

WOLFGANG HIEN

Public-Health-Praxis braucht Berufsethik Plädoyer aus historischer Perspektive

Zusammenfassung

Die Frage nach einer Public-Health-Ethik stellt sich in dem Maße, wie in der gesundheitswissenschaftlichen Praxis Handlungsprobleme und Dilemmata auftreten. Anknüpfend an die Idee einer Bereichsethik wird im Folgenden für deren Erweiterung im Sinne einer Berufsethik plädiert. Dies geschieht aus einer historischen Perspektive, die an der Idee einer sozialen Medizin bzw. sozialen Hygiene anknüpft. Sozialethisch handelt es sich um eine Überwindung des Barmherzigkeits-Gedankens hin zu einer an sozialer Gerechtigkeit orientierten Handlungsmaxime, die auch dem »Schwachen« einen konsequenten Schutz angedeihen lässt. Dies wird illustriert am Beispiel der Auseinandersetzungen um eine Gewerbehygiene Anfang des 20. Jahrhunderts. Der vorliegende Beitrag versucht zu zeigen, dass Public Health in der täglichen Praxis einer die Bereichsethik ergänzenden persönlichen Verantwortungsethik bedarf, welche sich die Sorge um den anderen Menschen und zugleich dessen Autonomie zur Richtschnur macht.

Abstract/Summary

The need for public health ethics arises from practical problems and dilemmas in the health sciences. Starting out as an area of applied ethics it ought to be enhanced to become a professional ethics. This can be done from an historical perspective that takes up the idea of social medicine or social hygiene. From the point of view of social ethics the move can be described as replacing the notion of compassion by the maxim of social justice, which offers clear protection to the »weak«. An example is the debate about professional hygiene at the beginning of the 20th century. In daily practice public health requires an idea of personal responsibility which – beyond the relevant applied ethics – takes the care of others and their autonomy as a guiding principle.

Schlüsselwörter

Public Health; soziale Medizin; Verantwortung.

Keywords

public health; social medicine; responsibility.

1. Einleitung

Angesichts der Schwierigkeit, Public Health als monoprofessionelle Disziplin zu beschreiben, scheint sich ein Konsens darüber herzustellen, dass Public Health als »Bereich« und die entsprechende Ethik als »Bereichsethik« aufgefasst werden sollten.¹ Diese pragmatische Sicht hat vieles für sich, insbesondere auch dann, wenn die Bereichsethik in der Lage ist, dem oder der einzelnen Akteur/in Handlungsorientierung zu geben. Dennoch bleibt in der definitorischen Zuschreibung der Public-Health-Ethik als Bereichsethik das Problem unterbelichtet, dass der oder die Akteur/in in der konkreten Handlungssituation mit Handlungsspielräumen und nicht selten mit massiven Handlungsdilemmata konfrontiert ist, die das handelnde Subjekt in die »Einsamkeit einer existenziellen Verantwortung« zwingt.² Hier bedarf es einer Erweiterung der Bereichsethik hin zu einer Professions- oder Berufsethik, gerade weil dem/der Einzelnen geholfen werden soll, nicht in dieser Einsamkeit unterzugehen. Je näher die gesundheitswissenschaftliche Praxis an den »konkreten Menschen« kommt – etwa in kommunalen, betrieblichen oder sonstigen zielgruppenspezifischen Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten – bleibt über die Bereichsorientierung hinaus immer ein mehr oder weniger großer »Rest« an existenzieller Verantwortung. Sie unterscheidet sich klar von der Funktionsverantwortung, die sich im Rahmen einer von der Organisation oder Institution hergeleiteten Arbeitsrolle herstellt. In die existenzielle Verantwortung geht nicht nur das persönliche Gewissen ein, sondern auch ein von Wissen und Erfahrung geprägtes berufsethisches Verständnis.

Der oder die im Public-Health-Bereich arbeitende Akteur/in muss – gleich auf welcher Ebene sich das Problem stellt – immer wieder Entscheidungen zwischen Ökonomie und Gesundheit, hinsichtlich der Verteilung der Ressourcen oder hinsichtlich einer definitorischen Risikozuschreibung treffen. Letztlich geht es immer um die Frage, ob eine Problemlage als gesellschaftliche oder individuelle im Sinne einer individualisierenden Sicht definiert wird. Handlungsdilemmata ergeben sich beispielsweise, wenn sich Prävention einer Marketing-Logik unterzuordnen hat oder wegen klammer Kassen ganz unterbleibt, wenn gesundheitsschädigende Verhältnisse de-thematisiert und Konzepte der Eigenverantwortung zur Ideologie werden, wenn sich Rationalisierung und Rationierung auf Kosten oder zu Lasten der Schwächsten durchsetzen. Eine Bereichsethik kann helfen, derartige Problemlagen durch legislative, exekutive und organisationale Regelsetzung zu minimieren oder hinsichtlich konkreter Handlungsoptionen zu antizipieren. Eine Bereichsethik reicht aber nicht, um die vielfältigen Situationen in der »verschmutzten Wirklichkeit«³ mit ihren Zwängen, Unklarheiten, Ambivalenzen und Zumutungen moralisch zu bewältigen. Wie soll nun die hier gefragte, vom Berufsethos getragene Ethik bezeichnet werden? Nennen wir sie – so mein Vorschlag – ganz allgemein »Berufsethik«, unabhängig davon, ob der oder die betreffende Akteur/in einen gesundheitswissenschaftlichen Abschluss hat oder Angehöriger einer anderen Berufsgruppe ist. Entscheidend ist, ob die betreffende »professionelle Person« in einem präventiven, gesundheitsförderlichen oder im weitesten Sinne mit Gesundheitsmanagement betrauten Aufgabenbereich arbeitet. Die häufig benutzte Allegorie von den »Ertrinkende[n] am reißenden Fluss«, die eine/m Public-Health-Akteur/in – in Abgrenzung zu helfenden Berufen – auftrage, nicht einzelne zu retten, sondern die Ursache dieses Unglücks zu suchen, ist viel zu grobschlächtig und in ihrer Vereinfachung schlichtweg

zynisch. Die Wirklichkeit ist wesentlich komplexer und vielschichtiger. Die Ertrinkenden-Allegorie ist m. E. utilitaristisch verkürzt, gleichsam zweidimensional, wo doch die reale Situation vieldimensional ist. Konkret würde es viel wahrscheinlicher sein, dass der Beobachtende nicht allein ist, dass Kommunikationstechniken zur Verfügung ständen und sich eine multizentrische Aktivität entwickeln würde.

Neben der häufig zu bemerkenden Vereinfachung der Problemstellungen fällt eine zweite, mit dem bisher Benannten eng zusammenhängende Merkwürdigkeit ins Auge: Zwar ist von utilitaristischen, gerechtigkeitsethischen, diskurstheoretischen und kommunitaristischen Ansätzen oder Konzepten die Rede, nicht jedoch von verantwortungsethischen. Dies verwundert umso mehr, als zu Beginn des letzten Jahrhunderts Max Weber die Verantwortungsfrage in die Wissenschaft und die Politik eingebracht und damit ein vielfältiges Umdenken angestoßen hat, das sich nachhaltig auf die wissenschaftliche und politische Kultur auswirkte. Berufsethik hat sowohl mit innerer Haltung wie mit Verantwortung für die Folgen des eigenen Handelns zu tun.⁴ Zugleich ist Verantwortung, sofern sie nicht nur als Funktionsverantwortung verstanden oder missverstanden wird, immer eingebettet in eine sozialetische Perspektive. Die saubere Trennung zwischen Sozial- und Individualethik, welche die akademische Philosophie gerne vornimmt, greift zu kurz. Sozialetische Orientierungen hinsichtlich einer gesellschaftlichen Ordnung, in der Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität Geltung besitzen, sind meist – wie im nächsten Abschnitt zu zeigen sein wird – gebunden an soziale, politische, kulturelle oder religiöse Traditionen oder Bewegungen. Darin aber handeln konkrete Personen, d. h. nicht Systeme, allein Subjekte können im moralisch relevanten Sinn Handlungen ausführen.⁵ Die ethische Frage nach moralisch geleiteten Handlungen in einem beruflichen oder professionellen System ist die Frage nach einer Berufsethik. Im Public-Health-Bereich verschmelzen sozial- und individualethische Herausforderungen in einer Bereichsethik, die um eine Berufsethik erweitert werden muss.

2. Die historische Hypothek von Public-Health

In welcher Tradition steht Public Health? Wehkamp differenziert zwischen dem englischen Grundmodell einer Staatsmedizin und der von Virchows Postulat – jede Medizin habe eine »soziale Medizin« zu sein – geprägten Sozialhygiene, die sich in Deutschland und Österreich bis 1933 herausgebildet hatte.⁶ Sozialhygiene sei, so Wehkamp, näher am professionellen Handeln des medizinischen Einzel-Akteurs, während die staatsmedizinische Variante mit einer »atomistischen Gesellschaftstheorie« – gemeint ist wohl der Hobbessche Entwurf – und einer wirtschaftsliberalistischen Gesellschaftspraxis verbunden sei. Gerade dieser Hinweis ist sehr wertvoll: Wirtschaftsliberalismus und autoritärer Staat widersprechen sich keineswegs. Der englische Liberalismus wie dessen Fortführung im Neoliberalismus verbinden Bevölkerungspolitik mit sozialer Selektion und sozialer Exklusion. Der Umbruch von Sozialhygiene zur Rassenhygiene nahm – siehe hierzu beispielsweise »Menschliche Auslese und Rassenhygiene« von Fritz Lenz (1932)⁷ – starke Anleihen von gerade diesem nutzenökonomischen Denken.

Der Public-Health-Ethiker Warren T. Reich,⁸ der sich seit Jahren mit den geistigen Wurzeln der US-amerikanischen Wettbewerbsethik befasst, sieht Parallelen zwischen dieser und der nationalsozialistischen Ethik. Er führt beide auf das von Thomas Hobbes

entwickelte Welt- und Menschenbild zurück. Hobbes sieht in dem Anderen einen Feind; Rücksichtnahme oder gar Mitleid hat in dieser Philosophie keinen Platz. Der Wirtschaftsliberalist Vilfredo Pareto entwickelte zwanglos eine biologistische Elitetheorie,⁹ d. h. wirtschaftsliberale und autoritäre Gesellschaftskonzepte schließen sich keineswegs aus, sondern lassen sich – und dies vor allem in Krisenzeiten – nicht nur miteinander vereinbaren, sondern auch in ihrem Zusammenwirken ethisch legitimieren. Ulf Schmidt arbeitet anhand der Biographie des führenden Nazi-Arzt Karl Brandt heraus, dass die damalige gesundheitswissenschaftliche Elite einen spezifischen Begriff von Ethik und Medizin-Ethik hatte und ihre praktischen Konzepte und Maßnahmen durchaus in Einklang mit einer solchen Ethik zu bringen versuchten.¹⁰ An diesen Beispielen wird deutlich, dass die Differenzierung Wehkamps zur These berechtigt, dass der »alte« sozialmedizinische bzw. sozialhygienische Ansatz – auch und gerade im Zusammenhang mit einer Public-Health-Ethik – gegen den staatsmedizinischen Ansatz verteidigungswert ist. Der Staat kommt hier – vor dem Hintergrund der Arbeiterbewegung – eindeutig als Sozialstaat ins Spiel.

Die »alte« Hygiene-Bewegung machte die materiellen Lebensbedingungen, insbesondere sauberes Wasser, saubere Luft und die Wohn-, Ernährungs- und Arbeitsbedingungen zum Gegenstand des Forschens und der tätigen Praxis. Einer der großen Väter der Konzeption einer sozialstaatlich regulierten Prävention war der Wiener Sozialmediziner Ludwig Teleky.¹¹ Er forderte schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts die systematische Zusammenführung natur- und sozialwissenschaftlicher Methoden, d. h. die Betrachtung von Bevölkerungsgruppen, um den Einzelfall besser verstehen zu können, und die Vertiefung in den Einzelfall, um die epidemiologischen Fragen genauer stellen zu können.¹² Wer das sechsbändige »Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge«¹³ in die Hand nimmt, wird erstaunt sein über die Fülle und das Niveau »moderner« Abhandlungen, deren Lektüre auch für heutige Gesundheitswissenschaftler/innen von hohem Gewinn sein kann. Zugleich wird gerade in diesem Werk die sozialpolitische Ambivalenz von Prävention und Gesundheitsförderung sichtbar, insofern nämlich auch konstitutions- und rassenhygienische Vektoren – und dies mit durchaus »modernen« ökonomistischen Begründungen – sichtbar werden.

In der momentanen Public-Health-Debatte bleiben m. E. diese Gesichtspunkte weitgehend ausgeblendet. So hat das »Pareto-Optimum« in der gegenwärtigen Public-Health-Debatte Hochkonjunktur, ein auf Nutzenmaximierung basierendes Modell, das – wie Biesecker/Kesting überzeugend ausführen¹⁴ – systematisch Ungleichverteilung sowie Herrschafts- und Machtkonstellationen ausblendet. Die normative Kraft des Faktischen zeigt sich überdeutlich in der merkwürdig eindimensionalen Diskussion über die Frage, wieviel Gesundheit »wir uns noch leisten können«, und welche Gesundheitsinvestitionen »sich lohnen« und welche nicht. Augenfällig wird dies beispielsweise in dem Diktum der Europäischen Union, alle Anstrengungen auf die »Beschäftigungsfähigkeit der Bevölkerungen« zu konzentrieren, was in der Praxis dazu führt, dass zum einen die Arbeitsbedingungen hinsichtlich Personen des Hochleistungstypus »optimiert« werden, und dass zum anderen die »Nicht-Beschäftigungsfähigen« – die in Abgrenzung zur Hochleistungs-Beschäftigungsfähigkeit immer zahlreicher werden – als »kostenträchtiges gesellschaftliches Problem« dargestellt werden.¹⁵ Die »Maximierung des gesundheitlichen Gesamtnutzens«¹⁶ birgt – auch wenn programmatisch die individuelle Menschenwürde berücksichtigt wird – immer auch die Gefahr, dass Einzelne und mehr

oder weniger große Minderheiten-Kollektive stigmatisiert, sanktioniert und hinsichtlich der allgemeinen Gesundheitsgüter ausgegrenzt werden, sofern vermeintliche oder tatsächliche Gründe des individuellen Fehlverhaltens festzumachen sind. Wir wissen, dass Hartz-IV-Empfänger überdurchschnittlich viel rauchen. Wir wissen auch, dass dahinter sozialpsychologische Ursachenketten stehen. Die teilweise dominierende ökonomistische Sichtweise in der gegenwärtigen Gesundheitspolitik lässt jedoch die Befürchtung einer »Pflicht zur Gesundheit« aufkommen, die beispielsweise das Rauchen an sich zur Fehlhandlung stempelt, ohne die soziale Kontextuierung zu berücksichtigen, ohne im Übrigen etwas gegen die Tabakwerbung zu unternehmen. Die neoklassische Wirtschaftstheorie gibt ohnehin dem Nachfrager, nicht dem oligopolen und manipulativen Anbieter »die Schuld«.

3. Geschichte der Sozialethik als Problemkontext

Ende des 19. Jahrhunderts formierten sich – im Kontext religionsphilosophischer Traditionen – verschiedene sozialetische Orientierungen, von denen für die Sozial- und Gesundheitsdiskurse die protestantische und die jüdische Sozialethik eine besondere Bedeutung erlangten. In seinem Buch »Das Wesen des Christentums« ging Adolf von Harnack, der damals wohl bekannteste Theologe und erster Präsident der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft, auf die drängenden sozialen Fragen seiner Zeit ein. Harnack plädiert dafür, » die Notlage des arbeitenden Volkes zu lindern«, um die Menschen dem »Reich des Satans« zu entreißen und sie so auf »das Reich Gottes« vorzubereiten.¹⁷ Ähnliches äußerten auch anderer Vertreter aus Kirche und kirchennahen Verbänden. Wie schon zuvor die katholische Kirche in ihrer Enzyklika »Rerum Novarum« rang sich zwar nun auch der Protestantismus ein Lippenbekenntnis zur sozialen Frage ab, was aber die soziale und gesundheitliche Lage der Arbeiterklasse kaum verbessern helfen konnte, da an den Grundfesten der ökonomischen und sozio-ökonomischen Verhältnisse nicht gerüttelt werden sollte. Ein Großteil der christlichen Theologie konnte sich die Erlösung von Armut und Krankheit recht eigentlich – das zeigt die Argumentation Harnacks sehr eindrücklich – erst im Jenseits des irdischen Daseins vorstellen. Im Diesseits konnte man eben nur »Not lindern«. Die Sozialethiker Edith Bauer nennt dies eine von Barmherzigkeit geleitete Sozialethik.¹⁸ Signifikant unterschieden davon sieht sie die jüdische Sozialethik, die – gleichsam als Antwort auf Harnack – kurze Zeit später von Leo Baeck, damals Rabbiner in Düsseldorf und später Oberrabbiner in Berlin, in die Diskussion gebracht wurde. Baeck setzt »verantwortliches Handeln« an die oberste Stelle, genauer: »das Gebot, das Gute in der Welt zu verwirklichen, um das Reich Gottes in der Welt des Menschen« aufzubauen.¹⁹ Im Unterschied zur Barmherzigkeit ist hier die Gerechtigkeit – und dies ganz im Sinne einer praktisch wirksamen sozialen Gerechtigkeit – als Leitmotiv zu sehen.²⁰ In vielen gesellschaftlichen Bereichen, so auch in der Gesundheits- und Medizinethik, sind jüdische Wurzeln auszumachen, die schon im Wilhelminischen Deutschland autoritäre Gegenkonzepte hervorriefen. Die in den Humanwissenschaften artikulierte »Humanität« wurde als verweichlichende, unnatürliche und den Staat zersetzende »jüdische Lehre« empfunden. Das »Humane« würde »so gut wie überall als Schlappeheit deklariert und als undeutsch diffamiert«.²¹

Die sozialpolitische Diskussion seit den 1880er Jahren war aufgeheizt durch schnell wachsenden industriekapitalistischen Reichtum einerseits und ebenso schnell wachsende Massenproletarisierung in den industriellen Zentren andererseits. Die zunehmende Stärke des sozialen Protestes der Arbeiterbewegung – es ging dabei auch und gerade um den Kampf gegen Unfalltod und vorzeitigen körperlichen Verschleiß bei der Arbeit, um bessere Wohn- und Ernährungsbedingungen und um eine grundsätzlich gesicherte gesundheitliche Versorgung – zwang den Staat zu einem sukzessiven Ausbau des Arbeiterschutzes und der Sozialpolitik. Zugleich brandete im bürgerlichen Lager nicht nur die Diskussion über ökonomische Tragbarkeit und die ökonomischen Grenzen der Sozialpolitik auf; sowohl im medizinisch-hygienischen wie im kirchlichen Raum wurde die Forderung nach einer strengen »Moralhygiene«, d. h. nach strengen Maßnahmen der Verhaltenskontrolle, laut.²² Der Fabrikarzt, die Fabrikfürsorgerin, der Krankenkontrollleur, die Gemeindegewerkschafterin, der Pfarrer, die Lehrerin, d. h. alle Akteure, denen man eine verhaltenssteuernde Kompetenz zusprach, sollten die Menschen unter Druck setzen, diszipliniert zu arbeiten, hygienische Regeln einzuhalten und dem Alkohol und anderen »Vergnügungen« zu entsagen, wobei es von besonderer Bedeutung war, Simulanten und Querulanten zu identifizieren und zu sanktionieren. Im praktischen Handlungsfeld der Sozial- und Moralhygiene kam es so zu einem Amalgam zwischen einer Orientierung am gesundheitlichen Gesamtnutzen im Sinne einer Volksgesundheit und Leistungsfähigkeit des »Volkskörpers« und einer radikalen Risiko-Individualisierung. Augenfällig waren hierbei Legitimationen, welche immerzu »das Gute« versprachen.

Vor dem Hintergrund dieses sozialgeschichtlichen Kontextes kritisierte Max Weber (1919) die – wie er sie nannte – »Gesinnungsethik«, wie er sie bei führenden Vertretern von Politik und Wissenschaft antraf.²³ Es reiche nicht, nur die gute Absicht zu haben; worauf es ankomme, sei die Übernahme von sozialer Verantwortung für die Folgen des eigenen Handelns. Dietrich Bonhoeffer (1949) radikalisierte angesichts der Erfahrungen des Faschismus Max Webers Forderung nach Verantwortung, indem er sie mit Webers Kritik des protestantischen Berufskonzeptes verband.²⁴ Bonhoeffer geht mit dem tradierten preußischen »Kulturprotestantismus« und der darin eingebetteten Ansicht ins Gericht, nach der Berufsverantwortung sich in der disziplinierten Erfüllung der »Dienstpflichten« erschöpfe. Das genaue Gegenteil sei der Fall: Verantwortung beziehe sich immer auf »das ganze der Wirklichkeit« und schließe auch »den Fernsten« mit ein. »Gerade weil Beruf Verantwortung ist und weil Verantwortung eine ganze Antwort des ganzen Menschen auf das Ganze der Wirklichkeit ist«, sei ein »banausisches Sichbeschränken auf die engste Berufspflicht [...] Verantwortungslosigkeit«.²⁵ Hier verabschiedet sich Bonhoeffer von einem funktionalistischen Verantwortungsbegriff zugunsten eines existenziellen.

4. Ein historisches Beispiel: Die Gewerbehygiene

Geht man in der Geschichte der Industrietoxikologie und der Arbeitsmedizin zurück, um zu den Grundlagen des modernen Gesundheitsschutzes in der Arbeitswelt und in der Lebensumwelt zu gelangen, so stößt man auf zwei Persönlichkeiten, deren ganzes wissenschaftliches und praktisches Leben der Grundlegung einer solchen präventiven Orientierung gewidmet war. Es handelt sich um den Berliner Toxikologen Luis Lewin

(1856–1928) und den – bereits erwähnten – Wiener Sozialmediziner Ludwig Teleky (1872–1957). Es ist von nicht unerheblicher Bedeutung, dass beide Wissenschaftler jüdischer Herkunft waren und sich – vielleicht auch wegen ihrer säkularen Haltung – weigerten, zum christlichen Glauben zu konvertieren. Beiden verwehrte man lebenslang eine ordentliche Professur; beide waren immer wieder heftigen Anfeindungen ausgesetzt, deren antisemitischer Gehalt unschwer auszumachen ist. Lewin und Teleky stehen für viele jüdische Vertreter einer – im Sinne einer an den Bedürftigen orientierten – fortschrittlichen sozialen Medizin und eines darin eingebetteten öffentlichen Gesundheitswesens. Lewin befasste sich als einer der ersten Wissenschaftler systematisch mit Industriegiften; sein Hauptwirkungsort war Berlin, wo er als Privatgelehrter forschte und Studenten der Charite und später auch der Technischen Universität Charlottenburg unterrichtete.²⁶ Teleky wirkte zunächst in Wien, übernahm 1921 die Stelle eines preußischen Landesgewerbearztes in Düsseldorf, die er 1933 quittieren musste, ging wieder zurück nach Wien, emigrierte 1938 schließlich nach New York, wo er noch einige grundlegende Übersichtsarbeiten schrieb.

1905 richtete die Centralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen in Hagen eine Sonderkonferenz aus zum Thema: »Die Belehrung der Arbeiter über die Giftgefahren in gewerblichen Betrieben.«²⁷ Anlass war die zunehmende Zahl von Vergiftungsfällen; allein diejenigen mit tödlichem Ausgang gingen damals in die Tausende pro Jahr. Es handelte sich also um ein Public-Health-Problem ersten Ranges. Lewin hielt das Einleitungsreferat, in dem er herausstellte, dass zum einen die Schutzmaßnahmen absolut unzulänglich seien und zum anderen die Beschäftigten überhaupt nicht aufgeklärt würden über die drohenden Gesundheitsgefahren. Er forderte, dass die Arbeitgeber und die Berufsgenossenschaften hier sehr viel mehr tun müssten. Er äußerte sein Mitleid mit den Betroffenen und gab seinem »großen Zorn« darüber Ausdruck, das »Derartige in unserer Zeit noch möglich« sei. Carl Duisberg, Direktor der Leverkusener Farbenfabriken vorm. Bayer & Co in Leverkusen, später langjähriger Direktor und Vorstandsvorsitzender der I. G. Farben, hielt die Gegenrede. Er bezweifle den Sinn solcher Aufklärungsmaßnahmen, denn die Arbeiter seien »von Natur aus« nicht in der Lage, derart komplizierte Dinge zu begreifen, und er fügte hinzu: Arbeiter seien »in dieser Beziehung unwissende Menschen.«²⁸ Nun war sich Lewin darüber im Klaren, dass eine abstrakte Aufklärung die Situation kaum verbessern würde. Er bestand aber darauf, dass die Arbeiter durchaus einen Zusammenhang zwischen stofflicher Belastung und Krankheiten begreifen könnten, wenn ihnen die dazu notwendigen Kenntnisse »in viel persönlicherer Weise beigebracht« würden. Und weiter: »Jedem Menschen, auch dem Ärmsten und Bedrücktesten, ist sein Leben für sich und die Seinigen lieb.«²⁹ Duisberg entgegnete, als Folge der Lewinschen Politik wäre die Industrie gezwungen, ins Ausland abzuwandern. Als Viktor Adler (1908) im österreichischen Parlament das furchtbare Schicksal der böhmischen und mährischen Zündholzarbeiter/innen thematisierte,³⁰ antwortete ihm der Handelsminister mit dem gleichen Argument, das Duisberg gegenüber Lewin vorbrachte: Gesundheitsschutz gefährde die Industrie und damit den »lebenswichtigen« Export. Unschwer lässt sich die Aktualität dieser Auseinandersetzungen erkennen.

Kurze Zeit später stieß der leitende Fabrikarzt der Bayer-Werke, Theodor Floret, ins gleiche Horn wie sein Arbeitgeber: Die Giftgefahren, so Floret (1913), würden seitens »bestimmter Gelehrter« übertrieben. Das Problem sei ein ganz anderes: »Der Arbeiter« habe grundsätzlich einen Hang zum »Simulantentum« und sei von »Begehrlichkeiten«

gegenüber Arbeitgeber und Sozialversicherung erfüllt.³¹ Floret befürwortete daher eine engmaschige Kontrolle der Arbeiter und ihrer Familien, wobei »am besten« die Kontrolle direkt durch die Fabrikärzte – in den folgenden Jahren bürgerte sich hierfür der Begriff des Betriebsarztes ein – und ihre Helfer erfolgen sollte, was dann auch bis in die 1960er Jahre geschah. Ludwig Teleky schaltete sich in diese Debatte, die im Zentralblatt für Gewerbshygiene geführt wurde, sofort ein und widersprach Floret sehr energisch. Teleky (1913) argumentierte, als Angestellte des Fabrikunternehmers seien Fabrikärzte nicht unabhängig.³² Es bedürfe einer starken staatlichen Kontrolle und Einflussnahme, insbesondere durch staatliche Gewerbeärzte, und zwar einer Kontrolle vornehmlich der betrieblichen Verhältnisse. Für Teleky galt nach wie vor die Richtschnur, »die Einwirkung gegebener sozialer und beruflicher Verhältnisse auf die Gesundheitsverhältnisse festzustellen und anzugeben, wie durch Maßnahmen sanitärer und sozialer Natur derartige schädigende Einwirkungen verhindert werden können«³³. Teleky entwickelte, ausgehend von der Konditionalhygiene, ein präventionspolitisches Konzept, das kollektive Phänomene – d. h. die epidemiologische Perspektive – mit der individuellen Fallbetrachtung verknüpft, immer vom Postulat ausgehend, dass auch »Schwächere« vor Gesundheitsgefahren geschützt werden müssen.

Das durch die Konstitutionshygiene geprägte Gegenkonzept – in der Arbeitsmedizin nahm der langjährige bayerische Landesgewerbearzt Franz Koelsch (1876–1970) eine führende Rolle ein – war und ist auf Leistung und Selektion ausgerichtet, d. h. »Schwächere« werden als »nicht tauglich« aussortiert, was wiederum als »individuelle Fürsorge« umgedeutet wird.³⁴ Zugleich wird »Fürsorge« gegenüber »Vorsorge« prinzipiell abgewertet. Schon ansatzweise in seinen Publikationen vor dem Ersten Weltkrieg³⁵ und schließlich seit den 1930er Jahren durchgehend bis zur vierten Auflage seines »Lehrbuch(es) der Arbeitsmedizin« thematisierte Koelsch (1963)³⁶ die Problematik der »kränklichen«, »neurasthenischen« Person – er sprach auch vom »Schwächlingstyp« – und der von ihr ausgehenden Belastung »des Volkes«. Er benutzte in diesem Zusammenhang den Begriff der »sozialen Verantwortung«, die der Schwächling vermissen lasse. Man müsse ihm daher mit »Strenge« und »Härte« entgegenreten.³⁷ Wenn in unseren Zeiten, freilich mit einer anderen Wortwahl, wohl aber mit Konzepten einer biologistisch durchwobenen Sozialtheorie im Rücken, ähnliche Problematisierungen vorgenommen werden, müssen diese vor dem Hintergrund der historischen Erfahrungen höchst bedenklich erscheinen.

5. Berufsethik als Verantwortung vom Anderen her

In den letzten Jahren hat Klaus Dörner, Nestor der deutschen Sozialpsychiatrie, m. E. einen substanziellen Beitrag zur Ethik-Debatte im Sozial- und Gesundheitswesen geleistet.³⁸ Dörner orientiert sich dabei an einem Dreigestirn von paternalistischer, dialogischer und alteritätstheoretischer Ethik, wobei letzterer – anknüpfend an Emmanuel Levinas – die größte Bedeutung zukommt. Alterität – das ist die Andersheit des Anderen, den ich nie ganz verstehen kann, der mir immer mehr oder weniger fremd bleiben wird, der trotzdem meine Hilfe braucht, den ich unterstützen muss, ja, ihn verteidigen muss gegen Angriffe ausbeuterischer, kontrollierender, diskriminierender, stigmatisierender und körperlich oder geistig zerstörender Art. Dörner präzisiert dieses allgemeine Postu-

lat und betont, dass es ihm um den Aufbau von Selbstsein, Selbstbewusstsein, Selbstbestimmungs- und Widerstandspotenzialen zu tun ist, keinesfalls um Gängelung oder »fürsorgliche Kontrolle«. Dörner bezieht sich auf Levinas, der im internationalen Ethik-Diskurs immer stärkere Beachtung findet. Verantwortung ist immer eine «Verantwortung vom anderen her», und Levinas formuliert weiter: »Das eigentlich Zwischenmenschliche liegt in einer Nicht-Gleichgültigkeit des Einen für die Anderen, in einer Verantwortlichkeit des Einen für die Anderen, noch bevor die in unpersönlichen Gesetzen festgeschriebene Gegenseitigkeit diese Verantwortlichkeit [...] überdecken kann«³⁹. Dies bedeutet aber nicht, dass Levinas dem Recht oder der normativen Gerechtigkeit einen minderen Wert zuweist. Ihm sind auch die Anderen des Andere, letztlich die Fernsten »der Andere«, wofür er die Ebene der Gerechtigkeit einführt. Dies bedeutet: Niemand kann sich verstecken hinter allgemeinen Gesetzen, Vorschriften, irgendwelchen Kodizes oder irgendwelchen Systemzwängen. Das alles lässt Levinas nicht gelten. Zugleich fordert er eine Verbesserung der Gesetze, möglichst auf internationaler Ebene, um den Benachteiligten und Bedrängten ein Mindestmaß an Möglichkeiten zu geben, Subjekt zu sein. Immer aber gilt es, den Einzelnen vor Zumutungen des Systems in Schutz zu nehmen, und immer gilt es, sich von der Not des Anderen berühren zu lassen. Diese verwickelte Dialektik der »Systemethik« levinasscher Provenienz ist von dem Münchener Soziologen Walter L. Bühl in brillanter Weise herausgearbeitet worden.⁴⁰

Bühl sollte für die Public-Health-Ethik-Debatte »entdeckt« und fruchtbar gemacht werden. Sein Hauptargument: Gruppen, Organisationen und Institutionen sind zwar Systeme, deren Rahmen und Struktur mehr oder weniger gute Voraussetzungen für ethisches Handeln bieten, doch ist nicht den Systemen, sondern den darin handelnden Menschen eine Ethik bzw. Kriterien ethischen Handelns überantwortet. Durch ihren Einfluss können Systeme menschlicher werden, was wiederum die Möglichkeiten des Einzelnen, den Ruf nach Verantwortung zu hören, verbessert. Schon Ulrich Beck wendet sich gegen die Ansicht, Verantwortung sei in hochkomplexen Systemen nicht mehr festmachbar, »verschwinde« gleichsam im Geflecht systemischer Netzwerke, wobei der Verantwortungsbegriff selbst bei Beck noch unklar bleibt.⁴¹ Bühl hat sich der Mühe einer Differenzierung unterzogen, sowohl soziologisch, indem er Komplexitäten »entflieht«, als auch philosophisch, indem er die Verantwortungsbegriffe sortiert. In deren »Innere« dringt schließlich Zygmunt Bauman ein,⁴² wobei er vor allem mit den philosophischen Schulen Aristotelischer und Kantscher Prägung hart ins Gericht geht. Seiner Auffassung nach kann ich mich hinter keiner Gemeinschaft, hinter keiner Autorität, hinter keinem Gesetz, hinter keinem Regelwerk verstecken. Bauman fragt nach der Person und nicht nach der Rolle, er fragt nach der persönlichen Moralität in konkreten Situationen und nicht nach der Erfüllung von Loyalitäten oder Pflichten. Und Dörner erinnert uns daran, dass wir im wirklichen Leben nur selten eine Reziprozität – ein kommunikatives Handeln auf Augenhöhe – vorfinden, sondern oftmals ein Gefälle, insbesondere dann, wenn wir es mit Schwächeren zu tun haben.⁴³ Einer sich in diesem Kontext herstellenden Verantwortung können wir nie ganz gerecht werden; wir bleiben also immer »in der Schuld des Anderen«.

Eine Bereichsethik, in der Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität als unhintergehbare Kernkriterien angesehen werden, soll einer »volksgesundheitlichen« Funktionalisierung von Public Health einen Damm entgegensetzen. Doch ein Bereich, der von massiven ökonomischen, politischen und marktlogischen Interessen beeinflusst wird, kann

auch – je nach makro- und mesopolitischen Kräftekonstellationen – seinen »Charakter« ändern. Niemand weiß, wie es dann, wenn sich marktradikale Interessen durchsetzen sollten, um Public Health bestellt ist. Niemand weiß, ob es nicht auch in der »Bereichsethik« eine Werte-Verschiebung geben wird. Die geistige Haltung jedenfalls großer Teile unserer Wirtschaftselite lässt – wie Ulrich Thielemann aufzeigt⁴⁴ – leider nichts Gutes hoffen. Gerade dann aber ist eine Public-Health-Berufsethik unverzichtbar. Gerade dann ist ein von ethischen Kriterien geleitetes Berufsverständnis, gleich an welchem Ort ich mich befinde, für meine tägliche Praxis von außerordentlicher Bedeutung. Berufsethik kann dann auch heißen: Informelle horizontale Vernetzungen von Public-Health-Akteuren und -Akteurinnen zu bilden, möglicherweise gegen vertikale Zumutungen und Instrumentalisierungen.

6. Schlussbemerkungen

Was also können wir tun? Wie sollen wir uns in der Public-Health-Praxis verstehen? Was heißt Professionalität oder ethisch bewusste Beruflichkeit für uns? Eine solche Beruflichkeit erfordert höchstmögliche Sachkompetenz bei gleichzeitig höchstmöglichem Einfühlungsvermögen; sie erfordert eine Handlungsorientierung, die sich an Kriterien orientiert wie z. B. Verstehen, Respekt, Anerkennung, Selbstbestimmung und Autonomie des Anderen, Beteiligung und Empowerment, aber auch Schutz und Fürsorge für diejenigen, die sich nicht selbst helfen können. Es muss immer darum gehen, die Subjektivität und »die vorhandenen Kräfte des Menschen zu fördern«⁴⁵. Abzulehnen ist eine Konzeption, deren Hauptkriterien in Anpassung, Integration und Leistungsfähigkeit bestehen. Seyla Benhabib kommt – ausgehend von der feministischen Sorgeethik und der nachkantianischen Gerechtigkeits- und Diskursethik – zu einem ähnlichen Ergebnis:⁴⁶ Menschliches Handeln muss sich orientieren an der Würde des konkreten Anderen und zugleich an derjenigen des verallgemeinerbaren Anderen. Immer gehe es dabei – wie weit auch mein Gegenüber entfernt sein mag – um konkrete Prozesse »zwischen Menschen aus Fleisch und Blut«⁴⁷. Im beruflichen Alltag werden wir immer mit einem »Mix« ethischer Perspektiven zu tun haben: Da ist zum einen die konkrete Sorge um Benachteiligte, d. h. um diejenigen, denen wir Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung zukommen lassen müssen. Da ist zum anderen immer auch die allgemeine Ebene all dessen, was wissenschaftlich noch im Bereich des Nichtwissens und globalpolitisch im Bereich des Noch-Nicht-Erreichbaren liegt. Zu denken ist hier nur an die massenhaften Giftmüll-exporte in Länder der Dritten Welt. Grundsätzlich bin ich für die gesundheitlichen Folgen, unter denen die so betroffenen Menschen leiden, verantwortlich, auch wenn mein berufliches Handeln mir angesichts der Dimension des Problems ohnmächtig erscheint. Mit dem kritischen Nachdenken darüber beginnt Ethik.

ANMERKUNGEN

¹ P. SCHRÖDER, *Public-Health-Ethik in Abgrenzung zur Medizinethik*, in: Bundesgesundheitsblatt, Heft 1 (2007) 103–111; C. KAMINSKY, *Public-Health-Ethik als Bereichsethik*, in: Bundesgesundheitsblatt, Heft 2 (2008) 127–136; K.-H. WEHKAMP, *Public-Health-Ethik*, in: Bundesgesundheitsblatt, Heft 2 (2008) 119–126.

- ² K. DÖRNER, *Arzt vom Anderen her*, in: M. W. Schnell (Hrsg.), *Pflege und Philosophie. Interdisziplinäre Studien über bedürftige Menschen*, Bern 2002, 137–172.
- ³ O. NEUBERGER, *Mikropolitik und Moral in Organisationen*, Stuttgart 2006.
- ⁴ U. THIELEMANN, *System Error*, Frankfurt a. M. 2009.
- ⁵ W.-L. BÜHL, *Verantwortung für soziale Systeme*, Stuttgart 1998.
- ⁶ WEHKAMP (wie Anm. 1).
- ⁷ F. LENZ, *Menschliche Auslese und Rassenhygiene (Eugenik)*, München 1932.
- ⁸ W. T. REICH, *Wer verdient Fürsorge? Gesundheitsreform und die Werte, die unsere Gesundheitssysteme formen*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 50 (2004) 247–261.
- ⁹ O. LANGE, *Einführung in die Ökonometrie*, Berlin 1968.
- ¹⁰ U. SCHMIDT, *Hitlers Arzt Karl Brandt. Medizin und Macht im Dritten Reich*, Berlin 2009; F. BRUNS, *Medizinethik im Nationalsozialismus*, Stuttgart 2009.
- ¹¹ L. TELEKY, *Suum cuique. Eine Entgegnung auf Dr. Th. Floret*, in: *Zentralblatt für Gewerbehygiene* Bd. 1, 1913, 289–292.
- ¹² D. MILLES/N. SCHMACKE, *Ludwig Teleky und die westdeutsche sozialhygienische Akademie*, Düsseldorf 1999; A. WULF, *Der Sozialmediziner Ludwig Teleky (1872–1957) und die Entwicklung der Gewerbehygiene zur Arbeitsmedizin*, Frankfurt a. M. 2001.
- ¹³ A. GOTTSCHALK/A. SCHLOSSMANN/L. TELEKY (Hrsg.), *Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge*, 6 Bände, Berlin 1925–1927.
- ¹⁴ A. BIESECKER/S. KESTING, *Mikroökonomik. Eine Einführung aus sozialökologischer Perspektive*, München 2003, 413 ff.
- ¹⁵ M. WOLF, *Die Organisierung des sozialen Krieges: zur staatspolitischen Dimension der Hartz-IV-Reform*, in: *Grundrisse* 31 (2009) 10–21.
- ¹⁶ SCHRÖDER (wie Anm. 1).
- ¹⁷ A. V. HARNACK, *Das Wesen des Christentums*, Gütersloh 1900/1977, 45.
- ¹⁸ E. BAUER, *Entwicklungslinien ethischer Paradigmen der Sozialen Arbeit*, in: *Soziale Arbeit* 8 (2008), 282–292.
- ¹⁹ L. BAECK, *Das Wesen des Judentums*, Nachdruck der vierten Auflage, Wiesbaden 1905/1991, 271.
- ²⁰ BAUER (wie Anm. 18).
- ²¹ H. GLASER, *Bildungsbürgertum und Nationalismus. Politik und Kultur im Wilhelminischen Deutschland*, München 1993, 207.
- ²² A. LABISCH, *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Frankfurt a. M. 1992.
- ²³ M. WEBER, *Politik als Beruf*, in: ders. *Soziologie, Universalgeschichtliche Analysen, Politik*, Stuttgart 1973, 167–185.
- ²⁴ D. BONHOEFFER, *Ethik* (zusammengestellt und hg. v. E. Bethge), München 1949.
- ²⁵ Ebd., 200.
- ²⁶ B. HOPPE, *Luis Lewin (1850–1929). Sein Beitrag zur Entwicklung der Ethnopharmakologie, Toxikologie und Arbeitsmedizin*, Dissertationsschrift, Berlin, Freie Universität 1985.
- ²⁷ CENTRALSTELLE FÜR ARBEITERWOHLFAHRTSEINRICHTUNGEN, *Die Belehrung der Arbeiter über die Giftgefahren in der gewerblichen Industrie*, Berlin 1906.
- ²⁸ Ebd., 88.
- ²⁹ Ebd., 21.
- ³⁰ V. ADLER, *Rede betreffs des Verbots giftigen Phosphors*, in: *Sozialdemokratische Arbeiterpartei Österreichs* (Hrsg.), *Victor Adlers Aufsätze, Reden und Briefe, Drittes Heft*, Wien 1924, 139–171.
- ³¹ TH. FLORET, *Das Aufgabengebiet des Fabrikarztes*, in: *Zentralblatt für Gewerbehygiene* 1 (1913), 81–95.
- ³² TELEKY (wie Anm. 11).
- ³³ MILLES/SCHMACKE (wie Anm. 12), 98.
- ³⁴ F. KOELSCH, *Arbeit bzw. Beruf in ihrem Einfluss auf Krankheit und Sterblichkeit*, in: M. Mosse/G. Tugendreich (Hrsg.), *Krankheit und soziale Lage*, München (1913), 154–232.
- ³⁵ Ebd.
- ³⁶ F. KOELSCH, *Lehrbuch der Arbeitsmedizin*, Bd. 1, Stuttgart 1963.
- ³⁷ Ebd., 21 und 60.

- ³⁸ DÖRNER (wie Anm. 2) und DERS., *Über die Tugend des Verstehens*, in: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 4 (2007), 2–4.
- ³⁹ E. LEVINAS, *Zwischen uns. Versuche über das Denken an den Anderen*, München 1995, 128 f.
- ⁴⁰ BÜHL (wie Anm. 5).
- ⁴¹ U. BECK, *Gegengifte. Die organisierte Unverantwortlichkeit*, Frankfurt a. M. 1988.
- ⁴² Z. BAUMAN, *Postmoderne Ethik*, Hamburg 1995.
- ⁴³ DÖRNER (wie Anm. 2).
- ⁴⁴ THIELEMANN (wie Anm. 4).
- ⁴⁵ Alice Salomon, zit. nach E. BAUER, *Alice Salomon und Hannah Arendt*, in: *Soziale Arbeit* 10 (2009) 366–367.
- ⁴⁶ S. BENHABIB, *Selbst im Kontext. Gender Studies*, Frankfurt a. M. 1995.
- ⁴⁷ Ebd., 168.