

Gine Elsner

Verfolgt, vertrieben und vergessen



**Drei jüdische Sozialhygieniker
aus Frankfurt am Main:**

Ludwig Ascher (1865-1942)

Wilhelm Hanauer (1866-1940)

Ernst Simonson (1898-1974)

Gine Elsner
Verfolgt, vertrieben und vergessen

Gine Elsner war bis 2009 Direktorin des Instituts für Arbeitsmedizin des Fachbereichs Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt a.M. Sie erforscht seit vielen Jahren die Rolle der Arbeitsmedizin im »Dritten Reich«, zuletzt in dem Band: »Als Betriebsarzt bei Adler, Opel oder Hoechst. Arbeitsmediziner während der NS-Zeit in Hessen«.

Gine Elsner

Verfolgt, vertrieben und vergessen

Drei jüdische Sozialhygieniker aus Frankfurt am Main:

Ludwig Ascher (1865-1942),

Wilhelm Hanauer (1866-1940)

und Ernst Simonson (1898-1974)

VSA: Verlag Hamburg

Bildnachweise

Umschlagabbildungen: Fotos von Ludwig Ascher (links) und Wilhelm Hanauer (Mitte): Heuer, R./Wolf, S. (Hrsg.): Die Juden der Frankfurter Universität, Campus Verlag, Frankfurt a.M/New York 1997, S. 21 und 151; Foto von Ernst Simonson (rechts): Abel, H. (Hrsg.): Electrocadiology. S. Karger, Basel 1976, S. XIII.

S. 11 (beide), 26, 30, 67, 99, 109, 117, 121, 162, 203, 206, 230 (beide), 237 (beide), 250, 285: Ilona Meurer-Wurzer

S. 15: Gerhard Stuby

Inhalt

1. Einleitung	9
---------------------	---

Jugendjahre in Preußen und im Kaiserreich

2. Ludwig Aschers Jugend in Posen und erste Berufsjahre	14
3. Ernst Simonsons Jugend in Westpreußen	23
4. Wilhelm Hanauers Jugend in Baden	28

Medizinische Karrieren bis zum Ende des Ersten Weltkriegs

5. Königlicher Kreisphysikus oder Kreisarzt in Preußen	34
6. Ludwig Ascher im Staatsdienst in Bomst	40
7. Kreiswundarzt und Kreisassistentenarzt in Königsberg	44
Im preußischen Königsberg 47 Publikationen und Forschungen 49	
8. Ludwig Ascher und das Konzept einer sozialen Hygiene	58
9. Alfred Grotjahn: Sozialhygiene versus Sozialmedizin	61
10. Rudolf Virchow: die soziale Medizin und die Fortschrittspartei	66
11. Ludwig Ascher als Kreisarzt in Hamm in Westfalen	72
12. Wilhelm Hanauer zur Kaiserzeit in Frankfurt am Main	77
Nebenamtliche Betätigungen 78 Gewerbliche Krankheiten und Krankenfürsorge – Publikationen und Tätigkeiten 85	
13. Jüdische Ärzte und der Erste Weltkrieg	91
Ludwig Ascher als »Zivilarzt« in Belgien und Kreisarzt in Harburg 91 Ernst Simonson in Bromberg 96 Wilhelm Hanauer »im Felde« und im Engagement für soziale Hygiene 98	

Reformfortschritte in der Weimarer Republik

14. Eine Frankfurter Professur für soziale Medizin 104
Wilhelm Hanauers Habilitation 107 | »Was ist nun aber soziale
Medizin?« 112
15. Wilhelm Hanauer als Autor der Betriebsräte-Zeitschrift
für Metalller 116
Die Bekanntschaft mit Robert Dißmann 116 | Von Berufskrank-
heiten bis Arbeiterschutz – Hanauers Texte für Betriebsräte 122
16. Ludwig Ascher als Kreisarzt in Frankfurt am Main 131
Lehrauftrag für soziale Hygiene 132 | Überwindung des
Dualismus in der öffentlichen Gesundheitspflege? 136 |
Wissenschaftliche und politische Arbeit 138
17. Das Sozialhygienische Untersuchungsamt 143
Forschung unter Sparzwängen 147
18. Arbeitsphysiologie als Teil der Sozialpolitik 155
19. Ernst Simonson als Privatdozent für Arbeitsphysiologie 161
20. Ludwig Ascher als Pensionär 168
21. Ernst Simonson in Charkow 175
Deutsche Ärzte in der frühen Sowjetunion 176 | Licht und
Schatten der sozialen Hygiene im »sowjetischen Arbeiterstaat«
180 | Sozialprogramme, Kulakenverfolgung und Hungersnöte 185
22. Der Stalin'sche Terror 191

Verfolgung und Ausgrenzung im »Dritten Reich«

23. Das Schicksal von Wilhelm Hanauer in der Nazizeit 202
24. Gibt es eine jüdische Eugenik? 208
Problematische Eugenik bei Alfred Grotjahn 208 | Ludwig
Aschers Kritik an Alfred Ploetz und Carl Coerper 209 |
Zur Geschichte des Begriffs »Entartung« 211 | Eugenik bei Max
Hirsch 215 | Eugenik bei Adolf Gottstein? 217 | Fazit 219

25. Ludwig Aschers Schicksal in der Nazizeit	223
»Gesundheitslehre im nationalsozialistischen Sinne«	223
Emigration von Familienangehörigen Ludwig Aschers	227
Ausgrenzung, Entrechtung und Deportation	228
26. Ludwig Ascher im Ghetto Litzmannstadt	238
Die Errichtung des Ghettos	238
Deportationen nach Litzmannstadt	243
Medizinische »Versorgung«	246
»Aussiedlungen« nach Kulmhof	251
Die letzten Monate des Ghettos	257

Abbruch der Tradition der Sozialhygiene in der Nachkriegszeit

27. Nach dem Zweiten Weltkrieg: Verstreut in alle Winde	260
28. Ernst Simonson als Physiologe in Amerika	263
29. Die Entwicklung in der Bundesrepublik: Sozialhygiene versus Sozialmedizin	271
Fortwirken problematischer Traditionen der Sozialhygiene	273
Entwicklungen in der DDR	277
Reformversuche und Gegenwind in der Bundesrepublik	278
30. Die Entwicklung in Hessen und in Frankfurt am Main: Sozialmedizin versus Medizin-Soziologie	282
31. Bilanz & Beurteilung	288

Anhang

Abkürzungen	299
Glossar: Medizinische Terminologie	302
Danksagung	305
Literatur	306
Personenregister	331

1. Einleitung

1995 kam ich berufsbedingt nach Frankfurt am Main. Doch es vergingen weitere 20 Jahre, bevor ich den Namen Ludwig Ascher zum ersten Mal hörte. Ich las von einem Frankfurter »Sozialhygienischen Untersuchungsamt«, dessen Leiter Ascher war.¹ Was war das für ein Amt? Niemand, den ich fragte, kannte es.

Ernst Simonson war dort Abteilungsleiter gewesen. Seinen Namen hatte ich bereits gehört, und ich hatte den amerikanischen Mediziner sogar zitiert. Er hatte altersabhängige Zahlen zu Funktionen von Herz und Gehirn veröffentlicht, die mich unter dem Gesichtspunkt einer alternden Erwerbsbevölkerung interessierten.² Damals hatte ich aber nicht gewusst, dass der Amerikaner Simonson gebürtiger Deutscher gewesen war und an derselben Frankfurter Universität gelehrt hatte wie ich gut 60 Jahre später.

Den Namen Wilhelm Hanauer hatte ich ein paar Mal zitiert gefunden.³ Aber es waren immer nur kurze Hinweise, die nicht verrietten, welche Person sich hinter diesen Zitaten versteckte.

¹ Elsner, G.: Als Betriebsarzt bei Adler, Opel oder Hoechst. Arbeitsmediziner während der NS-Zeit in Hessen, VSA: Verlag, Hamburg 2016, S. 43.

² Dies.: Alter, Leistung, Gesundheit – eine Medizinexpertise unter Berücksichtigung von Arbeitsintensivierung und Alterung der Gesellschaft, Universität Bremen, Bremen 1991, S. 13, 16 u. 46.

³ Thomann, K.-D.: Alfons Fischer (1873-1936) und die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene, Pahl-Rugenstein Verlag, Köln 1980, S. 30-32 u. 302; ders.: Auf dem Weg in den Faschismus, in: Bromberger, B./Mausbach, H./Thomann, K.-D. (Hrsg.), Medizin, Faschismus und Widerstand, Pahl-Rugenstein Verlag, Köln 1985, S. 15-185, hier: S. 67; Drexler, S./Kalinski, S./Mausbach, H.: Ärztliches Schicksal unter der Verfolgung 1933-1944 in Frankfurt am Main und Offenbach, Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt a.M. 1990, S. 99; Hien, W.: Chemische Industrie und Krebs, Wirtschaftsverlag NW/Verlag für neue Wissenschaft, Bremerhaven 1994, S. 123f.; Milles, D.: Zur Dethematisierung arbeitsbedingter Erkrankungen durch die Gutachtermedizin in der Geschichte der Sozialversicherung, in: Müller, R./Milles, D. (Hrsg.), Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland, Wirtschaftsverlag NW/Verlag für neue Wissenschaft, Bremerhaven 1984, S. 534-550, hier: S. 538; Mielck, A.: »Soziale Medizin«. Die Diskussion zu Beginn des 20. Jahrhunderts, in: Mielck, A. (Hrsg.), Krankheit und soziale Lage, Leske + Budrich, Opladen 1994, S. 35-52, hier: S. 50.

Ich erhielt 1995 einen Ruf auf die Frankfurter Professur für Arbeitsmedizin, die angesiedelt war im damaligen Zentrum der Psychosozialen Grundlagen der Medizin. Wilhelm Hanauer hatte eine außerordentliche nicht-etatisierte Professur für soziale Medizin an der medizinischen Fakultät innegehabt. Ludwig Ascher hatte einen Lehrauftrag für soziale Hygiene besessen. Und Ernst Simonson war Privatdozent für Arbeitsphysiologie gewesen. Insofern waren alle drei in irgendeiner Weise Vorgänger des Zentrums, das 1973 gegründet wurde. So dachte ich, es lohne sich nachzusehen, was es mit diesen drei Personen auf sich hatte.

Wie sich herausstellte, waren sie jüdischer Herkunft. In der Nazizeit verloren sie ihre Lehrbefugnis und Approbation. Sie starben, wurden deportiert oder emigrierten. Jedenfalls waren sie aus Gedächtnis und Erinnerung verschwunden, als die Frankfurter Goethe-Universität nach dem Zweiten Weltkrieg ihre Pforten wieder öffnete. Mit ihnen verschwanden auch die Themen, die sie bearbeitet hatten. Sozialhygiene und Sozialmedizin gab es als medizinische Fachdisziplinen nicht mehr. Die Sozialhygiene, die in der Nazizeit zur Rassenhygiene mutiert war, war zudem in der Bundesrepublik diskreditiert.

Erst die 1968er-Studentenbewegung belebte die Nachforschungen über die frühen Sozialhygieniker. Besonders ist hier Stephan Leibfried, Jurist und Professor der Universität Bremen, zu nennen. Er erinnerte an die Ärzte, die 1933 mit Berufsverbot belegt worden waren, und suchte nach den »Verschütteten Alternativen« in der Sozialpolitik.⁴

An der Freien Universität (FU) Berlin erschienen Doktorarbeiten über Sozialhygieniker, in denen jeweils auch wenige Zeilen über Ludwig Ascher enthalten sind.⁵ Initiiert wurden sie durch Gerhard Baader, Professor für Geschichte der Medizin – auch er ein Nicht-Mediziner.

Zusammen mit der Erinnerung an die alten Traditionen und mit der Wiederbelebung der frühen Sozialhygiene etablierte die bundesrepublikanische Politik diese Fächer neu mit der Verabschiedung einer neuen Ausbildungsordnung für Ärzte. Denn Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Ar-

⁴ Leibfried, St./Tennstedt, F.: Berufsverbote und Sozialpolitik 1933, Forschungsbericht der Universität Bremen, Selbstverlag, 2. Aufl., Bremen 1980; Hansen, E./Heisig, M./Leibfried, St./Tennstedt, F.: Seit über einem Jahrhundert ...: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik, Bund-Verlag, Köln 1981, S. 99 u. 128f.

⁵ Weder, H.: Sozialhygiene und pragmatische Gesundheitspolitik in der Weimarer Republik am Beispiel des Sozial- und Gewerbehygienikers Benno Chajes (1880-1938), Matthiesen Verlag, Husum 2000, S. 246 u. 391; Wulf, A.: Der Sozialmediziner Ludwig Teleky (1872-1957) und die Entwicklung der Gewerbehygiene zur Arbeitsmedizin, Mabuse-Verlag, Frankfurt a.M. 2001, S. 122.



Stolpersteine zum Gedenken: vor Ludwig Aschers Wohnung in der Liebigstraße Nr. 27c und vor Wilhelm Hanauers Praxisadresse im Reuterweg Nr. 57. Aufnahmen von 2016

beitsmedizin wurden 1970 zu obligatorischen Prüfungsfächern für Medizinstudenten. Rund 40 Jahre, nachdem die jüdischen Sozialhygieniker ihre Lehrbefugnis und ihre Approbation verloren hatten, wurde der Verlust an arbeits- und sozialmedizinischem Know-how korrigiert.

Die Bemühungen um das Anknüpfen an alte Traditionen machten aber um Ludwig Ascher, Ernst Simonson und Wilhelm Hanauer einen ziemlich großen Bogen. Zwar erinnert ein »Betonklötzchen«, ein Erinnerungsstein mit seinem Namen, an der Mauer des alten Jüdischen Friedhofs in der Frankfurter Battonnstraße inzwischen an Ludwig Ascher – und auch die Oberbürgermeisterin Petra Roth erwähnte Ascher anlässlich der Einweihung der Gedenkstätte am Börneplatz am 10. Juni 1996.⁶ Und zehn Jahre später, am 19. Oktober 2006, wurde anlässlich des 65. Jahrestags der Deportation vor dem Wohnhaus von Ludwig Ascher in der Liebigstraße Nr. 27c ein Stolperstein verlegt.⁷ Renate Hebauf hat in ihrem Buch über das Judenhaus in der Frankfurter Gaußstraße die bislang umfangreichste Darstellung über das Leben

⁶ Persönliche Mitteilung von Ute Daub am 2.6.2016.

⁷ Initiative Stolpersteine Frankfurt am Main: 4. Dokumentation 2006, Verlegung vom 19.10.2006 [Onlineversion: http://www.stolpersteine-frankfurt.de/downloads/Doku2006_1.pdf].

Aschers vorgelegt.⁸ Seit 2015 gibt es zudem einen Wikipedia-Eintrag. Am 16. Mai 2015 bekam auch Wilhelm Hanauer einen Stolperstein – vor seiner früheren Praxis im Reuterweg Nr. 57 im Westend.⁹ Doch weitere Informationen über ihre sozialmedizinische Bedeutung wurden damit nicht mitgeteilt.

So ist es endlich an der Zeit, die Lücke zu füllen. Zwar wurden bereits Kurzbiografien veröffentlicht.¹⁰ Aber ich finde, diese reichen nicht aus. Denn nur die Erinnerung kann davor bewahren, dass ein Abgleiten in eine Medizin, die wie die NS-Medizin alles Soziale zunichtemacht, erneut geschieht. Außerdem ist es unproduktiv und mit Zeitverschleiß verbunden, immer wieder von vorn anzufangen, statt sich auf die Schultern der Altvorderen zu stellen.

Alle drei Protagonisten der Sozialhygiene haben publiziert. So lassen sich ihre Ansichten und das methodische Vorgehen bei ihren Studien aus ihren Veröffentlichungen ablesen. Um die Informationen über ihre persönlichen Leben zu vervollständigen, konnte auf Archive zurückgegriffen werden. Viele Informationen stammen aus dem Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik der Medizin des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität in Frankfurt, aus dem Universitätsarchiv der Goethe-Universität, aus dem Institut für Stadtgeschichte in Frankfurt am Main und aus dem Hessischen Hauptstaatsarchiv in Wiesbaden. In ihren Kellern und Magazinen liegt die Erinnerung. Holen wir sie hervor.

⁸ Hebauf, R.: Gaußstraße 14. Ein »Gettohaus« in Frankfurt am Main, CoCon Verlag, Hanau 2010.

⁹ Persönliche Mitteilung von Ute Daub am 2.6.2016; siehe auch Berk, D.: Verfolgung jüdischer Ärzte. Menschen ohne Recht und Namen, in: Frankfurter Rundschau vom 18.8.2012.

¹⁰ Elsner 2016, a.a.O., S. 71-105.

31. Bilanz & Beurteilung

Nicht nur die Tuberkelbazillen und die Röntgenstrahlen wurden in Deutschland entdeckt, auch die Sozialhygiene war ursprünglich ein deutsches Projekt. Deutschland war nicht nur federführend in der naturwissenschaftlichen Medizin, sondern auch in einer sozialwissenschaftlich orientierten. Umso bedauerlicher also, wenn diese frühen Erkenntnisse verloren gehen und nichts an diese historischen Wurzeln erinnert.

Dabei war die Sozialhygiene nicht nur ein methodisch-sozialwissenschaftliches, sie war auch von ihren Maßnahmen her ein soziales Projekt. Ihr Untersuchungsgegenstand war die Ungleichheit von Krankheitsverteilungen, und ihr Ziel war somit, eine Gleichheit aller Menschen bei der Gesundheit herzustellen. »Die frühen Sozialhygieniker fingen das Neue ein, das am Rande der deutschen Universitätswissenschaft anbrandete. Sie erkannten die einzigartige Bedeutung der Gesundheit für die Gesellschaft, plädierten zunächst mit Fakten (nicht ideologisch) für unterprivilegierte Gesellschaftsschichten und forderten die Gleichstellung aller vor dem weitgefassten Phänomen Gesundheit. Sie entdeckten und feierten die Interdisziplinarität, das Miteinander und Nebeneinander der differentesten Methoden. Sie wollten Gesundheit ... der ganzen Bevölkerung. Mit Statistik und Demographie in interdisziplinärer Verbindung mit Epidemiologie und Gesundheitsfürsorge stießen sie in der Gesundheitslehre das Tor auf in die Zukunft.«¹

Begründet wurde die Entwicklung auch durch eine »Überfülle quantitativen Materials« in Deutschland – allerdings fehlte es zunächst an einer »soziologischen Durchdringung eben dieses Materials«.² In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts war Statistik eine vollwertige akademische Disziplin. Die zweite Traditionslinie eröffneten die Verwaltungsbeamten, die sich statistischer Techniken bedienten und »riesige Mengen an Daten hervorbrachten«, um »das Wissen des Staats und somit auch seine Kontrolle über soziale Ressourcen zu verbessern«.

¹ Heinzlmann, W.: Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft, transcript Verlag, Bielefeld 2009, S. 26.

² Sheehan, J.J.: Die Verwendung quantitativer Daten in politik- und sozialwissenschaftlichen Forschungen zur neueren deutschen Geschichte, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 16: 1972, S. 584-614, hier: S. 584f.

Mit der sozialen Hygiene entstand in Deutschland ein neues Wissenschaftsprojekt. Die Sozialhygieniker verließen methodisch das Experiment und verzichteten auf das Mikroskop. Unter Anwendung von sozialwissenschaftlichen und ökonomischen Theorie-Anteilen versuchten sie, neue theoretische Konzepte in die Medizinforschung einzubringen. Statistik statt Mikroskop – war ihr Credo.

Ein konsistentes Wissenschaftsgebäude entstand so allerdings nicht. Denn die Disziplin war hin- und hergerissen zwischen Ursachenforschung und angewandten Maßnahmen. Die Aussagen der frühen Sozialhygieniker ließen sich kaum als ein »geschlossenes, widerspruchsfreies und logisch durchgeformtes theoretisches Konzept darstellen« – schrieb Michael Regus 1975.³ Die Sozialhygiene entwickelte sich vielmehr »als komplexes Bündel wissenschaftlicher Einsichten, praktischer Erfahrungen [und] politischer und sozialer Forderungen«. Wesentliche Voraussetzungen für die Entwicklung waren »neben den allgemeinen gesellschaftlichen Prozessen der Veränderung die eng damit verknüpfte Wandlung in der sozialen Lage der Ärzteschaft und die Zuspitzung der Situation unter den Armenärzten«. Trotz der Heterogenität der Konzeption ließen sich charakteristische Merkmale der sozialen Hygiene bzw. der sozialen Medizin beschreiben. Dabei handelte es sich vor allem um die Einsicht in die soziale Bedingtheit der Morbidität, »insbesondere bei massenhaft auftretenden Volkskrankheiten, sowie um die Reflexion der praktisch-sozialen Dimension der Medizin«, die in der Forderung nach sozialer Parteilichkeit der Medizin und des ärztlichen Handelns zum Ausdruck kam.

Ludwig Teleky, der in Österreich eine »Soziale Medizin« begründete und sie als »Soziale Hygiene« in Deutschland ab 1921 als preußischer Landesgewerbearzt und als Leiter der Düsseldorfer Sozialhygienischen Akademie fortsetzte, nannte die Aufgaben dieser neuen Disziplin:⁴

»[Die Aufgabe ist], die Einwirkungen sozialer und beruflicher Verhältnisse auf die Gesundheitsverhältnisse festzustellen und anzugeben, wie durch Maßnahmen sanitärer oder sozialer Natur derartige schädigende Einwirkungen verhindert oder ihre Folgen nach Möglichkeit behoben oder gemildert werden können ... Ihre Aufgabe ist es auch anzugeben, wie die Errungenschaften der Hygiene und der klinischen Medizin jenen zugänglich gemacht wer-

³ Regus, M.: Natur und Gesellschaft im Entwicklungsprozess der Medizin als Wissenschaft, in: Deppe/Regus 1975, a.a.O., S. 29-73, hier: S. 51.

⁴ Teleky, L.: Die Entwicklung der Gesundheitsfürsorge. Deutschland – England – USA, Springer-Verlag, Berlin u.a. 1950, S. 3.

den können, die einzeln und aus eigenen Mitteln nicht im Stande sind, sich diese Errungenschaften zu Nutze zu machen.«

So die Ausführungen von Teleky im Jahr 1909. Als Jude in der NS-Zeit in die USA emigriert, konstatierte er, dass die soziale Hygiene bzw. die soziale Medizin in den angelsächsischen Ländern erst sehr viel später, nämlich erst in den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts, als Wissenschaftsdisziplinen relevant wurden.⁵

Die Mehrheit der deutschen Sozialhygieniker war jüdischer Abstammung. Und mit ihrer Vernichtung oder Vertreibung hörte die Sozialhygiene in Deutschland auf zu bestehen. Denn es gab nur ganz wenige Vertreter dieser Disziplin, die nichtjüdischer Herkunft waren.

Mit dem Sistieren der Sozialhygiene in Deutschland übernahmen andere Länder die Federführung. Vor allem in den angelsächsischen Ländern wurde die Forschungsrichtung aufgenommen. Deshalb sprechen wir heute von Public Health. In Großbritannien erhielt Thomas McKeown (1912-1988) 1945 den Lehrstuhl für soziale Medizin in Birmingham.⁶ Er wurde zufällig der Lehrstuhlinhaber, denn niemand hatte sich für den Posten interessiert, sagte er. Aber McKeown wunderte sich nicht über dieses Desinteresse. »Schließlich wird von den Ärzten erwartet, dass sie sich im Wesentlichen mit der Diagnose und Behandlung von Krankheiten einzelner Patienten beschäftigen.«⁷ Nachdem man den Ärzten diese Rolle zugesprochen habe, könnten sie nicht für die Gesunderhaltung oder für gemeindeorientierte nicht-personenbezogene Dienstleistungen verantwortlich gemacht werden.

McKeown plädierte für eine neue Definition der Rolle der Medizin. Diese solle so formuliert werden, »dass sie sowohl die Verhütung wie die Behandlung von Krankheit beinhaltet und sich damit zugleich auch der Wichtigkeit von personengebundenen wie von nicht-personengebundenen Diensten bewusst ist.«⁸ Denn die Heilmaßnahmen, die ex post ergriffen würden, um die hindernden Auswirkungen von Krankheiten zu kompensieren, seien selten wirklich nützlich. Solche Maßnahmen verlängerten vielleicht das Leben um einige Jahre; jedoch verhinderten sie weder den Ausbruch einer Krankheit noch stellten sie den Patienten so weit wieder her, dass sein Leben eine

⁵ Siehe auch Rosen, G.: Die Entwicklung der sozialen Medizin, in: Deppe/Regus 1975, a.a.O., S. 74-131, hier: S. 114-119.

⁶ McKeown, Th.: Die Bedeutung der Medizin, Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M. 1982, S. 18.

⁷ Ebenda, S. 255.

⁸ Ebenda, S. 256.

normale Dauer und Qualität erlange.⁹ Wirklich effektiv seien eigentlich nur drei Arztgruppen – sagte McKeown etwas provokativ: die Unfallchirurgen, die Zahnärzte und die Geburtshelfer.

Auf dem 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg im Mai 2016 sprach Sir Michael Marmot (geb. 1945). Er leitet das Institut für Gerechte Gesundheit am University College London. Sein Forschungsinteresse gilt seit 40 Jahren den sozialen Determinanten von Gesundheit. Marmot hat sein ganzes berufliches Leben dem Einfluss der sozialen Bedingungen gewidmet, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben und krank werden. Als Präsident des Weltärztebunds ruft er die Ärzte auf, die Lebensbedingungen ihrer Patienten zu verbessern. »Wir müssen Anwälte der Benachteiligten sein«, fordert Marmot mit Bezug auf Rudolf Virchow. Mit einem besseren Zugang der Menschen zur Gesundheitsversorgung könne allein die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit nicht bewerkstelligt werden, sondern man müsse die sozialen Determinationen in den Blick nehmen.¹⁰

Mit seinem Grußwort auf dem Deutschen Ärztetag »löste der Präsident des Weltärztebunds bei den Delegierten Nachdenklichkeit und großen Beifall aus.«¹¹ Danach diskutierten die Ärzte aber zwei Tage lang ausschließlich über die ärztliche Gebührenordnung.¹²

Ausbildungsziel war [und ist] der kurativ tätige Arzt. »Das Ausbildungsziel der Universitäten [ist] nach wie vor der praktische Arzt und nicht der Medizinalrat.«¹³ Ende des 19. Jahrhunderts formulierte es der berühmte Wiener Chirurg Theodor Billroth (1829-1894) ganz ähnlich:¹⁴

»Wenn die gesamte sociale Medizin durchaus in den Stundenplan der Mediziner hinein soll, so darf sie nicht mehr als zwei Stunden im Semester ... einnehmen. Ein großes Interesse wird diese Disciplin dem Studenten nicht bereiten, der alle Hände voll zu thun hat, mit den Krankheiten des Individuums fertigzuwerden, und für die Praxis des Gemeindewohls ebenso wenig im Sinn hat wie für praktische Politik und Diplomatie.«

⁹ Ebenda, S. 222.

¹⁰ Korzilius, H.: »Ärzte sind die Anwälte der Armen«, in: Deutsches Ärzteblatt 113: 2016, S. C 1236f.

¹¹ Dies.: Gleiche Chancen, in: Deutsches Ärzteblatt 113: 2016, S. C 892.

¹² Möhrle, K.: Gemeinsam gegen wachsende Ökonomisierung in der Medizin, in: Hessisches Ärzteblatt Nr. 7/8: 2016, S. 392-398.

¹³ Eulner 1970, a.a.O., S. 151.

¹⁴ Ebenda, S. 144.

Denn wer sich mit der Ungleichheit von Krankheiten befasst, landet sehr schnell bei der Politik. Denn die Ungleichheit besteht meist darin, dass ärmere Bevölkerungsschichten häufiger von Krankheit befallen sind. So blieb es nicht aus, dass die meisten Sozialhygieniker politisch auf der linken Seite standen bzw. der Sozialdemokratie angehörten.

So unterschieden sich die meisten Sozialhygieniker nicht nur wegen ihrer religiösen Herkunft von vielen Ärzten ihrer Zeit, sondern auch wegen ihrer politischen Richtung. Denn die weitaus größte Mehrheit der Ärzte war konservativ, wenn nicht gar reaktionär, eingestellt: Sie waren Anhänger von Freikorps, Mitglieder in (schlagenden) Studentenverbindungen, sie waren national denkend, und fast die Hälfte der Ärzte trat später in die NSDAP ein.

Jedenfalls war klar, dass diese konservativen Ärzte nicht in der Lage sein würden, nach der NS-Zeit die Erinnerung an die Sozialhygiene der Weimarer Zeit zu bewahren und die Tradition fortzusetzen. Es musste also erst eine neue Generation heranwachsen. Die 68er-Studentengeneration fragte nach den Lücken in der Geschichte, die nicht thematisiert wurden. Erst ganz allmählich kam ans Licht, was verschwiegen wurde. Aufzudecken waren die Machenschaften der Täter im Nationalsozialismus, aber auch die »verschütteten Alternativen«, die mit den jüdischen Ärzten untergegangen waren.

Der derzeitige Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery (geb. 1952), Sohn eines britischen Offiziers, der nach dem Zweiten Weltkrieg nach Deutschland kam, beklagt, »dass die deutsche Ärzteschaft sich erst sehr spät gründlich und wissenschaftlich fundiert mit ihrer Rolle im Nationalsozialismus beschäftigt hat«. ¹⁵ Deutsche Ärzte hätten »zumindest eine Mitschuld an der Verdrängung jüdischer Kolleginnen und Kollegen aus dem ärztlichen Beruf gehabt«. Deutsche Ärzte hätten das ärztliche Ethos an zentraler Stelle preisgegeben, indem sie das Individuum einem ideologischen Rassebegriff untergeordnet hätten. »Wir können nichts ungeschehen machen«, sagt Montgomery, »wir können aber die Erinnerung und die Lehre aus der Geschichte von Generation zu Generation weitergeben«.

Diesem Auftrag gemäß soll auch hier die Erinnerung an drei jüdische Ärzte bewahrt werden. Dabei gilt es, die Erinnerung an ihr ärztliches Tun wachzuhalten.

Bei der Beschäftigung mit dem Holocaust geht es immer auch um das Bemühen herauszufinden, was den plötzlichen Umbruch in der deutschen Ge-

¹⁵ Korzilius, H.: Die richtige Zeit, zusammenzukommen, in: Deutsches Ärzteblatt 112: 2015, S. C 1194f.

sellschaft zur Brutalität hin bewirkt hat. Denn der Holocaust begann ohne Befehl und ohne gesetzliche Grundlage. Wichtiger Gegenstand der NS-Forschung sei, so der Historiker Ulrich Herbert (geb. 1951), die Entscheidungsgebung zur Ermordung der Juden. Wer traf wann die Entscheidung? Herbert verweist darauf, »dass der Kriegseintritt der USA Hitler dazu veranlasst habe, in einer Rede vom 12. Dezember 1941 seine alte Drohung zu wiederholen, wenn es zu einem Weltkrieg käme, würde das die Vernichtung der Juden nach sich ziehen«. ¹⁶ Es sehe so aus – so Ulrich Herbert –, dass Hitler an jenem 12. Dezember das Signal zur Endlösung gegeben habe, das dann in der berühmigten Wannseekonferenz am 20. Januar 1942 umgesetzt worden sei. Es habe aber nicht den »einen, womöglich einsamen Entschluss gegeben, der alles in Gang brachte«. Der Holocaust war ein Prozess, »der sich über Monate hinzog«, eine »sukzessive, kumulative Radikalisierung«.

Die Vernichtungsmaschinerie in Kulmhof war bereits Anfang Dezember 1941 fertig. Arthur Greiser, der die Anordnung gab, wartete nicht auf die Rede Hitlers. Bereits am 5. Dezember 1941 wurden Juden aus der Nähe von Kulmhof hier ermordet. ¹⁷ Am 16. Januar 1942 wurde der erste Transport aus dem Ghetto Litzmannstadt nach Kulmhof zur Vernichtung deportiert. Das war vier Tage vor der Wannseekonferenz, auf der die Vernichtung der europäischen Juden geplant wurde. Welche gesellschaftlichen oder psychologischen Verhältnisse setzten die Vernichtung in Gang? Was bewirkte ein Umschlagen der Diktatur in ein Instrument der fabrikmäßigen Massenvernichtung? Einen förmlichen Befehl zur Einleitung der »Endlösung« gab es jedenfalls nicht. ¹⁸

»Die Zeiten sind lange vorbei, da Historiker glaubten, man könne den Holocaust zurückführen auf eine einzelne Entscheidung Hitlers«, schreibt Nikolaus Wachsmann in seiner Geschichte der nationalsozialistischen Konzentrationslager. ¹⁹ »Stattdessen war der Holocaust die Kulmination eines dynamischen mörderischen Prozesses, vorangetrieben von zunehmend radikalen Initiativen von oben wie von unten.«

Die Vernichtung der Juden war eine »Angelegenheit der Gesinnung«, stellte Raul Hilberg fest, »nicht so sehr das Produkt von Gesetzen und Be-

¹⁶ Reif, A. (im Gespräch mit Ulrich Herbert): »Es ist viel furchtbarer, als wir annahmen«, in: *Universitas* 53: 1998, S. 383-396, hier: S. 392; Herbert, U.: »Niemand sollte überleben«, in: *Die Zeit* Geschichte Nr. 1: 2017, S. 98-103.

¹⁷ *Getto-Chronik 1941*, S. 438.

¹⁸ Mommsen, H.: *Die dünne Patina der Zivilisation*, in: *Die Zeit* vom 30.8.1996.

¹⁹ Wachsmann 2016, a.a.O., S. 342.

fehlen«. ²⁰ Die Vernichtungsmaschine sei ein Aggregat aus gegenseitigem Verstehen, der Übereinstimmung und der Synchronisation gewesen. »Keine Behörde wurde allein mit der gesamten Organisation betraut.« Auch wenn ein bestimmtes Amt bei der Durchführung einer bestimmten Maßnahme eine federführende Funktion ausgeübt habe, »hat doch kein einzelnes Organ den gesamten Prozess geleitet oder koordiniert«. Die Vernichtungsmaschine sei ein mannigfacher und vor allem dezentralisierter Apparat gewesen.

Hannah Arendt sagte: ²¹ »Auschwitz hätte nicht passieren dürfen.« Auschwitz stehe als Synonym für den Holocaust, für das fabrikmäßige Ermorden der Juden. Diktaturen, Brutalitäten, Folter, Terror – die hätte es immer schon in der Geschichte der Menschheit gegeben; die hätte man den Deutschen verzeihen können – damit hätte man leben können. Aber der fabrikmäßige Mord an den Juden – so Hannah Arendt –, »der hätte nicht passieren dürfen«.

Die Ermordung der Juden ist das eigentliche Kernereignis des Zweiten Weltkriegs. »Es steht als Mirakel des 20. Jahrhunderts über uns.« Ulrich Herbert plädiert für eine »personenbezogene Forschung«. »Erst in dem Moment, wo man wie durch ein Vergrößerungsglas die Einzelvorgänge in einer bestimmten Region, in einer bestimmten Stadt, in einem bestimmten Dorf genauestens untersucht«, gewinne das Ganze eine neue Form der Realität. Aber in dem Maße, in dem eine Hinwendung zum Konkreten, zum Teil sogar zum explizit Theoriefernen stattfindet, ergebe sich auch: Alles stellt sich »noch viel furchtbarer dar, als wir annahmen«.²²

So dient der hier vorliegende Text mindestens zwei Zielen. Zum einen: Die Entwicklung zum Holocaust darzustellen – anhand von drei jüdischen Ärztebiografien den Umbruch in der Gesellschaft aufzuzeigen, der zu Vernichtung oder Vertreibung führte. Zum anderen: das ärztliche Handeln dieser drei jüdischen Sozialhygieniker in der Erinnerung zu bewahren, um daran anzuknüpfen.

Es gilt aber auch drittens herauszufinden, welche gesellschaftlichen Konstellationen begünstigen, dass eine sozialwissenschaftlich orientierte Medizin entsteht, die sich mit der Ungleichverteilung von Krankheiten in der Bevölkerung befasst. So ist bei der Beantwortung der zuletzt gestellten Frage zu konstatieren, dass eine sozialwissenschaftlich orientierte Medizin nie un-

²⁰ Hilberg 1999, a.a.O., S. 58.

²¹ Hannah Arendt im Interview mit Günter Gaus 1964, a.a.O.

²² Reif 1998, a.a.O., S. 384–387.

abhängig von der jeweiligen gesellschaftlichen politischen Situation zu sehen ist. Rudolf Virchows Engagement für eine soziale Medizin fand zur Zeit der 1848er-Revolution statt. Die Begründung der eigentlichen Sozialhygiene ging Ende des 19. Jahrhunderts einher mit zunehmender Industrialisierung und mit dem Aufkommen einer erstarkenden Sozialdemokratie. Der Höhepunkt der sozialhygienischen Aktivitäten in der Weimarer Republik fand im Rahmen der Reformpolitik statt, die die Monarchie hinweggefegt hatte und die Republik begründete. In der Bundesrepublik tauchten die Fächer »Sozialmedizin« oder »Medizinische Soziologie« erst mit Beginn der sozialliberalen Koalition im Herbst 1969 auf. Die Verankerung dieser Fächer in einer Prüfungsordnung für Medizinstudenten führte zu ihrer Etablierung an den Universitäten. Sir Michael Marmot formulierte es so:²³

»Sicher ist es für politisch eher links orientierte Bürger leichter, soziale Einflussfaktoren zu akzeptieren, während Konservative eher die Verantwortung des Individuums betonen.«

Zurzeit ist ein Niedergang dieser »sozialen« Fächer an den Universitäten zu verzeichnen. Diesbezügliche Lehrstühle werden nicht besetzt, und Institute werden geschlossen. Die Universitäten wollen sparen und andere medizinische Disziplinen begünstigen. Im Bereich der präventiven Medizin ist das soziologische Programm zurückgefahren worden.

Prävention ist gegenwärtig ein Projekt der individuellen Verhaltensänderung und der Veränderung von biologischen Parametern, die zu messen sind. Wenn dennoch Lehrstühle neu besetzt werden, so sind mindestens zwei Probleme auszumachen: 1.) Die Belange und Interessen eines etwaigen Stifters werden berücksichtigt. 2.) Die zu erforschenden Präventivmaßnahmen orientieren nicht auf gesellschaftliche Strukturen, sondern auf eine individuelle Verhaltensänderung.

So wurde eine Professur für Arbeitsmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität in Jena ausgeschrieben,²⁴ die zunächst für fünf Jahre von Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung finanziert werden soll. Nach dieser Zeit sei eine »Verstetigung« vorgesehen. Gesucht wird eine »Führungspersönlichkeit«, die auf dem Gebiet der medizinischen Prävention zur Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit (»Employability«) ausgewiesen sei. Doch jegliche Finanzierung einer Professur durch eine Versicherung – erst recht durch

²³ Korzilius 2016, a.a.O., S. C 1236.

²⁴ Dekan der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena, in: Deutsches Ärzteblatt 113: 2016, H. 25 vom 24.6.2016.

die arbeitgeberfinanzierte Unfallversicherung – muss als Problem gesehen werden, weil dabei immer ökonomische Aspekte der Versicherung mitthematisiert werden.

Das zweite Beispiel berücksichtigt eine Stellenausschreibung für eine Professur für Medizinische Psychologie *und* Medizinische Soziologie an der Johann-Gutenberg-Universität in Mainz.²⁵ Obwohl der Stelleninhaber die Medizinische Soziologie vertreten soll, orientiert die Ausschreibung auf psychologische Forschungsinhalte im Rahmen von Verhaltenssucht oder Psychotherapie. Die soziologische Analyse ungleicher Chancen bei Gesundheit oder Krankheit wird also nicht Gegenstand zukünftiger Forschung dieses Medizinsoziologen sein.

Die Orientierung auf das individuelle Verhalten kennt ein neues Zauberwort: Resilienz. Thomas Gebauer, Leiter der Hilfsorganisation medico international, leitet es aus der Werkstoffkunde ab: »Das Wort Resilienz beschreibt die Fähigkeit eines Werkstoffs, auf Störungen, die von außen auf ihn einwirken, unbeschadet zu reagieren.«²⁶ Resilienz sei zu einem »magischen Wort« geworden, das Katastrophen aller Art verhindern solle. Nichts spreche dagegen, die Widerstandsfähigkeit eines Menschen zu stärken, aber es werde absurd, wenn das Bemühen um Resilienz zur Rechtfertigung dafür herhalten müsse, »nichts mehr gegen die Ursachen von Krisen zu tun«.

Ludwig Ascher sprach auch von Widerstandsfähigkeit. Diese sah er als Folge der sozialen Lage. Und mit Verbesserung der sozialen Lage durch eine Änderung der gesellschaftlichen Strukturen fand er eine erhöhte Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten. Die neomodische Resilienz orientiert jedoch nicht auf soziale Strukturen, sondern auf das Verhalten des Individuums: In der Resilienzforschung geht es darum, wie Menschen sich individuell gegen Störungen von außen wappnen können, um sich der zerstörerischen Umwelt anzupassen. Nicht die Verhältnisse sollen geändert werden, sondern der Mensch.

Präventiv tätige ärztliche Protagonisten wie die Arbeitsmediziner begrüßen das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz. Dieses ermöglicht die Gesundheitsförderung mit Rückenschule, Raucherentwöhnung oder Herz-Aktionstagen zulasten der Krankenkassen. Besonders glücklich sind Arbeitsmediziner darüber, dass das Präventionsgesetz »die Option [gibt], [diese

²⁵ Wissenschaftlicher Vorstand der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, in: Ebenda, H. 29-30 vom 25.7.2016.

²⁶ Gebauer, Th.: Fit für die Katastrophe, in: Chrismon Nr. 4: 2016, S. 48f.

Maßnahmen] kurativ zu ergänzen«. So gebe das Präventionsgesetz den Betriebsärzten neue Perspektiven: »Wir können zum Beispiel Impfungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchführen.«²⁷ Prävention beschränkt sich nun auf persönliche Maßnahmen, auf Anti-Raucherkampagnen, Anti-Alkoholkampagnen und Kampagnen zur gesundheitlichen Ernährung.²⁸

Wenn sozial-präventive Fächer an den medizinischen Fachbereichen kaum noch gelehrt werden, wird der Medizinstudent nicht motiviert, sich später für diese Fächer und für diese Facharztpositionen zu interessieren. So gibt es zurzeit einen eklatanten Mangel nicht nur unter den Fachärzten für öffentliches Gesundheitswesen,²⁹ sondern auch unter den Fachärzten für Arbeitsmedizin.³⁰ Weder können Arztstellen in Gesundheitsämtern besetzt werden noch Stellen für Betriebsärzte. Es mangelt an arbeits- und sozialmedizinischem Know-how und an Kenntnissen über epidemiologische Forschungsmethoden.

Das Robert-Koch-Institut, ein Folgeinstitut des 1994 aufgelösten Bundesgesundheitsamts, schlägt Alarm. In einem Bericht »Gesundheit in Deutschland 2015« legt das Institut dar, »dass die Chancen auf ein gesundes Leben sehr stark von der Schichtzugehörigkeit abhängen. Materielle Armut und niedrige Bildung gehen mit einer Häufung chronischer Erkrankungen und geringerer Lebenserwartung Hand in Hand.«³¹ Die soziale und wirtschaftliche Situation habe wesentlich Einfluss auf die Art und Häufigkeit von Erkrankungen sowie auf die Lebenserwartung. Sozioökonomisch benachteiligte Personen schätzten ihre Gesundheit schlechter ein als Menschen mit hohem Status. Frauen mit niedrigem Einkommen stürben im Schnitt fast acht Jahre früher

²⁷ Gerst, Th.: Verband blickt optimistisch nach vorne, in: Deutsches Ärzteblatt 112: 2015, S. C 1383; siehe auch Schmitt-Sausen, N.: Arbeiten im Einklang mit Körper und Seele, in: Deutsches Ärzteblatt 113: 2016, S. C 20-22; Beerheide, R.: Stärkung der Mitarbeiter am Arbeitsplatz, in: Deutsches Ärzteblatt 113: 2016, S. C 1352f.

²⁸ Anonymus: Das Deutsche Gesundheitssystem könnte besser sein, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 5.11.2015.

²⁹ Reygers, H.: Der öffentliche Gesundheitsdienst: Von der Politik verdrängt, für die Daseinsvorsorge dringend nötig, in: Hessisches Ärzteblatt Nr. 10: 2016, S. 576f.

³⁰ Schoeller, A.: Arbeitsmedizin. Nachwuchsmangel zu befürchten, in: Deutsches Ärzteblatt 105: 2008, S. C 1348f.; dies.: Arbeitsmedizin. Trendwende beim Nachwuchs, in: Deutsches Ärzteblatt 111: 2014, S. C 1433f.

³¹ Baumann, D./Sauer, St.: Geld hält gesund, in: Frankfurter Rundschau vom 4.12.2015; Saß, A.-Ch./Ziese, Th.: Lebenserwartung steigt. RKI legt Bericht »Gesundheit in Deutschland« vor, in: Hessisches Ärzteblatt Nr. 3: 2016, S. 175; Müller, A.-K./Neubacher, A./Sanga, M./Schmigel, C.: Das Schattenreich, in: Der Spiegel Nr. 11: 2016, S. 10-17.

als Frauen mit hohen Einkünften. Bei Männern betrage der Unterschied sogar elf Jahre. Angehörige unterer Schichten litten häufiger unter Depressionen, und sie führten auch die Statistiken für Herzinfarkte und Schlaganfälle an. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ergänzt mit einem Bericht über die gesundheitliche Situation der Kinder aus 16 deutschen Bundesländern. Danach ergaben soziale Ungleichheiten bei den Kindern Unterschiede in der körperlichen Gesundheit. »Die soziale Struktur des jeweiligen Landes wirkt potenzierend auf die gesundheitlichen Ungleichheiten«, sagt der Leiter des deutschen WHO-Studienarms.³²

Da lohnt sich ein Blick in die Vergangenheit. Es gilt, die frühen Sozialhygieniker aus dem Vergessen herauszuholen. Dazu soll das vorliegende Buch einen Beitrag leisten. Man braucht das Rad nicht immer neu zu erfinden.

³² Richter-Kuhlmann, E.: Gesundheit von Kindern. Soziale Unterschiede sichtbar, in: Deutsches Ärzteblatt 113: 2016, S. C 228.