

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 17

Schwerpunkt: Medikalisierte Kindheiten. Die neue Sorge um das Kind
vom ausgehenden 19. bis ins späte 20 Jahrhundert

Herausgegeben von

Elisabeth Dietrich-Daum, Michaela Ralser und Elisabeth Lobenwein

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Leipzig: Leipziger Universitätsverlag, 2018



Maria A. Wolf

**Das „gesunde Arbeiterkind“ als ein Projekt
der „Sozialen Medizin“.
Zur wissenschaftlichen Neuordnung der Kindheit
durch die Medikalisation der „Sozialen Frage“ zu
Beginn des 20. Jahrhunderts**

English Title

The “Healthy Working Class Child” as a Project for “Social Medicine”. The Scientific Reorganization of Childhood via the Medicalization of the “Social Question” at the Beginning of the 20th Century

Summary

In this paper I will explore the competitions in the scientific field in respect to the identification and solution of the problems posed in the course of the “Social Question” in Austria at the beginning of the 20th century. I will outline the suggestions inherent for the proper handling of working class parents and children in these scientific discourses. Particularly I will analyse the influence of national-economic thinking on the medical discourse and show, how “Social Medicine” as a result demanded a health policy for the working class. The improvement of medical care, housing and labour conditions were argued to be the prerequisites for economic progress in the international industrial competition. Therefore a healthy proletariat in healthy family situations should be successfully deployable as “organic machine”. The latter should be reached guided by the general principles of the contemporary bourgeois-patriarchal family by a “domestication of maternity” and by a “double location of childhood” in the family and in school. This new “Order of Childhood” was positioned against the way of life of the working and lower classes and their children were normalized and regularized by the new professions of childhood in the field of medicine, psychology and pedagogy for the public benefit of the “future of society”.

Keywords

“Social Question”, scientific competition / discourse / research, national economics, “Menschenökonomie”, organic capital, beginning of the 20th century, medicalization, the order of childhood

Einleitung

Kinder und Kindheiten sind in globale, nationale und regionale Disparitäten eingebunden und unterschiedlichen politischen Machtverhältnissen unterworfen. Kinderleben kann sozialstrukturell und kulturell sehr unterschiedlich sein und unterliegt dem sozialen Wandel. Was unter Kind und Kindheit verstanden wird, variiert entsprechend den historisch jeweils gegebenen regionalen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Lebenszusammenhängen. Kriterien dafür zu definieren und festzulegen, was eine „gute Kindheit“ oder eine „sichere Kindheit“ ausmacht oder wie sich „Kind und Kindheit wechselseitig zueinander verhalten“, ist ein Aushandlungsprozess, an dem sich immer schon verschiedene gesellschaftliche Ordnungskräfte beteiligt haben,¹ allen voran jedenfalls Religion, Politik und Wissenschaft. Historisch lassen sich unterschiedliche Konzepte nachzeichnen, mit welchen in der Regel Männer von öffentlichem Ansehen und Einfluss das jeweils zeitgenössische Verständnis von Kindheit und die Lebensbedingungen von Kindern zu verändern suchten.² Diese Ordnungsversuche sind in Schriften wie in Institutionen, welche dafür geschaffen wurden, rekonstruierbar. Sie zielten nicht in erster Linie auf eine neue Kindheit, vielmehr auf eine neue Ordnung in der Gesellschaft, für welche meist eine geregelte Kindheit als Grundbaustein betrachtet wird. Weshalb, wozu und wie die Medizin zu einer der zentralen Ordnungskräfte auf Seiten der Wissenschaft im 20. Jahrhundert werden konnte, wird noch zu zeigen sein.

Die Frage nach der „Sozialen Frage“

Als Entstehungszusammenhang der „Sozialen Frage“, von der hier die Rede sein wird, gilt die industrielle Revolution und der Aufstieg der kapitalistischen Ökonomie sowie die damit zusammenhängenden gesellschaftlichen Veränderungen, die zur Verelendung der „Massen“ führten. Veränderungen, welche in Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern wesentlich später, nämlich erst ab Ende des 19. Jahrhunderts, Wirklichkeit wurden. Die landwirtschaftliche Unterschicht wanderte in die Zentren der Industriearbeit ab. Städte wurden zum „landesinneren Neuland“ für eine migrierende Landbevölkerung, die erwerbslos oder verarmt in den wachsenden Städten Lebens- und Verdienstmöglichkeiten suchte.³ So stieg beispielsweise die Einwohnerzahl Wiens zwischen 1869 und 1910 um das Vierfache.⁴ Den in den Städten und Zentren der Industrie zusammenströmenden, meist besitzlosen Menschen mangelte es an den grundlegenden Dingen des täglichen Überlebens, vor allem Wohnung und

1 Vgl. Jutta BUCHNER-FUHS / Burkhard FUHS, *Gute Kindheit? Vorstellungen, Entwürfe und Lebensweisen gelingender Kindheit im historischen Wandel* (Berlin 2011).

2 Vgl. Doris BÜHLER-NIEDERBERGER, *Kindheit und die Ordnung der Verhältnisse. Von der gesellschaftlichen Macht der Unschuld und dem kreativen Individuum (= Kindheiten 26, Weinheim–München 2005).*

3 Vgl. Andreas WEIGL, *Demographischer Wandel und Modernisierung in Wien (= Kommentare zum Historischen Atlas von Wien 1, Wien 2000), 106–204; Andreas WEIGL u. a., Hg., Sozialgeschichte Wiens 1740–2010. Soziale und ökonomische Ungleichheiten, Wanderungsbewegungen, Hof, Bürokratie, Schule, Theater (Innsbruck–Wien 2015).*

4 Vgl. Josef EHMER, *Zur sozialen Schichtung der Wiener Bevölkerung 1857 bis 1910*, in: Gerhard Melinz / Susan Zimmermann, Hg., *Wien, Prag, Budapest. Blütezeit der Habsburgermetropolen. Urbanisierung, Kommunalpolitik, gesellschaftliche Konflikte. 1867–1918* (Wien 1996), 73–84, hier 75.

Ernährung. Sofern der Arbeitsmarkt die Zuwanderer/-innen nicht aufnehmen konnte, bildeten sich Massen von mittel- und obdachlosen Menschen. Aber auch diejenigen, welche eine Arbeit fanden, lebten in ärmlichen Verhältnissen. Die desolaten Wohn-, Ernährungs- und Versorgungsverhältnisse führten zu epidemischen Erkrankungen. Tuberkulose, Rachitis, Cholera und Typhus galten als „soziale Krankheiten“ der unteren Schichten und damit auch die Säuglings- und Kindersterblichkeit.

Das „soziale Elend“, welches kapitalistische Ökonomie, Industrialisierung, Urbanisierung und Proletarisierung hervorbrachten, rief unterschiedliche Strategien zur Lösung der Verelendung auf den Plan. Arbeiterorganisationen, Politik, Wissenschaft und Religion entwickelten Konzepte, um Abhilfe zu schaffen. Die Lösungsvorschläge waren heterogen bis konträr, denn schon in der Beantwortung der Frage, was die „Soziale Frage“ denn sei, herrschte alles andere als Konsens.

Mit der wissenschaftlichen Klärung der Frage, was die „Soziale Frage“ sei, beschäftigten sich Nationalökonom, Staatswissenschaftler und Soziologen. So konstatierte – um einen Zeitgenossen zu zitieren – beispielsweise der Nationalökonom und Professor der Staatswissenschaften Hans von Scheel (1839–1901) in seiner 1871 publizierte Monografie „Die Theorie der Sozialen Frage“⁵, dass selbst in der Wissenschaft unterschiedliche Auffassungen über das Wesen der „Sozialen Frage“ vorherrschen. Er bemerkt vier konkurrierende Auffassungen:

„Der eine wird sagen: die soziale Frage bestehe in der sichtlich höchst ungleichen Güterverteilung, welche der neueren Entwicklung der Volkswirtschaft eigenthümlich sei; [...] große Reichtümer an der Seite zahlreicher Armuth! [...] Ein Anderer wird sagen die soziale Frage sei der Kampf zwischen Kapital und Arbeit. [...] Eine dritte Antwort wird lauten; es gebe nicht nur eine [Sperrung im Original] soziale Frage, sondern eine ganze Reihe von sozialen Fragen [...] Und von einem vierten wird man vielleicht die Erklärung hören: daß die soziale Frage nur ein Hirngespinnst der sogenannten Sozialisten und Kommunisten sei, welche im Publikum eine falsche Auffassung des wirtschaftlichen Lebens verbreitet hätten.“⁶

Deshalb erachtete er es als seine wissenschaftliche Aufgabe, das Wesen der „Sozialen Frage“ systematisch zu erarbeiten, ohne einen „Partei-Standpunkt“ dem Gegenstand gegenüber einzunehmen und ohne die unmittelbar praktische Seite zentral zu berücksichtigen. Den Begriff „sozial“ bestimmte er als „gesellschaftlich“ und leitete davon ab, dass die wirtschaftlichen und politischen Verhältnisse, in welchen das Volk lebt, in der antiken, mittelalterlichen und modernen Volksgesellschaft historisch verglichen werden müssen, um die „soziale Frage für die Gegenwart“ richtig zu stellen und die Möglichkeit ihrer richtigen Beantwortung vorzubereiten. Auf Basis dieser historisch vergleichenden Analyse kommt er – und wie sollte es bei einem Staatswissenschaftler auch anders sein – zum Ergebnis, dass in der Gegenwart von keiner anderen Kulturmacht als der Staatsgewalt – im Kern der legislativen und exekutiven – die Lösung der sozialen Frage erwartet werden kann.⁷ Abschließend aber hält er fest, dass auch dann, wenn die politischen Proteste, welche die öffentliche Ordnung stören, unterdrückt werden müssen,

5 Hans von SCHEEL, Die Theorie der Sozialen Frage (Jena 1871).

6 Ebd., 1–3.

7 Vgl. ebd., 151.

„um sie nicht immer wieder von neuem und stärker auftauchen zu sehen, die Beseitigung ihrer Ursachen“⁸ die einzige Möglichkeit sei. Was jedoch als Ursache beurteilt wird, bleibt umstritten, wissenschaftlich und politisch. Bereits elf Jahre später – im Jahr 1890 – fasst er diese Kontroversen in einem Handbucharikel zusammen: „An Lehrbüchern der Politischen Ökonomie ist die deutsche Literatur überreich.“⁹

Diese Diskursexplosion um die wissenschaftliche Konzeption der „Sozialen Frage“ verweist auf das Ausmaß der Herausforderungen, vor welche sich die Nationalstaaten angesichts der Auswirkungen der Industrialisierung und des Aufbaus der kapitalistischen Ökonomie gestellt sahen, und auf das Ausmaß des politischen Konfliktes. „Heute steht diese Frage in furchtbarer Größe vor den Augen aller Denkenden“¹⁰ schreibt der Soziologe, Nationalökonom und Philosoph Ferdinand Tönnies (1855–1936) fast 40 Jahre später. Im wissenschaftlichen Feld haben sich in diesem Zeitraum viele Fächer dieser Herausforderung gestellt und etliche davon konnten sich durch ihre Beiträge als wissenschaftliches Fach profilieren und konstituieren. Aus der Perspektive der Diskurs- und Dispositivforschung ist dieses Ringen nicht als eine langsame Annäherung an die „Wahrheit“ der „Sozialen Frage“ zu lesen. Vielmehr werden in diesen Auseinandersetzungen Wahrheiten, Einigungen und Selbstverständlichkeiten hervorgebracht, verändert oder verstetigt und Forschungsthemen in einem Dispositiv „Soziale Frage“ zusammengeführt. Dass es angesichts der prekären sozialen und kontroversen politischen Verhältnisse schwierig sein wird, das Wesen der „Sozialen Frage“ unparteiisch wissenschaftlich zu klären, erwähnt auch Hans von Scheel, indem er im Vorwort seiner Monografie zur Theorie der Sozialen Frage bemerkte, dass über die Bedingungen der Möglichkeit, unparteiisch zu sein, der Kontext entscheide: „Daß dem Unbefangenen diese Untersuchung unbefangen und keiner Partei zuliebe geschrieben erscheinen werden, steht zu hoffen; sich bei Behandlung solcher Fragen durch Verkennung durch Parteien sicher zu glauben, wäre vermessen.“¹¹

Was hier deutlich wird, ist, dass die Logik des „reinen wissenschaftlichen Wettbewerbs“ einerseits konterkariert bis annulliert werden kann durch externe Kräfte und Zwänge.¹² Denn die dem wissenschaftlichen Feld eigene „antiökonomische Ökonomie“ – das wissenschaftliche Interesse hat uneigennützig und unentgeltlich zu erscheinen – ist im Ökonomischen verwurzelt und bleibt der ökonomischen (oder politischen) Macht ausgeliefert ebenso wie den durch und durch politischen Strategien, diese Macht zu erobern oder zu bewahren.¹³ Wissenschaftliche Tätigkeit verursacht ökonomische Kosten und die Autonomie der wissenschaftlichen Felder hängt von dem Ausmaß der ökonomischen Mittel ab. Und ein wissenschaftliches Feld ist umso abhängiger, je ungebrochener äußere Fragestellungen, z. B. politische, im Feld ungebrochen zum Ausdruck kommen, d. h., dass die Politisierung eines wissenschaftlichen Feldes kaum auf eine große Autonomie schließen lässt.¹⁴ Auch die Universitätsprofessoren zu

8 Ebd., 159.

9 Hans von SCHEEL, Die politische Ökonomie als Wissenschaft, in: Gustav Schönberg, Hg., Handwörterbuch der politischen Ökonomie, 2 Bde. (Tübingen 3 1890) 106.

10 Ferdinand TÖNNIES, Die Entwicklung der sozialen Frage (Berlin und Leipzig 2 1913) 7.

11 Hans von SCHEEL, Theorie, wie Anm. 5, Vorwort.

12 Vgl. Pierre BOURDIEU, Vom Gebrauch der Wissenschaft. Für eine klinische Soziologie des wissenschaftlichen Feldes (= édition discours 12, Konstanz 1989).

13 Vgl. ebd., 30.

14 Vgl. ebd., 19.

dieser Zeit waren aufgrund ihrer doppeldeutigen Position als „beherrschte Herrschende“¹⁵ schon „Lohnabhängige der Forschung“ und damit dem Urteil und den Finanzen der Obrigkeiten ausgeliefert.

Andererseits ist das mit einem Objektivitätsanspruch ausgestattete wissenschaftliche Feld auch ein Ort permanenter innerer Konkurrenzkämpfe um Mittel und Anerkennung, so wie „ein Kräftefeld und ein Feld der Kämpfe um die Bewahrung oder Veränderung dieses Kräftefeldes“.¹⁶ Die Ressourcen für diese Kämpfe sind entweder „reines“ wissenschaftliches Kapital – es wird durch „anerkannte Beiträge zum Fortschritt der Wissenschaft, durch Erfindungen oder Entdeckungen angehäuft“¹⁷ – oder „institutionalisiertes“ bzw. „weltliches“ wissenschaftliches Kapital – es „wird im Wesentlichen durch (spezifische) politische Strategien angesammelt“¹⁸ wie die Leitung von Abteilungen, die Mitgliedschaft in Kommissionen, mit Gutachtertätigkeiten und mit der dadurch eingeräumten Macht über Produktionsmittel (Verträge, Gelder, Posten usw.) und Reproduktionsmittel (die Macht, über Karrieren zu entscheiden oder Karrieren zu „machen“).¹⁹

„So sind all diese Universen aufgrund der Tatsache, daß ihre Autonomie gegenüber äußeren Mächten niemals vollständig ist und sie gleichzeitig von zwei Herrschaftsprinzipien, einem weltlichen und einem spezifischen bestimmt werden, durch eine strukturelle Zwiespältigkeit gekennzeichnet: intellektuelle Konflikte sind in gewisser Hinsicht immer auch Machtkonflikte.“²⁰

Wissenschaftliche Konkurrenz um Lösungen der „Sozialen Fragen“

Auch die Welt der wissenschaftlichen „Felder“, die sich um die Jahrhundertwende in Österreich den gesellschaftlichen Herausforderungen ihrer Zeit stellt, ist von diesen Kämpfen und Machtkonflikten bestimmt. Und wie sich in dem kurzen Einblick in die Diskussion der „Sozialen Frage“ in den Staatswissenschaften und der Nationalökonomie gezeigt hat, sind Fragen bereits prägende Materialien für die auf sie folgenden Diskurse und Konzeption wissenschaftlicher Disziplinen. Die Suche nach „Wahrheit“ wird bereits durch die Gestaltung der Frage ausgerichtet. Und die Gestaltung der Fragen, in unserem Falle der „Sozialen Frage“, wird von den Interessen, welche die Dynamik des wissenschaftlichen Feldes in Gang bringen und halten, mitbestimmt. So findet beispielsweise die Medizin andere Antworten auf die gesellschaftlichen Entwicklungen des 19. Jahrhunderts als die Pädagogik. Glauben die einen die Möglichkeit sozialer Ordnungsbildung in der Medizin zu erkennen, so sehen die anderen diese in der Pädagogik.²¹ Beide sind interessiert, zur Lösung gesellschaftlicher Probleme beizutragen, aber auch

15 Pierre BOURDIEU, Die Intellektuellen und die Macht (Hamburg 1991), 63.

16 BOURDIEU, Gebrauch, wie Anm. 12, 20.

17 Ebd., 32.

18 Ebd.

19 Vgl. ebd., 31.

20 Ebd., 36.

21 Vgl. Bernd DOLLINGER, Die Pädagogik der Sozialen Frage: (sozial-)pädagogische Theorie vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zum Ende der Weimarer Republik (Wiesbaden 2006).

daran, ihre wissenschaftlichen Fächer und darüber ihre Positionen zu etablieren. Die daraus sich entwickelnde Ausdifferenzierung in soziale Fragen resultiert also auch aus einem Machtkampf von wissenschaftlichen Akteuren und führt im wissenschaftlichen Feld schließlich zur Engführung auf Lösungskonzepte einzelner wissenschaftlicher Fächer, ihrer Professionen und Institutionen.

Das Wesen der „Sozialen Frage“ selbst bleibt wissenschaftlich umkämpft, ein konsensuelles Verständnis unerreichbar. Entscheidend also ist, *wie* sie interpretiert und *dass* die Notwendigkeit der Lösung sozialer Probleme argumentiert wird. Ein Ergebnis dieses Prozesses ist die Medikalisierung der sozialen Frage, welche diese als eine Frage der Gesundheit interpretiert und auf die Lösungskonzepte der Medizin – vor allem einzelner wissenschaftlicher Fächer der Medizin – eingrenzt. Bevölkerungspolitische, sozialpolitische oder auch pädagogische Fragen werden zunehmend als medizinische codiert. Die Medizin übernimmt, so Michel Foucault (1926–1984), allmählich die Deutungshoheit über immer mehr Bereiche des alltäglichen Lebens und ist längst nicht mehr ausschließlich an der Nachfrage des Kranken orientiert.²² Das ist das, was hier unter „Medikalisierung der sozialen Frage“ verstanden wird. Jedenfalls aber ist die Vervielfältigung sozialer Fragen um die Jahrhundertwende auch politisch opportun, weil die daraus hervorgehenden Lösungsvorschläge den Blick weg von der Ursache hin zu abgrenzbaren behandelbaren Folgen lenkte.

Wie aber kann um die Jahrhundertwende die „Soziale Frage“ zu einer der Gesundheit werden? Exemplarisch dafür können die fachlichen Debatten und Kontroversen im Zuge der Institutionalisierung der „Sozialen Medizin“ erörtert werden, die in Österreich erstmals an der Universität Wien 1908 als Fach eingerichtet wurde. Dass es in Wien „Soziale Medizin“ und nicht „Soziale Hygiene“ hieß, war Folge fachlicher Kämpfe und Machtkonflikte.

Die Hygiene, die als medizinisches Fach in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts an den Universitäten errichtet wurde, war eine „naturwissenschaftlich fundierte Präventivmedizin“, welche die „Hygiene als Medizinalpolizei“ erweiterte und ablöste. Letztere war an den Körpern, die durch ihre Vereinigung den Staat bilden, interessiert. Sie kennzeichnet sich durch eine öffentliche Verwaltung der Gesundheit, die mithilfe statistischer Methoden die aktive Kraft ihrer Bevölkerung in der Ausarbeitung von Geburten- und Sterbetafeln evaluierte, die Krankheitsanfälligkeit der Bevölkerung auf Basis von Berichten erhob, welche den Spitälern und Ärzten abverlangt wurden und die medizinische Lehre wie die Aktivitäten der Ärzte kontrollierte.²³

Die Hygiene als „naturwissenschaftlich fundierte Präventivmedizin“ fußte dagegen in jenem Interventionsfeld der Medizin, welches in Zusammenhang mit dem Merkantilismus auftauchte und sich von dem der Krankheit unterschied, nämlich dem des Wassers, der Luft und des Bodens sowie der Ernährung und der Wohnverhältnisse. Ihr Ziel war die Kontrolle der Zirkulation der Dinge und der Elemente, aber nicht der Individuen. Die öffentliche Hygiene entwarf Techniken, welche die gesundheitsfördernden oder -gefährdenden Elemente der Existenzmilieus kontrollierten und veränderten.²⁴ Die durch Urbanisierung evozierte Verengung

22 Vgl. Michel FOUCAULT, *Krise der Medizin oder Krise der Antimedizin?* in: *Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits*. Bd. III. 1976–1979, hg. von Daniel Defert u. a. (Frankfurt 2003), 54–57, hier 66.

23 Vgl. Michel FOUCAULT, *Die Geburt der Sozialmedizin*, in: *Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits*. Bd. III. 1976–1979, hg. von Daniel Defert u. a. (Frankfurt 2003), 272–298, hier 278–280.

24 Vgl. ebd., 290–291.

der Räume und Verdichtung der Nähe führte dazu, dass das „Massenelend“ zunehmend die Sicherheit der bereits ansässigen Stadtbevölkerung bedrohte und vom wohlhabenden Bürgertum als „Ansteckungsgefahr“ wahrgenommen wurde.²⁵ Infektionskrankheiten wurden als politisches Problem interpretiert und mit der Unsauberkeit und Unmoral der unteren Schichten begründet. Mikrobiologische und moralische Erklärungen bildeten im Alltag also noch eine Einheit. Hinsichtlich der Prävention von Seuchen wurden von medizinischen Fachleuten weitreichende Modelle städtischer Hygiene entwickelt. Die Ärzte dieser Zeit waren in einer gewissen Hinsicht die ersten Stadtplaner und Stadtsoziologen, die durch eine Verbesserung der hygienischen Lebensverhältnisse (vor allem Trinkwasser- und Abwasserversorgung) *äußere* Ursachen als Krankheitserreger bekämpften. Diese „Medizin der Lebensbedingungen und des Existenzmilieus“²⁶ führte zur Kooperation der Mediziner mit benachbarten Wissenschaften, allen voran der Chemie – und sie sei es, so Foucault, die als „Analyse des Milieus“ der „Analyse des Organismus“²⁷ vorausgegangen sei. Sie beschäftigte sich also noch nicht mit dem menschlichen Körper als Arbeitskraft und auch noch nicht mit dem Körper des Proletariats.²⁸ Erst auf Basis des wissenschaftlichen Fortschritts der Bakteriologie Ende des 19. Jahrhunderts wurden auch *innere* Krankheitserreger angenommen, die individuell – durch Immunisierung – bekämpft werden sollten.

In Österreich wurde die Hygiene als naturwissenschaftlich fundierte Präventivmedizin ab den 1870er-Jahren als medizinisches Lehrfach eingerichtet, die erste Lehrkanzel 1874 errichtet. Um 1900 gab es in Österreich bereits drei Lehrstühle für das Fach Hygiene (Wien, Graz, Innsbruck). Diese Fachhygieniker lehnten die Einrichtung eines eigenen Faches für „Soziale Hygiene“ ab.²⁹ So fand man in Österreich im Begriff der „Sozialen Medizin“ einen – wenn auch weiterhin fachlich umstrittenen – Ausweg.

Der erste Ordinarius für „Soziale Medizin“ an der Universität Wien, Ludwig Teleky (1872–1957), Professor des neu gegründeten Universitätsinstitutes für „Soziale Medizin“ und Mitglied der Sozialdemokratie, reflektierte in seiner Antrittsvorlesung 1909 über das Fachgebiet der „Sozialen Medizin“. Diese sehe im Individuum

„das Glied der Gesellschaft, das Glied einer bestimmten wirtschaftlichen Gruppe, vor allem den Angehörigen einer bestimmten Klasse, der eben als solcher einer Reihe von seinen Gesundheitszustand beeinflussenden äußeren Einwirkungen, vor allem Gesundheitsschädigungen ausgesetzt ist, die ausschließlich, vorwiegend, in besonderer Stärke oder in eigenartiger Gestalt sich gerade in seiner sozialen Schichte geltend machen, mit der wirtschaftlichen Lage dieser Schichte in einem Zusammenhang stehen“ [kursiv im Original].³⁰

25 Vgl. Abraham DE SWAAN, Der sorgende Staat. Wohlfahrt, Gesundheit und Bildung in Europa und den USA der Neuzeit (Frankfurt 1993), 134–161.

26 FOUCAULT, Geburt, wie Anm. 23, 291.

27 Ebd.

28 Vgl. ebd., 275.

29 Vgl. Michael HUBENSTORF, Sozialmedizin, Menschenökonomie, Volksgesundheit, in: Franz Kadmoska, Aufbruch und Untergang. Österreichische Kultur zwischen 1918 und 1938 (Wien–München–Zürich 1981), 247–265, hier 250.

30 Ludwig TELEKY, Die Aufgaben und Ziele der Sozialen Medizin, in: Wiener Klinische Wochenschrift 37 (1909), 1257–1263, hier 1258.

Teleky begründete hier die Notwendigkeit für ein eigenes Fachgebiet der „Sozialen Medizin“ mit der Existenz einer neuen, noch nicht da gewesenen gesellschaftlichen Klasse, die sich nicht nur in gesellschaftlichen und ökonomischen Belangen von der bisherigen unterscheidet, sondern auch in Lebenshaltung und -gestaltung. Eine zweite Voraussetzung sah Teleky in einem gewissen Entwicklungsstand der Volkswirtschaftslehre und der Statistik. Erst die Großindustrie habe mit ihrer Anhäufung der Arbeiterklasse in den Städten eine für statistische Beobachtungen geeignete Masse geschaffen. Sie sollte nun der wissenschaftlich exakten Erfassung von gesundheitlichen Verhältnissen verschiedener Schichten dienen, Missstände registrieren und die Besserung des allgemeinen Gesundheitszustandes durch sozialpolitische Vorschläge anstreben.

„Die soziale Medizin ist das Grenzgebiet zwischen den medizinischen Wissenschaften und den Sozialwissenschaften. Sie hat die Einwirkung gegebener 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 individuellen Hygiene und der klinischen Medizin jenen zugänglich gemacht werden können, die einzeln und aus eigenen Mitteln nicht imstande sind, sich diese Errungenschaften zunutze zu machen. Sie hat den Aerzten das wissenschaftliche Rüstzeug zu liefern, dessen sie bei ihrer Tätigkeit auf dem Gebiete der sozialen Versicherung und der sozialen Fürsorge bedürfen. Auch die Wandlungen in der Stellung des Arztstandes sowie die hier sich geltend machenden Entwicklungstendenzen hat sie zu studieren.“³¹

Die soziale Medizin sollte sich demnach als Expertin der „Sozialen Frage“ positionieren und auf die Erforschung der Erkrankungen jener gesellschaftlichen Gruppe fokussieren, welche aus den Lebensbedingungen der unteren Schichten in den Städten hervorgebracht werden. Sie wollte darauf aufbauend die Probleme der „Massengesellschaft“ dadurch lösen, dass Menschen durch Verbesserung der Lebensverhältnisse arbeitsfähig gemacht und befähigt werden, ihre Arbeitskraft aufrechtzuerhalten und zu verbessern, und damit in der Lage sind, die Reproduktion ihrer Arbeitskraft selbst zu sichern. Die soziale Medizin wollte als Instrument der Aufrechterhaltung und Erneuerung der Arbeitskraft und der Arbeiterklasse zum Funktionieren der modernen Gesellschaft beitragen. Ziel war noch immer (wie die Hygiene als naturwissenschaftliche Präventivmedizin) die äußeren Krankheitserreger zu kontrollieren, jetzt aber mit einem Fokus auf die Lebensverhältnisse der unteren Klassen. Weiterhin wollte sie (wie die Hygiene als Medizinalpolizey) die aktive Kraft der Bevölkerung mittels statistischer Methoden evaluieren, jetzt allerdings mit einem Fokus auf die Arbeitsfähigkeit der unteren Klassen, und auf Basis des wissenschaftlichen Fortschrittes im Feld der Bakteriologie nun auch die „gemeingefährlichen Krankheiten“, die von den benachteiligten Klassen ausgingen, durch Schutzimpfungen abwehren.³² Mit der sozialen Medizin trat also eine Medizin in Erscheinung, die „in der Kontrolle der Gesundheit und des Körpers der benachteiligten Klassen bestand, um

31 Ebd., 1262.

32 Vgl. Otto BURKHARD, Aufgaben und Ziele sozialer Medizin, in: Wiener Klinische Wochenschrift 34 (1908), 1217–1221, hier 1217.

diese geeigneter für die Arbeit und weniger gefährlich für die reichen Klassen zu machen“.³³ Die soziale Medizin beschäftigte sich also nun mit dem menschlichen Körper als Arbeitskraft, dem Körper des Proletariers und mit dem Produktivkraftniveau der Individuen. Deshalb wurden ökonomische und sozialpolitische Fragen als Aufgabenfeld der sozialen Medizin argumentiert: „Für den Sozialpolitiker ist die soziale Medizin eine unentbehrliche Hilfswissenschaft, für den Sozialmediziner geradeso die Sozialpolitik“,³⁴ denn die Sozialgesetzgebung soll sich am Wohl des „Volksganzen“ orientieren, so Dr. Otto Burkhard von der Universität Graz, der sich 1913 für Soziale Medizin habilitierte, in seinen Ausführungen von 1908 zu „Aufgaben und Ziele sozialer Medizin“.

Die soziale Medizin sah dabei ihr Einsatzgebiet in allen Phasen des Lebenslaufes von der Geburt bis zum Tode, welche sie durch Reihenuntersuchungen an Gesunden jeden Alters gestaltete. Ziel dabei war, die Arbeitskraft der Untersuchten zu prüfen, sicherzustellen oder wiederherzustellen. In Verbindung mit der Einführung der Kranken-, Unfall- und Invaliditätsversicherung verlangte dieses Projekt eine enorme Steigerung ärztlicher Gutachtertätigkeiten und die Mediziner/-innen erreichten einen nie zuvor da gewesenen gesellschaftlichen Machtzuwachs: Sie entschieden nun z. B. nicht mehr „nur“ hinsichtlich Diagnosen und Therapien, sondern auch darüber, ob Versicherungsleistungen in Anspruch genommen werden dürfen, ob Kinder als bildungsfähig betrachtet werden, Jugendliche wie Erwachsene als arbeitsfähig gelten können oder psychisch Kranke als zurechnungsfähig bestraft werden dürfen. Die sozialpolitische Schlüsselposition, in welche der Arzt dadurch geriet, dass er „Vertrauensmann des Patienten *und* der staatlich geregelten Versicherung“ wird, beurteilte Teleky als problematisch, Julius Tandler (1869–1936), Mitglied der Sozialdemokratie und ab 1910 Anatomieordinarius an der Universität Wien, ab 1919 Unterstaatssekretär des Staatsamtes für Soziale Fürsorge und ab 1922 Leiter des Wohlfahrtsamtes der Stadt Wien, begrüßte dagegen die machtvolle Position des Arztes zwischen Staat und Staatsbürger/-innen und die Rolle des Arztes als „Verwalter des organischen Kapitals“³⁵ schlechthin.

Als Objekt der Sozialpolitik betrachtete die soziale Medizin die Arbeiterklasse, weil sie aus dem Klassenkampf hervorgegangen sei, so Teleky. Dagegen sei für die Schwachen, Witwen, Waisen, Kriegsinvaliden, Säuglinge und Kinder die soziale Fürsorge zuständig.³⁶ In Zusammenhang mit der Zunahme der sozial Fürsorgebedürftigen im Ersten Weltkrieg sah sich die soziale Medizin verantwortlich dafür, die Bevölkerung im „Hinterland“ arbeitsfähig zu halten und die Invaliden wieder erwerbsfähig zu machen, denn

„Woher sollen künftig Industrie und Landwirtschaft Arbeiter, woher soll der Staat Steuerzahler und Soldaten nehmen, woher sollen nach dem Kriege die Menschen kommen, die der Staat braucht, um auf dem Weltmarkt, um als Militärmacht seine Rolle zu wahren, wenn nicht hier im Hinterland durch die Sorge für die Kinder, die Sorge für die Kranken alles geschieht, um für möglichst raschen Nachwuchs, für möglichste Erhaltung aller vorhandenen Menschenkräfte zu

33 FOUCAULT, Geburt, wie Anm. 23, 297.

34 BURKHARD, Aufgaben, wie Anm. 32, 1217.

35 DORIS BYER, Rassenhygiene und Wohlfahrtspflege. Zur Entstehung eines sozialdemokratischen Machtdispositivs in Österreich bis 1934 (Frankfurt am Main 1988), 44.

36 Vgl. Ludwig TELEKY, Kriegsprobleme sozialer Fürsorge, in: Wiener klinische Wochenschrift 11 (1917), 342–344, hier 112.

sorgen. Während so an den Grenzen Menschenleben ohne Zahl zugrunde gehen, steigt im Hinterland der Wert des Menschenlebens für die Zukunft.³⁷

In dieser Argumentation von Teleky wird nachvollziehbar, dass die soziale Medizin als „Medizin der Arbeitskraft“, mehr noch als „Medizin der Arbeiterklasse“ argumentiert wird. Die verschiedenen Machtapparate, allen voran die Sozialgesetzgebung und die Medizin, sollten sich um ihre Körper sorgen, um ihnen bei der Verbesserung zu helfen und sie, wenn nötig, auch zu zwingen, ihre Gesundheit zu erhalten oder zu erreichen. Foucault erklärt diesen Wandel mit der „Sicherstellung der Wartung und Erhaltung der ‚Arbeitskraft‘“ und allgemeiner als die „ökonomisch-politischen Effekte der Akkumulation der Menschen“.³⁸

Für diese Konzeption einer sozialen Medizin setzten sich in Österreich jedenfalls sozialpolitisch engagierte Mediziner/-innen ein, die in der Regel Mitglieder der Sozialdemokratie waren. Sie waren orientiert an gesellschaftstheoretischen und -politischen Konzepten des wissenschaftlichen Sozialismus, welche die Entstehungszusammenhänge der „Sozialen Frage“ und damit die Verelendung der Proletarier mit der ungleichen Verteilung der Produktionsmittel erklärten. Exemplarisch dafür soll hier das theoretische Konzept der „Menschenökonomie“ (1911) des Wiener Soziologen und Marxisten Rudolf Goldscheid (1870–1931) kurz erörtert werden, das er im ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts ausarbeitete. Es macht nicht nur die sozialpolitischen Beweggründe der sozialen Medizin nachvollziehbar, sondern die Vorstellung von einer „Sozialen Medizin“ als einer „Medizin der Arbeitskraft“ oder überhaupt die „politische Ökonomie der Medizin“³⁹ verständlich. Die Verelendung der Mehrheitsbevölkerung infolge von Industrialisierung und kapitalistischer Ökonomie kritisierte Goldscheid als Verhinderung des ökonomischen Fortschrittes aufgrund des „entwicklungsökonomischen Wertes“ des Menschen.⁴⁰ Er argumentierte, dass „das rücksichtslose Lebenwollen der Einen auf Kosten der Anderen das schwerste Entwicklungshemmnis“ sei und deshalb der Kampf gegen die Verelendung des Proletariats ein klassenübergreifendes Interesse darstelle. Der ökonomische Fortschritt könne erst durch soziale Medizin und Sozialpolitik wieder in Gang gesetzt werden. Die soziale Medizin werde durch die Erforschung der Krankheitsursachen die Voraussetzungen der „Volksgesundheit“ und „Volkstüchtigkeit“ schaffen. Die Sozialversicherung werde das Interesse des Staates an den Erkenntnissen der Wissenschaften über die Zusammensetzung und Entwicklung des „organischen Kapitals“ wecken und die humanitären Interessen durch ökonomische ersetzen, sofern die Sozialversicherung als „biotechnische Sicherung der Gemeinschaft“⁴¹ und nicht als Schutzinstitution der Versicherten betrachtet würde. Auf Basis des durch die Medizinalstatistik neu erhobenen Datenmaterials könnten so die Kosten für das „Menschenmaterial“, welches die Wirtschaft produziere, mit denjenigen Kosten aufgerechnet werden, die entstünden, wenn man die „Menschenproduktionsbedingungen“ von Anfang an einem ökonomischen Optimum angleiche. Versicherungsleistungen wären dann, wenn die Arbeitsverhältnisse nicht verändert würden, zu den Betriebskosten der Ökonomie zu rechnen

37 Ebd., 114.

38 Michel FOUCAULT, Die Politik der Gesundheit im 18. Jahrhundert, in: *Kulturen der Krankheit. Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften (ÖZG)* 7/3 (1996), 311–326, hier 316.

39 FOUCAULT, *Krise*, wie Anm. 22, 71.

40 Vgl. Rudolf GOLDSCHIED, Höherentwicklung und Menschenökonomie. *Grundlegung der Sozialbiologie* (Leipzig 1911), 353–486.

41 Ebd., 504.

und nicht aus dem Sozialfonds zu bezahlen. Er forderte, die Krankheits- und Verelendungsursachen zu beseitigen, statt Kranken- und Siechenhäuser, Wohltätigkeitsinstitute und Fürsorgeeinrichtungen zu schaffen. Denn damit werde „Sozialpolitik“ nicht zur „insuffizienten Flickarbeit“ verurteilt. Dagegen soll sie zum Fortschritt schaffenden Motor der „Menschenökonomie“ werden. Sozialmedizinische und -politische Maßnahmen beurteilte er als Voraussetzungen für die „Qualitätsproduktion Mensch“.⁴²

Darüber hinaus betrachtete er die „Konsumtion“ im privaten Haus nicht als unproduktiven Verbrauch, sondern als Produktion von organischem und kulturellem Mehrwert, die Ruhe als „produktive Restitution“. Der private Haushalt wurde von ihm als Ort zur Wiederherstellung der „Ware Arbeitskraft“ durch Ernährung, Versorgung, Erholung konzipiert. „Statt in der mechanischen Werkstätte wird hier in der organischen Werkstätte gearbeitet, wird organisch kapitalisiert.“⁴³ Die Wiederherstellung des „organischen Kapitals“ im Privathaushalt betrachtete er als Teil der Gesamtwirtschaft und eine „unzureichende organische Restitution“ als Belastungselement der National- wie Entwicklungsökonomie. Die „Restitutionsökonomie“ in der Arbeiterklasse beurteilte er als völlig unzureichend, was sich im Alkoholmissbrauch als Scheinrestitution zeige. Arbeitszeitverkürzung und die Sicherung der Hausarbeit empfahl er als wichtigste Maßnahmen zum Wiederaufbau der „Restitutionsökonomie“. Die Verkürzung der Arbeitstage sollte den Verschleiß „der organischen Arbeitsmaschine“ verlangsamen, womit sowohl die „Produktivität der gesellschaftlichen Arbeit“ gehoben als auch zugleich „die entwicklungsökonomische Bilanz“⁴⁴ verbessert werden könne. Zur Wiederherstellung „organischen Kapitals“ gelte es, längerfristig vor allem die private Versorgung der Arbeiterfamilien zu sichern.

Die schulische Bildung beurteilt Goldscheid als die Produktion produktiver Kräfte. Ein unmoderner Schulbetrieb könne keine „hochwertigen“ Arbeitskräfte herstellen. „Was man am Rohstoffmaterial zu leisten versäumt, kann man im Veredelungsprozeß unmöglich vollkommen nachholen.“⁴⁵ Nur Völker mit den besten Schulen, den besternährten und organisch gepflegten Individuen könnten wirtschaftliche Konkurrenzfähigkeit entfalten. So wie Zeugung und Geburt, so gelte es auch die „Aufzuchtverhältnisse“ durch Modernisierung von Erziehung und Bildung einer modern geführten Wirtschaft anzupassen. Schule und Erziehung sollten den Menschen auch dazu anhalten, „das organische Kapital seines Organismus energisch vor Schädigung und vorzeitiger Amortisation zu bewahren“.⁴⁶

Mithilfe der sozialen Medizin, der Sozialpolitik und der Schulbildung sollten die Arbeiter imstande sein, zum Kapital und zum Staat in Beziehung treten zu können.⁴⁷ Das, was die „Proletariatsmassen“ dem Kapital und Staat einbringen können, ist in Goldscheids Konzept ihr „organisches Kapital“, das zugleich die alleinige Existenzgrundlage und der einzige Besitz der Menschen dieser Klasse darstellt. Seine Vorstellung war, dass Bildung, Sozialpolitik und die soziale Medizin – Letztere auf Basis des Fortschritts der naturwissenschaftlichen Forschung, welche das 20. Jahrhundert zu einem „Jahrhundert der Biotechnik“⁴⁸ machen werde – diese soziale Klasse zur Eroberung der Macht über ihr „organisches Kapital“ führen werde.

42 Ebd., 447–448.

43 Ebd., 502.

44 Ebd., 527.

45 Ebd., 525.

46 Ebd., 527.

47 Vgl. ebd., 565.

48 Ebd., 432.

Kindheit in der sozialen Medizin und den Wissenschaften vom Kind um 1900

Welche Bedeutung erhalten in diesem Kontext und in diesem Prozess der Medikalisation der sozialen Frage nun Kinder und Kindheit? Wie ist Kindheit in der sozialen Medizin und in den Wissenschaften vom Kind um 1900 möglich? Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen dürfte nachvollziehbar sein, dass die soziale Medizin sich für Kinder im „Interesse an der Zukunft der Gesellschaft“ und als „Investition in Humankapital“ interessierte. Kinder gerieten aufgrund der demografischen Entwicklung um die Jahrhundertwende in den Blick der „Medizin der Arbeitskraft“, weil der Geburtenrückgang, die Säuglings- und Kindersterblichkeit als Folge des sozioökonomischen Wandels und als Problem für die ökonomische Entwicklung beurteilt wurden. Die Gesamtfertilitätsrate sank zwischen der Jahrhundertwende und 1928 von vier auf zwei Kinder pro Frau.⁴⁹ Die Säuglingssterblichkeit war in Österreich extrem hoch.⁵⁰ Noch 1886 überlebten auf dem Gebiet des heutigen Österreich im statistischen Durchschnitt nur drei von vier Neugeborenen.⁵¹ Ursachen waren größtenteils epidemisch auftretende Infektionskrankheiten (in erster Linie Cholera und Typhus, aber auch Pocken und Diphtherie). Nach dem Rückgang der Infektionsepidemien aufgrund der hygienischen Verbesserung des Lebensstandards (Bau von Trinkwasserleitungs- und Kanalisationssystemen und Müllbeseitigung in den Städten) dominierten Geburtskomplikationen und Frühgeburtlichkeit („angeborene Lebensschwäche“) die Todesursachen der Neugeborenen.⁵² Die frühe Mortalität war in den ökonomisch armen Klassen hoch, weil sie zum einen von der sozialen Lage der Schwangeren abhing und weil die Neugeborenen und Säuglinge gegenüber Krankheitserregern exponierter waren. „Überbelegte, schlecht durchlüftete, kalte und nasse Wohnungen erhöhten das Risiko eines Säuglings, an Bronchitis, Lungenentzündung, Diphtherie, vor allem an Tuberkulose und an grippalen Infekten zu erkranken.“⁵³ Zudem fehlten für Arbeitermütter gesetzliche Bestimmungen (Stillpausen), das machte es ihnen unmöglich, ihre Säuglinge länger als vier Wochen (gesetzliche Schutzfrist nach der Geburt) zu stillen. Schlecht ernährte Säuglinge hatten wiederum weniger Abwehrkräfte gegenüber Krankheitserregern.

Von den Folgen des sozioökonomischen Wandels war die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung betroffen, denn über 82 % davon (bezogen auf das Gebiet des heutigen Österreich) war um 1900 Teil der lohnabhängigen Unterschicht.⁵⁴ Gesundheit, Krankheit und Tod waren also je nach Klassenlage ungleich verteilt. Die Arbeiterbewegung adressierte den Staat, diesen Verhältnissen Einhalt zu gebieten. Die Sozialdemokratie versuchte die Folgen der sozioökonomischen Veränderungen mit dem Ausbau von Sozialleistungen und der Medikalisation der

49 Vgl. Irene M. TAZI-PREVE u. a., Bevölkerung in Österreich. Demographische Trends, politische Rahmenbedingungen, entwicklungspolitische Aspekte (Schriftenreihe des Instituts für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften 12, Wien 1999), 14.

50 Vgl. WEIGL, Demographischer Wandel, wie Anm. 3, 204–225; Christian KÖCK u. a., Risiko „Säuglingstod“. Plädoyer für eine gesundheitspolitische Reform (Wien 1988), 40.

51 Vgl. TAZI-PREVE u. a., Bevölkerung, wie Anm. 49, 13.

52 Vgl. KÖCK u. a., Risiko, wie Anm. 50, 16.

53 Ebd., 30.

54 Vgl. Ernst HANISCH, Der lange Schatten des Staates. Österreichische Gesellschaftsgeschichte im 20. Jahrhundert (Wien 1994), 67.

sozialen Frage zu lösen, damit die sozialen Risiken zu vergesellschaften und zu kollektivieren und zugleich die Versorgungsarbeit der Mütter im Haushalt zu privatisieren. Die „Fürsorgliche Belagerung“⁵⁵ der Arbeiterfamilie zielte auf deren hygienische Zivilisierung. Die Arbeiterinnen sollten als Mütter und Hausfrauen die „Pathologie der Arbeiterfamilie“ (v. a. Alkoholismus und unsteter Lebenswandel der Männer, Säuglingsmorbidity und -mortality, Verwahrlosung der Kinder, epidemische Erkrankungen etc.) heilen. Die sozialpolitische Vergesellschaftung sozialer Risiken konstituierte damit nicht nur Alter, Mutterschaft und Kindheit als Lebensabschnitte, sondern die Familienarbeit der Frauen als Reproduktion.

Lebensabschnitte und -lagen, die nicht über Erwerbsarbeit selbstständig gesichert werden konnten oder sollten – Kindheit sowie Mutterschaft und Alter, Krankheit und Invalidität –, begann man als „Soziale Fragen“ zu interpretieren, die aufgrund des ökonomischen Wandels politisch gestaltet werden müssten. Das Generationenverhältnis wurde durch die Institutionen des Sozialstaates neu geordnet: Das Alter wurde als ein neuer Lebensabschnitt des nicht mehr erwerbstätigen Menschen durch die Einrichtung von Pensionssystemen konstituiert,⁵⁶ Kindheit als Lebensabschnitt, der durch den Ausschluss aus der Erwerbsarbeit sowie der Eingliederung in ein Bildungssystem institutionalisiert und durch die Einführung der Mitversicherung von nichterwerbsfähigen Familienmitgliedern in der Sozialversicherung ermöglicht wurde.⁵⁷ Wenn Kindheit als der Lebensabschnitt begriffen werden kann, in dem ein Mensch als Kind betrachtet wird, samt der dazugehörigen kulturellen, sozialen und ökonomischen Charakteristika,⁵⁸ dann wird Kindheit im Kontext der neuen sozialstaatlichen Organisation geschlechtlicher und generationaler Arbeitsteilung als „Soziallage einer Bevölkerungskategorie“ und als „Altersphase im institutionalisierten Lebenslauf“ möglich.

Die klassischen Wissenschaften vom Kinde – die Kindermedizin, die Pädagogik und die Kinderpsychologie – werden um und ab 1900 zu den maßgeblichen Instanzen der wissenschaftlichen Neuordnung von Kindheit. Die Pädagogik definierte Kinder über ihre Lernfähigkeit und Lernbedürftigkeit, die Kinderpsychologie als Menschen-in-Entwicklung und die Kindermedizin über biologische Wachstums- und Reifungsprozesse durch Vermessen, Ordnen und Verortung der Kinder. Die Vorstellung einer „geordneten und damit guten Kindheit“ wird von der Kindermedizin gegen die Lebensweise der unteren Schichten ausgearbeitet. Weil die Kindheit der unteren Schichten nicht in der „Kinderstube“, sondern auf der Straße stattfand, erscheinen deren Kinder immer als gefährdet bzw. gefährlich.⁵⁹ Die geordnete Kindheit sollte durch eine Verhäuslichung der Arbeiterkindheit auf Basis der Hausfrausierung der Arbeitermütter und der zweifachen Verortung von Kindheit in der Familie und der Schule verstetigt werden. Das Leben von Kindern wurde damit im Dienste der Vermeidung der Störung öffentlicher Ordnung und der generationalen Ordnung beschränkt.⁶⁰ Die Kontrolle der unteren Schichten und der

55 Ute FREVERT, Fürsorgliche Belagerung. Hygienebewegung und Arbeiterfrauen im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: *Geschichte und Gesellschaft. Zeitschrift für Historische Sozialwissenschaft* (GG) 11 (1985), 447–475, hier 420.

56 Vgl. Josef EHMER, *Sozialgeschichte des Alters* (Frankfurt 1990), 40–64.

57 Vgl. Jens QVORTRUP, Die soziale Definition von Kindheit, in: Manfred Marckelka / Bernhard Nauck, Hg., *Handbuch der Kindheitsforschung* (Neuwied u. a. 1993), 109–125.

58 Vgl. Michael-Sebastian HONIG, *Entwurf einer Theorie der Kindheit* (Frankfurt 1999), 195.

59 Vgl. BÜHLER-NIEDERBERGER, *Kindheit*, wie Anm. 2, 25.

60 Vgl. ebd., 29.

Heranwachsenden ist das Dispositiv sozialer Ordnung, das die „geordnete Kindheit“ bis ins Detail konzipiert und erzeugt, räumlich durch die Enge der Kinderstube und den Siedlungsbau, rechtlich durch die Institutionalisierung der Familien- und Schulkindheit und normativ durch deren wissenschaftlicher Bevormundung.⁶¹ Insgesamt hat sich die Vorstellung einer „geordneten Kindheit“ und deren Umsetzungsversuche zu einer lückenlosen Beaufsichtigung der Kinder aufaddiert und durch ihren Ausschluss aus der Ökonomie zu einer umfassenden Abhängigkeit geführt. Kinder sind aus den zentralen Leitvorstellungen moderner Gesellschaft – der Autonomie – ausgeschlossen worden. Ihre Position ist durch hohe Abhängigkeit geprägt. Das ist ihre Bestimmung, die aus dem Interesse an einer neuen gesellschaftlichen Ordnung institutionalisiert wurde.⁶²

Die Kindermedizin – wie auch die Kinderpsychologie und die Pädagogik – machen die „Differenz zwischen Kindern und Erwachsenen“ zum wissenschaftlichen Programm. Sie begründeten ihren Expertenanspruch damit, dass Kinder grundsätzlich anders seien,⁶³ und erklären das Kind „zum bloßen Organismus und zum Säugetier [...], aus dem erst nach Jahren ein noch kulturunfähiger kleiner Wilder und viel später dann ein zivilisierter Mensch wird“.⁶⁴ Auf Basis dieses Urteiles arbeiteten sie eine wissenschaftliche Vorstellung von einer „Natur“ des Kindes aus, die in Zusammenhang mit der Konzeption von „natürlichen Bedürfnissen“ und von Entwicklung und Wachstum ausgeprägt normativ ist und die Vorstellung einer „gefährdeten Kindheit“ verstärkt. Und das „gefährdete Kind“ wird von ihnen als Markt für wissenschaftliche Expertinnen und Experten erschlossen, vergrößert und gegen Konkurrenz abgesichert. Seither wachsen die öffentlichen Kontroll- und Reparaturbemühungen bis heute. Die Interventionen der wissenschaftlichen Expertinnen und Experten werden begründet und legitimiert mit „Kindheit als Verheißung und Gefährdung“⁶⁵ der Zukunft. Deshalb bedürfen alle Kinder öffentlicher Überwachung und Korrektur, die gegen die Vorstellung einer „guten Kindheit“ in Form der abhängigen Familien- und Schulkindheit verstoßen. In verschiedenen Etappen öffentlicher Kontrolle und professioneller Interventionen bzw. Wellen der Normierung und Normalisierung wird die „verhäuslichte Kindheit“ als universelles Arrangement der Kindheit angestrebt. Dabei geraten immer mehr Kinder aus zunehmend vielfältigeren Gründen in den Kreis der Behandlungsbedürftigen. Denn aufgrund von Reihenuntersuchungen an gesunden Kindern wird neben einem kleinen Kreis von „gefährlichen Kindern“ ein immer größer werdender Kreis „gefährdeter Kinder“ aufgrund immer noch exakterer Methoden erfasst. Die Verbindung feiner, messbarer Normen mit Moral und Normalität, welche die Wissenschaften vom Kind hervorgebracht haben, ermöglichte in Zusammenhang mit der sozialmedizinischen Konzeption der „Investition in das Humankapital“ und die „Zukunft der Gesellschaft“ zweierlei:

61 Vgl. Jacques DONZELOT, *Die Ordnung der Familie* (Frankfurt 1980), 10.

62 Vgl. BÜHLER-NIEDERBERGER, *Kindheit*, wie Anm. 2, 28.

63 Vgl. ebd., 165.

64 Ebd., 170.

65 Ebd., 176.

dass die kindliche Entwicklung im 20. Jahrhundert zur Zielscheibe elterlicher Aufstiegsambitionen werden konnte und dass die Möglichkeiten und der Bedarf professioneller Interventionen grundgelegt wurde, was alles übertrifft, was bis dahin den Umgang mit Kindern kennzeichnet.⁶⁶

Bei allen Bemühungen um das Kind durch die Wissenschaften vom Kind geht es aber immer noch um die Eltern. Und von ihrer Sorge um das Glück des Nachwuchses, die immer auch eine Sorge um seine Lebensfähigkeit und Wettbewerbsfähigkeit ist, profitieren heute nicht nur die Wissenschaften vom Kind, sondern ein ganzer psycho-sozial-medizinischer Dienstleistungsbereich. Die Medikalisierung der „Sozialen Frage“ und die durch dieses Projekt mitverursachte Neuordnung von Kindheit kann jedenfalls auch als eine für die medizinischen Fächer und ihre Professionen durchaus erfolgreiche Strategie betrachtet werden. Der Gesundheitssektor ist im Laufe des 20. Jahrhunderts zu einem einflussreichen Wachstumsmarkt geworden. Die Gesundheitsindustrie gilt mit als eine der größten wirtschaftlichen Kräfte der Zukunft. Zum Beispiel nehmen in Deutschland die „Organisationen der ‚sozialen Hilfe‘ (Sozialbranche) sowohl auf der Ebene der Beschäftigtenzahl – nach Expertenschätzung ist diese mit zwei Millionen Beschäftigten die größte Beschäftigungsbranche der deutschen Volkswirtschaft (Wüllenweber 2012) – als auch auf der Ebene des Umsatzes eine herausragende Bedeutung ein“.⁶⁷ Der Umsatz der Sozialunternehmen wurde in Deutschland im Jahr 2012 auf 115 bis 140 Milliarden Euro geschätzt. Schneider wirft die Frage auf, ob „das reichste Deutschland in der Geschichte“ wirklich so hilfsbedürftig sei oder ob die „Helferindustrie sich die Hilfsbedürftigen nicht selbst schaffen würde“,⁶⁸ was gewichtigerweise zur Medikalisierung und Psychopathologisierung beitrage. Wenn die große Gruppe weiterer Anbieter von psychosozialen Problemlösungen und Präventivmaßnahmen, die nicht von der öffentlichen Hand gefördert werden, einbezogen würden, seien die ökonomischen Umsätze immens. Heute hat damit eine Vielfalt an Akteurinnen und Akteuren ein ökonomisches Interesse an Medikalisierungsprozessen.

Spuren des Widerstandes gegen diese Unterwerfung von Kindern unter diese wissenschaftliche Neuordnung der Kindheit, für welche immer noch die Eltern adressiert werden, finden sich u. a. im Kinderbuch, das z. B. auch Eltern für ihre Kinder schreiben. Exemplarisch dafür steht das Kinderbuch „Pippi Langstrumpf“, welches Astrid Lindgren für ihre Tochter geschrieben und 1945 erstmals publiziert hat:

„Außerhalb der kleinen, kleinen Stadt lag ein alter verwaarloster Garten. In dem Garten stand ein altes Haus, und in dem Haus wohnte Pippi Langstrumpf. Sie war neun Jahre alt, und sie wohnte ganz allein da. Sie hatte keine Mutter und keinen Vater, und eigentlich war das sehr schön, denn so war niemand da, der ihr sagen konnte, dass sie zu Bett gehen sollte, gerade wenn sie mitten im schönsten Spiel war, und niemand, der sie zwingen konnte, Lebertran zu nehmen, wenn sie lieber Bonbons essen wollte.“⁶⁹

66 Vgl. Miriam GEBHARDT, Die Angst vor dem kindlichen Tyrannen. Eine Geschichte der Erziehung im 20. Jahrhundert (München 2009); DIES., Sünde, Seele, Sex. Das Jahrhundert der Psychologie (München 2002).

67 Wolfgang SCHNEIDER, Medikalisierung sozialer Prozesse, in: Psychotherapeut 58 (2013), 219–236, hier 219.

68 Ebd.

69 Astrid LINDGREN, Pippi Langstrumpf (Hamburg 1976), 1.

Information zur Autorin

Ao. Univ.-Prof. Dr. Maria A. Wolf, Institut für Erziehungswissenschaft, Universität Innsbruck, Liebeneggstraße 8, 6020 Innsbruck, Österreich, Mitglied des „Forschungszentrums für Medical Humanities“ und des „Forschungsnetzwerkes Gender, Care and Justice“ der Interfakultären Forschungsplattform für Geschlechterforschung der Universität Innsbruck, E-Mail: maria.a.wolf@uibk.ac.at

Forschungsschwerpunkte: Gesellschafts- und ungleichheitstheoretisch orientierte Studien zu Aktualität und Wandel der Geschlechter- und Generationenverhältnisse, der Elternschaft und elterlichen Praxis, der Kindheit, der Wissenschaften vom Kind und der Eltern (wie etwa Eugenik und Pädagogik)