

Eberhard Wolff*

»Judenkrankheiten«. Eine methodologische Orientierung im Diskursdschungel

<https://doi.org/10.1515/asch-2019-0002>

Abstract: The article suggests ways of dealing with the intricate discourse on »Jewish Diseases« from antiquity up to the present – both within and beyond anti-Semitism. Firstly, it presents a four-dimensional model that systemizes the different ways in which the sources talk about the subject. In employing this model the article develops images of Jews and Judaism constructed by them. Secondly, the article distinguishes between a »documenting« and a »deconstructive« way in which the sources are used in the humanities. However, since sources dealing with »Jewish Diseases« are always biased and based on subjective premises, the article pleads for investigating the latter. This even applies to the modern biomedical discourse, for instance on »genetic Jewish Diseases«, which promotes the biologisation and essentialisation of what it means to be Jewish.

Eine Ausgabe des jüdischen Magazins »aufbau« nahm sich kürzlich einer Krankheit, nämlich dem »Wahnsinn«, als Schwerpunktthema an. In einem Artikel dieses Hefts greift der amerikanische Journalist Philip Eil das Thema der »jüdischen Furchtsamkeit« auf, das über Neurosen, Angstzustände und Psychiater mit dem Feld der Krankheit zumindest in einer innigen Verbindung steht. Der Autor beschreibt sich dort selber als mehr oder weniger einen Hypochonder. Er fragt, ob seine Furchtsamkeit eine »spezifische jüdische Note« habe: »Bin ich furchtsam, weil ich Jude bin? Oder bin ich nur ein Jude, der zufällig auch ängstlich ist? Und: Sind Juden furchtsamer als andere Menschen?« Obwohl Eil zum Schluss kommt, dass die Beweislage einer überdurchschnittlichen Neigung zu Ängsten bei Juden dürftig sei, sei dies doch eine »populäre Vorstellung«, von der auch viele (jüdische) Psychiater, Soziologen, Philosophen, Rabbiner und nicht zuletzt Woody Allen ausgingen. Die Annahme einer jüdischen Furchtsamkeit berge also eine überwältigende kulturelle Dynamik.¹ Was Eil dagegen nicht erwähnt, ist, dass

1 PHILIP EIL: Letztes Glied in der Kette. In: aufbau 84 (2018), Nr 3, S. 9–10. Auf Englisch erschienen als DERS.: Is There Really Such a Thing as Jewish Anxiety? In: Forward v. 10. April 2018.

*Corresponding author: Eberhard Wolff, eberhard.wolff@unibas.ch

Verhandlungen über das Verhältnis von Judentum und Krankheit in all ihren Facetten eine eigene, lange Vorgeschichte haben. Und gerade über die Kenntnis dieser Geschichte wird die noch viel größere Komplexität und Sprengkraft des Themas greif- und verstehbarer.

Unter dem Diskursphänomen »Judenkrankheiten« verstehe ich das Sprechen über den angeblichen Umstand, dass »Juden« für bestimmte Krankheiten besonders – oder besonders wenig – anfällig seien oder dass bestimmte Krankheiten unter Juden verbreiteter oder weniger verbreitet seien als in der restlichen Bevölkerung. Es ist ein Gedankengang, der von der Antike bis in die Gegenwart in überaus vielfältigen Ausformungen und Umständen vorzufinden ist.² Die benachbarten Themen des Vorwurfs einer allgemeinen Kränklichkeit von Juden (und ihrer gleichzeitigen Effemination respektive Homosexualität) sowie angeblich ausschließlich unter Juden vorkommende Krankheiten werden in anderen Beiträgen dieses Themenhefts angesprochen.³

Ich möchte in diesem Artikel erstens ein so genanntes »Varianzmodell« anbieten, mit dem die äußerst heterogenen Quellen zu diesem unübersichtlichen Gesamtdiskurs inhalts- und epochenübergreifend eingeordnet und die daraus resultierenden Bilder (oder: stereotypen Vorstellungen⁴) von Juden oder des Judentums abgeleitet werden können. Ich möchte zweitens den Widerspruch ansprechen, dass die geisteswissenschaftliche Forschung zum Thema »Judenkrankheiten« die Quellen (also historische oder gegenwärtige Äußerungen über Judenkrankheiten) manchmal distanziert als Diskursphänomene ohne Wahrheitsanspruch verwendet, manchmal aber auch als »objektive« Tatsachen. Der Artikel läuft auf das Plädoyer hinaus, sämtliche Äußerungen zu diesem Thema,

Im englischen Original heißt es, die »evidence« sei »scant«. In der deutschen Fassung wird das frei übersetzt, dass dieser Annahme empirische Grundlagen fehlten. Das »overwhelming cultural momentum« liest sich in der deutschen Version, dass die Annahme fest in Kultur und öffentlicher Wahrnehmung verankert sei.

2 Vgl. die breite Übersicht in ROBERT JÜTTE: *Leib und Leben im Judentum*. Berlin 2016. Jütte weist dort als frühes Beispiel auf den antiken thrakischen Herrscher Lysimachos hin, der gemäß dem antiken Autor Flavius Josephus gemeint habe, die Juden seien ein Volk, »das mit Aussatz und Grind und sonstigen Krankheiten behaftet sei« (S. 280).

3 Siehe zum Ersteren die Beiträge Mildenerger und Kilcher (Diaspora), zum Letzteren den Beitrag Jankrift. Er zeigt die Vorstellung einer eigenen Krankheit am Beispiel der »Lepra Hebraeorum«, »Lepra Judeorum«, »Lepra Orientalis«, »Lepra Mosaica« oder »Mosaischer Aussatz«, einem »antisemitischen Krankheitskonstrukt« um die Mitte des 19. Jahrhunderts.

4 Die Übergänge zwischen Bildern, Wahrnehmungsmustern, Zuschreibungen, Stereotypen, Klischees und Vorurteilen sind fließend. Zur neueren Stereotypenforschung vgl. z. B. HANS-HENNING HAHN: 12 Thesen zur historischen Stereotypenforschung. In: DERS. U. A. (Hg.): *Nationale Wahrnehmungen und ihre Stereotypisierung: Beiträge zur historischen Stereotypenforschung*. Frankfurt a. M. 2007, S. 15–24.

insbesondere auch gegenwärtige, quellenkritisch auf ihre Kulturalität und die daraus ebenfalls entstehenden Bilder und Vorstellungen über Juden hin zu untersuchen. Nur damit wird man der Problematik und der »Sprengkraft« des Sprechens über »Judenkrankheiten« gerecht.

Die häufigen Anführungsstriche und Verwendungen von distanzierenden Begriffen wie »angeblich« sind in diesem Sinne mit großem Bedacht gewählt. Viele der entsprechenden Argumentationsweisen erscheinen aus heutiger Sicht absurd. Und selbst wenn wir die vorfindlichen Argumentationsformen historisch einbetten, erscheinen sie nicht nur zeitentsprechend, sondern oft strategisch-willkürlich, mit hoher Intentionalität, ausgehend von normativen Vorverständnissen und dabei oft antijüdisch bzw. antisemitisch motiviert.

Varianzdimensionen des Sprechens über Judentum und Krankheit

Der Diskurs über »Judenkrankheiten« ist in der Historiographie des Judentums bereits häufig aufgegriffen und anhand von Einzelbeispielen, Themenbereichen oder auch in breiten Überblicksdarstellungen beschrieben und eingeschätzt worden, nicht zuletzt im vorliegenden Themenheft.⁵ Es würde daher wenig Sinn machen, dies in diesem Artikel ausgiebig darzustellen. Eine gewisse Vertrautheit der Leserschaft mit dem Phänomen wird hier also vorausgesetzt. Was demgegenüber in der Literatur noch kaum unternommen wurde, ist ein systematischer Zugang zu diesem Diskursfeld als Ganzem, der helfen soll, eine Orientierung in diesem »Diskursdschungel« zu ermöglichen, die vielfältigen Argumentationsformen zeitübergreifend analytisch zu betrachten und damit auch historisch besser einschätzen zu können.⁶ Dies soll im Folgenden versucht werden, indem zunächst vier *Varianzdimensionen* des Sprechens über »Judenkrankheiten« herausgearbeitet werden, mit denen im weiteren Verlauf des Artikels gearbeitet wird.

5 Siehe die in diesem Beitrag sowie im ganzen Themenheft zitierte Literatur, neuerdings v. a. JÜTTE, Leib und Leben (wie Anm. 2). Siehe auch meinen Überblick in EBERHARD WOLFF: Medizin und Ärzte im Judentum der Reformära. Die Architektur einer modernen jüdischen Identität. Göttingen 2014, S. 28–30, und die dort zitierte Literatur sowie VERONIKA LIPPHARDT: Biologie der Juden. Jüdische Wissenschaftler über »Rasse« und Vererbung 1900–1935. Göttingen 2008.

6 Einen ersten entsprechenden Versuch habe ich unternommen in WOLFF, Medizin (wie Anm. 2), S. 28.

Besondere Häufigkeit versus besondere Seltenheit

Die erste dieser Dimensionen unterscheidet, ob es um die angeblich höhere oder typische Anfälligkeit für bzw. Verbreitung der Krankheit unter Juden geht oder das Gegenteil, die besondere Seltenheit der Krankheit bzw. Resistenz dagegen. Im vorliegenden Themenheft finden sich Beispiele für beides. Dominant ist in diesem Diskurs allerdings die höhere Krankheitsaffinität. Diese Unterscheidung gewinnt vor dem Hintergrund ihrer Normativität Bedeutung. Die Annahme der häufigeren Verbreitung einer Krankheit war in der Regel mit herabsetzenden Konnotationen verbunden. Die angeblich geringere Verbreitung Krankheiten musste allerdings nicht zwingend positiv belegt sein. Dazu unten mehr.

Bei manchen Krankheiten liegen in den Quellen sogar beide entgegengesetzten Argumentationen bezogen auf dieselbe Krankheit vor, diejenige der häufigeren wie auch diejenige der weniger häufigen Verbreitung, etwa bei der Pest, der Cholera oder Geschlechtskrankheiten.⁷ Dies nährt den Verdacht des Konstruktcharakters und der Willkürlichkeit solcher Aussagen.

Selbstzuschreibung oder Fremdzuschreibung

Ein zweites Unterscheidungskriterium ist, ob die Äußerungen über Judenkrankheiten von Vertretern des Judentums gemacht wurden bzw. werden oder aus der jeweiligen nichtjüdischen Bevölkerungsmehrheit stammen. In einem einfachen Modell können die Äußerungen auf diese Weise als jeweilige Selbstzuschreibungen oder Fremdzuschreibungen verstanden werden.

Natürlich ist diese duale Unterscheidung zwischen Selbstzuschreibung und Fremdzuschreibung sehr grob und bedürfte im Einzelfall der Differenzierung.⁸ Der aufklärerische jüdische Arzt Elcan Isaac Wolf zeichnet in seinem Buch »Von den Krankheiten der Juden« von 1777 ein Bild des sozial benachteiligten, daher armen und deshalb schließlich kranken Juden, der z. B. eine schlechte Verdau-

7 Siehe zu den Geschlechtskrankheiten z. B. in JÜTTE, Leib und Leben (wie Anm. 2), S. 306 f. für die geringere Verbreitung und den Beitrag Mildenerger in diesem Heft für die höhere Verbreitung. Zur Pest siehe den Beitrag Bergdolt in diesem Heft. Zur Cholera siehe EBERHARD WOLFF: Juden als Verkörperung von Armut und Unsauberkeit in ärztlichen Berichten über die Choleraepidemie in Osteuropa 1830/31. In: STEFI JERSCH-WENZEL (Hg.): Judentum und Armut in Mittel- und Osteuropa. Köln, Weimar, Wien 2000, S. 123–148, passim, insbesondere S. 128.

8 Die neuere (historische) Stereotypenforschung betont z. B. zusätzlich, dass Fremd- und Selbststereotype in einem Wechselverhältnis zueinander stünden. Vgl. z. B. HAHN, 12 Thesen (wie Anm. 4), S. 22. Eine differenzierte Übertragung dieser komplexen Frage auf das vorliegende Thema würde allerdings den Rahmen des Artikels sprengen.

ung habe, weil er aus notwendiger Geschäftigkeit hastig essen oder gar Mahlzeiten überspringen müsse, sich zu wenig bewege und ein Nervenhypochonder sei. Dies wäre eine klare Selbstzuschreibung eines Juden über seine Mitjuden.

Wolf lässt sich im Weiteren über die angeblichen Krankheiten traditioneller, talmudisch orientierter Juden aus. Er malt als Maskil bzw. jüdischer Reformler das Negativbild des aufgrund von »Missbräuchen« kranken traditionellen Juden, der Hautausschläge wegen seiner Kopfbedeckung habe oder wegen seiner Art zu beten in der Gefahr stehe, wahnsinnig zu werden.⁹ Wenn er sich in dieser Art als jüdischer Reformler von einer anderen jüdischen Gruppierung distanziert, dürfte es sich zumindest *auch* um die *Fremdzuschreibung* einer besonderen Krankheitsverbreitung handeln. Die Unterscheidung ist daher eher als grobes analytisches Instrument denn als hinreichende historische Unterscheidung zu verstehen.

Erklärungen und Plausibilisierungsmethoden

Ein drittes Unterscheidungskriterium stellen die unterschiedlichen (inhaltlichen) Erklärungen bzw. (formalen) Plausibilisierungsmethoden der Behauptung einer höheren oder niedrigeren Empfänglichkeit für bestimmte Krankheiten in den Quellen dar. Zwar finden sich – quer durch die Jahrhunderte – immer wieder Äußerungen, die das Phänomen einfach behaupten. Daneben liefern die Quellen aber auch viele Erklärungsweisen für die angenommenen Phänomene.¹⁰ Diese sind ebenso vielfältig wie z. T. auch widersprüchlich, stellen sich aber in einer gewissen historischen Struktur dar.

Eine verbreitete *vormoderne* Deutung der behaupteten besonderen Verbreitung bestimmter Krankheiten unter Juden in christlichen Quellen ist etwa diejenige der göttlichen Rache.¹¹ Seit der Aufklärung wurde die Ursache so genannter »Judenkrankheiten« häufiger (wenngleich nicht erstmalig) in der jeweiligen *Lebensweise* bzw. den *Lebensbedingungen* der Juden gesehen. Die obigen Zitate von Elcan Isaac Wolf geben plastische Beispiel hierfür ab. Die Argumentationsweisen setzen sich teilweise bis in die Gegenwart fort. Nicht immer lassen sich die Erklärungen eindeutig den beiden jeweiligen Kategorien »Lebensweise« und

⁹ S. z. B. JOHN M. EFRON: *Medicine and the German Jews. A History*. New Haven, London 2001, S. 69–77.

¹⁰ Siehe als Beispiel für die Schwierigkeiten der Kategorisierung unterschiedlicher Erklärungsweisen WOLFF, *Cholera* (wie Anm. 7), S. 135 f. am Beispiel der großen Verbreitung Cholera. So ist es öfters alles andere als eindeutig, ob die Ausführungen als reine Beschreibung oder als Vorwurf an die Juden oder mit dem Ausdruck von Mitleid formuliert sind.

¹¹ S. JÜTTE, *Leib und Leben* (wie Anm. 2), S. 281–283.

»Lebensbedingungen« zuordnen. Gleichwohl ist die Unterscheidung aus analytischen Gründen von Bedeutung, wie unten zu sehen sein wird. Eine weitere damalige Erklärung besonderer jüdischer Krankheitszustände ist die Erfahrung von Verfolgung.¹²

Ab dem späten 19. Jahrhundert verlagerten sich die Erklärungsweisen für angenommene Judenkrankheiten tendenziell »in die Juden hinein«. Sie basierten zunehmend auf der Argumentation, Juden hätten eine besondere, als vererbbar angesehene Biologie, Konstitution bzw. Anthropologie. Diese Erklärungsweisen standen vor dem Hintergrund einerseits ethnographischer Völkerstereotype, andererseits Rassentheorien bzw. der so genannten »Rassendisposition« von Juden für bestimmte Krankheiten, z. B. dem Diabetes.¹³

Gleichzeitig lassen sich auch bei den Erklärungsweisen von »Judenkrankheiten« parallele Argumentationen oder Mischformen ausmachen, etwa die These, dass Juden durch ihre Rasseneigenschaften bestimmte Verhaltensweisen an den Tag legten. Im Einzelfall stellten sich die Erklärungsweisen öfters in Konglomeraten dar, wie sie Christina Vanja in diesem Heft zu Beginn ihres Beitrags am Beispiel der so genannten »jüdischen Nervosität« illustriert. Es entsteht der Eindruck, dass sich die Erklärungsweisen für das gleiche Phänomen auch fließend veränderten, das (vorbestimmte) Ergebnis aber konstant blieb.¹⁴ Auch dies ist ein Hinweis auf die verbreitete Willkürlichkeit in diesem Diskurs.

Parallel zu den inhaltlichen Erklärungsweisen änderten sich die formalen *Plausibilisierungsmethoden*. Sie reichten von der reinen Behauptung über das Anführen von Einzelbeispielen und grobe Empirie über den Einbau in medizinische und biologische Erklärungskonzepte bis zu epidemiologisch-statistischen, bevölkerungsbiologischen und schließlich genetischen Begründungsmethoden.¹⁵ Die Abfolge dieser Plausibilisierungsmethoden ging mit einem ständig wachsenden wissenschaftlichen Objektivitätsanspruch einher, auf den weiter unten noch zurückzukommen sein wird.

¹² Vgl. ebd., S. 282. Auch der eingangs zitierte heutige Autor Philip Eil führt den Gedanken zur Erklärung »jüdischer Furchtsamkeit« an.

¹³ Zur Komplexität der unterschiedlichen damaligen biologischen Argumentationsformen siehe auch LIPPHARDT, *Biologie* (wie Anm. 5), S. 123–125, 146–148.

¹⁴ Siehe als Beispiel auch die verschlungenen Erklärungswege der damaligen Autoren, wie sie in den Artikeln von Jütte und Hödl in diesem Heft zitiert sind.

¹⁵ Die letzten beiden Beispiele lassen sich gleichzeitig als inhaltliche Erklärungsweise und formale Plausibilisierungsmethode verstehen.

Bewertungen und Konnotationen

Eine vierte Unterscheidungsdimension liegt in den häufigen jeweiligen Bewertungen der unterstellten »Judenkrankheiten« bzw. deren Erklärungen. Einfach gesprochen konnten sie ebenso negativ wie positiv konnotiert sein. Einen analytischen Schritt tiefer geht die Differenzierung in beispielsweise verstehende, legitimierende oder erklärende, auch würdigende, ja apologetische Deutungsformen auf der einen Seite und herabsetzende, vorwerfende oder denunziatorische Deutungsformen auf der anderen Seite. Darüber hinaus gibt es lediglich beschreibende, vordergründig nicht bewertende Erklärungsformen. Diese können selbstredend in einem normativen Diskurszusammenhang stehen und taten es in diesem extrem normativ durchsetzten Themenfeld in der Regel auch.

Diese vierte Varianzdimension ist noch weniger in klar abgrenzbare Kategorien unterteilbar als die vorangegangenen. Auch hier können wir die Quellen nicht immer so eindeutig zuordnen, ja interpretieren, bzw. es gibt Uneindeutigkeiten, Überschneidungen, fließende Übergänge und Widersprüche, die einer tieferen Einzelfallanalyse bedürfen.¹⁶

Konstellationen – Typologien – Bilder von Juden

Man kann dieses Varianzmodell nun produktiv einsetzen, um die einzelnen Stellungnahmen einordnen oder vergleichen zu können und so das vielfältige Sprechen über »Judenkrankheiten« besser zu verstehen. Dazu müssen wir die Äußerungen in diesem vierdimensionalen Argumentationsraum verorten und die jeweilige formale und inhaltliche Konstellation des Sprechens über Juden und ihre angenommenen kollektiven Krankheitszustände herausarbeiten.

Damit lassen sich im Folgenden Typologien von Argumentationsweisen in diesem Diskurs entwickeln und bestimmten Teildiskursen zuordnen. Diese Argumentationstypen korrespondieren mit bestimmten Bildern vom Judentum bzw. den Juden. Ich bitte diese heuristischen Typen aber nicht als klar definierte Blöcke zu verstehen, sondern lediglich als eine Art *Verdichtungszonen*.

Neben unterscheidbaren Typologien des Sprechens über Judenkrankheiten zeigt das Varianzmodell aber auch Überschneidungen von Eigenschaften bzw. Gemeinsamkeiten von Eigenschaften in sehr unterschiedlichen Teildiskursen an, die Unerwartetes zutage bringen, vordergründig verstören, letzten Endes für das Verständnis des Phänomens aber hilfreich sind.

¹⁶ Siehe z. B. WOLFF, Cholera (wie Anm. 7), S. 143.

Die bei weitem wichtigste Konstellation ist das bekannte, verbreitete, in der Regel denunziatorische Fremdstereotyp der für bestimmte Krankheiten besonders anfälligen Juden. Es zeichnet das herabwürdigende Bild des (*minderwertigen, weil*) *kranken Juden*. Hier sind drei der vier Variablen bereits definiert. Fragen wir aber nach der vierten Varianzdimension, können wir sehen, dass dieses Bild – grob und schematisch formuliert – in sehr unterschiedlichen Erklärungszusammenhängen und mit unterschiedlichen Plausibilisierungsmethoden auftreten konnte. Es erscheint beispielsweise genauso in dem auf religiösen Motiven aufbauenden christlichen Antijudaismus wie auch dem auf statistischen und/oder rassenbiologischen Erklärungsmustern aufbauenden modernen Antisemitismus. Hier lassen sich also gewisse historische Kontinuitäten jenseits der Erklärungsweisen und Plausibilisierungsmethoden aufzeigen. Klaus Hödl hat dieses Postulieren des angeblich kranken jüdischen Körpers als antisemitische Strategie einer »Pathologisierung des jüdischen Körpers« bezeichnet und für das Fin des Siècle ausführlich beschrieben.¹⁷

Das – wenn auch nicht denunziatorische, so doch pejorative – Bild des *kranken Juden* findet sich jedoch nicht allein in den genannten *Fremdstereotypen*, sondern eben auch in *Selbststereotypen*, wie wir für die Aufklärungszeit bereits bei Elcan Isaac Wolf (in anderen, unten näher besprochenen Erklärungskontexten) gesehen haben. Ein weiteres Beispiel für solche Selbststereotype sind die sich in der Zeit um 1900 mehrenden Schriften jüdischer Ärzte über spezifische jüdische Pathologien bzw. die generelle jüdische Pathologie *des* Diaspora-Juden.¹⁸ Diese Ärzte nutzten – ähnlich ihren nichtjüdischen, oft antisemitischen Kollegen – Statistiken sowie rassenbiologische Erklärungen bzw. Plausibilisierungswege, welche die spezifische Anfälligkeit von Juden bzw. des jüdischen Volkskörpers für bestimmte Krankheiten postulierten.

Dieses Phänomen ist zunächst verstörend, weil das biologisierende Erklärungsmuster »Rasse« aus unserer heutigen Sicht klar mit dem modernen Antisemitismus verbunden wird und daher im Fremdstereotyp vermutet wird. Nicht zuletzt deshalb ist es bereits mehrfach Gegenstand historischer Forschung gewesen, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede nicht zuletzt auf der Grundlage der genannten weiteren Varianzkategorien eingeschätzt hat.¹⁹

¹⁷ KLAUS HÖDL: Die Pathologisierung des jüdischen Körpers. Antisemitismus, Geschlecht und Medizin im Fin de Siècle. Wien 1997.

¹⁸ Siehe den entsprechenden Beitrag von Andreas Kilcher in diesem Heft.

¹⁹ Siehe z. B. JOHN M. EFRON: Defenders of the Race. Jewish Doctors and Race Science in Fin-de-Siècle Europe. New Haven, London 1994. Eine knappe Einschätzung dieser Forschungsliteratur in LIPPHARDT, Biologie (wie Anm. 5), S. 32.

John Efron²⁰ zufolge ist auffallend, wie ähnlich Juden in den Schriften zionistischer, meist ärztlicher Autoren auf der Basis ihrer Körperlichkeit als etwas physisch Anderes, häufig Minderwertiges dargestellt wurden. Die jüdischen Autoren hätten dabei vielfach die Vorstellungen von Nichtjuden über die spezielle Körperlichkeit der Juden übernommen. Der jüdische Körper wurde mit den Attributen »krank, schwach und verweiblicht« assoziiert und dies oft – zeitspezifisch – auf die »Nerven« der Juden bezogen. Der Unterschied bestünde jedoch – neben dem geringeren denunziatorischen Charakter der Äußerungen – in einer weiteren Varianzdimension. Nach Efron versuchten diese jüdischen Aktivisten, den kranken jüdischen Körper zu »verbessern«. Es sei vor allem der Zionismus gewesen, der ein neues, ins Positive gewandeltes jüdisches Körperbild mit Begriffen wie »Gesundheit, Stärke, Männlichkeit« proklamiert habe.

Veronika Lipphardt hat Efrons Perspektive um nichtzionistische Autoren erweitert, deren Ziel anstelle des »Judenstaates« die Integration in die meist deutsche bürgerliche Gesellschaft gewesen sei. Sie fokussiert gleichzeitig auf von ihr so bezeichnete »Biowissenschaftler« mit jüdischem Familienhintergrund und konzentriert sich auf deren dortigen, innerakademischen Teildiskurs. In diesem Feld trennt sie das damals dominante biologisierende, häufig mit »Rasse« argumentierende wissenschaftliche Erklärungsmodell für die untersuchte »jüdische Anthropologie« analytisch vom damaligen antisemitischen Rassismus. Diese weitere Differenzierung der Varianzdimension »Erklärungsmodell« ermöglicht es ihr, den zunächst verstörenden Widerspruch aufzulösen, dass diese Äußerungen ihrer Ansicht nach nicht, wie andere Autoren vermuteten, eine Anleihe bei völkischer Sprache, kein jüdisch-völkischer Chauvinismus und aus damaliger Sicht nicht rassistisch gewesen seien. Lipphardt stellt dem eine breite Palette von Erklärungen des Phänomens gegenüber, zu denen nicht nur die Abwehr des Antisemitismus mit den wissenschaftlichen Argumenten der Zeit, sondern auch die Integration in die damalige Wissenschaftswelt u. v. a. m. zählten.²¹

Mit dem oben erwähnten positiven zionistischen Körperbild ist das dem »kranken Juden« entgegengesetzte, seltener vorfindliche, aber durchaus vorhandene Bild des *gesunden Juden(tums)* angesprochen.²² Es basiert in der Regel auf Argumentationsweisen, die das verhältnismäßig seltenere Auftreten von

²⁰ EFRON, Defenders (wie Anm. 19), passim.

²¹ LIPPHARDT, Biologie (wie Anm. 5), vor allem S. 187 ff.; zusammengefasst auf S. 238–242 und 305–317, speziell S. 314. Ihre Ausführungen sind nur implizit oder beiläufig auf jüdische Krankheiten bezogen.

²² Sozusagen als Antwort auf vielfältige Forschungen über Bilder vom »kranken Juden« hat Mitchell B. Hart zusammengefasst, wie jüdische Kultur und Religion seit biblischen Zeiten, vor allem aber ab dem späten 19. Jahrhundert, als gesundheitsförderlich dargestellt wurden – teils mit der

Krankheiten unter Juden hervorheben. Es hatte seine stärkste Verbreitung in Selbstbildern vom Judentum zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Unter dem Stichwort »Judentum und Hygiene« versuchten etwa jüdische Autoren, welche auf eine umfassende Anerkennung der Juden in der deutschen bürgerlichen Gesellschaft abzielten, religiöse jüdische Praktiken als besonders Hygiene- und deshalb gesundheitsförderlich darzustellen und so das Bild eines *hygienischen* (in der damaligen Bedeutung von »gesundheitsförderlichen«) *Judentums* zu zeichnen. Die Begründungen stehen hier naheliegender Weise in einem starken selbstlegitimierenden Zusammenhang mit dem Hintergedanken einer Anerkennung der Juden in der Mehrheitsgesellschaft. Mit einer anderen politischen Zielsetzung versuchten zionistische Autoren wie beschrieben das prospektive Bild eines starken und gesunden Judentums zu etablieren. Die Intention war – in heutiger Diktion – eher selbstermächtigend als sich anbietend. Gleichzeitig waren beide Bilder nicht zuletzt Reaktionen auf den sich ausbreitenden Antisemitismus.

Das Bild des »gesunden Juden« (genauer: »gesünderen Juden«) konnte aber auch als Fremdbild in Erscheinung treten, etwa wenn nichtjüdische Ärzte die angeblich geringere Verbreitung der Tuberkulose bei Juden in den USA vor allem im Vergleich zur afro-amerikanischen Bevölkerung hervorhoben. Das behauptete Phänomen wurde unterschiedlich erklärt, etwa (anerkennend) mit der angeblichen Wirkung der jüdischen Hygienegesetze, genauso aber auch mit einer größeren körperlichen Anpassungsfähigkeit der Juden an veränderte Umweltbedingungen, die mit dem jüdischen »Kosmopolitismus« im Verbindung stehe. Selbst die geringere Krankheitsneigung konnte so in die Nähe herabwertend eingesetzter Stereotype über das Judentum geraten. In allen Fällen bedeutete das Herausarbeiten abweichender Krankheitsneigungen aber eine »Differenz«, die zwischen Juden und Nichtjuden hergestellt wurde.²³

Das Bild des »kranken, krankheitsanfälligen Juden« lässt sich angesichts dieser Vielfalt unterschiedlicher Verwendungen noch weiter ausdifferenzieren. Argumentationsweisen, die, wie bei Elcan Isaac Wolf, eine besondere Krankheitshäufigkeit von Juden in ihren jeweiligen Lebensumständen, häufig der Armut oder der Verfolgung, sehen, konnten das Bild des *benachteiligten, bemitleidenswerten Juden* zeichnen.

Anders die Argumentationen, welche die besondere Krankheitshäufigkeit auf die Lebensweise der entsprechenden Juden zurückführen. Ein Beispiel hierfür ist

Schlussfolgerung, dass Juden für bestimmte Krankheiten als weniger anfällig galten. MITCHELL B. HART: *The Healthy Jew. The Symbiosis of Judaism and Modern Medicine*. New York 2007.

²³ Vgl. dies genauer im Beitrag Hödl in diesem Heft. Der Autor schließt einige Beispiele an, in denen jüdische Ärzte die besondere Immunität von Juden gegen die Tuberkulose infrage stellten und so die »Vorstellung eines spezifisch jüdischen Körpers entschärft(en)«.

der Vorwurf an »die« Juden, wegen des großen Zuckerkonsums häufig an Diabetes zu leiden.²⁴ Diese Argumentationsform zeichnet ein Bild der *für ihr Kranksein selbst verantwortlichen Juden*. Sie findet sich speziell bei den Autoren, die Juden und ihrer behaupteten Lebensweise skeptisch bis kritisch gegenüberstanden. Und dies waren eben nicht nur Antisemiten, sondern auch reformorientierte jüdische Ärzte wie Elcan Isaac Wolf gegenüber seinen traditionalistischen Glaubensgenossen oder die genannten zionistischen Ärzte. Auf diese Weise erklärt sich eine weitere Überschneidung unterschiedlicher Argumentationswege – bei Gleichheiten in der einen und Unterschieden in einer zusätzlichen Varianzdimension.

Das Bild der eigenen Verantwortlichkeit für den Gesundheitszustand gilt aber auch für das Argument der geringeren Empfänglichkeit für Krankheiten, etwa die erwähnte Argumentation der gesundheitsförderlichen Wirkung der jüdischen Reinheitsgesetze oder der Ernährungsvorschriften. Nur wird die Eigenverantwortlichkeit hier legitimierend statt denunziatorisch eingesetzt.

Unterschiedliche Bewertungen des »kranken Juden« konnten zudem eng nebeneinander erscheinen. Das von ärztlichen (teils jüdischen, teils nichtjüdischen) Berichterstattern als überproportional häufig angenommene Vorkommen der Cholera in den jüdischen Armutsquartieren Osteuropas während der Epidemie von 1830/31 etwa wurde von den Autoren in einer breiten Skala zwischen starkem Vorwurf und deutlichem Mitgefühl bewertet, wobei der Schwerpunkt auf der »Vorwurfs«-Seite lag, die Bewertung allerdings um so mehr in Richtung »Verständnis« oder »Mitleid« ging, je größer die kulturelle oder räumliche Nähe der Autoren zu den Juden Osteuropas war.²⁵

Argumentationsweisen, welche die angeblich außergewöhnliche Verbreitung oder Nicht-Verbreitung von Krankheiten unter Juden auf deren Körperlichkeit zurückführen, zeichnen tendenziell das Bild einer *durch ihre kollektive Biologie vorgezeichneten oder bestimmten Judenheit*. Dieses Bild wird mit guten Gründen zuvorderst mit dem modernen biologischen Antisemitismus in Verbindung gebracht. Das Varianzmodell ermöglicht darüber hinaus aber die systematische Frage, ob eine biologisierte Vorstellung des Jüdischen nicht auch in anderen Bereichen in Erscheinung treten kann. Das oben bereits angesprochene Bild, das zionistische Autoren von den »kranken Juden« zeichneten, baute angesichts ihrer eugenischen, ja auf dem Rassemmodell basierenden Argumentation ebenfalls auf einem biologistischen Verständnis von Jüdischsein auf.

24 Vgl. den Beitrag von Jütte in diesem Heft.

25 WOLFF, Cholera (wie Anm. 7), S. 143–148.

Schließlich ist nahezu²⁶ allen Äußerungen über so genannte »Judenkrankheiten« gemein, dass sie Juden als etwas darstellen, das sich von der restlichen Bevölkerung unterscheidet. Dies trifft nicht nur für das Fremdbild, sondern auch für das Selbstbild zu, es gilt bei höherer ebenso wie auch geringerer postulierter Krankheitsanfälligkeit, es erstreckt sich über alle Erklärungsweisen sowie Plausibilisierungswege und trifft genauso bei positiven wie negativen Bewertungen zu. Man kann dies als eine umfassende »Besonderung« (in aktueller sozialwissenschaftlicher Diktion: als ein »Othering«²⁷) der Juden interpretieren,²⁸ die damit nicht im Antijudaismus oder Antisemitismus vorzufinden ist, sondern auch – in unterschiedlichen Zusammenhängen – in den davon entferntesten Bereichen. Sie festigt über das Kriterium des Andersseins das Bild eines in sich *geschlossenen, abgrenzbaren Judentums*, egal, ob sich dies kulturell, religiös oder biologisch definiert.

Die Anwendung des Varianzmodells in diesem Kapitel konnte so helfen, einige m. E. wesentliche Aspekte des zunächst recht unübersichtlichen Diskurses über Judenkrankheiten zu strukturieren. Mehr aber noch haben sie gezeigt, wie sich bestimmte Eigenschaften des Diskurses im Rahmen des Modells über mehr Bereiche erstrecken, als man bei oberflächlicher Betrachtung angenommen hat. Wie weit etwa eine »Besonderung« des jüdischen Körpers oder ein biologisierender Blick darauf gehen kann. Das bedeutet natürlich keine Gleichsetzungen, aber doch strukturelle Gemeinsamkeiten. Das Bild eines »kranken Juden« etwa muss nicht zwingend denunziatorisch sein, aber es »besondert« den jüdischen Körper wie die Vorstellung des »gesunden Juden«.

Die analytische Vorgehensweise hat zudem ermöglicht, Unterscheidungskriterien für Teildiskurse auf tiefer liegenden Ebenen zu finden, etwa in den unterschiedlichen Intentionen des zionistischen eugenischen Sprechens über den »kranken Juden« im Vergleich zum antisemitischen Sprechen.

26 Lediglich Klaus Hödl weist in seinem Beitrag als Ergänzung zum »Differenzdiskurs« auch auf Argumentationsgänge der Ähnlichkeiten zwischen Juden und weißen Nichtjuden hin.

27 Siehe z. B. JULIA REUTER: Ordnungen des Anderen. Zum Problem des Eigenen in der Soziologie des Fremden. Bielefeld 2002, vor allem die Einleitung S. 9–21. Ich danke Nikolaus Heinzer, Zürich, für den Literaturhinweis.

28 Zu dem von ihm so genannten Differenzdiskurs siehe den ersten Teil im Beitrag von Klaus Hödl in diesem Heft. Der Körper der Juden galt ihm zufolge im 19. Jahrhundert als »zentrales Differenzmedium« zur nichtjüdischen Gesellschaft.

Realität oder Stereotyp? Die Nutzung der Quellen über »Judenkrankheiten« in der Forschung zwischen Dokumentation und Dekonstruktion

Eine zweite zentrale methodologische Frage bei der Untersuchung von Diskursen über »Judenkrankheiten« ist für mich diejenige, welchen Stellenwert wir den jeweiligen Quellen zuschreiben, die sich über die relative Häufigkeit oder Seltenheit von Krankheit oder Gesundheit unter Juden äußern: Sind sie für uns inhaltlich Fakten, auf denen wir unsere Argumentation aufbauen, oder nur ein Beleg für zu analysierende Beiträge zum Diskurs? M. a. W.: Dienen sie der Dokumentation oder der Dekonstruktion? Wer beides gleichzeitig macht, steht vor dem Problem, entscheiden zu müssen, welche Quellen nun einen wesentlichen Realitätsgehalt haben sollen und welche vor allem Ausdruck a priori bestehender Stereotype oder Vorverständnisse vom jüdischen Körper seien. Diese entscheidende methodische Frage ist m. W. in der Forschung zu »Judenkrankheiten« viel zu wenig reflektiert oder diskutiert worden.²⁹

Viele der einschlägigen Arbeiten lösen das Problem, indem sie sich darauf beschränken, die Quellen als Diskursbeiträge zu verwenden oder als »Narrative« zu beschreiben.³⁰ Das ist auch naheliegend. Niemand würde heute auf die Idee kommen, die Vorstellung als korrekt zu bezeichnen, dass Juden häufiger unter Hämorrhoiden litten, und dies, weil Gott an ihnen Rache nähme, weil ihre Säfte im Ungleichgewicht seien oder weil jüdische Männer als Ausdruck ihrer Effemination durch den After menstruierten.³¹ Das ist zu offensichtlich absurd. Auch rassenbiologischer Forschung wird heute ein Wahrheitswert schlichtweg abgesprochen. Wir nutzen diese Quellen als Diskursbeiträge zu ihrer historischen Interpretation.

Auf der anderen Seite werden Angaben in den Quellen zu Krankheitsprävalenzen unter Juden von der Forschung als glaubwürdige Beschreibungen historischer Umstände verwendet.³² Ich selber habe zum Beispiel in einer früheren

²⁹ Ich habe sie selber bereits kurz aufgeworfen in WOLFF, *Medizin* (wie Anm. 5), S. 28 f.

³⁰ LIPPARDT, *Biologie* (wie Anm. 5) z. B. bezieht eindeutig Stellung und distanziert sich kategorisch von »all jenen Wissensbeständen, die Gegenstand meiner Analyse sind« (S. 18, 35 ff.). Explizit tut dies Bergdolt in seinem Beitrag in diesem Heft. Auch Kilcher beschränkt sich darauf, den Diskurs zu analysieren.

³¹ So meist judenfeindliche Autoren vom Mittelalter bis ins 18. Jahrhundert, darunter aber auch der bereits zitierte jüdische Arzt Elcan Isaac Wolf. Vgl. JÜTTE, *Leib und Leben* (wie Anm. 2), S. 282–287.

³² Tschoetschel z. B. schließt aus seiner Sekundäranalyse eher unbedarft, es ließen sich »für eine Reihe von Krankheiten Unterschiede in der Häufigkeit bei Juden und Nichtjuden beschrei-

Untersuchung beschreibende Aussagen aus Reiseberichten während der Cholera-Epidemie von 1830/31, die das besonders häufige Auftreten der Krankheit in jüdischen Quartieren behaupten, mit wenig kritischer Distanz aus den Quellen übernommen und erst die darauf aufbauenden Bewertungen der Autoren als Diskursbeiträge interpretiert.³³ Auch andere Autoren verwenden beide Umgangsweisen mit den Quellen nebeneinander.³⁴

Prinzipien der Glaubhaftigkeitszuschreibung

Nach welcher (impliziten) Logik aber verwenden die entsprechenden Arbeiten die Quellen einmal zur Dekonstruktion und einmal zur Dokumentation, sofern es eine solche gibt? Ein Prinzip des Umgangs mit Quellen zu »Judenkrankheiten« besteht offensichtlich darin, moderneren Plausibilisierungsmethoden stufenweise mehr Glaubhaftigkeit zuzugestehen. Je jünger die von der einschlägigen Forschung verwendeten Quellen über »Judenkrankheiten« sind und sich eher auf Statistiken, epidemiologische Argumente oder Genetik beziehen, desto eher nimmt die Forschung diese für bare Münze. Dazu unten mehr.

Die Plausibilisierungsmethoden im Umfeld der Rassenlehre des 19. und frühen 20. Jahrhunderts sowie von eugenischem Gedankengut stellen dabei Ausnahmen im historischen Ablauf dar, weil sie heute desavouiert sind und deshalb grundsätzlich nur als Diskursbeiträge betrachtet werden.

Statistische Angaben in den Quellen zu Krankheitshäufigkeiten unter Juden, wie sie sich seit dem späten 19. Jahrhundert etablierten, nehmen in der heutigen historischen Forschung über »Judenkrankheiten« eine Position des Übergangs ein. Viele Arbeiten historisieren die statistische Argumentation, verweisen auf deren methodische Schwächen, ordnen sie in bestimmte Diskurse ein.³⁵ Damit distanzieren sich die historisch Forschenden von dem Objektivitätsanspruch,

ben, die einer Kritik standhalten«. MICHAEL TSCHOETSCHEL: Die Diskussion über die Häufigkeit von Krankheiten bei den Juden bis 1920. Med. Diss. Mainz 1990, S. 415. Seine vorangehende Zusammenfassung (S. 409–415) ist allerdings so ungenau formuliert, dass offenbleibt, welche Krankheiten er damit meint. In der großen Mehrheit der Krankheiten sieht er solche Unterschiede allerdings nicht als bewiesen an, was er in der Regel aber lediglich auf statistisch-methodische Fehler zurückführt (*passim*), nicht auf (z. B. antisemitische) Vorverständnisse.

33 WOLFF, Cholera (wie Anm. 7), S. 131.

34 Z. B. EFRON, *Medicine* (wie Anm. 9), S. 105–142, vereinzelt auch JÜTTE, *Leib und Leben* (wie Anm. 2), S. 296–305.

35 Siehe z. B. den Beitrag Vanja in diesem Heft. Eine jüdische Neigung zu psychischen Krankheiten sei statistisch »nicht zu verifizieren«. Die Unterschiede seien »geradezu konstruiert« worden.

den Statistiken in dieser Zeit erhoben. Andere Forschungen nehmen solche historisch-statistischen Quellenangaben aber zum Teil als Fakten.³⁶

Ein anderes Prinzip vermute ich darin, denjenigen Quellen weniger Glaubwürdigkeit zu schenken, die im Verdacht einer antijüdischen Grundhaltung stehen, und denjenigen Quellen eher zu vertrauen, für die dieser Verdacht nicht aufkommt. Als Beleg kann ich wiederum die eigene Forschung heranziehen: Meine eigene Aussage einer besonders häufigen Verbreitung der Cholera in osteuropäischen jüdischen Armutsquartieren habe ich wohl auch deshalb aus den Quellen übernommen, weil sie meines Erachtens kaum im Verdacht einer antijüdischen Grundhaltung steht. Selbst wenn diese Prävalenz damals mit mangelnder Hygiene in Verbindung gebracht wurde, ist die letztere durch eben diese Armut erklärt und setzt sich damit vom antijüdischen Stereotyp des selbstverschuldet »schmutzigen« Juden ab.³⁷

Ein wesentlich umfassenderes Beispiel für eine solche Doppelstrategie von hier Dokumentation und dort Dekonstruktion gibt m. E. John Efron in dem für das Thema »Judenkrankheiten« einschlägigen Kapitel »The Jewish Body Degenerate?« seines Buchs »Medicine and the German Jews« ab. In vier Unterkapiteln schreibt er über Alkoholismus, Lebenserwartung, Tuberkulose und Diabetes unter Juden. In den ersten drei Kapiteln wechselt er kontinuierlich seine Methode, die Quellen im einen Fall (mehr oder weniger implizit) als Fakten, im anderen Fall aber explizit als Diskursbeiträge zu verstehen. Er vertritt die Ansicht, dass Juden wirklich weniger Alkoholismus zeigten, eine höhere Lebenserwartung hätten und seltener an Tuberkulose erkrankten und verzichtet oft darauf, die Quellen, die dem entgegenkommen als z. B. interessengeleitet zu relativieren.³⁸ Efron dekonstruiert in der Regel aber die historischen Aussagen, die dies bezweifeln. Oder aber er ersetzt bestimmte (nicht statistische) Erklärungsweisen für die angenommenen Tatsachen durch eigene.³⁹ Im vierten Unterkapitel dann, in dem es im Gegenteil um die Frage einer besonderen Häufigkeit von Krankheit unter Juden am Beispiel

36 Siehe als eklatantestes Beispiel EFRON, *Medicine* (wie Anm. 9), S. 108–132. Siehe unter anderem den Beitrag von Klaus Hödl in diesem Heft und bedingt JÜTTE, *Leib und Leben* (wie Anm. 2), S. 294.

37 In diesem Sinn schätzt auch Tschoetschel in seiner Quellenanalyse viele Diskursbeiträge als »seriös« ein, die soziale Unterschiede zwischen Juden und Christen für die unterschiedliche Häufigkeit von Krankheiten verantwortlich machen. TSCHOETSCHEL, *Diskussion* (wie Anm. 32), S. 415.

38 EFRON, *Medicine* (wie Anm. 9), S. 108–110, auch S. 116 f. und S. 117 f. (im Kapitel *Lebenserwartung*).

39 Im Kapitel über die Verbreitung der Tuberkulose unter Juden (S. 126 ff.) taucht der Begriff »stereotype« auf, wenn es um die größere Verbreitung der Krankheit unter Juden geht. Wenn es (S. 127) um Aussagen zur geringeren Verbreitung geht, werden die Quellen wiederum als Abbild

des Diabetes geht, äußert er sich nicht dazu, ob die (auch statistischen) Aussagen seines Erachtens als Fakten zu verstehen seien, sondern dekonstruiert vor allem die Erklärungen dieser Behauptung durch die zeitgenössischen Autoren, um zu zeigen, wie hier ein Bild des kranken, schwachen, degenerierten Juden gezeichnet wurde.⁴⁰ Der Umgang Efrons mit den Quellen und dem Thema ist also unterschiedlich, je nachdem, ob es um Aussagen geht, welche den Juden mehr oder weniger Krankheit bzw. Gesundheit zuschreiben.

Nun ließe sich diese systematische Inkonsequenz damit erklären, dass die Quellen, die ein gesünderes Judentum postulieren (Alkohol, Lebenserwartung, Tuberkulose), einfach glaubhafter seien als diejenigen (tendenziell antijüdisch orientierten), die ein diabetisch oder tuberkulös kränkeres Judentum behaupten. Ich sehe darin trotzdem die große Gefahr, die vordergründig »nicht verdächtigen« Quellen vorschnell zu verobjektivieren und deren gleichwohl bestehende Historizität, ihre Interessengeleitetheit genauso wie ihre begrenzte methodische Verlässlichkeit zu übersehen.

Auf die gleiche Art sehe ich es auch als gefährlich an, in einem weiteren Schritt eigene Deutungen für solche als Fakt angesehenen Umstände zu geben, wie es Efron in der Folge tut. So schließt Efron aus dem angeblich wirklich geringeren Alkoholkonsum »der« Juden, diese hätten eine »cultural immunity« gegenüber dem Alkoholismus entwickelt, die sich auch im vielfältigsten modernen Judentum erhalten habe.⁴¹ Und er versucht die angenommene höhere Lebenserwartung und geringere Sterblichkeit mit einem komplexen sozial- und mentalitätsgeschichtlichen Begründungsmodell zu erklären: nämlich mit geringeren Kinderzahlen, intensiverem Stillen, weniger riskanten Berufen, einem sicheren städtischen Leben, das sich »predominantly indoors« abspielte, hoher Hygiene, bürgerlicher Lebensweise, »jüdischer« überfürsorglicher Mütterlichkeit, intensiver Fürsorge der Eltern für die Kinder, einem »Jewish faith in doctors« und einem hohen Krankheitsbewusstsein – und dies in Absetzung zu Vergleichsgruppen wie alkoholismusgefährdeten Nichtjuden oder ihre Ehefrauen nicht schonenden »Russians«.⁴²

Ich sehe diese Methode in einer gefährlichen strukturellen Nähe zum historischen Diskurs über Judenkrankheiten, der für mich zum größten Teil ein mehr oder weniger absurdes Bündel interessengeleiteter Produktionen von Stereotypen

der Wirklichkeit eingeschätzt. Oder Efron distanziert sich, wenn die Erklärung über das Argument der »Rasse« läuft.

⁴⁰ EFRON, *Medicine* (wie Anm. 9), S. 132–142. In diesem Kapitel massieren sich dann distanzierende Darstellungsweisen mit Formulierungen wie »were believed to« (S. 132), mit distanzierenden Anführungszeichen (S. 133) oder dem Begriff »speculation«.

⁴¹ Ebd., S. 117.

⁴² Ebd., S. 119–126.

ausmacht, nicht zuletzt weil teils die gleiche Art Quellen als Belege für Realitäten genutzt werden, die in einem anderen Zusammenhang als Belege für Stereotype verwendet werden können.⁴³ Und letzten Endes steht ein solcher Ansatz in der Gefahr, essentialisierende, ja pauschalisierende Aussagen über eine als fest umrissen und in sich geschlossen verstandene Gruppe »der« Juden oder einer als geschlossen verstandenen jüdischen Kultur zu machen und damit bestimmte Bilder von »den« Juden, ggf. sogar Stereotype, an einem Ort zu stabilisieren, wo sie gewöhnlich hinterfragt werden. Mit anderen Worten: Die Herangehensweise gleicht methodisch jener der Autoren der Quellen, die hier dekonstruiert werden.

Einen vorsichtigeren und komplexeren Umgang mit der angeblich geringen Neigung von Juden zum Alkoholismus praktizierte Sander Gilman sieben Jahre nach Efron. Auch Gilman entwickelt eine mögliche (sozialhistorische) Erklärung für diese geringere Neigung und sieht sie im Versuch der Juden, öffentliche Trunkenheit zu vermeiden, weil diese der bürgerlichen Integrationsforderung an die Juden nach einem »anständigen« Verhalten widersprochen habe. Gilman ist jedoch vorsichtig genug, diese Erklärung mehrfach zu relativieren, indem er die geringe Neigung zum Alkoholismus dann doch nicht einfach als Wirklichkeit, sondern als »public awareness« bezeichnet, die nicht unbedingt zu einer entsprechenden »social practice« habe führen müssen. Gilman warnt auch davor, diese Erklärung als Parallele zu den heutigen monokausalen genetischen Erklärungsversuchen zu verstehen. Das Phänomen bleibt für ihn ein angebliches, alle aufgeführten Deutungen »erklären« das Phänomen lediglich in Anführungszeichen und über die Quellen schreibt er: »everyone invents his or her own drunks«.⁴⁴

Daraus ließe sich die minimale Schlussfolgerung ziehen, dass die Forschung über ein Thema wie »Judenkrankheiten« stets mit der größtmöglichen Quellenkritik betrieben werden sollte und alle Quellen auf die hinter ihrer Entstehung befindlichen Perspektiven oder Intentionalität hin eingeschätzt werden sollten, was den Realitätsgehalt der Aussagen ständig infrage stellt. Dies schließt nicht nur historische, sondern auch gegenwärtige Äußerungen zum Thema »Judentum und Krankheit« ein.

⁴³ Ebd., S. 119. Auf S. 122 relativiert er den Quellenwert dann selber.

⁴⁴ SANDER L. GILMAN: Alcohol and the Jews (Again), Race and Medicine (Again): on Race and Medicine in Historical Perspective. In: DERS. (Hg.): Race in Contemporary Medicine. London, New York 2008, S. 40, 49.

Die Übertragung auf Aussagen zu gegenwärtigen Krankheitsprävalenzen unter Juden: ein kulturalistischer Check

Die Ergebnisse beider Kapitel – die Forderung nach konsequent kritischer Hinterfragung der Quellen sowie die qualitative Einordnung im Rahmen des vorgelegten Varianzmodells – können und sollten zudem gerade auch auf heutige Aussagen über Verbindungen zwischen Judentum und Krankheit angewendet werden. Es handelt sich vor allem um aktuelle Erklärungen von überproportional unter Juden auftretenden Krankheiten über den Argumentationsweg der Genetik (oft auf der Basis einer angenommenen typisch »aschkenasischen« Genstruktur).⁴⁵ So hebt etwa eine biomedizinische Argumentation der letzten Jahrzehnte darauf ab, dass aschkenasische Frauen statistisch überproportional zur Erkrankung an Brustkrebs neigten. Dafür wird unter anderem die Mutation der Gene BRCA1 und BRCA2 verantwortlich gemacht, die unter dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich häufig zu finden sei. Zur Prävention werden Gentests empfohlen und teilweise das Screening der gesamten entsprechenden Bevölkerung gefordert. Ähnliche Argumentationen finden sich im Zusammenhang mit anderen genetisch indizierten Krankheiten.

Diese Aussagen werden – wie in Life-Science-Disziplinen nicht ungewöhnlich – mit einem umfassenden wissenschaftlich-methodischen Objektivitätsanspruch postuliert und in unserer Gesellschaft – offenbar aufgrund des Status der Genetik als anerkannter Bio-Wissenschaft – grundsätzlich als glaubhaft angesehen.⁴⁶ Aus diesem Grund soll dieser heutige Diskurs zusätzlich mit einem kulturalisierenden Blick und Anleihen bei den Science & Technology Studies (STS) angegangen werden, welche die sich als exakt darstellenden Wissenschaften in ihrer kulturellen Dimension deuten.⁴⁷ Es geht also darum zu zeigen, dass auch dieser Bereich der Life-Sciences nicht einfach Realität wiedergibt, sondern Wirklichkeit aus einer bestimmten Perspektive interpretiert und mit diesem Vorge-

⁴⁵ Siehe als breiten Hintergrund z. B.: LAURIE ZOLOTH: Jewish Bioethics: Current and Future Issues in Genetics. In: ELLIOTT N. DORFF, JONATHAN K. CRANE (Hg.): The Oxford Handbook of Jewish Ethics and Morality. Oxford 2012, S. 351–364, insbes. S. 355–361. Zoloth wird im Folgenden wegen der Themen, die sie anspricht, zitiert, nicht wegen ihrer Schlüsse daraus.

⁴⁶ Vgl. z. B. JÜTTE, Leib und Leben (wie Anm. 2), S. 309–311.

⁴⁷ Dies setzt am Ende des Buches von Veronika Lipphardt über die Biologie der Juden an, wo sie mit der Aussage endet, dass auch die modernen Biowissenschaften lediglich Annäherungen an die Realität und eigentlich – biologisch unterlegte – soziale Praktiken seien. LIPPHARDT, Biologie (wie Anm. 5), S. 316 f.

hen bestimmte Bilder davon konstruiert, wie das Verhältnis von Judentum und Krankheit eingeschätzt werden soll und mehr noch: was unter einem Juden zu verstehen sei.

Zunächst jedoch bietet das Varianzmodell die Möglichkeit, heutige Diskurse über spezielle Krankheitsverteilungen unter Juden entsprechend zu verorten und nach daraus resultierenden Bildern von Juden zu fragen. Dabei zeigt sich Folgendes: Im Vordergrund dieses aktuellen Diskurses steht, ähnlich den historischen Beispielen, das überproportionale, kaum das seltenere Auftreten bestimmter Krankheiten bei Juden. Der Erklärungs- und Plausibilisierungsweg des Phänomens ist statistisch-genetisch. Vordergründig sind die Ergebnisse nicht wertend, weder verstehend noch herabsetzend formuliert. Die Intention ist primär sicherlich medizinisch-präventiv an einer Verbesserung des Gesundheitszustands der entsprechenden Bevölkerungsgruppe orientiert und damit tendenziell selbstermächtigend.

Der Diskurs zeigt also eine gewisse Nähe zu den von Efron untersuchten zionistischen »Defenders of The Race« oder den von Lipphardt untersuchten Biowissenschaftlern mit jüdischem Familienhintergrund. Jedoch zeigen sich die zwei großen Unterschiede, dass die Beteiligten damit weder auf Antisemitismus reagieren noch mit dem Begriff bzw. Konzept einer Verbesserung der jüdischen »Rasse« argumentieren (und wenn, dann allenfalls im US-amerikanischen Umfeld und Verständnis von »race«⁴⁸). In Analogie zu Lipphardt wäre es auch sicher unzutreffend, die Argumentationen als Übernahme von Gedanken aus rassistisch-antisemitischen Denkwelten zu verstehen. Der Fachdiskurs verortet sich heute weitgehend innerhalb einer biomedizinischen Forscher-Community, mit Ausstrahlung auf allgemeinere Fragen jüdischer Alltagsbewältigung.

Eine Gemeinsamkeit mit den jüdischen Bio-Wissenschaftlern des frühen 20. Jahrhunderts besteht jedoch auch darin, dass die genetisch erklärte jüdische Krankheitsprävalenz punktuell das Bild eines für Krankheiten besonders anfälligen Judentums zeichnet. Als die Diskussion über genetische Krankheitsdispositionen um das Jahr 2000 aufkam, meldete eine Reihe von Forschenden verschiedener Disziplinen,⁴⁹ darunter auch Sander Gilman, entsprechende Bedenken an. Vor dem Hintergrund seiner umfangreichen historischen Forschungen über den »jüdischen Körper« und Stereotype über Juden fragte er in etwa,⁵⁰ ob es völlig objektiv oder zufällig sei, dass (genetische) Krankheitsdispositionen gerade

48 Vgl. den Beitrag Hödl in diesem Heft.

49 S. ZOLOTH, *Jewish* (wie Anm. 45), S. 356.

50 Siehe auch Sander Gilman: *Genetic Diseases? Yes. But Must We Call Them »Jewish«?* <https://forward.com/culture/1471/genetic-diseases-yes-but-must-we-call-them-e2-80-98jew/> (letzter Zugriff 25.2.2019). Vielen Dank an Robert Jütte für diesen Literaturhinweis.

unter Juden gesucht würden. Damit steigt ohnehin die Wahrscheinlichkeit, dass sie auch gefunden würden.⁵¹ Auf diese Weise wird die Existenz einer »jüdischen Krankheit« (auch wenn sie nicht so klar als solche bezeichnet wird) im Prinzip als gegeben angenommen. Krankheitsanfälligkeit kann so umgekehrt zu einem Definitionsmerkmal für Jüdischsein werden.⁵² Aus einer kulturalistischen Perspektive kann auch der Verdacht geäußert werden, dass das durch Geschichte und Gegenwart unter Juden wie Nichtjuden schwebende Bild des »kranken Juden« als Hintergrund biowissenschaftlicher Forschungen (oder bei deren Rezeption) mitschwingt und dieser Gesamtdiskurs einen Einfluss darauf genommen hat, eben solche Fragen überhaupt zu stellen. Die damit vorgezeichneten Ergebnisse »objektiver« Forschung, nämlich gefundene Krankheitsprävalenzen unter Juden, können dann als Rücklaufphänomen die Stereotype als moderne Variante des traditionellen Bildes der »kranken Juden«, im Fall von Brustkrebserkrankungen »Jüdinnen«, wiederum reproduzieren.⁵³

Ganz ähnliche Argumentationsgänge finden sich in einer von Sander Gilman herausgegebenen Aufsatzsammlung aus dem Jahr 2008 über die zunehmende Bedeutung des fraglichen Konzepts von »race« in der (US-amerikanischen) Biomedizin.⁵⁴ Sie lassen sich, so die Beiträge des Sammelbands, auch auf Konzepte übertragen, in denen die genetisch beforschten Populationen statt mit »race« mit anderen Begriffen wie »ethnicity« »Jews«, »Afro-Americans«, »Asians« oder »Ashkenasi« bezeichnet werden.

Aussagen über eine genetische Krankheitsprävalenz bei Juden definieren »Juden« über ihre Genstruktur. Dies ist keine objektiv wahre, sondern eine willkürlich gesetzte Vorausannahme mit einem entscheidenden Einfluss auf die Ergebnisse wie auch das entsprechende Bild vom Jüdischsein. Die genetische Definition des Jüdischen bedeutet die Auslassung aller anderer möglicher Definitionen, welche Menschen jüdisch sind. Ausgelassen wird zum Beispiel die halachische, also religionsgesetzliche, die Definition gemäß der formalen Mitgliedschaft in einer jüdischen Gemeinde, die weichere Vorstellung von Menschen, die einen »jüdischen Familienhintergrund« haben, die kulturelle Definition von Menschen, die einen Erfahrungshintergrund als Juden besitzen oder die subjektive Vorstellungen von Menschen, die sich selbst als jüdisch verstehen.

Die Forschungsergebnisse liefern also keine Häufung von Brustkrebs bei »aschkenasischen Jüdinnen«, sondern (in entsprechenden Studien) bei Frauen,

⁵¹ Analog zu LIPPHARDT, *Biologie* (wie Anm. 5), S. 312.

⁵² JUDITH S. NEULANDER: *Folk Taxonomy, Prejudice and the Human Genome: Using Disease as a Jewish Ethnic Marker*. In: GILMAN, *Race* (wie Anm. 44), S. 77–94, passim.

⁵³ Vgl. ZOLOTH, *Jewish* (wie Anm. 45), z. B. S. 359.

⁵⁴ GILMAN, *Race* (wie Anm. 44).

deren Genstruktur (teilweise durch Verwandtschaft) mehr oder weniger derjenigen ähnelt, die als jüdisch definierte Menschen des 19. Jahrhunderts in (osteuropäischen) aschkenasischen Siedlungsgebieten mit einer hohen Endogamie-Rate überproportional besaßen. Das ist etwas grundsätzlich anderes als »aschkenasische Jüdinnen«. Denn spätestens ab dem 19. Jahrhundert konvertieren Juden, verließen die Gemeinden, wurden säkular, so dass ihre Kinder zum Teil nicht einmal mehr von ihrer jüdischen Herkunft wussten, heirateten zunehmend Nichtjuden. Auf der anderen Seite traten Nichtjuden zum Judentum über, was die genetische Argumentation, wenn man eine solche überhaupt verfolgen wollte, schwächt. Alles hat zu Folge, dass die Genstruktur von heute (halachisch oder sonst wie) als jüdisch angesehener Menschen sich zunehmend von dieser unterscheidet. Genetisch definiert ist also nicht das Jüdischsein, sondern, provokant gesagt, die Wahrscheinlichkeit, dass mehr oder weniger Vorfahren im Stetl gelebt haben. Nicht zufällig wird in den populären genetischen Untersuchungen das so genannte »aschkenasisch-jüdische« genetische Erbe lediglich prozentual angegeben.⁵⁵

Die genetische Bezeichnung des (zum Beispiel aschkenasisch-) »Jüdischen« ist zweifellos ein hochgradiges Konstrukt, das als solches erst einmal eine Beschreibung in all seiner Kulturalität und Relativität bedürfte. Die genetisch definierte Population, die als »aschkenasische Juden« bezeichnet wird, ist im Sinne von Gilman eine »construction of often contradictory meanings« und ein Versuch »to create a genetic homogeneity out of diverse and ever changing populations«.⁵⁶ Die kurzschlüssige Gleichsetzung von genetischen und ethnischen⁵⁷ (oder kulturell bzw. religiös definierten) Gruppen produziert einen Gesamtvertretungsanspruch, den dieses genetische Verständnis von Judentum für das Jüdische, für Judentum schlechthin erhebt, der nicht gerechtfertigt ist.⁵⁸

Die genetische Definition des Jüdischen schränkt aber nicht nur die Aussagekraft der Forschungen ein, sondern produziert auch spezifische Bilder. Sie befördert das Bild eines genetisch zu verstehenden Judentums mit weitreichenden Folgen. Es setzt alle anderen Verständnisse in den Hintergrund, es exkludiert und inkludiert willkürlich und produziert über die Spezifik des Genetischen eine Aura der Unausweichlichkeit des Jüdischseins.⁵⁹ Äußerungen

⁵⁵ Allgemein dazu: STEVEN WEITZMAN: *The Origin of the Jews: The Quest for Roots in a Rootless Age*. Princeton 2017.

⁵⁶ GILMAN, *Race* (wie Anm. 44), S. 37, s. a. ebd. S. 33. Abgesehen davon beruhen die Studien zum Teil auf kleinen, methodisch fragwürdigen Samples. S. ebd., S. 38.

⁵⁷ ZOLOTH, *Jewish* (wie Anm. 45), S. 356 f., 359.

⁵⁸ Siehe ähnliche Argumentationsformen in GILMAN, *Race* (wie Anm. 44), passim.

⁵⁹ Vgl. ZOLOTH, *Jewish* (wie Anm. 45), S. 360.

zu einer genetisch begründeten Krankheitsprävalenz unter Juden gehen, wie die oben dargelegten historischen Vorläufer, von einem biologischen Verständnis des jüdischen Körpers bzw. dem Bild einer durch ihre kollektive Biologie (und nicht durch Lebensweise oder Lebensbedingungen) vorgezeichneten oder bestimmten Judenheit aus. Dem liegt in letzter Konsequenz wiederum ein wie bereits mehrfach angesprochen biologistisches Verständnis des Jüdischseins zugrunde,⁶⁰ dem Krankheit somit als Eigenschaft »in den (jüdischen) Körper eingeschrieben« wird. Jüdischsein besteht in diesem Verständnis aus einer biologisierten Differenz.

Schließlich bedeutet dies eine »Besonderung« der Juden, wie sie auch die historischen Vorläufer darstellten. Um so mehr, wenn Juden durch die interpretative Brille einer genetisch besonders homogenen Bevölkerungsgruppe betrachtet werden, wie es in diesem Diskurs immer wieder geschieht. Dies festigt das m. E. ebenso problematische wie verzerrende Bild eines in sich geschlossenen, abgrenzbaren »Judentums«, egal ob es kulturell oder biologisch definiert ist.

Das Sprechen über spezifische Konstellationen von Krankheit im Judentum ist somit ein herausragendes und eklatantes Beispiel für die allgemein akzeptierte Annahme, dass Diskurse (selbst biomedizinisch-genetische) nicht Wirklichkeit abbilden, sondern Bilder von Wirklichkeit herstellen, im Sinne jener »überwältigenden kulturellen Dynamik«, von der der eingangs zitierte »aufbau«-Autor Philip Eil am Beispiel der angeblichen »jüdischen Furchtsamkeit« sprach.

Diese Dynamik birgt die Gefahr, das Diskursive zu essentialisieren. Diese Gefahr lauert beim Thema »Judentum und Krankheit« allenthalben. Selbst der reflektierende Artikel des »aufbau« wurde offenbar im weiteren Produktionsprozess essentialisiert. Eher beiläufig zitiert Eil aus der Literatur den Satz »Obwohl Juden nur ein Prozent der amerikanischen Bevölkerung ausmachen, so stellen sie doch seit 1920 die Hälfte der Patienten bei Psychotherapeuten im Lande«. Der ganze Artikel steht der hinter dem Zitat stehenden Vorstellung von den psychisch »kranken Juden« aber deutlich kritisch gegenüber. Im endgültigen Umbruch wurde der klischeehafte Satz dann herausgegriffen. In großen Lettern steht er im Lead und zusätzlich noch einmal unübersehbar in einem herausgehobenen Textzitat. Er steht dort jeweils für sich, ohne Einordnung, ohne Distanzierung, als sei dies die Wahrheit.

Angesichts der historischen Erfahrungen mit dem Thema »Judenkrankheiten« ist es hier wie kaum in einem anderen Diskursfeld notwendig, den Kons-

60 Siehe MICHAEL BRENNER: Der Bundesbanker und die Stämme Israels. In: Süddeutsche Zeitung vom 6. September 2010 zur damaligen so genannten »Sarrazin-Debatte« um ein »bestimmtes Gen«, das alle Juden Sarrazin zufolge teilen.

truktcharakter der Quellen immer im Auge zu behalten. Geschieht dies nicht, droht die Gefahr der Stereotypisierung. Geschieht dies aber, bietet eine systematische, quellenkritische und historisierende Analyse die Möglichkeit, den »Dschungel« des Sprechens über Judenkrankheiten besser zu verstehen und die einzelnen Positionen besser einschätzen zu können.