Frauen das Leben. Der Arzt Max Josef von Pettenkofer widmete sich neben der Physiologie auch dem Fach der Epidemiologie. Er führte die Ortsbesichtigung bei Ausbruch einer Epidemie ein und kümmerte sich um die statistische Erfassung und Auswertung des Seuchengeschehens.¹²²

Es ist diesen und vielen anderen hier nicht genannten Wissenschaftlern zu verdanken, dass sich das Wissen um die Mikrobiologie als eine Grundvoraussetzung für die Etablierung der Epidemiologie erweiterte. In den USA wurden die Erkenntnisse europäischer Wissenschaftler aufgegriffen, weiterentwickelt und in der Folgezeit die daraus notwendigen Konsequenzen gezogen.

3.4.3.3 Hygiene

Die USA erlebten um die Jahrhundertwende ein beispielloses industrielles und urbanes Wachstum sowie einen phänomenalen Anstieg des Verkehrs. Die Entstehung großer Slums wurde zu einem immer bedrückenderen Problem. Tausende von Menschen lebten unter Bedingungen, die nicht einmal den minimalen zivilisatorischen Lebensansprüchen gerecht wurden, obwohl die Wirtschaftskraft enorm wuchs.¹²³

So betrug 1860 das jährliche Pro-Kopf-Einkommen in den USA 513 Dollar, 1890 bereits 1.035 Dollar und 1921 3.000 Dollar. Das Nationaleinkommen belief sich 1860 zunächst auf 16 Millionen Dollar, 1890 schon auf 65 Millionen und 1921 bereits auf 300 Millionen Dollar.¹²⁴

In Deutschland begegnete man den sozialen Problemen mit der Einführung der Bismarckschen Sozialversicherung.¹²⁵ In den USA waren es vor allem Freiwilligen-Verbände, welche soziales Engagement zeigten.¹²⁶

¹²¹ Karbol, historisch Karbolsäure, ist die einfachste Verbindung der Gruppe der Phenole. In: <http://www.dwds.de/cgi-bin/portalD.pl?search=Karboll>, letzter Zugriff: 20.12.2006.

¹²² Vgl. ROSEN, Baltimore 1993, S. 270ff.

¹²³ Ebd. S. 322.

¹²⁴ Ebd.

¹²⁵ Otto von Bismarck wird im Jahre 1871 Gründer und erster Kanzler des Deutschen Reiches. Er ist der Urvater der deutschen Sozialversicherung. In dem ersten Gesetzentwurf hieß es: "dass der Staat sich in höherem Maße als bisher seiner hilfsbedürftigen Mitglieder annehme, ist nicht bloß eine Pflicht der Humanität und des Christentums, von welchem die staatlichen Einrichtungen durchdrungen sein sollen, sondern auch eine Aufgabe staaterhaltender Politik, welche das Ziel zu verfolgen hat, auch in den besitzlosen Klassen der Bevölkerung, welche zugleich die zahlreichsten und am wenigsten unterrichteten sind, die Anschauung zu pflegen, dass der Staat nicht bloß eine notwendige, sondern auch eine wohlthätige Einrichtung sei" In den folgenden Jahren wurden Sozialversicherungen eingeführt: 1883 Krankenversicherung, 1884 Unfallversicherung, 1889 die Invaliditäts- und Altersversicherung für Arbeiter. Dies war das erste umfassende Gesetzeswerk der Welt zur Absicherung der Arbeitnehmer. In: <http://www.erziehung.uni-giessen.de/studis/Robert/Bismarck.html>; letzter Zugriff: 20.12.2006.

Ergebnispräsentation

Die großen Probleme der Unterschicht in Amerika der Jahrhundertwende waren Armut, Abhängigkeit, Kindersterblichkeit, Ausbeutung, Prostitution, TBC und katastrophale Wohnverhältnisse. Der amerikanische Autor Edward T. Devine schrieb „Wir stehen vor den gräßlichen Konsequenzen von Tod und Krankheit, von Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung, von Überarbeitung und seelischer Belastung, von dunklen, überfüllten, schlecht belüfteten Räumen, von Unterernährung und Mangelernährung, von Missverhältnissen und Ignoranz.“¹²⁷

Der mangelnden Hygiene begegnete man zum Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit verschiedenen Maßnahmen. Da die einzelnen Staaten eigenverantwortlich Reformen durchführten, setzten sich Maßnahmen der Hygiene in einzelnen Bundesstaaten zu unterschiedlichen Zeitpunkten durch. Zu diesen Reformen zählte die Etablierung von Einwanderungsbehörden, in denen Ärzte den Gesundheitszustand potentieller Emigranten überprüften, der Aufbau von Quarantänestationen, die Beschäftigung von City Health-Inspektoren und Gemeindeschwestern, welche den Gesundheitszustand der Bevölkerung überprüften und zudem eine wichtige Präventivarbeit leisteten, sowie gezielte Impfprogramme. Der miserablen Lebenslage wirkten auch die unzähligen Freiwilligen-Verbände entgegen, die mit finanzieller Unterstützung oder materieller Zuwendung aufwarteten.¹²⁸

3.4.3.4 Kinderfürsorge

Ein besonderes Gewicht in der Entwicklung des Public Health in den USA hatte die Kinderfürsorge. Die Gründe hierfür umfassen den Geburtenrückgang um die Jahrhundertwende und der damit verbundene Mangel an gesundem, jungem Nachwuchs für die Armee. Man begann daher eine Reihe von Maßnahmen umzusetzen wie die Bereitstellung von sauberer Milch, eine Anleitung der Mütter zur gesunden Ernährung ihrer Kinder, die Einführung eines Mutterschaftsschutzes und einer Kinderbetreuung für arbeitende Mütter. Später wurden spezielle Kinder-Gesundheitszentren errichtet, in denen man die Gesundheit des Nachwuchses überwachen konnte.¹²⁹ Die Etablierung einer bis dahin weltweit einzigartigen Abteilung für kindliche Hygiene am „New Yorker City Health Dept.“ gilt als einer der Meilensteine in der Geschichte der Kinderfürsorge.¹³⁰ An diesem Department erfolgte eine Betreuung aller neugeborenen Kinder durch eine Krankenschwester im New Yorker Stadtteil „Lower Eastside“. Es wurden zunächst aus privaten und später auch öffentlichen Mitteln Milchstationen aufgebaut,

¹²⁶ Mündliche Mitteilung an die Verfasserin, Arlene Shaner, New York Public Library.

¹²⁷ ROSEN, Baltimore, 1993, S. 325.

¹²⁸ Vgl. ebd. S. 320ff.

¹²⁹ Ebd. S. 327.

¹³⁰ Ebd. S. 333.

Ergebnispräsentation

in denen sterilisierte Milch billiger als in den herkömmlichen Milchläden zu bekommen war. Zudem wurde eine intensive Gesundheitsschulung angeboten.¹³¹

Mit diesen Maßnahmen wurde New York in punkto Kinderfürsorge zum Vorbild für die ganze USA. 1906 wurde das „U.S. Children’s Bureau“ auf Initiative der Sozialreformerinnen Florence Kelly und Lillian Wald gegründet. Das „Children’s Bureau“ entwickelte zu den schon bestehenden Maßnahmen der Kinderfürsorge ein Schutzprogramm für die Mütter.¹³² 1908 entwickelte die Abteilung für Pädiatrie an der New Yorker „Outdoor“-Klinik ein erstes Programm zum Schutz von Schwangeren. Ein Jahr später begann in Boston eine Krankenschwester im Bereich der häuslichen Schwangerenberatung mit ihrer Arbeit. Das „Children’s Bureau“ veröffentlichte 1913 seinen Bestseller „Prenatal Care“. Seit Veröffentlichung des Werkes ging es in den USA bei der Entwicklung eines Mutterschutzes mit großen Schritten voran. Während 1953 noch 63% aller Neugeborenen außerhalb der Klinik geboren wurden, waren es 1956 nur noch 5%. Außerdem wurden den Müttern neun Vorsorgeuntersuchungen angeboten.¹³³

Die Entwicklung der Gesundheitsfürsorge für ältere Kinder begann in Europa und in den USA schon im 19. Jahrhundert. Der New Yorker Arzt R. J. Sullivan war der erste, der 1870 Untersuchungen an Schulkindern vornahm und Impfungen durchführte. 1894 begann der Bostoner Arzt Samuel H. Durgin im Auftrag des „Board of Health“ mit der Untersuchung von Schulkindern, vor allem, um die Verbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern.¹³⁴ Die Notwendigkeit ergab sich aus der hohen Prävalenz von Infekten, Hautkrankheiten, Augenerkrankungen, Unterernährung etc. vor allem in den Slums. Durgin erkannte, dass es notwendig war, diese Kinder nicht nur zu untersuchen, sondern sie vor allem in grundlegenden Aspekten der Gesundheitsfürsorge zu unterrichten.¹³⁵

1902 begann in New York die erste „full-time-school-nurse“, Ms. Lina Rogers, mit ihrer Arbeit an öffentlichen Schulen. Vier Jahre später verankerte der Staat Massachusetts ein Gesetz zur jährlichen Pflichtuntersuchung für Schulkinder. Die Organisation der medizinischen Untersuchung wurde dem „Dept. of Education“ unterstellt, welches unabhängiger als das „Dept. of Health“ arbeitete und zudem finanziell besser ausgestattet war. 1912 wurde ein Programm zur kostenlosen Behandlung von Schulkindern in New York eingeführt. Zwei Jahre später begann man noch zusätzlich mit einem Ernährungsprogramm für unterernährte Kinder. In den USA

¹³¹ Vgl. DUFFY, Illinois, 1990, S. 147ff.

¹³² Vgl. ROSEN, Baltimore, 1993, S. 338.

¹³³ Ebd. S. 339ff.

¹³⁴ Ebd. S. 342.

¹³⁵ Vgl. BROCKINGTON, London, 1956.

Ergebnispräsentation

wurde 1935 ein Programm zur Beseitigung der Agrar-Überschüsse umgesetzt, welches direkt in ein „school-lunch-program“ mündete. Diese Einführung einer Schulspeisung wurde damit ausgerechnet durch die Weltwirtschaftskrise begünstigt.¹³⁶

3.4.3.5 Public Health Nursing

Die Einführung eines Public Health Nursing entwickelte sich in den USA aus einem „District Nursing“ und „Home-Visiting“, dessen Anfänge sich bis auf das Jahr 1877 datieren lassen.¹³⁷

1905 begann in New York auf Initiative der „City Health Dept.“ eine ausgebildete Krankenschwester mit ihrer Arbeit. Im selben Jahr waren dann bereits 14 Krankenschwestern für dieses Büro beschäftigt. 1951 waren insgesamt 25.461 Krankenschwestern in den USA im Bereich des Public Health tätig.¹³⁸

3.4.3.6 Volunteering

Die Tätigkeit von Freiwilligen in der Gesundheitsfürsorge ist bis in das 18. Jahrhundert zurückzuverfolgen. 1905 gründete sich die „Society Social and Moral Prophylaxis“, 1910 die „American Association for Sex Hygiene“, 1913 die „American Society for Control of Cancer“, 1914 die „American Vigilance Association“, 1922 die „American Heart Association“, 1935 die „American Child Health Association“ auf Initiative der „American Association for the Study and Prevention of Infant Mortality“ von 1909 und 1940 die „American Diabetes Association“. 1945 existierten auf Basis von Freiwilligen-Verbänden in den USA bereits 20.000 Agenturen mit 300.000 Mitgliedern in Gremien und Komitees und einer Million Mitarbeitern. Diese Zahlen schließen die Mitglieder offizieller Organisationen - wie z.B. das amerikanische Rote Kreuz - aus.¹³⁹ Diese freiwilligen Verbände beschäftigten sich mit:

1. spezifischen Krankheitsbildern, z.B. TBC, Polio etc.,
2. organischen Defekten und Behinderungen,
3. spezifischen Zielgruppen, z.B. Müttern und Kindern,
4. und allgemeinen Problemen wie der Verhütung von Unfällen etc.

Bei all den Neugründungen wurde die Etablierung einer koordinierenden Behörde immer wichtiger. 1921 formierte sich daher der „National Health Council“. Der Council untersuchte

¹³⁶ Vgl. ROSEN, Baltimore, 1993, S. 346ff.

¹³⁷ Ebd. S. 355.

¹³⁸ Ebd. S. 357.

¹³⁹ Ebd. S. 360.

Ergebnispräsentation

1941 in einer groß angelegten Studie die Effizienz dieser freiwilligen Verbände. Er stellte einen eklatanten Mangel an zentraler Leitung und Planung sowie eine Überlappung der Aufgabenbereiche und Tätigkeiten fest. Die Studie schließt mit der Empfehlung zur Einrichtung von koordinierenden „Health Councils“ in jeder Gemeinde. 1949 hatten bereits 900 Gemeinden „United Funds“ zur Organisation und Finanzierung der Freiwilligenprojekte gegründet.¹⁴⁰

3.4.3.7 Gesundheitserziehung

Die Bildung im Bereich des Public Health begann 1874 in New York, als erste Faltblätter zur Kinderbetreuung verteilt wurden. Die erste Ausstellung zur Tuberkulose wurde 1904 in Baltimore errichtet. Das „Museum of Natural History“ öffnete 1907 in New York seine Pforten. 1906 bildete sich eine Wanderausstellung zur Tuberkulose, welche von der „National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis“ initiiert wurde. 1911 und 1912 erschienen die ersten Wochenzeitschriften der „Health Dept.“ in New York und Chicago. 1929 druckten die „Health Dept.“ in 52 Gemeinden und in 35 staatlichen Einrichtungen Berichte zu Gesundheitsthemen. 1918 gründete sich unter Leitung des Arztes L. Emmet Holt und der Schwester Sally Lucas Jean die „Child Health Organization of America“. Sie modernisierten die Gesundheitserziehung der Kinder und brachten „Cho-Cho“ den Clown ins Spiel. Sie entwickelten u.a. ein Gesundheitsalphabet für Kinder, welches mit: „A is for Apples, and also for Air, Children need both, and we have to spare“, begann.¹⁴¹

1922 formierte sich aus der „Child Health Organization“ und der „American Child Hygiene Association“ die „American Child Health Association“. Im gleichen Jahr beschloss das „U.S. Bureau of Education“ die Ausbildung von Gesundheitserziehern.¹⁴² 1942 hatten erst 13 Staaten „Health Educators“ an den staatlichen und lokalen „Health Dept.“ eingestellt. Diese „Health Educators“ rekrutierten sich aus Ärzten, Krankenschwestern, Lehrern usw., denen allerdings eine fundierte Ausbildung im Bereich des „Public Health“ fehlte. 1943 organisierte dann die „American Association of Public Health“ ein spezifisches Ausbildungsprogramm für diese Gesundheitserzieher. Im gleichen Jahr entwickelten auch viele öffentliche Schulen ein ähnliches Ausbildungsprogramm. 1947 konnten bereits 300 von 460 „Public Health Educators“ eine fundierte Ausbildung vorweisen.¹⁴³

¹⁴⁰ Vgl. DUFFY, Illinois, 1992.

¹⁴¹ Vgl. ROSEN, Baltimore, 1997, S. 372.

¹⁴² Ebd. S. 373.

¹⁴³ Vgl. DUFFY, Illinois, 1990, S.266ff.

Ergebnispräsentation

1921 begann der „U.S. Public Health Service“ mit der Durchführung von öffentlichen Rundfunksendungen. 1912 war in Dresden das erste Gesundheitsmuseum weltweit eröffnet worden. Sein Begründer, Bruno Gebhardt, errichtete dann auch das erste amerikanische Museum dieser Art in Cleveland.¹⁴⁴

3.4.3.8 Ernährungswissenschaften

Der wissenschaftliche Grundstein zur Entwicklung der Ernährungswissenschaften in den USA wurde in Europa gesetzt. Er begann in Deutschland mit den Entdeckungen des Chemiker Justus von Liebig, welcher ein einheitliches System des Stoffwechsels entwickelte. Basierend auf dieser Arbeit führte der französische Physiologe Francois Magendi eine erste Klassifikation der Grundnährstoffe in Fette, Eiweiße und Kohlenhydrate durch. In der Folgezeit wurden diese Erkenntnisse erweitert, präzisiert und daraus die entsprechenden Konsequenzen gezogen.

In den USA begannen die Ernährungswissenschaften 1886 mit einer Studie zum täglichen Kalorienbedarf durch den Chef des „Massachusetts Bureau of Labour“ Carroll D. Wright. Er postulierte, dass ein Mann täglich 3.500 kcal zu sich nehmen müsste.

Der Industrielle Edward Atkinson verteidigte 1893 die Etablierung von Ernährungslabors als Bestandteil der schon bestehenden „Agricultural Experiment Stations“. Diese Ernährungslabors widmeten sich der Untersuchung der Verdaulichkeit verschiedener Ernährungsbestandteile, um, basierend auf den Ergebnissen dieser Studien, traditionelle Ernährungsformen zu überprüfen und entsprechende Empfehlungen zu formulieren.¹⁴⁵ Diese Empfehlungen waren nach heutigen Erkenntnissen teilweise widersprüchlich, zudem ungesund und reflektierten den damaligen lückenhaften Kenntnisstand über die Zusammensetzung der Nahrung.

Die Entwicklungen in der Biochemie konnten diese Lücken dann auf naturwissenschaftlicher und rationaler Basis der Ernährungswissenschaften schließen.¹⁴⁶

1906 entwickelte der englische Biochemiker Sir Frederick Gowland Hopkins die Vitaminforschung. Er fand in der Milch die Vitamine A und B und entdeckte außerdem zusammen mit dem niederländischen Hygieniker Christian Eijkman die wachstumsfördernden Vitamine, für die beide 1929 mit dem Nobelpreis für Medizin ausgezeichnet wurden. Diese Entdeckungen sollten ein weiterer Baustein auf dem Weg zu einer Ernährungswissenschaft sein. Besondere Bedeutung und Beachtung fand die Vitaminforschung bei der Behandlung der damals weit verbreiteten Rachitis.

¹⁴⁴ Vgl. ROSEN, Baltimore, 1993, S. 376.

¹⁴⁵ Ebd. S. 382.

¹⁴⁶ Ebd. S. 383.

Ergebnispräsentation

Das „United States Bureau of Chemistry“, welches später die „Food and Drug Administration“ begründete, arbeitete ebenso auf dem Gebiet der Vitaminforschung und gab Empfehlungen für eine richtige Ernährung heraus. 1918 wurde die Ernährungswissenschaft zu einem eigenständigen Fach an öffentlichen amerikanischen Schulen.¹⁴⁷

3.4.3.9 Krankenversicherung

Die Einführung einer Krankenversicherung in den USA nahm im Jahr 1890 ihren Anfang. Einige Gesellschaften versicherten wenige Mitglieder auf der Basis von „Single-Hospital-Plans“. Aufgrund dieser geringen Mitgliederzahl waren die finanzielle Situation dieser Versicherungen und damit auch ihr Service äußerst limitiert.¹⁴⁸ Der nächste große Versuch zur Etablierung eines Versicherungssystems wurde durch den Ökonomen Prof. Gustav A. Kleene gestartet. Er verfasste 1904 einen Bericht, in welchem er u.a. über die freie medizinische Behandlung für alle Bürger diskutierte. 1907 schlug er dann den Behörden Maßnahmen für Arbeitslose und Rentner vor, war jedoch mit all diesen Ideen seiner Zeit zu weit voraus und blieb letztlich erfolglos.¹⁴⁹

Zwischen 1915 und 1920 formierten sich unzählige Interessenverbände, um über die Etablierung einer Kranken- und Sozialversicherung zu beraten. Diese große Menge an unterschiedlichen Interessenverbänden bedingte letztendlich auch ihren Kollaps. Zudem bewirkte der Erste Weltkrieg eine antideutsche Einstellung und wirkte damit der Einführung der Krankenversicherung als typischer „German idea“ entgegen.¹⁵⁰ Erst 1925 und 1926 fanden verschiedene Konferenzen statt, aus denen sich 1927 das „Committee on the Cost of Medical Care“ bildete. Seine Vertreter rekrutierten sich aus repräsentativen Mitgliedern der Ärzteschaft, der Public Health Worker, der Medical Schools, der Sozialwissenschaftler und der Öffentlichkeit.¹⁵¹ Der Abschlussbericht dieses Komitees erschien 1932 unter dem Titel „Medical Care for the American People“ zu einem Zeitpunkt, an dem sich die USA auf dem wirtschaftlichen Tiefpunkt der großen Depression befanden. Dieser Plan wurde aber zum Wegweiser für die kommenden 25 Jahre. 1935 führte der „U.S. Public Health Service“ die „National Health Survey“-Studie durch. Bis 1936 wurden 700.000 städtische Haushalte in 18 Staaten und 37.000 ländliche Haushalte in drei Staaten, also insgesamt drei Millionen Menschen untersucht.¹⁵² Die Studie zeigte, dass Krankheiten überproportional häufig unter Armen und

¹⁴⁷ Vgl. ROSEN, Baltimore, 1993, S. 395.

¹⁴⁸ Ebd. S. 428.

¹⁴⁹ Ebd. S.425.

¹⁵⁰ Ebd. S. 429.

¹⁵¹ Ebd. S. 432.

¹⁵² Ebd. S. 434.

Ergebnispräsentation

Arbeitslosen anzutreffen waren. Damit erwies sich die Finanzierung einer Krankenversicherung als großes Problem. Aus diesem Grund wurde die Idee der „Private Prepaid Medical Care Programs“ ins Leben gerufen. Die folgende Etablierung von unzähligen Privatversicherungen sollte zur Aufspaltung der Versicherung führen. Bis in die Gegenwart bemühen sich unterschiedliche Interessenverbände um die Einführung einer einheitlichen Versicherung und scheitern daran.¹⁵³

3.4.3.10 Präventivmedizin

Ein großer Schritt bei der Entwicklung eines Gesundheitsservices für die Gemeinschaft war die Errichtung von Zentren für Präventivmedizin. In Baltimore gründete sich auf Initiative von William H. Welch und des „Baltimore City Health Dept.“ die „Johns Hopkins University of Public Health“. Diese Universität wurde von dem Kaufmann Johns Hopkins finanziert. Sie arbeitete nach dem Modell europäischer Hochschulen und vereinigte Forschung und Lehre. Bis in die Gegenwart werden an dieser Universität Studenten im Bereich des Public Health ausgebildet. Die praktische Umsetzung der Erkenntnisse des Public Health wird allerdings bis in die Gegenwart durch Finanzierungsprobleme erschwert.¹⁵⁴

Wichtige Teilaspekte der Präventivmedizin waren die bereits erwähnte Etablierung von Impfprogrammen, Quarantänestationen, die Beschäftigung der City Health-Inspectors, die Gründung der City Health-Departments, die Gründung von Organisationen zur Einführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes, der Kinder- und Mütterfürsorge, die in ihrer Summe bis in die Gegenwart der Verbreitung von Krankheiten entgegenwirken.

Prävention im Sinne von Sozialfürsorge wurde vor allem durch den deutschen Soziologen Walter Friedländer etabliert. Friedländer war einer der akademischen Flüchtlinge aus dem nationalsozialistischen Deutschland. Ihm ist die Einführung der Sozialfürsorge als Fach an amerikanischen Hochschulen zu verdanken.¹⁵⁵

¹⁵³ Vgl. ROSEN, Baltimore, 1993, S. 436.

¹⁵⁴ Vgl. Interview Prof. Steiner, Kapitel 3.5.6 „Im Interview Prof. Steiner“ (USA).

¹⁵⁵ Ebd.

3.4.3.11 Internationale Dachorganisationen

Die Entwicklung von internationalen Dachorganisationen begann 1946 mit der Gründung der WHO. Die WHO und die United Nations formulierten 1948 gemeinschaftlich: „Gesundheit ist ein fundamentales Recht eines jeden Menschen, unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer Rasse, Religion, politischen Partei, den ökonomischen oder sozialen Bedingungen.“

In den vierziger und fünfziger Jahren wandelten sich die gesundheitlichen Probleme der amerikanischen Bevölkerung. Waren es früher vor allem die Infektionskrankheiten oder Unterernährung, so sind es heute Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumore, seelische Leiden und Alterskrankheiten.

Heute existieren zehn Schulen für Public Health in den USA neben zahlreichen anderen Schulen, die auf Initiative der APHA ins Leben gerufen worden sind. 1949 begann das „American Board of Preventive Medicine and Public Health“ mit seiner Arbeit.

Public Health kann heute allerdings, nur auf die nationale Ebene bezogen, nicht mehr genügen und so endet GEORGE ROSEN in seinem Buch „A History of Public Health“ mit den Worten: „Public Health can be no longer be limited to the local or even the national community but must extend to the international community.“¹⁵⁶

3.5 Einfluss der Grotjahn-Schüler auf die Entwicklung des Public Health (USA)

3.5.1 Überblick



Abb.8 Gebhard (gesturing) with Dr. Joseph Goebbels, viewing a model of the Autobahn.

Es existieren derzeit nur wenige Beiträge in der Literatur, die den Einfluss der Grotjahn-Schüler auf die Entwicklung des Public Health in den USA beschreiben.

Zu diesen Beiträgen zählt die Veröffentlichung des Eugenikers BRUNO GEBHARD mit dem Titel „Alfred Grotjahns Soziale Pathologie und sein Einfluss auf die englische und amerikanische Sozialmedizin“. Der 1937 in die

¹⁵⁶ Vgl. ROSEN, Baltimore, 1993, S. 471.

Ergebnispräsentation

USA ausgewanderte Eugeniker Bruno Gebhard war Mitarbeiter des Hygiene-Museums in Dresden und hatte dort die Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ konzipiert, die bis Mitte der dreißiger Jahre zu den erfolgreichsten des Dresdener Hygiene-Museums gehörte. Zuvor hatte Gebhard noch 1935 in Berlin in einer von ihm betreuten Propaganda-Ausstellung zum „Wunder des Lebens“ für die Verbreitung eugenischen Gedankenguts gesorgt.¹⁵⁷

Von 1940 bis 1965 kümmerte sich Gebhard als Direktor des ersten amerikanischen „Health Museums“ in Cleveland um die Verbreitung von medizinischem Grundwissen in breiten Schichten der Bevölkerung. Die Homepage des Museums zeigt Gebhard auf einer Abbildung mit dem Reichspropagandaminister Dr. Joseph Goebbels.¹⁵⁸

In seinem Aufsatz zum Einfluss der deutschen Hygieniker auf die englische und amerikanische Sozialmedizin bezieht er sich auf ein Zitat des Medizinhistorikers HENRY SIGERIST. „Als Alfred Grotjahn sein Seminar für ‚Soziale Medizin‘ an der Universität Berlin gründete, waren viele skeptisch und fragten sich, ob eine solche Einrichtung berechtigt sei. Heute sind die damaligen Studenten dieses Seminars überall in der Welt verstreut und stehen in der Pionierarbeit für die Sozialmedizin. Sie wirken als Ferment in ihren Ländern.“ Gebhard beendet dieses Zitat mit der Anmerkung: „Ich bin einer von ihnen.“¹⁵⁹

Gebhard geht in seinem Beitrag vor allem auf die Biographie von Grotjahn ein. Zum Einfluss deutscher Sozialhygieniker bezog er sich hauptsächlich auf ihn, der zu seiner Zeit international einzigartig in seiner Theorie und in seinem System von Sozialmedizin gewesen sei.

Der erste Hochschulkurs im öffentlichen Gesundheitssystem und in der Gesundheitstechnik wurde 1912 am „Massachusetts Institute of Technology“ (MIT) abgehalten, im gleichen Jahr der Veröffentlichung von Grotjahns „Sozialer Pathologie“. Gebhard sah die Umsetzung der Grotjahnschen Ideen vor allem in den USA als erfolgreich an. Als Beweis führte er u.a. das „Gesetz über Soziale Sicherheit“ als Volksversicherung für Rentner, Arbeitslose, Witwen und Waisen von 1935 an. Auch die Durchsetzung von „Medicare“ im Jahre 1961, einem Programm zur medizinischen Versorgung von Menschen oberhalb des 65. Lebensjahres sei hierfür beispielhaft. In England kam es im gleichen Zeitraum zu einer erhöhten Bereitschaft für die Bereitstellung von öffentlichen Mitteln für das Gesundheitswesen, zu einem Ausbau des Blutspendewesens, zu freiwilligen Einsätzen in Krankenhäusern und zu Massenimpfungen, z.B. gegen Polyomyelitis. Gebhard geht in seinem Beitrag auf die Grotjahn-Schüler und ihr Wirken in den USA ein. Genannt werden die Sozialmediziner George Wolff, Franz Goldmann, Alfred

¹⁵⁷ Vgl. http://www.slaek.de/50aeb1/2005/04/pdf/0405_160.pdf; letzter Zugriff: 25.05.2006.

¹⁵⁸ Vgl. <http://www.cwru.edu/atrcsi/dittrick/site2/archives/genhard.html>; letzter Zugriff: 19.06.2006.

¹⁵⁹ GEBHARD, Berlin, 1967, S. 197ff.

Ergebnispräsentation

Korach und der Grotjahn-Bibliothekar Miron Kantorowicz. Erwähnt wird auch der Wiener Sozialmediziner Ludwig Teleky, der als Zeitgenosse Grotjahns bereits einige Jahre vor ihm einen Lehrstuhl für Sozialmedizin in Wien innehatte und der sich nach dem Tode Grotjahns auch auf dessen Lehrstuhl beworben hatte. Gebhard schließt seine Betrachtung zum Wirken von Grotjahn mit den Worten: „Fünfzig Jahre sind vergangen, seit die Soziale Pathologie veröffentlicht worden ist. Grotjahns Grundlehrsatz einer Sozialen Hygiene als ‚deskriptiver Wissenschaft‘ wird sich stets wandeln, den Bedingungen des jeweiligen Landes anpassen müssen, dem Wechsel der Zeiten, dem Ansteigen oder Absinken des Bewusstseins sozialer Verantwortung in der Bevölkerung und im Bereich der politischen Verantwortlichen eines Landes, der Entwicklung neuer Möglichkeiten, Methoden und technischen Mittel in der präventiven Medizin und im öffentlichem Gesundheitswesen. Dennoch wird das Ziel immer das Gleiche bleiben: die ‚Verallgemeinerung hygienischer Kultur‘.“¹⁶⁰

Gebhards Darstellung zum Wirken deutscher Ärzte geht über die Erwähnung der Grotjahn-Schüler und die Benennung ihrer Tätigkeit in den USA nicht hinaus. Suggestierte Zusammenhänge, wie z.B. das etwa zeitgleiche Stattfinden der Veröffentlichung von Grotjahns „Sozialer Pathologie“ und der ersten Vorlesung zum Gesundheitswesen und zur Gesundheitstechnik in den USA, erscheinen kaum nachvollziehbar und könnten ebenso gut zufälliger Natur sein.¹⁶¹ Es erfolgt auch keine Einordnung der eigenen Verdienste Gebhards in diese Fragestellung. Bezeichnenderweise ist in dem kurzen Artikel zum Wirken von Bruno Gebhard als Direktor des ersten amerikanischen „Health Education Museum“ in Cleveland eine unkommentierte Fotografie eingefügt worden, in der Gebhard neben Goebbels abgebildet ist.¹⁶²

Ein weiterer Beitrag zum Einfluss der deutschen Sozialhygieniker in den USA findet sich in einer Veröffentlichung über das Leben und Wirken des Franz Goldmann von CHRISTINE ANTONI (1997). Goldmann war einer der Habilitanden Grotjahns. Die Autorin beschreibt in ihrem Kapitel „Der Einfluss der deutschen Sozialhygienebewegung in den USA und Franz Goldmanns Anteil daran“¹⁶³, wie schwierig es für sie sei, eine Bewertung des Wirkens von Franz Goldmann auf die Public Health-Bewegung vorzunehmen. Sein Anteil sei „diffizil“¹⁶⁴ und eine verallgemeinernde Aussage nicht ganz einfach.¹⁶⁵ Goldmann war zum Zeitpunkt seiner Emigration in die USA bereits ein international anerkannter Wissenschaftler und hatte auf ein

¹⁶⁰ GEBHARD, Berlin, 1967, S. 200.

¹⁶¹ Ebd.

¹⁶² <http://www.cwru.edu/artsci/dittrick/site2/archives/gebhard.html>; letzter Zugriff: 25.05.2006.

¹⁶³ ANTONI, Husum, 1997, S. 303.

¹⁶⁴ Ebd.

¹⁶⁵ Vgl. Antoni, Christine; Husum, 1997, S. 303.

Ergebnispräsentation

Anknüpfen seines beruflichen Erfolges in den USA gehofft. Zum Zeitpunkt seiner Emigration war Franklin Delano Roosevelt als 32. Präsident der USA im Amt.

Roosevelt war 1929 zum Gouverneur des Staates New York gewählt worden und hatte sich damit gegen den Republikaner Herbert C. Hoover durchgesetzt, der allgemein für den Börsenkrach verantwortlich gemacht wurde. Roosevelt hatte sich mit den Folgen des Börsenkrachs (Schwarzer Freitag) und der daraus resultierenden Weltwirtschaftskrise auseinander zu setzen. Die Wählerschaft des Jahres 1929 erwartete von Roosevelt entscheidende und radikale Reformen. Unter dem Schlagwort *New Deal*¹⁶⁶ führte er dann eine Reihe von Wirtschaftsreformen zugunsten einer größeren sozialen Verantwortung durch.¹⁶⁷

„Goldmann sah im Zuge dieser Reformen eine Chance, bei der Einführung einer Krankenversicherung in den USA entscheidend mitwirken zu können. Leider mangelte es ihm an dem nötigen Talent, seine guten Ideen auch richtig anzubringen. Nachdem Roosevelt die Pläne für die Einführung einer Krankenversicherung auf das Jahr 1940 zurückstellte, zerschlug sich die Aussicht von Goldmann auf eine Position in einer Regierungskommission, die sich der Einführung einer Krankenversicherung widmen würde.“¹⁶⁸ (siehe auch Kapitel 1.2 Stand der aktuellen Forschung). Franz Goldmann versuchte dann in den fünfziger Jahren, einer Zeit, in der er sich wissenschaftlich in den USA einen Namen gemacht hatte, erneut seine Idee von der Einführung einer einheitlichen Krankenversicherung in den USA umzusetzen. Politisch wurden diese Pläne durch den Antikommunismus des Senators Joseph McCarthy zunichte gemacht.¹⁶⁹

In den vierziger Jahren nahm die Zahl seiner Studenten ab. Zeitgleich wurde sein Ausbildungsprogramm im Bereich des Public Health in Frage gestellt. Somit empfand Goldmann in den späten fünfziger Jahren eine Situation der Einflusslosigkeit sowie des Scheiterns. Antoni bemerkt: „das Beispiel Franz Goldmann macht deutlich, dass eine breite Rezeption der deutschen Sozialhygienebewegung in den USA nicht stattgefunden hat, da diese nur in wenigen kurzen Zeitphasen politisch begünstigt wurde.“¹⁷⁰

¹⁶⁶ New Deal ist ein Idiom der englischen Sprache und bedeutet so viel wie eine „Umverteilung der Karten“. Er beschreibt eine Reihe von Wirtschafts- und Sozialreformen in den USA, welche mit massiven staatlichen Investitionen die Binnenkultur ankurbeln sollte und mit Einführung von Sozialversicherungssystemen einer progressiven Besteuerungspolitik und Arbeitszeitverkürzung der durch die Weltwirtschaftskrise verursachten Massenarbeitslosigkeit und Armut entgegenwirken sollte. Diese Periode endete mit dem Kriegseintritt Amerikas 1941 in den Zweiten Weltkrieg, welcher durch den Aufschwung der Kriegsindustrie auch ein Ende der *Great Depression* herbeiführte. In: <http://usa.usembassy.de/geschichte-depression.htm>; letzter Zugriff: 21.12.2006.

¹⁶⁷ Vgl. www.whitehouse.gov/history/presidents/fr32.html - 36k; letzter Zugriff: 19.06.2006.

¹⁶⁸ ANTONI, Husum, 1997, S. 304.

¹⁶⁹ Joseph McCarthy, ein amerikanischer Senator, der behauptete, dass die USA von Kommunisten unterwandert werde. Es begann daraufhin ein antikommunistischer Feldzug, der von 1948 bis 1965 dauern sollte und der sich durch alle politischen Instanzen zog. In: <http://usa.usembassy.de/geschichte-postwar.htm>; letzter Zugriff: 21.12.2006.

¹⁷⁰ ANTONI, Husum, 1997, S. 305.

Ergebnispräsentation

Vor dem Ersten Weltkrieg hätte es unter dem Einfluss einer kommunistisch geprägten Politiklandschaft ein kurzfristiges Interesse an der deutschen Sozialgesetzgebung gegeben. Zu dieser Zeit hatten europäisch geprägte Wissenschaftler an der Formulierung von Standards zur Etablierung einer Krankenversicherung gearbeitet. Nach dem Ersten Weltkrieg wurden diese Pläne als typische „German Idea“ von Deutschlandgegnern abgelehnt. Zu Zeiten Roosevelts bestand wieder ein Interesse an europäischen Vorbildern bei der Entwicklung einer neuen Sozialpolitik. Der Kriegseintritt der Amerikaner in den Zweiten Weltkrieg sowie die darauf folgende antikommunistische Ära des McCarthyismus sollten diese Pläne erneut in den Hintergrund des politischen Interesses drängen. Es hat also nur zwei kürzere Zeiträume gegeben, nämlich dicht vor dem Ersten und vor dem Zweiten Weltkrieg, in denen die Integration deutscher sozialhygienischer Modelle in den USA politisch begünstigt worden ist.¹⁷¹ Der amerikanische Medizinhistoriker GEORGE ROSEN äußert in seinem Beitrag „Was ist Soziale Medizin“: „Die in Deutschland entwickelten Sozialmedizinischen Konzepte und im besonderen die Ideen von Grotjahn beeinflussten weitreichend die theoretische Entwicklung dieses Gebietes in anderen Ländern, besonders in Mittel- und Osteuropa.“¹⁷² Unerwähnt bleibt in dieser Darstellung ein eventueller Beitrag der deutschen Sozialmediziner zur Entwicklung des Public Health in den USA. Eine weitere Publikation findet sich im „Exodus von Wissenschaften aus Berlin“ in einem Beitrag von Prof. PETER SCHNECK. Darin fehlen tiefere biographische Aufarbeitungen. Der Autor betont daher die Notwendigkeit hierfür.¹⁷³ Insgesamt existieren derzeit in der Literatur kaum Informationen zum Verbleib der Sozialwissenschaftler in den USA. Die von Christine Antoni verfasste Goldmann-Biographie präsentiert sich damit als ein Einzelwerk, von dem man kaum auf das generelle Wirken der Grotjahn-Schüler in den USA rückschließen kann.

Der nun folgende Abschnitt der Arbeit wird an vier Beispielen diesen zuletzt genannten Einfluss diskutieren.

¹⁷¹ Vgl. ANTONI, Husum, 1997, S. 306.

¹⁷² SCHAGEN, SCHLEIERMACHER, Berlin, 2005; ROSEN, „Was ist Sozialmedizin?“, S. 337.

¹⁷³ Vgl. HUBENSTORF, Berlin, 1987, S. 472ff.

3.5.2 Franz Goldmann

3.5.2.1 Biographischer Überblick



Abb. 9 Franz Goldmann

Franz Goldmann wurde 1895 in Wuppertal-Elberfeld als Sohn des Pharmazeuten Felix Goldmann und seiner Frau Wilhelmine, geb. Warschauer, geboren.

1897 zog die Familie nach Berlin. Goldmann besuchte dort von 1904 bis 1913 das Gymnasium, schloss die Schule 1913 mit dem Abitur ab und begann in Heidelberg mit dem Medizinstudium.

1914 meldete er sich freiwillig für den Kriegsdienst und wirkte dort als Sanitäter in verschiedenen Lazaretten. 1919 nahm Goldmann sein unterbrochenes Medizinstudium in Berlin wieder auf und beendete es bereits 1920. Es folgten noch im gleichen Jahr die Promotion zum Thema „Über die modernen

Behandlungsmethoden der Krampfadern und des Ulcus Cruris“ sowie der Beginn seiner beruflichen Laufbahn als Assistenzarzt am Städtischen Klinikum Westend.

1920 nahm er auch zum ersten Mal an den Grotjahnschen „Sozialhygienischen Übungen“ teil.

1922 war er ein wissenschaftliches Mitglied am Hauptgesundheitsamt der Stadt Berlin, ab 1927 Magistratsmedizinalrat und ab 1929 Magistratsobermedizinalrat sowie Oberregierungsrat und Dezernent für Gesundheitsfürsorge im Reichsministerium des Inneren.

Seine Habilitation veröffentlichte er 1932 unter der Betreuung von Prof. Grotjahn zum Thema „Über die gesundheitspolitisch wichtige Leistung der deutschen Krankenhäuser“ und wirkte dann ab dem Wintersemester 1932 als Privatdozent an der Berliner Universität.

Im folgenden Jahr verließ er Deutschland nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums aus Angst vor politischer Verfolgung (siehe Kapitel 3.3.2 Der Weg ins Exil und 3.3.1 Die Situation in Deutschland im Jahre 1933).

Im Auftrag der Hygienesektion des Völkerbundes bereiste er neben mehreren europäischen Ländern auch China und kehrte 1934 zurück nach Deutschland. Dort musste er die angespannte politische Lage erkennen und war zutiefst schockiert über die öffentliche antisemitische Propaganda. 1937 emigrierte er in die USA.

Im gleichen Jahr begann er mit seiner Arbeit als Fellowship am „Dept. of Public Health“ an der Yale University und bezog dafür ein Stipendium des „Committee in Aid of Displaced

Ergebnispräsentation

Physicians“ in Höhe von 1.500 Dollar für ein Jahr.¹⁷⁴ Nach einer Einarbeitung in die englische Sprache und einer Adaption an amerikanische Gewohnheiten versuchte sich Goldmann an einer ersten Publikation, die sich der Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung widmete.¹⁷⁵

1938 wurde sein Stipendium nicht verlängert. Er fand zunächst auch keine Dozentenstelle. 1939 erhielt er dann auf Initiative von Prof. Charles Winslow¹⁷⁶, dem Leiter des „Anna M. R. Lauder Institute of Public Health“ an der Yale University, eine Anstellung als „Associate Professor“ an der Yale University mit einem Jahresgehalt von 3.000 US-Dollar.¹⁷⁷

Goldmann erkannte in seinem ersten akademischen Jahr, dass er sich innerhalb des Systems „hochdienen“¹⁷⁸, möglichst viele Aufträge annehmen und Veröffentlichungen bieten musste, um sich einen Namen zu machen. Er begann in Yale mit der Etablierung einer neuen Unterrichtsmethode, bei der den Studenten der Besuch von Vorlesungen, praktischen Übungen und die Umsetzung selbstständig durchgeführter Feldstudien abverlangt wurde.¹⁷⁹ Er hielt Lesungen zum Thema „Staat und Gesundheitsschutz“ und bearbeitete darin die Themen:

1. Gesundheitsvorsorge,
2. Heilung,
3. Fürsorge für chronisch Kranke und
4. Forschung.

Seine erste Veröffentlichung beinhaltete eine Analyse des Steuerfinanzierungsmodells im Gesundheitswesen von England. Er begann, basierend auf dieser Arbeit, mit Lehrveranstaltungen zum Vergleich des steuerlich finanzierten englischen Gesundheitssystems in Relation zu Systemen anderer Länder und ging dabei besonders auf die Vor- und Nachteile der gesetzlichen

¹⁷⁴ Vgl. ANTONI, Husum, 1997, S. 179.

¹⁷⁵ Ebd. S. 180.

¹⁷⁶ “Charles-Edward Amory Winslow (1877-1957) First Chairman, Department of Public Health, 1915-1945 C.-E. A. Winslow was appointed Yale's first Chairman of Public Health and first holder of the Anna M.R. Lauder Professorship in 1915. The Lauder bequest had specified that the recipient should be a physician who would be an advocate for public health and who, specifically, would reform public health in Connecticut. Although Winslow was not a physician, he was an ideal choice to carry out the terms of the donors. He had received a B.A. in 1898 and a M.S. in 1910, under William H. Sedgwick, an American pioneer in bacteriology and sanitary science. Before coming to Yale, Winslow had held teaching posts at MIT and the College of the City of New York, served as curator of public health at the American Museum of Natural History, and was in charge of public affairs for the New York City Board of Health under Herman Biggs. Winslow's department at Yale served as a catalyst for health reform in Connecticut and led the drive to transform the State Board of Health into a Department of Health. A world-renowned public health authority and a proponent of social medicine, Winslow influenced health policies locally, nationally, and internationally through his health surveys, writings, and committee work. He wrote nearly 600 books and articles on bacteriology, sanitation, public health, and health care administration and served as editor of the *American Journal of Bacteriology* later as editor of the *American Journal of Public Health*.” In: The Yale School of Epidemiology and Public Health; <http://www.med.yale.edu/library/exhibits/publichealth/publichealth1.html>; letzter Zugriff: 15.Juli 2006.

¹⁷⁷ Vgl. ANTONI, Husum, 1993, S. 18.

¹⁷⁸ Ebd. S. 193.

¹⁷⁹ Vgl. ebd.

Ergebnispräsentation

und der freiwilligen Krankenversicherung ein. Das Thema der Vorlesungen war „Organisation von Gesundheitsvorsorge in der modernen Gesellschaft, Prinzipien, Methoden im Vergleich“.¹⁸⁰ 1940 bis 1941 wurde der Lehrauftrag von Goldmann zunächst durch eine Weiterfinanzierung des „Emergency Committee in Aid of Displaced Foreign Scholars“ sichergestellt, allerdings nur mit einem Jahresgehalt von 1.000 US-Dollar. Goldmann nahm das Angebot dennoch an, um sich die prestigeträchtige Stelle in Yale zu sichern. Es gelang ihm, eine Nebentätigkeit beim New Yorker „Civil Service Committee“ zu finden, in welcher er die Titelvergabe eines „Senior Public Welfare Physicians“ überprüfen sollte. Für diese Nebentätigkeit wurde er mit einem Jahresgehalt von 5.000 US-Dollar entlohnt. Er war damit zunächst allen finanziellen Sorgen enthoben. Zusätzlich hielt er Gastvorlesungen an der „New York School for Social Work“ an der Columbia University. Winslow erwirkte dann ein zusätzliches Stipendium in Höhe von 2.000 US-Dollar bei der „Rockefeller Foundation“, mit dem er den Fortbestand des Lehrauftrags für Goldmann endgültig sicherte.¹⁸¹

In seiner Tätigkeit für das „Civil Service Committee“ erkannte Goldmann die großen Mängel im Ausbildungsstand der Bewerber und die Notwendigkeit zum Aufbau eines kurz- und langfristigen Ausbildungsangebotes für Ärzte im Bereich der modernen Gesundheitswissenschaften. Im November 1940 legte er daraufhin Winslow ein Drei-Stufen-Programm zur Etablierung eines Unterrichtskonzepts für Ärzte, für Studenten des Public Health und für Medizinstudenten vor. Es beinhaltete:

1. Eintagesseminare für Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens,
2. ein 30-Wochenstundenprogramm für Studenten des Public Health in Medical Care, Feldforschung und praktische Aufgaben der Gesundheitsvorsorge und
3. Pflichtveranstaltungen in Public Health für Medizinstudenten im dritten Jahr bei einer Wochenanzahl von zwei Stunden.

Mit Ausnahme der Pflichtveranstaltungen für Medizinstudenten bewilligte der Dekan diesen Plan. An dem Unterrichtskonzept Goldmanns zeigten bald auch andere Universitäten Interesse. Bis 1941 lagen Winslow bereits vier Anfragen von Universitäten vor, so dass dieses Konzept 1941 im „Journal of the Association of American Medical Colleges“ und in gekürzter Fassung auch im „Connecticut State Medical Journal“ erschien.¹⁸² 1941 gründete sich dann auch die „Association of Schools of Public Health“ als Zusammenschluss der Yale University, der Harvard University, der Johns Hopkins University sowie der Universitäten in Michigan, North

¹⁸⁰ Vgl. ANTONI, Husum, 1993, S. 195.

¹⁸¹ Ebd. S. 197.

¹⁸² Ebd. S. 200.

Ergebnispräsentation

Carolina und Toronto, um ein standardisiertes Unterrichtsprogramm auszuarbeiten. Aufgrund des Erfolges dieses Konzepts wurde der Lehrauftrag von Franz Goldman bis Juli 1943 verlängert.¹⁸³

Der Name des neuen Unterrichtsfachs, welches im Herbst 1941 begann, war „Medical Care in Modern Society. Social and Economic Aspects in Medicine“. Um die Medizinstudenten nicht mit der Komplexität des Faches Public Health zu überfordern, trennte Goldman seinen Unterricht für die Studenten im Fach Public Health vom Unterricht der normalen Medizinstudenten.¹⁸⁴

Im Fach Public Health unterrichtete er die Schwerpunkte:

1. Ökonomische und soziale Entwicklungen in den letzten Jahrzehnten und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitssystem,
2. die Stellung des Arztes,
3. die Stellung der Krankenhäuser,
4. die Kostensteigerung im Gesundheitswesen,
5. die Bereitstellung von ärztlichen Leistungen,
6. aktuelle Vorschläge zur Krankenversicherungsfrage.¹⁸⁵

Der Aufbaustudiengang für Ärzte im administrativen Bereich beinhaltete im Rahmen einer Doppelstunde sowie eines Seminars pro Woche die Themen:

1. Verwaltungstechnische Arbeitsabläufe in der Organisation der Hauspflege, Praxen, Polikliniken und Krankenhäuser sowie
2. die administrative Supervision beim staatlichen, städtischen oder privaten Verwaltungsüberbau.

Sein Programm des „Medical Care in Modern Society“ löste im Bereich der Wissenschaft eine rege Debatte aus. Goldman nahm in diesem Programm eine aktuelle Analyse des amerikanischen Gesundheitssystems vor und überprüfte dessen Finanzierbarkeit. Er deckte die Mängel der freiwilligen Versicherungen auf, verwies auf die Vorteile, welche eine gesetzliche Krankenversicherung mit sich bringen würde und stellte unter Einbeziehung der Argumente der Gegnerschaft der gesetzlichen Krankenversicherung die aktuelle Gesetzeslage zur Diskussion.¹⁸⁶

Goldman legte bewusst Wert darauf, dass seine Studenten die Lösungsansätze für bestehende Probleme selbst erarbeiteten, und orientierte seinen Unterricht dicht an der Praxis.

¹⁸³ Vgl. ANTONI, Husum, 1993, S. 200.

¹⁸⁴ Ebd. S. 201.

¹⁸⁵ Ebd. S. 203.

¹⁸⁶ Vgl. ANTONI, Husum, 1993, S. 200.

Ergebnispräsentation

Mit dem Kriegseintritt Amerikas im Jahre 1941 entschied der amtierende Dekan Francis Blake die Einführung eines verkürzten dreijährigen Kriegsstudiums, um in kurzer Zeit möglichst viele Ärzte auszubilden. Die Dissertation als Voraussetzung für den Titel eines MD wurde abgeschafft und auf einige Wahlkurse beschränkt. Diese Entwicklungen bremsten die Etablierung eines Unterrichtsfachs im Bereich des Public Health. In einem inneruniversitären Machtkampf versucht der Dekan sogar, das Fach durch die anstehende Emeritierung von Prof. Winslow abzuschaffen, blieb jedoch erfolglos, da Winslow seinen Wunschkandidaten Ira Vaughan Hiscock¹⁸⁷ für seine Nachfolge bestimmen konnte.¹⁸⁸

Goldmann unterrichtete zwischen 1941 und 1942 in Yale, als Gastdozent an der Columbia University, am „Dept. of Social Science“ und am „Connecticut College“ in New London. Er wirkte als Berater des „Bureau of Research and Statistics“, des „Social Security Board“ u.a. in Washington. Er hielt Vorträge an der „Birth Control League of Connecticut“.¹⁸⁹

In den Jahren 1942 bis 1943 konnte Franz Goldmann den Unterricht im Bereich des Public Health trotz aller bestehenden Schwierigkeiten ausbauen. Die Feldforschung nahm einen festen Platz im Unterricht ein. Hinzugekommen waren ein Seminar, in dem aktuelle Veröffentlichungen diskutiert wurden, sowie eine Vorlesung zum Thema „Organization of Health Service in Industry“.¹⁹⁰

Das Lehrangebot für Medizinstudenten blieb bestehen, auch wenn die Veranstaltungen aufgrund des Stundenplans oft in den Abendstunden stattfinden mussten.

Goldmann hielt zusätzlich Gastvorlesungen an der ersten amerikanischen Schule für „Public Health Economics“ an der Universität in Michigan. 1943 wurde Goldmann amerikanischer Staatsbürger. Im gleichen Jahr wurde ihm die Mitarbeit am „Office of Strategic Service“, OSS¹⁹¹, angeboten.¹⁹² Das OSS diente u.a. der Kodierung von geheimen Nachrichten.

¹⁸⁷ “Ira Vaughan Hiscock's appointment as Chairman and Anna M. R. Lauder Professor of Public Health by the Yale Corporation in 1945 was a victory for Winslow. Francis Blake, John Paul, and others in the Medical School had hoped to appoint someone more oriented to epidemiology and laboratory work. But a committee selected by Yale President Charles Seymour favored Winslow's disciple, Hiscock, a member of the Department of Public Health faculty since 1920. Hiscock graduated from Wesleyan University, where he came under the influence of bacteriologist Herbert W. Conn, and received a Certificate of Public Health from Yale in 1921. Like Winslow, Hiscock became a national and international authority on public health administration, and directed numerous health surveys of communities in Connecticut and around the country. He was commissioner of the New Haven Board of Health from 1928 to 1958.” In: The Yale School of Epidemiology and Public Health, <http://www.med.yale.edu/library/exhibits/publichealth/publichealth1.html>; letzter Zugriff: 25.05.2006.

¹⁸⁸ Vgl. ANTONI, Husum, 1997 S. 213.

¹⁸⁹ Ebd. S. 215.

¹⁹⁰ Ebd. S. 215ff.

¹⁹¹ „Das 1941 von Präsident Franklin D. Roosevelt ins Leben gerufene und am 13. Juli 1942 offiziell gegründete Office of Strategic Services war der erste operativ arbeitende Geheimdienst der USA, der keiner militärischen Organisation unterstand. Sein Aufgabengebiet umfasste Beschaffung von Informationen, Desinformation des Gegners, psychologische Kriegsführung, Partisanen-Unterstützung, Sabotage sowie Spionageabwehr. Das OSS arbeitete weitestgehend am europäischen Kriegsschauplatz, da General Douglas MacArthur, der

Ergebnispräsentation

Seine Gründung hatte man auch mit dem Gerücht über die Existenz einer „fünften Kolonne“ in den USA gerechtfertigt. Das OSS wurde zudem mit der Planung, Koordinierung und Ausführung eines militärischen Programms zur psychologischen Kriegsführung beauftragt. Dazu sollten die notwendigen politischen, psychologischen, sozialen und wirtschaftlichen Hintergrundinformationen gesammelt werden.¹⁹³

Goldmann begann seine Arbeit in der „Research & Analysis Branch“ unter Leitung des Historikers William Leonard Langer. Obwohl die Arbeit dieser Abteilung später kaum Berücksichtigung finden sollte, war Goldmann dankbar für dieses Angebot. Er arbeitete mit einer Elite von deutschen Wissenschaftlern zusammen, u.a. dem Philosophen Herbert Marcuse und dem Verfassungsrechtler Otto Kirchheimer.¹⁹⁴

Als Goldmann 1944 zu der Gruppe stieß, wurde gerade ein „Handbook of Military Government“ und ein „Civil Affairs Guide“ erarbeitet. Goldmann verfasste für das OSS ein 283-seitiges „Manual of German Health Service“, in dem er das deutsche Gesundheitssystem, seine Verwaltung, seine personelle Zusammensetzung und soziale Bedeutung beschreibt.¹⁹⁵

Für die Arbeit am OSS wurde Goldmann für sechs Monate von seiner Tätigkeit in Yale beurlaubt.

1945 veröffentlichte Goldmann sein Buch „Public Medical Care“, in dem er eine Analyse des Ist-Zustands des amerikanischen Gesundheitssystems vornahm. Er empfahl darin eine Krankenversicherung. Die Finanzierung sollte entweder aus einem „Beitragssystem“ erfolgen, das sich aus Sozialversicherungsbeiträgen und zweitrangig aus Steuereinkünften und privaten Versicherungen zusammensetzen würde, oder durch ein „Steuersystem“, das sich überwiegend aus Steuereinkünften finanziert, sichergestellt werden.¹⁹⁶

Goldmann fasste aus dem Mosaik des amerikanischen Gesundheitssystems vier Hauptgebiete zusammen:

1. das System öffentlicher Krankenhäuser,
2. die Behandlungszentren mit freier Medikamentenausgabe,

Oberkommandierende im Pazifik, nur mit den Geheimdiensten der Waffengattungen, insbesondere dem G-2 des Heeres, zusammenarbeitete. Erster Leiter des OSS war Generalmajor „Wild Bill“ Donovan (1883–1959) – ein Freund des Präsidenten. Das OSS wurde nach dem Zweiten Weltkrieg am 20. September 1945 wieder aufgelöst, viele der Mitarbeiter wurden aber in die 1947 gegründete CIA übernommen. Einer der bekanntesten Mitarbeiter des OSS war Migrant jüdischer Abstammung aus Deutschland, Philosoph Herbert Marcuse, zeitweilig Chef der Europa-Sektion des Dienstes, verantwortlich für Migrantenkollegen“. In:

www.ossociety.org/links.html - 12k; letzter Zugriff: 13.06.2006.

¹⁹² Vgl. ANTONI, Husum, 1997, S. 216.

¹⁹³ Ebd. S. 217.

¹⁹⁴ Ebd. S. 218.

¹⁹⁵ Ebd. S. 221.

¹⁹⁶ Ebd. S. 227.

Ergebnispräsentation

3. Wohnungsprogramme, stationäre und ambulante Behandlungen für bestimmte Randgruppen z.B. Eskimos oder Indianer,
4. Entwicklung eines Gesundheitswesens von einem lokalen zu einem überregionalen System.

Die bisherige Unübersichtlichkeit sei bedingt durch:

1. Meinungsverschiedenheiten über den Grad des Verantwortungsbewusstseins des Einzelnen als auch den Status gegenüber der Volksgemeinschaft,
2. die Angst des Staates, sich durch Planungspolitik im Gesundheitswesen kommunistischer sowjetischer Tendenzen schuldig zu machen.¹⁹⁷

Die Planung des Gesundheitswesens sollte laut Goldmann unbedingt von einer zentralen Verwaltungsbehörde übernommen werden, da sowohl der einzelne Hilfesuchende als auch die Hilfeleistenden sonst keine Orientierung hätten. Er entwickelte dazu konkrete Vorschläge, für die er jeweils auch ein bereits existierendes und funktionierendes Beispiel aufführte, um dessen Vor- und Nachteile zu diskutieren. „Aber“, so kam er doch zu dem Schluss „daß jegliche Planung auch einer Sozialphilosophie unterläge, ohne die die Arbeit nicht vollendet werden könne. Die Grundbedingung musste der Mensch einer Gesellschaft sein, [!]ihren Mitgliedern ein gesundes produktives Leben zu ermöglichen und dem Einzelnen das Recht auf Gesundheit zu verschaffen.“¹⁹⁸

Wie wenig von dieser Sozialphilosophie vorhanden war, zeigt auch die Entwicklung im Krankenhauswesen. Zwischen 1942 und 1981 war die Bereitstellung von öffentlichen Betten in Krankenhäusern rückläufig. 1942 betrug die Anzahl noch 49,1% und 1981 nur noch 27%.¹⁹⁹

Die von Goldmann angeregten Maßnahmen zur Koordinierung im Bereich der Krankenhausplanung wurden 1946 im „National Hospital Survey and Construction Act“ in Ansätzen verwirklicht.²⁰⁰

¹⁹⁷ Vgl. ANTONI, Husum, 1997, S. 228.

¹⁹⁸ ANTONI, Husum, 1997, S. 236.

¹⁹⁹ Vgl. ANTONI, Husum, 1997, S. 237ff.

²⁰⁰ “The Hospital Survey and Construction Act, also known as the Hill-Burton Act, is a United States federal law passed in 1946. This act responded to the first of Truman’s proposals and was designed to provide federal grants and guaranteed loans to improve the physical plant of the nation’s hospital system. Money was designated to the states to achieve 4.5 beds per 1,000 people. The states allocated the available money to their various municipalities, but the law provided for a rotation mechanism, so that an area that received funding moved to the bottom of the list for further funding. As is always the case, these federal dollars came with strings attached. Facilities that received Hill-Burton funding had to adhere to several requirements. They were not allowed to discriminate based on race, color, national origin, or creed – except for the proviso that allowed for discrimination so long as separate, equal facilities were located in the same area. The U.S. Supreme Court struck down this segregation in 1963. Facilities that received funding were also required to provide a ‘reasonable volume’ of free care each year for those residents in the facility’s area who needed care but could not afford to pay. Hospitals were initially required to provide uncompensated care for 20 years after receiving funding. The federal money was also only provided in cases where the state and local municipality were willing and able to match the federal grant or

Ergebnispräsentation

Die Steuerung des Systems wurde aber weiterhin von privaten Organisationen übernommen, die ambulante Betreuung in „Outpatient Dept.“ auf eine reine Armenversorgung zurückgedrängt und die Health Center begannen erst in den sechziger Jahren mit der ambulanten Versorgung von speziellen Patientengruppen.

Goldmann erhielt mit der Veröffentlichung dieses Buches sehr viel Anerkennung und wurde mit lobenden Worten in Zeitungen wie der „New York Times“ und im „American Journal of Public Health“ überschüttet. Das Buch „Public Medical Care“ erlebte bereits 1947 seine zweite Auflage.²⁰¹

Franz Goldmann verfasste dann ein Buch zur Einführung einer Pflichtversicherung. Das bis heute unveröffentlichte Manuskript wurde auch von Isidore Falk²⁰² gelesen und kritisiert, der darin eher einen hoffnungsvollen Beginn als ein fertiges Modell sah.²⁰³

Die Kernaussage dieses Manuskripts: „Eine Krankenversicherung ohne das Bekenntnis zur sozialen Verantwortung in der Bevölkerung könne nicht funktionieren“²⁰⁴, war damit ein unerhörter Appell an die amerikanische Gesellschaft.

Im Mai 1947 erhielt Goldmann einen offiziellen Ruf der Harvard University. Er hatte dort die Gelegenheit, den Unterricht im Bereich Public Health auszubauen.

Er gründete Arbeitsgemeinschaften zu den Themen:

1. Rehabilitation,
2. Medizinische Versicherung im Alter,
3. die Rolle der Gewerkschaften in der Krankenversicherungs-Bewegung.

loan, so that the federal portion only accounted for one third of the total construction or renovation cost. The states and localities were also required to prove the economic viability of the facility in question. This excluded the poorest municipalities from the Hill-Burton program; the majority of funding went to middle class areas. It also served to prop up hospitals that were economically unviable, retarding the development wrought by market forces. Once Medicare and Medicaid were enacted, participation in those programs was added to the list of requirements for access to Hill-Burton funding. The reality, however, did not nearly meet the written requirement of the law. For the first 20 years of the act's existence, there was no regulation in place to define what constituted a "reasonable volume" or to ensure that hospitals were providing any free care at all. This did not improve until the early 1970s, when lawyers representing poor people began suing hospitals for not abiding by the law. Hill-Burton was set to expire in June 1973, but it was extended for one year in the last hour. In 1975, the Act was amended and became Title XVI of the Public Health Security Act. The most significant changes at this point were the addition of some regulatory mechanisms (defining what constitutes the inability to pay) and the move from a 20-year commitment to a requirement to provide free care in perpetuity. Still, it was not until 1979 that compliance levels were defined." In: profiles.nlm.nih.gov/RM/A/A/M/D/-7k; letzter Zugriff: 16.05.2006.

²⁰¹ Vgl. ANTONI, Husum, 1997, S. 238.

²⁰² "I.S. Falk was an early Social Security employee, having worked for the Committee on Economic Security in 1934. Dr. Falk was a Professor at the University of Chicago and an Instructor in Public Health at Yale University before coming to work for the Social Security Board in December 1936. Initially, he was hired as Principal Medical Economist for the Board and he would go on to a career as head of SSA's Office of Research and Statistics. Dr. Falk was one of the nation's leading scholars on public health issues for many decades. After leaving government service in 1954, he went on to a long and distinguished career at Yale University." In: <http://www.ssa.gov/history/ifalk.html>; letzter Zugriff: 20.05.2006.

²⁰³ Vgl. ANTONI, Husum, 1997, S. 254.

²⁰⁴ Ebd. S. 254.

Ergebnispräsentation

Seine unbeirrbareren Versuche zur Etablierung einer Krankenversicherung wurden wieder einmal durch die AMA und die Debatten in der Ära des „McCarthyism“ untergraben²⁰⁵, eine Zeit, die er ohne politische Angriffe auf seine Person überstand.

1963 erlebte er noch das Inkrafttreten der „Medical Care“²⁰⁶, einer verstümmelten Gesetzeslage zur Krankenversicherung, als trauriges Ende all der Bemühungen für eine allgemeine Krankenversicherung.²⁰⁷

Enttäuscht von diesen Entwicklungen verließ er die Harvard University nur ein Jahr vor seiner Emeritierung, ging nach New York und wirkte dort zuletzt als Direktor einer landesweiten Studie über die medizinische Versorgung chronisch Kranker im Auftrag des „Council of Jewish Foundations and Welfare Founds“.

3.5.2.2 Die Bedeutung Goldmanns für die deutsche Sozialhygiene und die amerikanische Public Health-Bewegung

Franz Goldmann hatte in Deutschland die Zeit der Weltwirtschaftskrise und der Weimarer Republik erlebt, analysiert und sich für gesellschaftliche und politische Maßnahmen wie die Verankerung einer Familienversicherung in die Krankenversicherung eingesetzt.²⁰⁸

Weitsichtig hatte er auf heute aktuelle Probleme wie den Anstieg des Lebensalters der Bevölkerung und den Zerfall von traditionellen Familienstrukturen aufmerksam gemacht.

Ihm war bewusst, dass dieses bestehende System von Gesundheits- und Sozialversicherung permanent durch ökonomische Krisen in Gefahr war und betonte deshalb die große Bedeutung der Gesundheitsökonomie. Aufklärung und Prävention waren für ihn die geeigneten Mittel zur

²⁰⁵ Vgl. ANTONI, Husum, 1993, S. 277.

²⁰⁶ **“Medicare is a health insurance program for:** people age 65 or older, people under age 65 with certain disabilities, and people of all ages with End-Stage Renal Disease (permanent kidney failure requiring dialysis or a kidney transplant). **Medicare has:**
Part A Hospital Insurance - Most people don't pay a premium for Part A because they or a spouse already paid for it through their payroll taxes while working. Medicare Part A (Hospital Insurance) helps cover inpatient care in hospitals, including critical access hospitals, and skilled nursing facilities (not custodial or long-term care). It also helps cover hospice care and some home health care. Beneficiaries must meet certain conditions to get these benefits.
Part B Medical Insurance - Most people pay a monthly premium for Part B. Medicare Part B (Medical Insurance) helps cover doctors' services and outpatient care. It also covers some other medical services that Part A doesn't cover, such as some of the services of physical and occupational therapists, and some home health care. Part B helps pay for these covered services and supplies when they are medically necessary.
Prescription Drug Coverage - Most people will pay a monthly premium for this coverage. Starting January 1, 2006, new Medicare prescription drug coverage will be available to everyone with Medicare. Everyone with Medicare can get this coverage that may help lower prescription drug costs and help protect against higher costs in the future. Medicare Prescription Drug Coverage is insurance. Private companies provide the coverage. Beneficiaries choose the drug plan and pay a monthly premium. Like other insurance, if a beneficiary decides not to enroll in a drug plan when they are first eligible, they may pay a penalty if they choose to join later.” In: US Dept. of Health and Human Service, <http://www.cms.hhs.gov/home/medicare.asp>, letzter Zugriff: 19. Juli 2006.

²⁰⁷ Vgl. ANTONI, Husum, 1997, S. 284.

²⁰⁸ Ebd. S. 288.

Ergebnispräsentation

langfristigen ökonomischen Sicherung des Gesundheitssystems. Sparmaßnahmen sollten nach Goldmann nicht an Versicherte weitergereicht werden, sondern gegen die administrative Doppelarbeit und Verschwendung gerichtet sein. Er setzte sich gegen eine Erhöhung der Eigenbeteiligung ein, weil ärmere Menschen dann nicht mehr zum Arzt gehen würden. Er wandte sich vehement gegen Kürzungen im Bereich der Prävention, weil diese für ihn „die beste Investition in die Gesundheit der Bevölkerung darstellten - also geradezu ein Langzeitprogramm waren“.²⁰⁹

Weiterhin empfahl er den Einsatz von Statistiken in Krankenhäusern, um den Bettenbedarf flexibel anzupassen. Er erkannte, dass kürzere Liegezeiten eine enorme Belastung für Ärzte und Pflegepersonal bedeuteten. In seiner Habilitation betonte er die Bedeutung von Einrichtungen des Gesundheitswesens.

„Mit dieser komplexen gesamtpolitischen Programmatik im Gepäck kam Franz Goldmann 1937 als Emigrant in die USA.“²¹⁰ Goldmann war in den USA einer der ersten, der eine komplexe Analyse des Gesundheitswesens vorgenommen hatte. Er entwickelte daraufhin in seinen zahlreichen Publikationen weitreichende Vorschläge und „setzte auf die Zusammenarbeit der Institutionen und den Abbau von Egoismen der verschiedenen Planungseinheiten“²¹¹. Er führte ein analytisches Konzept sowie präzise wissenschaftliche Maßnahmen ein.

Die Einführung einer Krankenversicherung war für ihn die einzige Möglichkeit, ein steuerbares, staatliches Gesundheitssystem aufzubauen, welches auch in Krisenzeiten Bestand haben würde. „Das wiederholte Scheitern bei der Einrichtung einer allgemeinen und gesetzlichen Pflichtversicherung war für ihn das Sinnbild des Scheiterns von Amerika mit der Pflicht zur sozialen Verantwortung.“²¹²

Goldmann prophezeite dem amerikanischen Gesundheitswesen einen Kollaps, da in einem System der freiwillig Versicherten immer bestimmte Risikogruppen ausgeschlossen sein würden, für die früher oder später der Staat wieder einspringen müsste. Daher erkläre sich auch das amerikanische Paradoxon einer marktwirtschaftlich orientierten Medizin mit hoher Selbstbeteiligung, vielen Unversicherten, kurzen Liegezeiten und einem dennoch viel höheren Kostenaufwand als vergleichsweise in anderen Ländern.²¹³

²⁰⁹ Vgl. ANTONI, Husum, 1997, S. 289.

²¹⁰ Ebd. S. 290.

²¹¹ Ebd. S. 291ff.

²¹² Ebd. S. 292.

²¹³ Ebd. S. 297.

3.5.3 Alfred Korach

3.5.3.1 Biographischer Überblick



Abb.10 Alfred Korach

Alfred Korach wurde am 17. Juli 1893 in Königsberg als Sohn eines jüdischen Kaufmanns geboren. Er studierte von 1911 bis 1919 Medizin und Volkswissenschaft in München, Königsberg und Berlin, mit Schwerpunkten im Bereich der Sozialhygiene. Während des Ersten Weltkriegs arbeitete er als Hilfsarzt in verschiedenen Lazaretten. Er promovierte 1920 und begann im gleichen Jahr mit seiner Arbeit als Assistent am „Untersuchungsamt für ansteckende Krankheiten“ in Berlin-Charlottenburg. Auf seine Initiative entstanden das Städtische Institut zur Bekämpfung der Knochen- und Gelenktuberkulose, die Schulzahnklinik, Säuglingsfürsorgestellen, eine

Eheberatungsstelle, zwei Polikliniken und die Röntgenabteilung im „Hoflandspital“ sowie ein Mütter- und Säuglingsheim.

1921 wurde er wissenschaftlicher Mitarbeiter im preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt. Ein Jahr später stellte ihn das Bezirksamt Prenzlauer Berg als Stadtarzt ein. Im gleichen Jahr veröffentlichte er einen Beitrag zur „Kommunalisierung der Prostituiertenfürsorge“ in Berlin.

Von 1921 bis 1922 besuchte er die Grotjahnschen „Sozialhygienischen Übungen“. Schon sehr früh zeigte Korach ein politisches Interesse. Bereits als Medizinstudent war er Mitglied der SPD. 1921 wurde er Mitglied im „Verein sozialistischer Ärzte“, 1929 Vorsitzender der „Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Ärzte“ und 1931 Mitglied der Berliner Ärztekammer. Von 1930 bis 1933 wirkte er als Mitherausgeber der „Sozialärztlichen Rundschau“.

Am 14. März 1933 wurde er von der SA verhaftet. Man brachte ihn in das Gebäude der Gauleitung der NSDAP in der Hedemannstraße in Berlin und anschließend in das Polizeipräsidium am Alexanderplatz. Vier Tage später wurde er wieder entlassen und nach fünf Tagen erfolgte seine Beurlaubung als Berliner Stadtarzt. Im Juni 1933 wurde die Partei der SPD verboten. Daraufhin wurde Korach ein zweites Mal verhaftet und erst nach zwei Wochen auf Bemühungen seiner späteren Frau Käthe Meyer hin wieder entlassen. Im Juli 1933 floh Alfred Korach mit Käthe Meyer nach England, wo sie heirateten. Im August des selben Jahres wurde er von der Stadt Berlin offiziell entlassen. 1939 wurden Käthe und Alfred Korach vom Deutschen Reich ausgebürgert. Das Sperrkonto, auf das seine Ruhestandsbezüge vom Bezirksamt

Ergebnispräsentation

Prenzlauer Berg eingezahlt worden waren, wurde kurzerhand „zu Gunsten des Deutschen Reichs eingezogen“.²¹⁴ Die weitere Flucht sollte zu einer Odyssee durch verschiedene Länder werden. Nach einem Aufenthalt in England ging Korach nach Paris, war dort eine Zeit lang beschäftigungslos und erhielt 1935 durch die „Notgemeinschaft deutscher Wissenschaftler im Ausland“ eine Stelle als Berater für Kommunale Hygiene in Moskau. Ende 1936 ging es dann weiter nach Stockholm und Mitte 1937 in die USA. Er begann seine Lehrtätigkeit am „Massachusetts Institute“ in Cambridge und wechselte dann 1939 als „Assistant Professor“ für Öffentliches Gesundheitswesen an die Universität von Cincinnati/Ohio. 1939 wurde er amerikanischer Staatsbürger und änderte daraufhin seinen Familiennamen zu George.²¹⁵ Nach seiner Emeritierung im Jahre 1963 siedelte er mit seiner Frau über ins schweizerische Männendorf. Er verstarb dort verwitwet am 4. Juni 1979 in einem Seniorenheim.²¹⁶

3.5.3.2 Ein Lehrkonzept zur Präventivmedizin und zum Public Health

Im Oktober 1942 erschien das „Medical Bulletin“ der University of Cincinnati unter dem Titel „Extra Mural Teaching of Preventive Medicine and Public Health“, in dem Alfred Korach als Herausgeber vermerkt worden ist. Zudem findet sich der Hinweis „Alfred Korach MD, Lecturer in Preventive Medicine, University of Cincinnati, College of Medicine“.²¹⁷ Im Vorwort kritisiert der Mitautor des Werkes, Prof. TJ LeBlanc, den Mangel an medizinischer Ausbildung im Bereich der präventiven Medizin. Die Veröffentlichung des „Extra Mural Teachings of Preventive Medicine“ diene deshalb der Vermittlung von Kenntnissen über soziale und ökonomische Einflussgrößen auf die Gesundheit der Menschen.

„Extra Mural Teaching“ bedeutet in etwa so viel wie: außeruniversitäre Ausbildung. Diese Lehrmethode hat eine lange Tradition. Sie wurde in der Antike auch von Ärzten wie Sokrates,

²¹⁴ Aktives Museum e.V., Ausstellung „Vor die Tür gesetzt, verfolgte Berliner Stadtverordnete 1933 - 1945“ Berlin, 2005.

²¹⁵ Nachruf Prof. Dr. Alfred K. George; M.E. Grenander Department of Special Collections and Archives; University at Albany, State University of New York.

²¹⁶ Mündliche Mitteilung an die Verfasserin durch Herrn Baumann, Zivilstandesamt Männendorf, Mai, 2006.

²¹⁷ “In 1819, Cincinnati College and the **Medical College of Ohio** were founded in Cincinnati upon the suggestion and with the funds of local benefactors such as Dr. Drake and William Lytle of the Lytle family of Cincinnati. In 1870, the City of Cincinnati established the University of Cincinnati, absorbing Cincinnati College and the Medical College of Ohio. University of Cincinnati became a "municipally-sponsored, state-affiliated" institution in 1968. During this time, the University of Cincinnati was the second-oldest and second-largest municipal university in the country. It became one of Ohio's state universities in 1977. UC is distinguished as the birthplace of the co-operative education (co-op) model. The program generally consists of alternating periods of coursework on campus and outside work at a host firm, giving students up to two years of relevant work experience by the time they graduate. The concept was invented at UC in 1906 by Herman Schneider, Dean of the College of Engineering at the time. Today, UC's Professional Practice (Co-op) Program is the largest co-op program at any public institution in the United States.” In: www.ohiohistorycentral.org/entry.php?rec=681 - 21k -; letzter Zugriff 26.05.2006.

Ergebnispräsentation

Platon und Aristoteles verwendet und fand dann eine Renaissance unter Rousseau und Pestalozzi. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts wurde das Verfahren auch in England genutzt und findet seitdem an allen anderen Bildungseinrichtungen, von der Grundschule bis zur Universität, Anwendung. Außeruniversitäre Ausbildung bedeutet „brings the learner into the wholeness of a situation and into contact with all the stimuli which obtain within that situation [...] and it breaks down the insulation of the school as a social agency by dealing directly with some aspect of out-of-school living as an integral part of school experience“.²¹⁸ Feldstudien, Felddemonstrationen, Feldarbeit sollte die Studenten in direkte Berührung mit Dingen, Personen, Strömungen, Beziehungen, Umgebungen, Berufen, Trends etc. bringen.²¹⁹

In den USA war es vor allem der Arzt Milton L. Rosenau²²⁰, welcher als erster Feldstudien im Bereich des Public Health durchführte. Ihm folgten eine Reihe anderer namhafter amerikanischer Wissenschaftler, u.a. auch Charles Winslow, der damalige Chef von Franz Goldmann in Yale.²²¹ Korach unterrichtete in den Jahren 1939 bis 1942 im Schnitt 72 Studenten pro Jahr auf dem Gebiet der Feldforschung. Er wollte den Studenten zeigen, dass die Medizin weitaus komplexer war als die beengte Sichtweise von Diagnose und Behandlung einer Krankheit.

Er verdeutlichte, dass Krankheiten von vielen Faktoren beeinflusst werden. Die Prävention müsse daher in viele Richtungen zielen. Zudem gab es starke Verzweigungen in die Bereiche der Soziologie, Psychologie, Recht und Ökonomie. Soziale und ökonomische Faktoren, Probleme der Epidemiologie und Hygiene, Umwelteinflüsse sowie die verschiedenartigen Einflüsse der Public Health-Maschinerie wurden untersucht. Dieses Programm wurde für High School-Schüler im zweiten Jahr angeboten. Im Plan der Universität von Cincinnati, des College of Medicine, wurden insgesamt 136 reguläre Unterrichtsstunden für diese Schüler abgehalten. Unterrichtet wurden die Bereiche allgemeines Public Health und Präventive Medizin. Die Feldarbeit wurde zusätzlich in der Freizeit durchgeführt.²²²

Zu Beginn des Unterrichts initiierte Korach Exkursionen in die Wasserwerke von Cincinnati, die Besichtigung von Farmen und Plantagen, den Besuch einer Schule für Behinderte und des Sozialamtes von Cincinnati. Diesen Exkursionen schlossen sich Besichtigungen in Slums, Mütterhäusern, Krankenhäusern an. Eine Gruppe wurde in eine Geburtsklinik, auf die

²¹⁸ KORACH, Cincinnati, 1942, S. 3.

²¹⁹ Vgl. KORACH, Cincinnati, 1942, S. 4.

²²⁰ “Few public health issues are more public than food safety, which can involve health officials, farmers, manufacturers, and consumers. Milton J. Rosenau played a crucial role in the long, contentious campaign to make milk supplies pure and safe in the United States. As researcher, health official, and educator, Rosenau put medical science to work in the service of preventive medicine and public health.” In: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4840b1.htm>; letzter Zugriff: 06.06.2006.

²²¹ Vgl. KORACH, Cincinnati, 1943, S.4.

²²² Ebd. S. 10.

Ergebnispräsentation

Kinderstation, in eine TBC-Klinik und ein Krankenhaus für Allgemeinmedizin geschickt. Ein Student begleitete den Distrikt-Arzt sowie die Distrikt-Krankenschwester und besichtigte das Büro für Ernährung und Hygiene in der Stadt. Freiwillig konnten die Studenten entweder ein Kinderheim oder eine Schule für schwer erziehbare Jungen, eine Blindeneinrichtung, eine Schule für Gehörlose oder eine Müllverbrennungsanlage besichtigen.²²³

Das ganze Ausbildungsprogramm Korachs beschreibt eine weitere Anzahl solcher Exkursionen in unterschiedlichste Einrichtungen des öffentlichen und sozialen Lebens. Er teilte diese Exkursionen immer einzelnen Studenten oder Gruppen von Studenten zu. Anhand dieser praktischen Erfahrungen wurden die Bereiche Krankenpflege, Gesundheit der Mütter und Kinder, öffentliche Fürsorge, TBC und allgemeine Krankheiten, Maßnahmen der Behindertenbetreuung, Jugendkriminalität und deren Ursache, Fürsorge für Arme und Mittellose, Hygiene, Umweltmedizin, Arbeitsmedizin, Ernährungslehre, Wohn- und Lebensbedingungen in ihrer Wirkung auf die Gesundheit und letztlich auch die Verwendung von Überlebensstatistiken vermittelt.

Die Reaktionen der Studenten auf diese Exkursionen, vor allem auf die Arbeit der Krankenschwestern, waren durchweg geprägt von Achtung, Anerkennung und Bewunderung.

„It is a evident that the duties of a public health nurse are both multiple and varied. There is only one recommendation to be made-hire! more of them. This is the most important element in a public health program. These people are the workers and the driving force behind any health program“²²⁴, schrieb einer der Studenten enthusiastisch. Die Beschreibungen anderer Studenten sind dieser sehr ähnlich.

Die Exkursionen mit den Sozialarbeitern brachten ähnliche Eindrücke, da die Aufgabenfelder beider Bereiche überlappten. Dennoch wurden die Exkursionen angeboten, weil die Erkenntnisse den Studenten zeigten, wie die Behördenmaschinerie in der öffentlichen Fürsorge arbeitete und wie die Koordination mit den Gesundheitsbehörden funktionierte.²²⁵ Die Besuche in den Gesundheitszentren sollten den Studenten einen Eindruck von der notwendigen Entwicklung einer koordinierenden Stelle vermitteln, das „Health Center“ als ein Instrument zu verstehen, welches eine effektive Kontrolle der sozialen, medizinischen und präventiven Maßnahmen einer Gemeinde darstellte.²²⁶ Diese Art Verknüpfung zwischen „Health Center“ und „Medical School“ existierte bereits in New York und vermittelte den Studenten einen Eindruck von der Funktionsweise der „Health Center“. In Cincinnati hatte man zu dieser Zeit noch nicht einmal

²²³ Vgl. KORACH, Cincinnati, 1943, S. 13ff.

²²⁴ Ebd. S. 32.

²²⁵ Ebd. S. 33.

²²⁶ Ebd. S. 34.

Ergebnispräsentation

annähernd diese Verquickung von Theorie und Praxis erreicht, wie sie bis dahin in New York existierte. Über die Erfahrung im Health Center schrieb einer der Studenten: „The Municipal Health Centre seems a very fine organization. The only desirable things be[!] more funds and a larger building.“²²⁷

Die Besichtigung der Slums sollte den Studenten den Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen und Zielen der präventiven Medizin vermitteln. Korach sah darin eine hervorragende Möglichkeit für die Ausbildung in präventiver Medizin und ihren hygienischen, epidemiologischen und sozialen Aspekten.²²⁸

Er veröffentlichte über diese Erfahrungen im Studentenunterricht seinen Beitrag „What Medical Student thinking about Slum Condition“. Die Berichte der Medizinstudenten spiegeln die Betroffenheit und die daraus folgende Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit und Lebensbedingungen wider. Zudem begriffen sie, wie wichtig diese praktische Konfrontation war. Einer schrieb: „The slum tour itself was important in bringing us face-to-face with conditions which actually exist. It does not harm anyone to see the facts as they exist, and the seeing is more important and more enlightening than the hearing.“²²⁹

Zudem entwickelten die Studenten im Slum sozialpolitische Gedanken: „The homes in the slum are all pictorial pleas for the same thing-better housing. The slums must be cleared if public health is to be more than as a phrase.“²³⁰

Die Gruppe der Studenten in den Mütterhäusern besichtigte die unterschiedlichen Abteilungen des Hauses und hielt eine Abschlussdiskussion mit dem Leiter der Einrichtung. Eine Studentin berichtete: „It seems to me that perhaps one of the biggest problems of maternity homes is to educate society not to look upon the unmarried pregnant woman as an outcast but rather to look upon these woman as sick people who need expert medical care, attention, understanding and sympathy.“²³¹

Die Besuche in den Einrichtungen für Behinderte dienten laut Korach dem Ziel, den jungen Medizinstudenten eine möglichst direkte Erfahrung der Lebensumstände, der Mentalität Behinderter, deren Umfeld, der Ausstattung ihrer Klassenräume sowie mit all den Dingen zu vermitteln, die ihr Leben beeinflussten. Zu dieser Zeit existierten in Cincinnati Einrichtungen für Blinde, Gehörlose und körperlich behinderte Menschen. Sie konnten dort wohnen, lernen und arbeiten. Zudem verfügten die Einrichtungen über medizinisch-diagnostische Möglichkeiten wie

²²⁷ Vgl. KORACH, Cincinnati, 1943, S. 36.

²²⁸ Ebd. S. 37.

²²⁹ Ebd. S. 38.

²³⁰ Ebd. S. 40.

²³¹ Ebd. S. 42.

Ergebnispräsentation

die Audiometrie. Es gab eine Abteilung für Physiotherapie an der „Condon School“ für Körperbehinderte, ein Lippenlese-Trainingszentrum an der „Cincinnati Oral School“ für Gehörlose etc.²³² Studenten schrieben dazu: „I was pleasantly surprised on this trip. What I expected to be a nightmare of horrible sounds supposed to be English words turned out to be greatest display of unlimited patience and tolerance I have ever seen.“ „The Condon School is an excellent example of what can be done in the public school system for physically handicapped children. The school work seemed to me of the most modern type. The school is the most progressive one I have ever seen. This pupils seemed to take such pride in showing their work. The placing of responsibilities on young childrens trains them early for the jobs they will be taking later in life. Everyone of the pupils was of a cheerful disposition and seemed entirely unconscious of their handicap“.²³³ Der Besuch von Heimen für schwererziehbare Jugendliche sollte den Studenten Wissen über die Führung von Jugendlichen, über Grundzüge des Jugendrechts und über die öffentliche Meinung zum Thema vermitteln. Zudem sollten die Studenten die Bedingungen in Gefängnissen und Erziehungsheimen als Teil der Maßnahmen des Public Health verstehen. Ein Richter hatte sich bereit erklärt, die Erfahrungen in diesen Einrichtungen mit den Studenten zu besprechen. Diese schrieben über ihre Erfahrungen u.a.: „A visit session of the Court of Domestic Relations presided over by Judge Hoffman proved to be most worthwhile. During the course of a morning we viewed a cross section of social problems that could never be found in a text of sociology or mental hygiene.“ Oder: „If the new and more enlightened method of dealing with behaviour problems from the humane and scientific approach is as successful as it appears, what is needed is bigger and better guidance home, more of them, better trained medical and social workers, more money directed into the right channels- and fewer large-scale detention homes, reformatories, work farms and industrial schools.“²³⁴ Der Besuch im „International Business Machines Corporation“ ermöglichte den Studenten einen Einblick in das statistische Lochkartensystem, einem vorcomputerähnlichen System zur Verwaltung großer Datenmengen. Sie konnten die Datenaufnahme, Verarbeitung und die graphische Auswertung bei der Erstellung von „vital statistics“ kennen lernen. Die Besuche in kleinen Gemeinden dienten vor allem der Darstellung der ländlichen Bedingungen, dem Studium der Wasserver- und entsorgung, der Milchaufbereitung und der allgemeinen Wohnverhältnisse. Zum Ende des akademischen Jahres schrieben alle Studenten ihre Erfahrungen während der Exkursionen nieder und führten Diskussionen zum Thema. Sie arbeiteten spezielle

²³² Vgl. KORACH, Cincinnati, 1943, S. 44.

²³³ Ebd. S. 48ff.

²³⁴ KORACH, Cincinnati, 1943, S. 52.

Ergebnispräsentation

Fragestellungen und deren Lösungsansätze heraus. Unter dem Motto „Education is not pouring knowledge into minds; is not erudition. A person is not truly educated unless knowledge influences his doing well as his thinking. In so far as learning alters and directs behaviour it is education“ von Ralph Waldo Emerson²³⁵ wurde dieser Kurs mit angehenden Medizinern der University of Cincinnati durchgeführt. Die Auswertung der Resümees der Studenten erlaubte eine inhaltliche Gruppierung. Zum Ende des Kurses schrieben Studenten u.a.: „Extra Mural work in preventive medicine is one of the most important sources for thought and study we have encountered to-date“ oder: „It brings home to the student all of those things which he has learned in the lecture room or in text book in a way that he will never forget them.“²³⁶ Die Studenten des Kurses von Alfred Korach verfassten zum Ende des akademischen Jahres eine Liste mit Schlussfolgerungen ihrer Eindrücke, ergänzt um jeweils eine kurze Erläuterung der Einzelpunkte.

1. The great problem of preventive medicine: the environment,
2. picturing the ways of living,
3. an eye-opener,
4. a wedge against disease,
5. vital information,
6. extra-mural work has added one of the „missing links“ in the student education,
7. a process of broadening,
8. a concise statement,
9. another fact added to the students personality,
10. a lesson he will not soon forget,
11. to prevent the divine whisper of the future,
12. an opportunity to gain a comprehensive view,
13. the sociological aspect of medicine,
14. the stimulus provided by the Department of preventive medicine,
15. the best possible result of extra-mural instruction in preventive medicine and public health.²³⁷

Im zweiten Kapitel seines Berichts bietet Korach in einer Sammlung von Zitaten großer Sozialwissenschaftler wie Henry E. Siegrist den Meinungsstand der Befürworter der Etablierung des Public Health ins Unterrichtssystem an. Zur Planung des außeruniversitären Unterrichts für

²³⁵ Amerikanischer Philosoph und Schriftsteller, lebte von 1803 bis 1882.

²³⁶ KORACH, Cincinnati, 1943, S. 66.

²³⁷ Vgl. ebd. S. 74.

Ergebnispräsentation

Medizinstudenten empfiehlt Alfred Korach die enge Kooperation von Agenturen und Behörden bei der Anleitung der Studenten. Die entsprechenden Behörden und Agenturen sollten deshalb unbedingt genauestens in die Ziele des Programms eingewiesen werden. Es sollte klar sein, dass es nicht nur um eine Darlegung der medizinischen Belange geht, sondern auch um das Verständnis für die sozialen, ökonomischen und psychologischen Aspekte des Public Health. Ärzte in Kliniken müssten angewiesen werden, den Studenten im Public Health Kurs eher die Funktion des Systems zu erklären als die Aspekte der klinischen Medizin. Die Anleitung der Studenten sollte von erfahrenen Personen übernommen werden, weil die Studenten von ihnen am meisten profitieren könnten. Des Weiteren empfiehlt er eine Kooperation der Institutionen, damit Überlappungen so gut wie möglich vermieden werden könnten. Die Betreuung sollte so erfolgen, dass alle Phasen der außeruniversitären Ausbildung verstanden würden. In der Organisation der Ausbildung sei auch zu berücksichtigen, dass die Studenten durch ihre oft notwendigen Nebentätigkeiten nicht massiv behindert würden.²³⁸

In weiteren Abschnitten seines Werkes gibt Alfred Korach Empfehlungen für die Organisation von Praktika und präsentiert ein vollständiges Unterrichtsprogramm mit genauer Auflistung der zu vermittelnden Unterrichtsinhalte und deren organisatorischer Umsetzung.²³⁹

Korach fasst zum Ende seines Werkes noch einmal die Aufgabenbereiche des Public Health zusammen und bezieht sich dabei auf eine bereits veröffentlichte Schrift, die von ihren Verfassern nur vom Standpunkt der Verwaltung aus formuliert worden sei. Er empfiehlt die Unterpunkte dieser Liste auch als geeignete Inhalte eines Public Health-Unterrichts für Medizinstudenten. Dazu gehören Lebensstatistiken, Kontrolle von Infektionskrankheiten, TBC-Kontrolle, Kontrolle von Zivilisationskrankheiten, mütterliche Hygiene, Hygiene der Kinder, Schulgesundheitservice, Industriehygiene, Arbeitsmedizin, Wasserver- und entsorgung, Kontrolle sanitärer und häuslicher Einrichtungen, Müllentsorgung, Milch-Sterilisation, Ernährungs- und Medikamentenüberwachung, Tumor-Kontrolle u.a.²⁴⁰

Zu den Feldstudien sollte es auch Lesungen zum Thema geben. Diese Lesungen könnten vor oder nach der praktischen Studie angeboten werden. Institutionen, in welchen Besucher eigentlich nicht willkommen sind, sollten eher von kleinen Gruppen und unter Anleitung eines Führers der entsprechenden Institution besucht werden. In manchen Fällen wäre die Organisation kleiner Konferenzen sinnvoll, welche in der Praxis unter Anleitung abgehalten werden könnten.

²³⁸ Vgl. KORACH, Cincinnati, 1943, S. 103.

²³⁹ Ebd. S. 106-118.

²⁴⁰ Ebd. S. 120.

Ergebnispräsentation

Die Integration von außeruniversitären Anleitungen und Seminaren erschien Korach als „sehr vielversprechend“.²⁴¹

Korach griff am Ende seines Werkes die Vorschläge seines einstigen Kollegen Franz Goldmann aus dessen Buch „Medical Care in Modern Society“ auf. Goldmann empfiehlt darin zehn verschiedene Exkursionen in medizinische administrative Einrichtungen, welche den Studenten einen Einblick in die Möglichkeiten des Managements von speziellen Krankheiten z.B. TBC vermitteln sollten, sowie Einblicke in die geschäftliche Verwaltung von Gesundheitseinrichtungen, deren Kooperation untereinander etc. Korach empfiehlt die Integration einiger Vorschläge Goldmanns in die außeruniversitäre Ausbildung mit der Möglichkeit, Prozesse der Verwaltung kennen zu lernen.²⁴²

In seinen abschließenden Worten lässt Korach die großen amerikanischen Mediziner seiner Zeit zu Wort kommen, um mit ihren Worten noch einmal die Bedeutung des Unterrichts in Public Health zu verdeutlichen.²⁴³ Er schließt seinen Bericht zur außeruniversitären Ausbildung mit einem Zitat des österreichischen Arztes und Sozialdemokraten Julius Tander: „Medicine must be, not learned but lived by the students.“²⁴⁴

3.5.3.3 Die Bedeutung Korachs für das Public Health

Alfred Korach veröffentlichte seinen Bericht über den außeruniversitären Unterricht in Public Health 1943, zu einer Zeit, in der es unzählige Bemühungen auf diesem Gebiet gab.²⁴⁵ Sein ehemaliger Kollege Franz Goldmann hatte ebenso ein Unterrichtskonzept im Fach entwickelt und genau wie Korach die Bedeutung der Feldforschung und der praktischen Ausbildung betont.²⁴⁶

Es ist wenig bekannt über das generelle Wirken von Alfred Korach an der Universität in Cincinnati. Immerhin hat er dort 23 Jahre lang als Professor im Bereich der präventiven Medizin gelehrt, auch wenn das Archiv der Universität heute keinen Korach oder George, wie sich Korach nach Annahme der amerikanischen Staatsbürgerschaft nannte, kennen will.²⁴⁷

Sein Bericht „Extral Mural Teaching of Preventive Medicine and Public Health“ beschreibt eine gelungene Umsetzung vieler theoretischer Forderungen, die von namhaften amerikanischen

²⁴¹ Vgl. KORACH, Cincinnati, 1943, S. 122.

²⁴² Ebd. S. 128.

²⁴³ Ebd. S. 130ff.

²⁴⁴ Ebd. S. 134.

²⁴⁵ Ebd. S. 139.

²⁴⁶ Vgl. ANTONI, Husum, 1997, S. 293 ff.

²⁴⁷ Vgl. schriftliche Mitteilung an die Verfasserin, Archiv der University of Cincinnati, Mai 2006.

Ergebnispräsentation

Wissenschaftlern dieser Zeit gestellt worden sind. Korach führt in der Darlegung des aktuellen Meinungsbildes vor allem amerikanische Forscher auf.²⁴⁸

Auch wenn wir seinen Standpunkt, seine Rückbetrachtung zum Einfluss der deutschen Sozialmediziner in den USA heute kaum noch nachvollziehen können, so verdeutlicht doch die Verwendung seiner Quellen, dass ein Unterrichtssystem zur präventiven Medizin eben nicht durch die deutsche Sozialmedizin begründet wurde, sondern dass sich das Konzept aus der inneren Notwendigkeit als Summe der Entwicklungen auf dem Gebiet der Gesundheitswirtschaft als eine Frucht der Zeit in den USA begründet hat.

Inwiefern Alfred Korach seinen Unterricht in dieser Art der Feldstudien fortsetzen konnte, bleibt noch zu klären.

3.5.4 Miron Kantorowicz

3.5.4.1 Biographischer Überblick



Abb.11 Miron Kantorowicz

Miron Kantorowicz wurde am 18. Juli 1895 als Sohn des Kaufmanns und Fabrikbesitzers Kiwa Kantorowicz und dessen Ehefrau Sarah in Minsk geboren. Er besuchte dort das Gymnasium und absolvierte 1915 das Abitur. Er studierte anschließend an der Universität Petrograd und ab 1917 in Moskau Jura und emigrierte nach der Oktoberrevolution²⁴⁹ im Jahre 1917 nach Berlin.

Dort war er als polizeilich Staatenloser gemeldet und besuchte zunächst als Gasthörer Vorlesungen an der Philosophischen Fakultät.

Ab 1920 war Kantorowicz an der Berliner Universität immatrikuliert.

Er nahm bis 1923 an Vorlesungen in Ökonomie, Geschichte und Philosophie teil. 1930 folgte die Promotion an der Berliner Philosophischen Fakultät unter dem Thema „Die Tuberkulosesterblichkeit und ihre sozialen Ursachen.“

²⁴⁸ Vgl. KORACH, Cincinnati, 1943, S. 130-134.

²⁴⁹ „Unter **Oktoberrevolution** versteht man die Machtübernahme der russischen kommunistischen Bolschewiki im Jahre 1917 gegen die aus der Februarrevolution hervorgegangene Übergangsregierung der sozialdemokratischen Menschewiki unter Kerenski. Die Machtübernahme bildete den Ausgangspunkt auf dem Weg Russlands zum Versuch einen sozialistischen Staat (RSFSR/Sowjetunion) aufzubauen. Die Oktoberrevolution war keine klassische Revolution im eigentlichen Sinn, da sie nicht direkt vom Volk ausging, weshalb man eher von einer politischen Revolution spricht.“ In: <http://de.org./Oktoberrevolution>, letzter Zugriff: 30.05.2006.

Ergebnispräsentation

Er interessierte sich bereits während seiner Studienzzeit an der Philosophischen Fakultät für die Sozialpolitik und Bevölkerungsstatistik. Deshalb immatrikulierte er sich nach Absolvierung aller Pflichtvorlesungen im Fach Philosophie im Jahre 1923 für das Fach Medizin.

Er wollte sozialhygienische Probleme besser verstehen und besuchte daher auch 1921 erstmals die „Sozialhygienischen Übungen“ von Alfred Grotjahn. Im Sommersemester 1924 referierte er dort über das „Heimstättenwesen“.

Seine schwierige Lage als staatenloser Flüchtling in Deutschland verhinderte den Aufbau einer ökonomischen Basis. Daher konnte er sein Studium der Medizin nicht mehr beenden und wurde 1928 wegen Nichtteilnahme an Vorlesungen exmatrikuliert.²⁵⁰ Von 1929 bis 1933 arbeitete er als Bibliothekar von Alfred Grotjahn und war damit dessen einziger hauptberuflicher Mitarbeiter.²⁵¹ Grotjahn hätte nach Gründung seines Lehrstuhls im Jahre 1920 dringend einen Bibliothekar gebraucht, doch, wie bereits angeführt, sollte er die Mittel dazu erst 1929 auf Initiative von Benno Chajes, der seinen Einfluss als preußischer Landtagsabgeordneter geltend machte, erhalten. Die Mittel zur Vergütung des Bibliothekars mussten zunächst jedes Jahr neu beantragt werden. Erst 1931 erfolgte eine Mittelbewilligung für die Dauer von drei Jahren.²⁵² Das gezahlte Gehalt in Höhe von 162 RM pro Monat war auch für damalige Verhältnisse sehr bescheiden. Die Bereitschaft, für dieses Geld zu arbeiten, erforderte besondere Gründe, „wie Sicherung der Existenz, Begeisterung für die Sozialhygiene oder Verehrung für Grotjahn. All dies traf für den am 1. Oktober 1929 eingestellten Bibliothekar Kantorowicz zu“.²⁵³

Er war einer der großen Verehrer Grotjahns und brachte seine Bewunderung und Dankbarkeit in einem Schreiben zum 60. Geburtstag von Grotjahn zum Ausdruck: „Ich möchte es mir bei dieser Gelegenheit nicht versagen, endlich einmal auszusprechen, wie Sie mir vor acht Jahren durch ihre psychologische Einfühlungsgabe geholfen haben. Damals bin ich, lediglich einer persönlichen Eingebung folgend, zum ersten Male zu Ihnen gekommen. Durch ihr weitgehendes Entgegenkommen zu einem Referat ermutigt, zu dem mir einfach jede Vorraussetzung fehlte, ließ mich die hierauf folgende unvermeidliche Blamage so verzweifeln, dass ich meine Beschäftigung mit der Sozialen Hygiene aufgeben wollte. Sie empfingen mich aber am nächsten Tag mit den Worten: ‚Es war gestern sehr interessant‘. Meine zweifelnde Frage, ob es Zweck hätte, dass ich in der Sozialen Hygiene weiterarbeitete[!], beantworteten Sie kurz und entschieden positiv. Diesen Vorgang kann ich so wenig vergessen, wie ihre[!] ganze Einstellung

²⁵⁰ Vgl. TUTZKE, Berlin, 1972, S. 506.

²⁵¹ Schriftliche Mitteilung an die Verfasserin, Arlene Shaner, librarian, New York Academy of Medicine, historical collection.

²⁵² Vgl. TUTZKE, Berlin, 1972, S. 506.

²⁵³ Ebd.

Ergebnispräsentation

zu mir und meinem Studium. Meine sich allmählich bessernde schüchterne Natur und die Unmöglichkeit, mich auf das Studium völlig zu konzentrieren, waren oft so bedrückend für mich, daß ich es zum großen Teil Ihrem pädagogischen und menschlichen Instinkt zu verdanken hatte, in der Arbeit geblieben zu sein. Hiermit will ich in Ihrer Person einem Menschen und Lehrer huldigen.“²⁵⁴

Nach dem Tode Grotjahns hielt Kantorowicz in den „Sozialhygienischen Übungen“ einen Vortrag über dessen wissenschaftliches Werk und verfasste einige Artikel, in denen er die Theorien seines Lehrers darlegte.²⁵⁵

Nach Übernahme des sozialhygienischen Lehrstuhls durch Benno Chajes und später Franz Schütz wurde Kantorowicz im Sommer 1933 entlassen. Bis 1934 verblieb er in Berlin und recherchierte über Biometrie, Anthropologie und Eugenik, versuchte dabei aber im Ausland eine Anstellung zu finden. Verschiedene Wissenschaftler hatten diese Suche unterstützt. Der Professor für Sozialhygiene, Julius Hirsch, welcher im Jahre 1934 einen Lehrstuhl für Hygiene in Istanbul annahm, versuchte dort eine Abteilung für Sozialhygiene unter Leitung von Kantorowicz zu initiieren. Leider standen in Istanbul dafür keine Mittel bereit. Ebenso hatte sich Martin Hahn, ehemaliger Direktor des Berliner Hygiene-Instituts, bei einem Mitglied der Hygienesektion des Völkerbundes für Kantorowicz eingesetzt. Ihm wurde eine Beschäftigung bei der Organisation des Gesundheitsschutzes in China in Aussicht gestellt. In dieser Zeit erhielt Kantorowicz ein Stipendium bei der „Jewish Health Organization of Great Britain“ und wanderte noch 1934 nach England aus.²⁵⁶ Dort wurde er als Statistiker bei der Durchführung einer großen demographischen Studie eingesetzt. Die Ergebnisse dieser Studien veröffentlichte er in drei Artikeln. Nebenbei besuchte er Kurse über Epidemiologie und Statistik an der „London School für Hygiene and Tropical Medicine“. Mit dem Absolvieren dieser Kurse wurden ihm einige Nebentätigkeiten angeboten, z.B. die Vorbereitung von Studenten im Fach Statistik sowie die Übersetzung eines russischen Buches über Statistik in die englische Sprache. Er fand jedoch in England keine Möglichkeit, sich weiter sozialhygienisch zu betätigen, und siedelte deshalb 1938 in die USA über.²⁵⁷

Er versuchte dort zunächst erfolglos irgendeine Anstellung zur Finanzierung seiner Lebensbedürfnisse zu finden. 1940 wurde er dann als „Research Fellow“ im Bereich „Biostatistics“ von der „Milbank Memorial Foundation“ eingesetzt. Er sollte dort eine statistische Analyse von methodisch unterschiedlichen Laboruntersuchungen über die

²⁵⁴ Vgl. TUTZKE, Berlin, 1972, S. 506.

²⁵⁵ Ebd.

²⁵⁶ Ebd. S. 507-508.

²⁵⁷ Ebd.

Ergebnispräsentation

Ernährungslage von Schulkindern in einem New Yorker Ghetto vornehmen.²⁵⁸ Ein Teil der Analyse wurde im Jahre 1942 veröffentlicht.

Die „Milbank Memorial Foundation“ gründete sich 1905 auf Initiative von Elisabeth Milbank Anderson mit dem Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, und befasst sich seitdem mit der Erstellung von Richtlinien und Empfehlungen im Bereich der Gesundheit auf der Basis wissenschaftlicher, statistisch belegter Forschung zu bestimmten Sachverhalten. Die Ergebnisse dieser Nachforschungen erscheinen vierteljährlich in Berichten, Artikeln und Büchern. Primär geht es dabei um eine unparteiische Forschungsarbeit, deren Ergebnisse einzig der Verbesserung der Gesundheit dienen sollen, ohne dabei irgendeinen Interessenverband zu übervorteilen.²⁵⁹

Anderson hatte 1905 vier Ziele der Foundation formuliert:

1. Ausbau präventiver Sozialmaßnahmen für arme Menschen,
2. Verhütung von Armutskrankheiten,
3. Förderung der Kooperation öffentlicher Behörden,
4. Aufwendung finanzieller Mittel für die Forschung.

Der erste Präsident der Foundation, John A. Kingsbury, ergänzte 1921, der Found würde sich dafür einsetzen, die öffentliche Fürsorge zu verbessern und theoretisches Wissen auf Basis von Erfahrungen und wissenschaftlicher Forschung zu praktisch anwendbaren Maßnahmen umzusetzen.²⁶⁰

In den dreißiger und vierziger Jahren waren eine Vielzahl an Forschungsprojekten in Arbeit. Deutsche Wissenschaftler konnten hier recht gut vorübergehend eine Anstellung finden. Miron Kantorowicz arbeitete bis 1942 für die Foundation und wechselte anschließend an die „American University“ in Washington. Er arbeitete dort unter Leitung des Demographen Frank Lorimer, den er seit 1939 persönlich kannte. Lorimer veröffentlichte 1946 seinen umfassenden Bericht zur Geschichte der Bevölkerung der Sowjetunion.²⁶¹

Während der Zeit zwischen der Beendigung seiner Arbeit an der „American University“ und dem Beginn seiner Arbeit als „Research Analyst“ am „Dept. of State“ veröffentlichte

²⁵⁸ Vgl. TUTZKE, Berlin, 1972, S. 508.

²⁵⁹ Vgl. <http://www.milbank.org/>; letzter Zugriff: 19.07.2006.

²⁶⁰ FOX, New York, 2005, S. 6.

²⁶¹ LORIMER, FRANK: The population of the Soviet Union: History and Prospects. Geneva, League of Nations, 1946. "(= Series of League of Nations Publications, II. Economic and financial 1946. II. A. 3.) Original publisher's green cloth with gilt lettering (no dustwrapper). xiv, 289, (5 advertisements) pp. 4to. With extensive bibliography (512 entries) and index. Includes 76 demographical tables, 27 appendix tables, 31 figures and 22 plates (socio-geographical/demographical maps). Demographical study concerned with the dynamics of population growth (based on the last census of 1926 with an attempt to include data on the consequences of the years of warfare) and the ethnic and economic background and economic evolution of the Soviet union." In: <http://demoscope.ru/weekly/2006/0267/yubb01.php>; letzter Zugriff: 01.09.2006.

Ergebnispräsentation

Kantorowicz den Artikel „Russia’s growing population“ für die „American Academy of Political and Social Science“.

1945 erlangte er die amerikanische Staatsbürgerschaft und änderte seine Namen zu Gordon. Auch die Schreibweise seines Vornamens hatte sich von Miron zu Myron verändert.²⁶²

Von 1945 bis 1946 arbeitete er als „chief poulation and manpower sect. Dept. State“, von 1946 bis 1954 als „head of the Slavic and Balkan Unit“ an der Abteilung für Präventivmedizin des „Office Surgeon Generale des U.S. Dept. Army“ und ab 1954 als Leiter der „East European Section, Med.. Information und Intel. Div.“²⁶³ Er blieb bis 1963 im Dienst der Armee und ging anschließend in den Ruhestand.²⁶⁴

Kantorowicz war Mitglied der „American Statistical Association“, der „American Social Association“ und der „American Public Health Association“.²⁶⁵

3.5.4.2 Ein Osteuropa-Experte

Kantorowicz verfasste in seiner Funktion als Leiter der „East European Section“ des „Office of the Surgeon General U.S. Army“ einen Artikel mit dem Titel „Standard of living and Public Health in the USSR“. Die Publikation stammt aus dem Jahre 1955.

Er beginnt diesen Beitrag mit einleitenden Worten zur Bedeutung von Todesstatistiken bei der Einschätzung der Lebensbedingungen in einer Gesellschaft. Es zeigt sich, dass hochentwickelte Länder eine niedrigere Mortalität haben als unterentwickelte Staaten. Diese Statistiken sind aber nicht geeignet, um eine generelle pauschale Aussage zwischen Lebensstandard und Mortalität zu machen, da Seuchen, Kriege oder Katastrophen ebenso Einfluss nehmen würden wie Besonderheiten von Kulturen mit z.B. niedrigeren Lebensbedingungen bei einer dennoch guten Gesundheit der Kinder. Kantorowicz bezieht sich in seiner Einschätzung der Verhältnisse in Russland auf einen der wenigen Berichte eines russischen Wissenschaftlers, der 1953 eine Mortalitätsstatistik anfertigte, in der die Sterblichkeit in Russland niedriger war als in den USA, Frankreich oder England. Dieser russische Wissenschaftler Mikoyan kommentierte seine Statistik mit einem: „Improvement of Health and prolongation of life in our country is the best indication of improvement in the standard of living of the Soviet populace.“²⁶⁶

Vor der Revolution wäre die Lebenserwartung in Russland ähnlich schlecht gewesen wie in England oder den USA, doch seitdem sei die Gesundheitsvorsorge sehr viel besser geworden,

²⁶² Vgl. U.S. Dept. of Homeland Security, Washington, Myron Gordon, März 2006.

²⁶³ Vgl. American Man of Science, New York, 1956.

²⁶⁴ Vgl. Biographical Directory of the American Public Health Association, New York, 1979.

²⁶⁵ Ebd.

²⁶⁶ GORDON, New York, 1955, S. 3.

Ergebnispräsentation

außerdem der Lebensstandard gestiegen und damit auch die Lebenserwartung.²⁶⁷ Kantorowicz resümierte bei diesen Worten, dass der russische Wissenschaftler wohl gelogen hätte.²⁶⁸

Es sei schließlich allgemein bekannt, dass die Russen große Probleme bei der Versorgung ihrer Bevölkerung mit Lebensmitteln hätten, dass die Wohnhäuser überfüllt seien und einen enormen Mangel an hygienischen Einrichtungen aufweisen würden. Die Erklärung des Wissenschaftlers sei, laut Kantorowicz, nur auf Druck der dortigen Behörden zustande gekommen. Er hätte die Fehler der Regierung reinwaschen wollen. Mit Statistiken könne man schließlich alles behaupten, so Kantorowicz. Es sei allerdings, trotz dieser Lügen, tatsächlich zu einer Senkung der Mortalität gekommen, wenn man die Statistiken der Hunger- und Kriegsjahre heranzieht, in denen natürlich überproportional viele Menschen gestorben seien.²⁶⁹

Den Russen sei es klar, schreibt Kantorowicz, dass eine Veränderung der Lebensbedingungen notwendig sei, um eine Schwächung der militärischen und ökonomischen Kraft zu verhindern. Deshalb sei in der UdSSR auch ein Präventivprogramm erarbeitet worden. In der entsprechenden Erklärung verpflichtet sich die Regierung zur gesundheitlichen Betreuung ihrer Bürger in allen Staaten der Sowjetunion. Die Maßnahmen des Public Health erfolgen demzufolge nach einem klaren Plan. Die medizinische Versorgung ist frei, die Maßnahmen enthalten präventive und therapeutische Anteile; alle Möglichkeiten der modernen Medizin stehen zur Verfügung und es erfolgte bewusst der Einsatz von Laien im Bereich des Public Health.²⁷⁰ Die Maßnahmen im Bereich des Public Health unterliegen nach Kantorowicz einem demokratischen Zentralismus.²⁷¹ Dieses System bedinge ein unüberwindbares Netzwerk an bürokratischen Instanzen. Auf dem Papier existieren wohl eine Reihe sehr sinnvoller Maßnahmen, doch die Praxis sähe ganz anders aus. Ein englischer Arzt, welcher Russland besucht hatte und sich durchweg beeindruckt von der fachlichen Kompetenz seiner russischen Kollegen zeigte, äußerte nach seinem Besuch: „If I were going very ill I should feel safer here (in London) than in Russia [...]. But when my life

²⁶⁷ Minutes of the fourth session of the meeting of the Supreme Soviet of the USSR 20-27 April 1954.

²⁶⁸ GORDON, New York, 1955, S. 3.

²⁶⁹ Vgl. ebd. S. 5.

²⁷⁰ Ebd. S. 6.

²⁷¹ Der demokratische Zentralismus bezeichnet ein Organisations- und Führungsprinzip, das von Lenin umfassend beschrieben wurde und dadurch die Grundlage der Herrschaftssysteme der realsozialistischen Staaten wurde. Hauptpunkt des Demokratischen Zentralismus ist, dass Staat und Partei hierarchisch-zentralistisch aufgebaut sind, worin jede Entscheidung einer Parteiinstanz von der nächsthöheren bestätigt werden muss. Dieses Prinzip wurde geschichtlich verbunden mit einer starken Disziplinierung nachgeordneter Stellen, die an Entscheidungen höherer Instanzen streng gebunden waren, wodurch sich der demokratische Zentralismus im Regelfall zu einem autokratischen Zentralismus entwickelte. In: www.mdr.de/damals-in-der-ddr/lexikon/1802213.html - 34k -; letzter Zugriff: 26.04.2006.

Ergebnispräsentation

depends on some modern technique, under laboratory control, the practice of Moscow is still behind the practice in London.’²⁷²

Die Russen hätten weniger das Problem einer finanziellen Auseinandersetzung in verschiedenen Interessensverbänden. Es gäbe vielmehr keine privaten Praxen und Kliniken und die präventive sowie die kurative Medizin würden in einer Person zur Anwendung gebracht.

Die Ausarbeitungen im Bereich des Public Health in Russland seien im Großen und Ganzen angelehnt an die Arbeit des deutschen Arztes Johann Peter Frank.²⁷³ Seine Empfehlungen besäßen bis heute Gültigkeit und seien, nach Kantorowicz, besonders für Gesellschaften geeignet, in denen Politik, Ökonomie und die Lebensbedingungen unterentwickelt sind.²⁷⁴ Trotz bestehender Instanzen zur Durchsetzung von Maßnahmen des Public Health seien die Zustände in Russland schlecht, da das System zu unbeweglich und bürokratisch sei. Lediglich in der Verhinderung großer Epidemien seien einige Erfolge zu verzeichnen, weil es eine große Anzahl von Freiwilligen gäbe, welche sich um die frühe Entdeckung von Erkrankten verdient machen würden. Durch die anschließende Isolation der Betroffenen könne man effektiv dem Auftreten von Epidemien entgegenwirken.²⁷⁵ Tatsächlich sei es seit längerem nicht mehr zu einem Ausbruch von großen Epidemien gekommen.

Derzeit gäbe es etwa 300.000 Ärzte in Russland, das bedeutete, dass ein Arzt für 700 Menschen zuständig sei. Ein großer Teil der ländlichen Bevölkerung hätte keinen Zugang zur medizinischen Versorgung und wäre von irgendwelchen „Feldschern“²⁷⁶ abhängig. Der Zustand

²⁷² GORDON, New York, 1954, S. 9.

²⁷³ Johann Peter Frank war das jüngste von 13 Kindern eines Gemischtwarenhändlers. Er studierte 1761 Philosophie in Metz, entschied sich aber 1763 dazu, Medizin in Heidelberg und Straßburg zu studieren. Er promovierte 1766 zum Doktor der Medizin in Heidelberg. Nach einer Tätigkeit als Landarzt in Rodalben und Bitsch wurde Frank Leibarzt des Fürstbischofs von Speyer. 1779 veröffentlicht Frank den ersten von sechs Bänden seines Hauptwerkes „System einer vollständigen medicinischen Polizey“. Nachdem Frank 1784 eine Professur in Göttingen antrat, wurde er 1785 Professor in Pavia und „Generaldirektor des Medizinalwesens in der österreichischen Lombardei“. Als Professor am Wiener Allgemeinen Krankenhaus beginnt Frank ab 1795 mit der grundlegenden Modernisierung des Institutes. 1807 bis 1808 schließlich wird Frank Leibarzt des russischen Zaren Alexander I. am Hof in Sankt Petersburg. Frank stirbt 1821 in Wien. Dr. Johann Peter Frank gilt Pionier auf dem Gebiet der Sozialmedizin. Sein sechsbändiges Hauptwerk „System einer vollständigen medicinischen Polizey“. Sein Eintreten für eine bessere Ausbildung von Ärzten, Schwestern und Hebammen, eine bessere Finanzierung des Gesundheitswesens und sein Eintreten für ein verpflichtendes Medizinstudium der Wiener Chirurgen machten aus Frank einen als unbequem geltenden Zeitgenossen. Frank trat für eine grundlegende Verbesserung der Hygiene in öffentlichen Gebäuden, mehr Licht in Krankensälen, Grünanlagen in Städten, Sport und Gymnastik in Schulen und Pausen in den Arbeitszeiten ein. Er scheute sich auch nicht, dies den Herrschern, für die er tätig war, deutlich zu machen. Alexander von Humboldt sagte über ihn: „Ich gestehe, daß selten ein Mann solchen Eindruck auf mich gemacht hat.“ Die Auffassung, der diese auch als erster hausärztlich behandelte. In: www.aeiou.at/aeiou.encyclopf/f635983.htm - 13k -; letzter Zugriff: 25.04.2006.

²⁷⁴ MYRON, New York, 1955, S. 10.

²⁷⁵ Ebd. S. 12.

²⁷⁶ Ebd. S. 16.

Ergebnispräsentation

des Gesundheitssystems in Russland sei daher nur ein „Potjomkinsches Dorf“.²⁷⁷ Die medizinische Unterversorgung sei auch durch das Überwiegen von Ärztinnen bedingt, welche am Tag kaum mehr als sechs Stunden arbeiten würden, weil sie zu Hause ihre Kinder zu versorgen hätten. Zudem sei der russische Arzt „a bureaucrat, he thinks of the quota (the famous ‚norm‘) he has to fulfill and too much sympathy for his patients may cost him his head.“²⁷⁸ Kantorowicz schließt den Bericht mit einer Analyse der politischen Bedingungen und der Propagandapolitik. Er endet mit einem Zitat eines deutsch-amerikanischen Ökonomen zu den Zuständen in Russland: „The people have to suffer and to save in order to accumulate the capital“²⁷⁹ und schließt: „da ist kein Ende dieses Trends in Sicht“.²⁸⁰

3.5.4.3 Kantorowicz und Grotjahn

Kantorowicz zählte zu den glühenden Verehrern Grotjahns. Wie aus seinem Brief - der bereits wiedergegeben wurde - ersichtlich ist, hat er Grotjahn bewundert und verehrt. Sein einstiger Lehrer hatte ihn in seiner Biographie als den „Treuesten der Treuen“²⁸¹ bezeichnet. Daher mag es nicht verwundern, dass er dessen Lebenswerk studierte und über ihn referierte.²⁸²

Zu den wenigen hinterlassenen schriftlichen Werken von Kantorowicz zählt somit auch ein Artikel aus dem Jahre 1931, „Die Begründung der Sozialen Hygiene als Wissenschaft“, in dem er das Lebenswerk Grotjahns hervorhebt. Er führt in dieser Darlegung einen Vergleich zwischen dem Nationalökonom, Philosophen und Arzt Franz Oppenheimer²⁸³ und Grotjahn an. 1975 fügte er unter dem Namen Myron Kantorowicz Gordon einen umfassenden Nachtrag an. Zu diesem Zeitpunkt befand er sich mit fast 80 Jahren in einem Alter, in dem man auf sein Leben zurückblickt.

²⁷⁷ Als potjomkinsches Dorf (bekannt auch in der Schreibweise potemkinsches Dorf) wird etwas bezeichnet, das fein herausgeputzt wird, um den eigentlichen, verheerenden Zustand zu verbergen. Oberflächlich wirkt es ausgearbeitet und beeindruckend, es fehlt ihm aber an Substanz. In: <http://www.studentenpilot.de/studieninhalte/onlinelexikon/po/Potemkinsches%20Dorf/>; letzter Zugriff: 09.09.2006.

²⁷⁸ GORDON, New York, 1955, S. 16.

²⁷⁹ Vgl. ebd. S. 19.

²⁸⁰ Ebd. S. 19.

²⁸¹ GROTJAHN, Berlin, 1932, S. 253.

²⁸² TUTZKE, Berlin, 1972, S. 505-509.

²⁸³ „Franz Oppenheimer, geboren am 30.03.1864 in Berlin, 1881-1885 Studium der Medizin in Freiburg und Berlin, 1886-1895, praktischer Arzt in Berlin und gleichzeitig, ab 1890 Beschäftigung mit sozialpolitischen Problemen und der wissenschaftlichen Sozialökonomie. Anschließend publizistische Tätigkeit als Chefredakteur, 1909-1917 Privatdozent in Berlin, ab 1917 Titularprofessor in Berlin, 1919-1929 ordentlicher Professor für Soziologie und theoretische Nationalökonomie in Frankfurt am Main, (die erste ordentliche Soziologie-Professur Deutschlands!), 1934-1935 Lehrtätigkeit in Palästina, 1936 Ehrenmitglied der Amerikanischen Gesellschaft für Soziologie, 1938 Lehrtätigkeit an der Universität von Kobe, Japan anschließend Emigration nach Los Angeles, USA, 1942 Gründungsmitherausgeber des American Journal of Economics and Sociology, verstorben am 30.09.1943 in Los Angeles.“ In: <http://www.franz-oppenheimer.de/>; letzter Zugriff: 26.08.2006.

Ergebnispräsentation

Er konstatiert, dass 70 Jahre nach dem Erscheinen von Grotjahns berühmter „Sozialer Pathologie“ dieses Werk nicht an Aktualität verloren hätte. Hunderte von Definitionen über Sozialhygiene und Sozialmedizin seien formuliert worden. Fast alle hätten dabei ignoriert, dass die Sozialmedizin einen deskriptiven²⁸⁴ Teil enthält, „dessen Vernachlässigung die Wissenschaft der Sozialhygiene bzw. der Sozialmedizin funktionslos machen würde“.²⁸⁵

Kantorowicz merkt an, dass die Sozialwissenschaften immer noch zu wenig in der medizinischen Forschung anerkannt würden, und führt dies auf das Desinteresse der meisten Naturwissenschaftler an der Sozialwissenschaft als solche zurück. Auch Grotjahn hätte zu wenig spezifische Methoden der Sozialhygiene gelehrt und sich bei seiner Reise nach England zu schlecht auf die wirtschaftliche und soziale Lage in England vorbereitet. Außerdem, so resümiert Kantorowicz, werde das Gebiet der Medizinischen Geographie²⁸⁶ immer noch zu sehr von den Sozialmedizinern vernachlässigt. Dafür machte er die „westliche Orientierung“²⁸⁷ der Forscher verantwortlich, die dazu geführt habe, dass der sachliche Zusammenhang zwischen geographischen Phänomenen und Medizin in „der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts noch nicht konkret genug empfunden wurde“²⁸⁸.

Kantorowicz appelliert an eine verstärkte Symbiose von Natur- und Sozialwissenschaft und führt als gelungenes Beispiel hierfür die soziale Biologie an, eine Wissenschaft, welche den Zusammenhang zwischen Umweltfaktoren und Genetik untersucht. Grotjahn hätte in diesem Zusammenhang eine falsche Gewichtung vorgenommen, indem er der Bevölkerungsbewegung in seiner „Entartungslehre“ zu viel Bedeutung beigemessen hätte. Er hätte darin den Geburtenrückgang für die genetische Entartung verantwortlich gemacht, da dieser einen Zustrom

²⁸⁴ „Deskriptiv (von lat. *describere*, beschreiben, umschreiben) bezeichnet einen beschreibenden bzw. abbildenden Text oder Standpunkt, der den Anspruch einer wertfreien Betrachtung erhebt. Beim wissenschaftlichen Arbeiten wird besonders zwischen normativen und deskriptiven Betrachtungen unterschieden, um intersubjektiv nachvollziehbare Grundlagen zu entwickeln, beispielsweise in der Betrachtung politischer Systeme. Beispiele für Deskription sind u. a. empirische Erhebungen, die dazu dienen, Aussagen über den gegenwärtigen Zustand der Gesellschaft zu machen (Arbeitslosenzahl) aber auch Analysen menschlichen Verhaltens im Rahmen der Soziologie, Psychologie oder Philosophie. Normative Aussagen wären dahingegen solche, die einen Soll-Zustand beschreiben, etwa Mindestlöhne oder das „ideale“ Verhalten von Menschen.“ In: www.schriftdeutsch.de/orth-li1.htm - 6k -, letzter Zugriff: 09.05.2006.

²⁸⁵ GORDON, Nachtrag, New York, 1975.

²⁸⁶ „Der Teilbereich der Medizinischen Geographie wird durch die Beziehungen der beiden Fächer Geographie und Medizin bestimmt und durch Forschungen begründet, die sich an der Schnittstelle der beiden Disziplinen bewegen. Bis zur Mitte dieses Jahrhunderts begrenzte sich die Anwendung der Geographie im medizinischen Bereich auf die Erfassung der räumlichen Ausbreitung von Krankheiten und ihrer kartographischen Darstellung. Anhand dessen konnten räumliche Verbreitungsmuster erkannt und Ursachenforschung betrieben werden. In jüngster Zeit widmet sich die Medizinische Geographie auch der Lösung sozialer, ökonomischer, politischer und kultureller Gesundheitsprobleme wie z.B. der Zugänglichkeit, Verteilung und Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung.“ In: <http://www.geographie.uni-muenchen.de/geomed/deutsch/GEOMED3.htm>; letzter Zugriff: 26.05.2006.

²⁸⁷ GORDON, New York 1975, S. 273.

²⁸⁸ Ebd.

Ergebnispräsentation

von kulturell unterentwickelten Arbeitern aus dem Osten bedingt hätte. Diese Einschätzung, so Kantorowicz, sei „höchst übertrieben“.²⁸⁹ Grotjahn hätte in seinen Notizen den Untergang der Sozialhygiene vorausgesehen.

Kantorowicz fasst in seinem Rückblick auf das Ende des „Sozialhygienischen Seminars“ zusammen: „Die Sozialhygiene ist also an Unterernährung und an Opposition von außen und von innen und nicht an hohem Alter gestorben. Die Sozialhygiene ist nach dem Zweiten Weltkrieg zur Zeit der sprunghaften sozialen, wirtschaftlichen und technologischen Entwicklung wiedergeboren worden, aber unter einem anderen Titel [...]. Soziale Medizin kann Sozialhygiene nicht genau widerspiegeln; die heutige Sozialmedizin entwickelt sich in Zeiten der Kybernetik²⁹⁰. Dies ermöglicht es dem Forscher, die Kompliziertheit der Phänomene der Umweltfaktoren leichter zu entdecken und ihre wechselseitigen Beziehungen besser zu interpretieren, als es früheren Generationen von Sozialhygienikern vergönnt war.“²⁹¹

3.5.4.4 Kantorowicz und sein Einfluss im amerikanischen Public Health

Miron Kantorowicz erreichte die USA als ein ausgebildeter Philosoph mit einem breit gefächerten Wissen in den Bereichen Geschichte, Ökonomie, Medizin und Sozialhygiene sowie mit einem besonderen Interesse für bevölkerungsstatistische Belange. Er konnte sein Wissen im Bereich der Statistik in seiner Tätigkeit als „Research Fellow“ am „Milbank Memorial Found“ in New York anwenden, wo er u.a. eine statistische Analyse von methodisch unterschiedlich durchgeführten Laboruntersuchungen zur Feststellung der Ernährungssituation von Kindern in einem Armenviertel von New York vornahm. Spätere Tätigkeiten, wie die Arbeit an der „American University“ in Washington oder seine Laufbahn am „Office Surgeon General U.S. Army“, scheinen mehr mit seiner Person als Russe, als mehrsprachiger und breit gefächert gebildeter Wissenschaftler verknüpft zu sein, als mit der Tatsache, dass er einst der Bibliothekar Grotjahns war. Auch wenn in wissenschaftlichen Kreisen die Arbeit von Alfred Grotjahn bekannt war, so hatten doch amerikanische Wissenschaftler selbst an den Konzepten zur Lösung ihrer Probleme gearbeitet. Kantorowicz war sowohl geisteswissenschaftlich wie auch medizinisch und ökonomisch vorgebildet und damit prädestiniert für die Übernahme administrativer Aufgaben, wie er sie als Leiter verschiedener Abteilungen innehatte. So wirkte er von 1945 als Leiter der Slavic/Balkan-Unit und bis 1963 als Leiter der „East European Sect.“ im

²⁸⁹ GORDON, New York 1975, S. 275.

²⁹⁰ „Die Kybernetik ist die Wissenschaft von der Struktur komplexer Systeme, insbesondere der Kommunikation und Steuerung einer Rückkopplung bzw. eines Regelkreises.“ In: www.biokinematik.de/Wissensbasis/Kinematik%20Brockhaus.html - 10k -; letzter Zugriff: 15.05.2006.

²⁹¹ GORDON, New York 1975, S. 278-279.

Ergebnispräsentation

„Office Surgeon General der U.S. Army“. In beiden Positionen konnte er neben seiner breit angelegten Bildung wohl auch sein Wissen über die Verhältnisse in Osteuropa sowie seine russischen Sprachkenntnisse einsetzen. Seine Veröffentlichung „Standard of Living and Public Health in the USSR“ aus dem Jahre 1955 bestätigt diese Rolle als Experte aus Osteuropa mit einem fundierten Wissen zu allen Aspekten des Public Health. Seine Mitgliedschaft in großen amerikanischen Organisationen im Bereich der Gesundheitsfürsorge wie der „American Association of Public Health“ zeigt wohl auch seine Einbettung in den entsprechenden wissenschaftlichen Kreis. Es scheint aber so, dass sein Beitrag darin nicht der eines Erneuerers, sondern der eines besonderen Rädchens im großen Getriebe war. Kantorowicz hinterließ fast keine Publikationen und auch sonst finden sich kaum noch Spuren seines Wirkens in den Bibliotheken oder Archiven der USA. Das Werk Grotjahns blieb bis zuletzt eines seiner großen Interessensgebiete, wie der Nachtrag aus dem Jahre 1975 zeigt. Seine Auseinandersetzung mit ihm, in deutscher Sprache verfasst, schien aber mehr nach Deutschland gerichtet zu sein. Es steht wohl außer Frage, dass er sein epidemiologisches Rüstzeug während seiner Studienzeit in Deutschland und durch seine Tätigkeit als Bibliothekar Grotjahns erworben hatte. Das Werkzeug brachte er dann aus Deutschland mit, eingesetzt hat er es vor allem für das „Office Surgeon Generale U.S. Army“, offenbar jedoch nicht um etwas Neues entstehen zu lassen, sondern um im System quasi „Wartungsarbeiten“ auszuführen.

3.5.5 George Wolff

3.5.5.1 Biographischer Überblick



Abb.12 George Wolff

George Wolff wurde am 9. April 1886 in Sangershausen als Sohn des jüdischen Kaufmanns Julius Wolff und seiner Frau Laura Wolff, geb. Loewenstein, geboren.²⁹²

Nach einer allgemeinen Schullaufbahn erlernte er von 1901 bis 1905 den Beruf des Kaufmanns im Bereich der chemischen Industrie. 1906 absolvierte er auf dem zweiten Bildungsweg das Abitur. Er begann 1906 mit dem Medizinstudium in Berlin und schloss es 1911 mit der Approbation ab. Im gleichen Jahr folgte seine Promotion und der Beginn seiner ärztlichen Laufbahn zunächst als Assistent an den Berliner Kinderkliniken sowie am Virchow-Klinikum in Berlin.

²⁹² Vgl. Geburtsurkunde George Wolff.

Ergebnispräsentation

Nebenbei wirkte er auch als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Robert-Koch-Institut. 1914 meldete er sich zum Heeresdienst und war als Truppenarzt und Leiter eines Fleckfieber-Laboratoriums in Rumänien im Einsatz.²⁹³ In den Jahren 1913 bis 1923 arbeitete er am Hygiene-Institut des Hauptgesundheitsamtes der Stadt Berlin und anschließend als Stadtschularzt in Berlin-Prenzlauer Berg. Zwischen 1920 und 1924 besuchte er die „Sozialhygienischen Übungen“ von Alfred Grotjahn und habilitierte unter dessen Supervision im Jahre 1930. Zwischen 1927 und 1933 war er der Leiter der Abteilung Medizinalstatistik des Hauptgesundheitsamtes der Stadt Berlin. Am 7. April 1933 entzog ihm das Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung wegen §4 des Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums aus rassistischen Gründen die Lehrbefugnis.²⁹⁴

1937 emigrierte er in die USA und begann dort mit einer Lehr- und Forschungstätigkeit an der Johns Hopkins University in Baltimore im Bereich des Public Health. Die „Milbank Memorial Foundation“ hatte diese Tätigkeit mit einem Stipendium unterstützt. Ab 1941 wirkte er an der „Division of Public Health Methods“ in Hagerstown am „National Institute of Health“, NIH in Washington. Ab 1943 arbeitete er an der „Carnegie Institution“, in der Abteilung für Genforschung in Cold Springs Harbor, Long Island in New York. Ab 1944 war er auch gelegentlich für das „U.S. Children’s Bureau“ an der Abteilung für Statistische Forschung und als „Research Fellow“ des amerikanischen Arbeitsministeriums des Pentagon im „Aviation Bureau“ beschäftigt.²⁹⁵ Von 1949 bis 1952 war Wolff für die „Medical Intelligence Branch of the Army Surgeon General’s Office“ tätig. Im September des Jahres 1952 war er Leiter der Abteilung für Biometrie der „Medical Division, Civil Aeronautics Administration, CAA.“

Er starb am 16. September des gleichen Jahres an einer Herzattacke im Universitätskrankenhaus in Washington. Er hinterließ seine Frau Ida Wolff und seine Kinder Peter und Renate Wolff.²⁹⁶

3.5.5.2 Untersuchungen zu Ursachen der Kindersterblichkeit

Das „U.S. Children’s Bureau“ registrierte 1941 einen erfreulichen Rückgang der Kindersterblichkeit durch Infektionskrankheiten wie der Tuberkulose und fühlte sich nun verpflichtet, an der Beseitigung weiterer Ursachen zu arbeiten. Zu diesem Zeitpunkt wurde Georg Wolff mit einer Studie zur weiteren Mortalitätsforschung bei Kindern beauftragt. Zu dieser Zeit galten Unfälle als die häufigste Todesursache bei Kindern. Jedes Jahr würden 20.000

²⁹³ CD-Rom SCHAGEN, SCHLEIERMACHER, Berlin, 2005.

²⁹⁴ Archiv der HU Berlin.

²⁹⁵ CD-Rom SCHAGEN, UDO; SCHLEIERMACHER, SABINE; Berlin, 2005.

²⁹⁶ Nachruf „George Wolff, CAA Medical Officer, Dies“, The Washington Post, pg. 22, Washington, 17. September 1952.

Ergebnispräsentation

Kinder daran sterben. Wolff untersuchte diesen Zusammenhang unter Berücksichtigung weiterer Faktoren wie dem Alter, der Rassenzugehörigkeit, dem Geschlecht und der Art des Unfalls. Auf Basis der Erkenntnisse der physiologischen, psychologischen und sozialen Unterschiede der untersuchten Gruppen formulierte er entsprechende Empfehlungen zur Unfallverhütung. Das „U.S. Children’s Bureau“ hatte dazu in den Jahren 1939 bis 1941 umfangreiches, statistisches Material gesammelt, welches Wolff zur Auswertung heranziehen konnte. Untersucht wurden Kinder in den Altersgruppen 1-4, 5-9, 10-14, 15-19. Die niedrigste Mortalität zeigte sich bei 5-9-jährigen Jungen und bei 10-14-jährigen Mädchen. Wolff stellte fest, dass die höchste Mortalität bei Kleinkindern in der ersten Altersgruppe zu finden war und dass sie proportional mit dem Alter bis zum Erreichen der Adoleszenz abnahm.

Eine häufige Ursache bei Kleinkindern wäre Erstickten aufgrund von aspirierten Gegenständen. Andere Ursachen, wie Geburtsverletzungen, Durchfälle und kongeniale Störungen stellten statistisch ebenso oft Todesursachen in dieser Altersgruppe dar.²⁹⁷

Während der Jugendzeit würde der erneute Anstieg der Mortalität durch Motorradunfälle, Ertrinken, Verbrennungen und Schussverletzungen bedingt sein. In diesem Lebenszeitraum starben jedoch mehr weiße Jugendliche bei Motorradunfällen als nichtweiße. Dagegen würden Weiße in allen Altersgruppen seltener an Schussverletzungen und an Lebensmittelvergiftungen sterben. Die Geschlechtsunterschiede bei der Unfallmortalität fanden sich vor allem in der Art des Unfalls. So starben mehr Jungen an Motorradunfällen, Schussverletzungen etc. und mehr Mädchen an Verbrennungen. Bei anderen Unfallursachen wie z.B. den Lebensmittelvergiftungen konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden.

Wolff empfahl zur Unfallverhütung vor allem die gezielte Prävention durch Aufklärung.²⁹⁸

3.5.5.3 Untersuchungen zu Ursachen der mütterlichen und kindlichen Mortalität

George Wolff führte zum Thema mütterliche und kindliche Mortalität in den Jahren 1944 und 1945 für das „U.S. Children’s Bureau“ zwei umfangreiche Analysen durch und veröffentlichte seine Ergebnisse im „Bulletins in the U.S. Children’s Bureau Statistical Series“.

Ihm standen wieder umfassende Daten des „U.S. Children’s Bureau“ zur Verfügung. Es ging in dieser Studie um eine Trendanalyse sowie um Ursachenforschung zur kindlichen und mütterlichen Mortalität in den USA.

Seit Beginn des Krieges kam es in fast allen Staaten der USA zu einem Geburtenrückgang. Dabei lag die Geburtenrate in der nichtweißen Bevölkerungsgruppe um 10-20% höher.

²⁹⁷ WOLFF; Washington, 1941, S. 22.

²⁹⁸ Ebd. S. 24.

Ergebnispräsentation

Insgesamt gab es daher einen deutlichen Trend zur Entbindung in Kliniken. Positiv ausgewirkt hätte sich dabei das „Emergency Maternity and Infant Care Program“ (EMIC) unter welchem von Januar 1944 bis Dezember 1946 über 90% der insgesamt 925.000 Kinder entbunden worden sind. Die Entbindung in der Klinik sei mit einem deutlichen Rückgang der Mortalität von Müttern und Kindern verbunden gewesen.²⁹⁹

Besonders beeindruckende Statistiken ergaben die Vergleiche über längere Zeiträume. So wurden 1935 nur 39,6% der Kinder in Kliniken entbunden, 1946 waren es bereits 87,1%.³⁰⁰

Dabei zeigten sich große Unterschiede zwischen den Rassen. Es würden deutlich mehr weiße Mütter in Kliniken entbinden als nichtweiße. Ebenso fiel ein großer Unterschied zwischen einzelnen Bundesstaaten auf. So gibt es einige, in denen 90% der Kinder in Kliniken geboren wurden, in anderen waren es nicht einmal 50%.³⁰¹

Generell sei es zwischen 1944 und 1946 zu einem deutlichen Rückgang der mütterlichen Mortalität gekommen. Starben 1944 noch ca. 23 von 10.000 Frauen, so waren es 1946 mit ca. 16 Verstorbenen deutlich weniger Todesfälle. Dieser Rückgang zeigte sich in der weißen Bevölkerung stärker als in der nichtweißen.³⁰² Auch hier sind deutliche Unterschiede in der Verteilung erkennbar. So starben z.B. nur ca. zehn von 10.000 Frauen in Wyoming, während in Mississippi 38 Frauen verstarben.³⁰³ In Bezug auf das Alter war ein deutlicher Anstieg der Mortalität bei Kindern zwischen zehn und 14 Jahren sowie in der Gruppe der über 30-jährigen zu verzeichnen. Die höchste Rate lag bei Frauen im Alter von 45 Jahren. Die Ursachen der Mortalität waren mit 35,3% das Kindbettfieber. 30,5% starben an Blutungen, Traumen oder am Schock und 24,8% an einer Blutvergiftung. Ein großer Teil der Mütter starb während oder nach der Entbindung. Häufige Ursachen waren hier der Gestationsdiabetes und die ektope Schwangerschaft.³⁰⁴

Zwischen 1933 und 1946 ist es zu einem deutlichen Rückgang der Kindersterblichkeit gekommen. In dieser Zeit sank die Rate, bezogen auf 1.000 Neugeborene, von 58,1 auf 33,8%. Die Rate weißer Neugeborener sank dabei von 52,3 auf 31,8% und die der nichtweißen von 91,3 auf 46%. Die Ursache der Kindersterblichkeit waren Erbdefekte, Infektionen wie Pneumonie und Influenza, Diarrhöe, Unfälle etc.³⁰⁵

²⁹⁹ WOLFF, Washington, 1946, S. 6.

³⁰⁰ Ebd. S. 8.

³⁰¹ Ebd. S. 10.

³⁰² Ebd. S. 24.

³⁰³ Ebd. S. 12.

³⁰⁴ Ebd. S. 14.

³⁰⁵ Vgl. ebd. S. 23.

Ergebnispräsentation

Die höchste Kindersterblichkeit sei in den Bergstaaten zu verzeichnen, die niedrigste in den mittelatlantischen.³⁰⁶

Die Unterschiede in der Mortalität in Abhängigkeit von der Rasse und Region zeigen einen immer noch bestehenden Mangel an medizinischer Versorgung an. Von 20.000 Kindern, die 1946 gestorben seien, wären die meisten noch am Leben, wenn sie in New Jersey, Utah oder Oregon zur Welt gekommen wären. Daher sollte zum Erhalt der vitalen Ressourcen eine flächendeckende medizinische Versorgung für alle Frauen und Kinder aufgebaut werden.³⁰⁷

3.5.5.4 Auswirkungen von rheumatischem Fieber und Herzerkrankungen

Diese umfangreiche Arbeit von George Wolff unter dem Titel „Childhood Mortality from Rheumatic Fever and Heart Diseases, A Statistical-Epidemiological Investigation into Differential Mortality by Age, Race, and Sex in the United States“ untersucht anhand statistischer Daten die Mortalität von Kindern, die an rheumatischem Fieber und Herzerkrankungen litten. Einbezogen wurden Daten von 1939 bis 1941.

Anhand umfangreicher Darstellungen und Erläuterungen fasst Wolff zusammen, dass zwischen 1939 und 1941 von allen Todesfällen der unter 20-jährigen ca. 15% der Kinder an Herzerkrankungen und 3% der Kinder an den Folgen des akuten rheumatischen Fiebers gestorben sind. In Bezug auf die Altersgruppe der unter Fünfjährigen hatten die meisten Herzerkrankungen keine rheumatische Ursache und bei einigen der Kinder, die älter als fünf waren, lag ebenso eine andere Ursache für die Herzerkrankung zugrunde. Die Mortalität war zudem in der weißen Bevölkerung höher als in der nichtweißen. In dieser Gruppe ist die Tuberkulose bei Mädchen im gebärfähigen Alter hauptverantwortlich für den Tod. Die ungleiche Verteilung scheint ein klares Indiz dafür zu sein, dass die soziale Komponente eine deutliche Rolle bei der Behandlung der Krankheiten spielt. Tendenziell sei es in den Jahren von 1919 bis 1944 zu einem Rückgang der Mortalität durch rheumatisches Fieber und Herzerkrankungen gekommen. Diese Tendenz zeigte sich für bei der weißen Bevölkerung ausgeprägter. In früheren Jahren, zwischen 1919 bis 1921, hätten nichtweiße Kinder noch eine niedrigere Mortalität gezeigt als weiße. Diese Situation hat sich zum Zeitpunkt der Untersuchung dramatisch verändert. Besonders betroffen sei für beide Rassen die Gruppe der unter Fünfjährigen. Dort sei es mit steigendem Alter zu einem Anstieg der Mortalität durch rheumatisches Fieber und Herzerkrankungen gekommen. Nichtweiße Kinder würden gegenüber den weißen eine höhere Mortalität zeigen. Diese Tendenz zeigt sich auch bei anderen Erkrankungen wie Tuberkulose

³⁰⁶ WOLFF, Washington, 1946, S. 24.

³⁰⁷ Ebd. S. 26.

Ergebnispräsentation

oder Malaria. Der ausgeprägte Unterschied verdeutlicht den Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Bedingungen und Gesundheit oder Krankheit.

In Bezug auf das Geschlecht sei in allen Staaten eine erhöhte Mortalität von nichtweißen Mädchen gegenüber nichtweißen Jungen aufgefallen. Für weiße Kinder war dieses Verhältnis umgedreht. Geographisch fiel in südlichen Regionen sowie in pazifischen Staaten eine deutlich niedrigere Mortalität als in den mittelatlantischen Staaten auf. Insgesamt sollten diese festgestellten Unterschiede, so Wolff, die lokalen Behörden in bestimmten Staaten zu entsprechenden Maßnahmen veranlassen.³⁰⁸

3.5.5.5 Ein Rückblick zu Grotjahn

Dieser Beitrag unter dem Titel „The Social Pathology as a Medical Science“ von George Wolff wurde erst nach seinem Tode im Dezember 1952 veröffentlicht. Er beinhaltet eine Diskussion zum Thema „Soziale Pathologie als eine medizinische Wissenschaft“, einem Konzept, welches laut Wolff gerade intensiv in England und in den USA diskutiert werde. In Frankreich und Deutschland wäre diese Debatte schon vorher geführt worden.

Soziale Pathologie definiert Wolff folgendermaßen: „The relation between disease and social conditions is the content of social pathology; its method is necessarily a sociological description of this relationship which, for simplicity' sake, is mostly based on a statistical analysis of the quantitative findings. Its goal is the generalization of hygienic culture among all members of the community and their descendents through medical care, health education, protective legislation, and other means of social policy.“³⁰⁹ Wolff beschreibt des Weiteren die unterschiedlichen Ansätze in der Betrachtung der Kausalitäten von Krankheiten. Die Sozialmedizin fügt zu labortechnischen und klinischen Möglichkeiten noch die Betrachtung des Berufsstandes, des Einkommens, der Wohnverhältnisse, der Ernährung, der Familiengröße und weitere soziologische Aspekte hinzu. Für einen Kliniker sei es ein Fall, mit dem er umzugehen habe, für den Sozialpathologen ist es die Gruppe.³¹⁰

Die komplexe Natur der Soziologie und Sozialpathologie wird auch deutlich, wenn man das Auftreten von Krankheiten in verschiedenen Gruppen einer Gesellschaft untersuchen würde. Die Beobachtung von großen Gruppen wäre typisch für jegliche Art von sozialpathologischen

³⁰⁸ Vgl. WOLFF, Washington, 1945, S. 23-27.

³⁰⁹ Vgl. ebd. S. 1576.

³¹⁰ Ebd.

Ergebnispräsentation

Studien. Deshalb wäre die Epidemiologie zur Beschreibung und statistischen Analyse von häufigen Krankheiten die geeignete Methode der Sozialpathologie.³¹¹

Im Abschnitt „Soziale Pathologie, präventive Medizin und Public Health“ fordert Wolff die Integration von präventiver Medizin und Sozialmedizin in die akademische Ausbildung der Studenten. Es muss erkannt werden, dass die sozialen Komponenten den Zustand von Gesundheit und Krankheit mitbestimmen. Der Sozialfaktor springt vor allem bei Krankheiten wie TBC, chronisch rheumatischem Fieber und Rachitis mehr ins Auge als bei Tumoren, Diabetes oder Psoriasis. Die statistischen und soziologischen Möglichkeiten zur Beurteilung von Krankheiten wären einerseits geeignet, um eine klare Aussage zu treffen, und laufen andererseits auch Gefahr zur Formulierung vager Floskeln.³¹²

Die Aussage des berühmten amerikanischen Pioniers auf dem Gebiet des Public Health, Charles Winslow, dass Public Health in der Anfangszeit nur eine technische Wissenschaft war, die jetzt durch die Integration der Sozialmedizin zu einer medizinischen Wissenschaft gewachsen sei, versteht Wolff als ein gutes Beispiel der historischen Entwicklung auf diesem Gebiet. Er zieht die Theorien von Franz Goldmann heran, welcher die sozialen Verwicklungen der Public Health-Verwaltung und -Arbeit sehr deutlich beschrieben habe. Die Entwicklung von Gesundheitszentren, welche den kompletten Service der medizinischen Versorgung übernehmen würden, versteht Wolff als eines der großen Ziele der Sozialmedizin.

Seit dem „Peckham-Experiment“³¹³ wäre die Idee von Gesundheitszentren tonangebend im Bereich der Sozialmedizin. In New York hätte es ein ähnliches Experiment zweier

³¹¹ Vgl. WOLFF, Washington, 1952, S. 1576

³¹² Ebd.

³¹³ “The Peckham Experiment took place in 1935 after rising public concern over the health of the working class and an increasing interest in preventative social medicine. George Williamson and Innes Pearse, a husband and wife team, opened the Pioneer Health Centre in a deprived working class area - Peckham, south east London. Their aim was to conduct an experiment into the effect of environment on health. The Centre was a purpose built Modern building, often quoted as an early example of how new architectural techniques could help further bold new social experiments. Williamson and Pearse recruited 950 local families to be part of 'The Peckham Experiment'. Paying one shilling (5 pence) a week, they had access to a range of activities such as physical exercise, swimming, games and workshops. Members underwent a medical examination once a year, and they were monitored throughout the year as they participated in the Centre's events. The Pioneer Centre was designed by Sir Owen Williams and moved away from the idea of traditional lines dominating medical buildings. Williams created a large open space using the latest structural techniques allowing the Centre's doctors to properly observe the members. At the middle of the Centre a large swimming pool was covered by a glazed roof, which, along with large areas of windows, allowed natural light in to the building. These windows could be fully opened to circulate fresh air into the building. The cork floors allowed people to move about barefoot. The Centre closed in 1950 due to a lack of funding and a change in emphasis away from experimental treatment within the new National Health Service. In the 1990's the remaining buildings were converted into housing. The Peckham Experiment is referred to in the classic science fiction novel *Macroscopic* by Piers Anthony, wherein an extension of the Peckham Experiment techniques are used to raise a group of children to far-above-average intelligence, resulting in one transcendental genius.”

In: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=789192&dopt=Abstract -; letzter Zugriff: 27.06.2006.

Ergebnispräsentation

Wissenschaftler gegeben, die einen Gesundheitservice für eine größere Gruppe von Familien angeboten hatten, als es beim „Peckham-Experiment“ der Fall gewesen ist. Die Autoren dieses Experiments hätten die Überfälligkeit zur Integration von experimentellen Methoden in der Sozialmedizin betont. Wolff bekräftigt die Anwendung aller möglichen Verfahren, nämlich Beobachtungen, statistische Analyse, retro- und prospektive Studien einerseits und das Experiment auf der anderen Seite.³¹⁴

In der Entwicklung des Public Health beschreibt Wolff drei große Phasen:

1. die Umwelthygiene, Wasserver- und -entsorgung, Entwicklung von Wohnungen und Sanitäranlagen, Ernährungskontrolle, Unfallverhütung und den Bildungsausbau,
2. die Epidemiekontrolle,
3. die Zeit der Entwicklung des Public Health als Wissenschaft.³¹⁵

Er postuliert „public health work has acquired the characteristics of a social science based on a theory of its own in the borderland between social and medical science. This is the conception of social pathology in the strict medical sense, including social etiology[!] as well as social therapy, which may be summarized in one term as ‚social medicine‘.“³¹⁶

Die Zuordnung der Krankheiten in Bezug zu deren soziologischen Ursachen ist ein weiterer zu untersuchender Bereich. Krankheiten - wie die TBC - wären ein Paradebeispiel für den Zusammenhang zwischen sozialen Bedingungen und der Krankheit. In anderen Fällen, wie z.B. der Diabetes oder Tumoren, können diese Zusammenhänge nicht so einfach dargestellt werden und müssten, je nach Kenntnisstand, einzeln untersucht werden.³¹⁷ Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Mortalität einer Krankheit und sozio-ökonomischen Faktoren wurden über viele Jahre die Ergebnisse einer englischen Studie herangezogen, in der in fünf sozialen Schichten der Bevölkerung die Mortalität bestimmter Krankheiten untersucht worden ist.

Eine große Studie in den USA sei der „National Health Survey“ von 1935/36 gewesen. Heute wären in den USA vor allem die Daten des „National Office of Vital Statistics“ die fundamentale Basis in der Arbeit von Sozialpathologen. Dennoch, so Wolff, würde es in der englischsprachigen Welt bis dahin keine systematische Präsentation von sozialpathologischen Faktoren und deren kritischer Interpretation und Erforschung geben.³¹⁸ Dieses System von Sozialmedizin würde Krankheiten und deren soziale und erbliche Faktoren einzeln überprüfen.

³¹⁴ Vgl. WOLFF, Washington, 1952, S. 1579.

³¹⁵ Ebd.

³¹⁶ Ebd.

³¹⁷ Vgl. ebd. S. 1579.

³¹⁸ Ebd.

Ergebnispräsentation

Zu Beginn des Jahrhunderts hätte es dieses Verfahren bereits in Deutschland unter Leitung von Alfred Grotjahn gegeben, der als erster ein „Handbuch der Sozialen Pathologie“ verfasst hat. Das Ziel der Sozialmedizin wäre, so Wolff, „to achieve a generalization of hygienic culture“³¹⁹ in der modernen Gesellschaft.

Wolff appelliert daher in seinen abschließenden Worten: „The investigation into the social etiology of disease, which is the essence of social medicine, is a necessity in any industrialized economy of our age, be it capitalism and free enterprise, or socialism and planned economy [...]. The social pathologist and medical statistician as well as the medical planner and administrator must have not only a good knowledge of basic medical and social facts, of statistics and their limitations, he must also have a ‚keen interest in humanity‘.“³²⁰

3.5.5.6 George Wolffs Einfluss auf die Public Health-Entwicklung in den USA

Wie bereits in der Kurzbiographie erwähnt, fand Georg Wolff durch ein Stipendium der „Milbank Memorial Foundation“ relativ schnell einen Zugang zum wissenschaftlichen Betrieb auf dem Gebiet der Prävention in den USA. Er konnte noch im gleichen Jahr seiner Emigration an der Johns Hopkins University arbeiten, lehren und forschen. Diese Universität ist auch heute noch eine der renommiertesten Einrichtungen dieser Art in den USA. Trotzdem ist bis jetzt relativ wenig über sein Wirken an dieser Einrichtung bekannt.

Geblichen sind aber Publikationen, die einen Einblick in die wissenschaftliche Tätigkeit von George Wolff ermöglichen.

Er untersuchte im Auftrag des „U.S. Children`s Bureau“ verschiedene Einflüsse auf die Mortalität von Kindern und das zu einer Zeit, in der die Forschungen auf dem Gebiet der Präventivmedizin für Kinder intensiv betrieben worden sind. George Wolff hat mit den in dieser Dissertation vorgestellten Forschungen seinen Beitrag zu dieser großen Entwicklung geleistet.

Er arbeitete bis zu seinem Tod im Bereich der präventiven Medizin. In seinem erst im Dezember 1952 erschienenen Beitrag „Social Pathology as a Medical Science“ greift Wolff das Erbe Grotjahns wieder auf und argumentiert mit den Begrifflichkeiten seines einstigen Lehrers und Kollegen. Er macht auf die Dringlichkeit zur Forschung auf diesem Gebiet der Sozialpathologie aufmerksam, die in Frankreich und Deutschland bereits viel früher begonnen hätte. So gesehen ließ Wolff in seinen letzten gedruckten Worten einen Teil des Grotjahnschen Erbes in den USA.

³¹⁹ WOLFF, Washington, 1952, S. 1580.

³²⁰ Ebd. S. 1581.

3.5.6 Einfluss deutscher Sozialhygieniker auf die Public Health Bewegung (USA)

Im Interview Prof. Steiner, Soziologe (USA)³²¹



Abb.13 Prof. Steiner

K. Etzold: „Herr Prof. Steiner, wie schätzen Sie die Public Health-Bemühungen in den USA in Vergangenheit und Gegenwart ein?“

Prof. Steiner: „Die Maßnahmen des Public Health waren immer auch abhängig von der jeweiligen Partei, die gerade regierte. Die Demokraten standen Sozialmaßnahmen offener gegenüber als beispielsweise die Republikaner. So hatte Bill Clinton zuletzt versucht, eine einheitliche Krankenversicherung einzuführen, und scheiterte dann an der Opposition der Republikaner.

Es fehlt den politisch Zuständigen nicht nur an nötigem Willen zur Umsetzung von Sozialmaßnahmen, sehr oft sind sie einfach mit anderen Dingen beschäftigt und unternehmen erst etwas, wenn es dringend notwendig ist. Die einflussreichen Mittelständischen kümmern sich bedauerlicherweise nicht um solche Fragen, da sich diese eine Krankenversicherung leisten können. Das heißt, die nötige Grundeinstellung zur Solidargemeinschaft ist in der amerikanischen Öffentlichkeit nicht vorhanden.

Amerikaner glauben, dass ein ‚guter‘ Amerikaner selbstständig ist. Dann verdient er auch genug und kann sich Versicherungen leisten, so dass der Staat einem nicht helfen muss. Diese Einstellung wird vor allem von Anhängern der Republikaner geteilt. Der Einzige, der etwas verändern wollte, war Roosevelt. Die Betonung bei den Maßnahmen des Public Health liegt nicht auf dem Wort ‚sozial‘. Public Health wurde betrieben, um die Bevölkerung gesund zu erhalten, vor allem dadurch, dass man versucht hatte, Epidemien zu kontrollieren. Das war aber nicht sozial. Sozial war die Sozialfürsorge. Das Public Health hat sich in den Vereinigten Staaten wenig darum gekümmert.

Meine erste Arbeit war die eines so genannten ‚industrial therapist‘ in einer staatlichen Anstalt für geistig Kranke. Ich sollte all diejenigen, die dazu in der Lage waren, auf einen Beruf vorbereiten, den sie ausüben konnten, wenn sie die Anstalt verlassen würden. Ich war ein Angestellter des Staates Missouri. Mit staatlichen Behörden hatte ich kaum etwas zu tun. Ich war für diese Tätigkeit auch nicht spezifisch ausgebildet, da diese ganz neu war. Mein Gehalt war etwas niedrig. Heute ist die Situation noch viel schlechter geworden. In Kalifornien wurden die

³²¹ Prof. John Michael Steiner, geboren 1923 in der Tscheslowakei, jüdische Religion, KZ-Insasse und Auschwitz-Überlebender, Emigrant in die USA, Studium der Soziologie, Forschungsschwerpunkt Holocaust.

Ergebnispräsentation

Irrenanstalten aufgelöst. Verantwortlich war dafür Gouverneur Ronald Reagan, der damit Geld einsparen wollte.

Sozialfürsorge im Sinne einer deutschen Sozialmedizin hat mit Public Health nicht viel gemeinsam. Es gibt zwar Schulen, die in Public Health ausbilden, aber diese ausgebildeten Wissenschaftler finden selten eine gute Anstellung.

Erschwerend ist hier auch die Verteilung der Verantwortung. Jeder Bundesstaat ist unabhängig und kann selbst entscheiden, welche Maßnahmen des Public Health umgesetzt werden sollen.“

K. Etzold: „Sie wurden als Enkel jüdischer Großeltern während des Krieges in fünf verschiedenen Konzentrationslagern interniert. Sie haben diese Zeit wie durch ein Wunder überlebt und emigrierten nach diesen Jahren schließlich in die USA. Wie schätzen Sie die damaligen Bedingungen für Emigranten in den USA ein?“

Prof. Steiner: „Die Emigranten in den dreißiger bis vierziger Jahren waren eine Art Elite. Hitler hat sie aus dem Land gedrängt. Wären sie damals nicht gegangen, so wären die meisten im KZ umgekommen. Diese Wissenschaftler hatten einen guten Ruf. Sie konnten etwas vorweisen, sie wurden in den dreißiger Jahren gebraucht und haben ihr Fach an den Universitäten vorangebracht. Heute haben wir eine andere Situation. Es bewerben sich Hunderte um eine Stelle. Nichts hat Permanenz, nur der Wechsel. Das hat Heraklit gesagt. Damals war die Situation eine ganz andere. Besonders Mediziner fanden leicht eine Beschäftigung. Als ‚Bremse‘ wirkte hier die AMA, die ‚American Medical Association‘. Diese sorgt bis heute dafür, dass es nicht zu viele Ärzte im Land gibt. Will z.B. ein ausländischer Arzt in den USA praktizieren, so muss er erst viele Prüfungen absolvieren, bevor er eine Arbeitserlaubnis erhält. Solche Maßnahmen wurden durch die AMA bestimmt.

Wissenschaftler, die etwas konnten, Ideen hatten, sich verkaufen konnten, hatten weniger Probleme. Dennoch war für diese Menschen die Emigration ein Weg ins Ungewisse. Wer damals kein Geld hatte, der stand vor einer Katastrophe. Es gab auch sehr fähige Wissenschaftler, die dennoch scheiterten. So z.B. kannte ich den Soziologen Hans Gerth. Der wurde in Deutschland gewarnt und konnte somit seiner Verhaftung durch die Gestapo entkommen. Er ist überstürzt über die Grenze und dann nach Amerika ausgewandert. Dort hat er zunächst als Assistant-Professor gearbeitet, ein exzellenter Pädagoge. In Berkley lebte er später während des Krieges mit einer Japanerin zusammen, mit der er nicht verheiratet war. Dieser Umstand führte letztlich zu seiner Entlassung.

Ergebnispräsentation

Die amerikanische Öffentlichkeit war vor Kriegsbeginn relativ antisemitisch eingestellt. Die meisten Amerikaner wollten nicht, dass hundertausende Juden in ihr Land kommen. Der Antisemitismus hatte in den USA ähnliche ‚Argumente‘ wie anderswo. Juden hätten indirekt Christus ans Kreuz gebracht und sie galten als Volk, das öfters andere bestehle und unehrlich sei. Es gab vor dem Krieg einige nationalsozialistische amerikanische Organisationen mit hunderttausenden Anhängern, die den Hitler-Nationalsozialismus propagierten. Besonders viele von denen waren Emigranten deutscher Abstammung, für die Hitler eine Bezugsperson war.“

K. Etzold: „Wie empfanden Sie als Jude die Situation in den USA nach Ihrer Emigration?“

Prof. Steiner: „Ich habe mich nie als Jude gefühlt. Meine Eltern waren Anthroposophen und ich wuchs in der Christengemeinschaft auf. Mein Großvater war ein praktizierender Jude. Er hatte blaue Augen und blondes Haar. Es ist möglich, dass seine Vorfahren zum Judentum übergetreten sind, d.h. die mosaische Religion angenommen haben.“

K. Etzold: „Wie schätzen Sie den Einfluss deutscher Sozialhygieniker auf die Public Health-Bewegung in den USA ein?“

Ergebnispräsentation

Prof. Steiner: „In diesem Zusammenhang muss ich Walter Friedländer³²² nennen. Das war ein

³²² “Walter Friedländer, born in 1891 in Berlin, was a prominent leader of the reform movement in the fields of social policy, social welfare and public health in Weimar (pre-Hitler) Germany. Friedländer, an active Social Democrat and a Jew, was forced to flee Nazi Germany in March of 1933, and eventually immigrated to the United States via France, where he continued to play a leading role as an educator and leader in the field of social work and social welfare education in this country. Walter Friedländer was born on September 20, 1891 in Berlin, the oldest son of Hugo and Ernestine (Lichtenstein) Friedländer. He grew up under the socialist-oriented influences of his father, a founding member of the pacifist Deutsche Friedensgesellschaft, and later under the influences of his uncle, socialist politician Hugo Haase. In autobiographical statements, Friedländer describes the influences of the youth movements (Jugendbewegung) in Weimar Germany and his membership in the Sozialistischer Studentbund during his student years in Berlin. As a law student in Berlin and Munich (1910-1914), Friedländer became interested in the development of juvenile justice and volunteered his time doing probation work. He also met and later became engaged to Li Bergmann (1914), also involved in the youth movement in Berlin, and they were married in February 1919. Friedländer served in the German army from 1916 to 1918, and after his return to Berlin in 1919 became actively involved in politics. He was first elected as a delegate for the USPD (Independent Social Democrats) to the district assembly in Schmargendorf in 1920, and in April 1921, to district councilor in the Prenzlauer Berg section of Berlin. Friedländer's first involvement with the field of youth welfare and social work was through the juvenile justice movement, which was just gaining momentum in Berlin around the time he began his legal studies. His teachers included Paul Kahl and Franz von Liszt, leaders in the juvenile justice movement. The influence of Liszt and his daughter, Elsa von Liszt, led to Friedländer's involvement in the Deutsche Zentrale für Jugendfürsorge, a private youth welfare organization in Berlin, where he at first participated on a voluntary basis, and later served an internship during the first two years of World War I. Social democratic policy regarding youth welfare was developed in Germany after 1918 by a relatively small group of individuals, among them Hans Caspari, Marie Juchacz, Helene Simon and Walter Friedländer. The central idea of social democratic youth welfare policy was the child's right to education and material assistance provided by the state, set up by the *Arbeiterwohlfahrt*, the workers' welfare organization founded by the Social Democrats in 1919. The Fachkommission für Jugendwohlfahrt (Youth Welfare Commission), created in 1925 and attached to the headquarters of *Arbeiterwohlfahrt*, was chaired by Friedländer from 1925 until his dismissal in 1933. Its members included Helene Simon, Hedwig Wachenheim, Hans Maier, Otto Krebs, Rudolf Schlosser and Louise Schröder. The youth welfare committee drafted parliamentary resolutions for the SPD, formulated reform proposals and compiled reports on problems of youth welfare. In addition, the intent was to provide youth welfare committee members with representation at major youth welfare conferences and on central committees of the established youth welfare organizations. Friedländer also became Chairman of the Deutsche Zentrale für freie Jugendwohlfahrt in 1931. In his twelve years as District Councilor and Director of Youth Welfare in Prenzlauer Berg, the district gained a reputation for developing new and innovative programs in social, and especially youth, welfare, with particular emphasis on the areas of juvenile delinquency (rehabilitation) and youth unemployment. Friedländer escaped from Germany in February 1933, ostensibly to attend an international conference of the International League of Social Welfare in Geneva in March of 1933. He was officially dismissed from his position in March 1933 and remained in Switzerland after the conference, where his wife and young daughter joined him in May. He left for Paris in June 1933 at the invitation of the French Minister of Education, however his promise of employment evaporated with the fall of the French cabinet. Instead, Friedländer became co-director of a legal counseling service for political refugees from Germany and helped to set up other organizations to aid his fellow refugees. With the aid of a fellow political refugee from Germany, (John) Otto Reinemann, who had emigrated to the U.S. in 1934, Friedländer received an invitation to lecture at the University of Chicago in 1936 and left Paris in December of the same year. The Friedländers arrived in Chicago in January 1937, where Walter lectured in the Department of Social Welfare of the University of Chicago until 1943. He also worked as a librarian for the Chicago Jewish vocational service and, at the same time, set up a refugee organization, Selfhelp for Immigrants, patterned after a similar organization founded by Paul Tillich in New York. In 1943, the same year he became an American citizen, Friedländer left Chicago to lecture at the University of California in Berkeley, where he eventually became professor in the School of Social Welfare and taught until his emeritation in 1959. Although Friedländer's career in the U.S. became less politically active, he continued to maintain his contacts with Social Democrats and members of the *Arbeiterwohlfahrt* in post-war Germany, and his correspondence with U.S. politicians is evidence to his continued interest in political affairs. Friedländer's primary focus in the U.S. became his teaching and writing. Social work training had always been a strong concern for Friedländer during his tenure as Stadtrat (Councilor) in Prenzlauer Berg (Berlin) and teaching consumed a considerable portion of his energies even during this time period. In addition to pursuing an active teaching career at the Social Welfare Departments of the University of Chicago and the University of California, Berkeley, Friedländer continued to publish monographs and later textbooks in the field of social work and social welfare. His most successful work, *Introduction to Social Welfare* (first published in 1955, and reprinted in 1957, 1968, 1974 and 1979), became the standard basic textbook

Ergebnispräsentation

deutscher Sozialwissenschaftler, ein Emigrant, der die Sozialfürsorge an die amerikanischen Universitäten gebracht hat. Damals gab es dieses Unterrichtsfach noch nicht. Friedländer hat getan, was er konnte, und einen großen Beitrag an amerikanischen Universitäten geleistet. Er lieferte einen wissenschaftlichen Fundus, hat Textbücher geschrieben, gelehrt und publiziert. Langfristig betrachtet jedoch ist der Einfluss deutscher Sozialhygieniker als relativ minimal zu betrachten.“ (Interview am 29.06.2006)



Abb.14 Die Autorin im Interview mit Prof. Steiner

for social welfare courses throughout the United States. Friedländer also continued to pursue his interest in comparative social work, as evidenced both in his active participation in numerous international social welfare conferences, as well as his publications (including *Concepts and Methods of Social Work*, 1958 and 1976, and *International Social Welfare*, 1975).” In: www.library.albany.edu/speccoll/findaids/ger003.htm - 356k, letzter Zugriff: 25.07.06.