

Malte Thießen

Medizingeschichte in der Erweiterung

Perspektiven für eine Sozial- und Kulturgeschichte der Moderne

Geschichte der Medizin »an und für sich« – Topografie eines Forschungsfelds

Medizin ist überall. Lange bevor wir zum Arzt gehen oder ein Medikament einnehmen, beschäftigen wir uns mit unserem Körper, unserer Gesundheit und Krankheiten. Medizin ist nicht nur ein Arbeitsfeld für Ärzte und Forscher, Politiker oder Pharmaunternehmer, sondern ein gesellschaftliches Dauerthema. Alljährliche Warnungen vor Grippewellen oder Hoffnungsstürme, die neue Impfstoffe entfachen, Debatten um Präventionsprogramme für Kinder oder um Pflegekonzepte für Alte sind für die Omnipräsenz der Medizin nur einige Beispiele unter vielen. Diese öffentliche Aufmerksamkeit ist nicht nur der existenziellen Bedeutung geschuldet, die medizinische Fragen mit sich bringen. Darüber hinaus entfaltet die Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit eine Projektionsfläche, auf der grundsätzliche gesellschaftliche Themen verhandelt werden. In medizinischen Debatten geht es immer auch um Vorstellungen von Körperlichkeit und Geschlecht, um soziale Normen und kollektive Ängste, ja um Menschen- und Gesellschaftsbilder. Entsprechend groß ist die Zahl der Akteure, die beim Thema Gesundheit mitreden. »Health«, so definiert Julio Frenk das Handlungsfeld der Medizin daher treffend, »is a crossroad. It is where biological and social factors, the individual and the community, and social economic policy all converge.«¹

Es sind diese Kreuzungen zwischen Medizin und Gesellschaft, an denen Hans-Georg Hofer und Lutz Sauerteig ein fruchtbares Forschungsfeld abstecken.² Nachdem Alfons Labisch 1980 in dieser Zeitschrift grundlegende methodische Überlegungen für eine Sozialgeschichte der Medizin angestoßen hat³, kommen in letzter Zeit vermehrt kulturgeschichtliche Ansätze hinzu, mit denen sich Anknüpfungspunkte zwischen Medizin und Geschichtswissenschaft ergeben. Um diese Anknüpfungspunkte soll es im Folgenden gehen. Der Aufsatz möchte Perspektiven einer Medizingeschichte als Sozial- und Kulturgeschichte skizzieren und überlegen, welche Potenziale von dieser für eine »Gesellschaftsgeschichte angesichts« beziehungsweise nach dem »cultural turn«⁴ ausgehen. Die Grundlage für diese Überlegungen bildet eine Auseinandersetzung mit neueren und neuesten Veröffentlichungen aus der beziehungsweise zur Medizingeschichte. Der Aufsatz zielt insofern auf zweierlei: erstens auf eine Erkundung medizinischer Themenfelder, die für eine Sozial- und Kulturgeschichte der Moderne wichtige Forschungsgebiete eröffnen (vgl. den nächsten Abschnitt); zweitens auf grundlegende Überlegungen zur Zusammenführung von Medizin-, Sozial- und Kulturhistorikern.

1 Julio Frenk, The New Public Health, in: Annual Review of Public Health 14, 1995, S. 469–490, hier: S. 469.

2 Hans-Georg Hofer/Lutz Sauerteig, Perspektiven einer Kulturgeschichte der Medizin, in: Medizingeschichtliches Journal 42, 2007, S. 105–141, hier: S. 116.

3 Alfons Labisch, Zur Sozialgeschichte der Medizin. Methodologische Überlegungen und Forschungsbericht, in: Afs 20, 1980, S. 431–469. Frühe konzeptuelle Überlegungen für eine Sozialgeschichte der Medizin »als Methode oder Paradigma« finden sich auch bei Robert Jütte, Sozialgeschichte der Medizin. Inhalte – Methoden – Ziele, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 9, 1990, S. 149–164.

4 Benjamin Ziemann, Überlegungen zur Form der Gesellschaftsgeschichte angesichts des »cultural turn«, in: Afs 43, 2003, S. 600–616.

Die hier aufscheinende Differenzierung zwischen Medizingeschichte und Geschichtswissenschaft wirft zunächst grundsätzliche Fragen auf: Warum sprechen Hans-Georg Hofer, Lutz Sauerteig und andere eigentlich von einer »Disziplinergrenze der Medizingeschichte«, die für »andere Fächer« wie die Geschichtswissenschaften geöffnet werden sollte?⁵ Tatsächlich ist Medizingeschichte immer beides: einerseits eine Teildisziplin innerhalb der medizinischen Fakultäten, die im Medizinstudium im Querschnittsbereich »Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin« von Medizinern gelehrt und gelernt wird; andererseits ein Untersuchungsfeld, auf dem sich neben Forschern aus der Medizin noch Vertreter der Geschichts-, Sozial- und Kulturwissenschaften tummeln, die allerdings – wie auch der Verfasser dieses Aufsatzes – allenfalls rudimentäre Fachkenntnisse mitbringen. Eine solche Unterscheidung zwischen Medizinhistorikern und, sagen wir, medizinisch interessierten Historikern, ist in der Zunft keineswegs üblich – zumindest im internationalen Vergleich. So weist Susanne Michl darauf hin, dass etwa in Frankreich »die Einbeziehung der Medizin in gesellschaftshistorische Untersuchungen bereits früher eingesetzt hat«⁶ als in Deutschland, da dort nur wenige Lehrstühle für Medizingeschichte bestünden. Auch in Großbritannien und in den USA kann die Medizin als Untersuchungsgegenstand der Sozial- und Kulturgeschichte auf eine sehr viel längere Tradition zurückblicken, aus der zahlreiche wegweisende Studien hervorgegangen sind.

Die Früchte dieser Tradition lassen sich zum Beispiel in William Bynums anregender Einführung zur »Geschichte der Medizin« genießen. Auf knapp 200 (Reclam-)Seiten zieht der britische Historiker nicht nur lange Linien von der Antike bis in die Gegenwart. Er entwirft zugleich ein breites Spektrum einer Gesellschaftsgeschichte der Medizin, deren Forschungsfelder von sozialen Wahrnehmungen über politische Maßnahmen bis zu wirtschaftsgeschichtlichen Fragestellungen reichen.⁷ Diese Bandbreite hängt damit zusammen, dass Bynum Medizin als ein Medium der Vergesellschaftung betrachtet, das sich beispielsweise anhand der Entwicklung öffentlicher Gesundheitssysteme als »Medizin in der Gemeinschaft«⁸ untersuchen lässt. Selbst in der Architektur, der Werbung und der Technik erkennt Bynum die Sozialisierung der Medizin und umgekehrt: eine »Medikalisierung« des Sozialen. Die Immunschwächekrankheit AIDS betrachtet Bynum in dieser Perspektive folglich als eine »Lehrstunde über den Status moderner marktwirtschaftlicher Gesundheitsversorgung«, die Popularisierung medizinischer Schriften wiederum als einen Schritt zur Entstehung postmoderner Informationsgesellschaften, in der sich nicht zuletzt das »Verhältnis zwischen Patienten und Ärzten« wandelte.⁹ Ein zweites Beispiel dieser angloamerikanischen Forschungstradition bietet Roy Porters »kleine Kulturgeschichte der Medizin«.¹⁰ Porters Augenmerk liegt auf der Medizin als Mittel zur Selbst- und Weltwahrnehmung – und zwar nicht im physiologischen oder chirurgischen Sinne.

5 Hofer/Sauerteig, Perspektiven einer Kulturgeschichte der Medizin, S. 106.

6 Susanne Michl, Im Dienste des »Volkskörpers«. Deutsche und französische Ärzte im Ersten Weltkrieg (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 177), Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2007, 307 S., kart., 46,99 €, S. 16.

7 William Bynum, Geschichte der Medizin (Reclams Universal-Bibliothek, Nr. 18736), Reclam, Stuttgart 2010, 240 S., kart., 6,00 €. Der einzige Wermutstropfen in diesem rundum überzeugenden Einstieg ist der Anmerkungsapparat: Zwar werden im Anhang Nachweise zu den wichtigsten Quellen des Textes geboten, wenige Literaturverweise finden sich indes nur en bloc im Anhang zu den jeweiligen Kapiteln.

8 Obwohl »Medizin in der Gemeinschaft« ein eigenes Kapitel betitelt, bildet sie gleichzeitig den Schwerpunkt, mitunter sogar den Titel weiterer Unterkapitel, vgl. unter anderem ebd., S. 98–128 und 190–206.

9 Ebd., S. 220 und 176.

10 Roy Porter, Geschöpft und zur Ader gelassen. Eine kleine Kulturgeschichte der Medizin, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 2006, 255 S., kart., 9,95 €.

So beschreibt Porter den Zusammenhang von medizinischen Konzepten auf der einen Seite und Menschen- und Gesellschaftsbildern auf der anderen, sei es am Beispiel der Vier-Säfte-Lehre, sei es bei der Selbst-Bildung von Ärzten im Zuge ihrer jahrhundertelangen Professionalisierungsgeschichte, die Porter als Wechselspiel zwischen ärztlichem Selbstbild und »Erwartungshaltung der Öffentlichkeit«¹¹ charakterisiert. Einen besonders engen Zusammenhang von Medizin und Gesellschaftsentwürfen zeichnet Porter für die Zeit ab dem 19. Jahrhundert nach, für eine Zeit also, in der Medizin »zu einem Konsumgut« und damit auch zu einem Wahlkampfangument mutiert sei: »[S]eit der Einführung der staatlichen Krankenversicherung durch den schlaunen Reichskanzler Otto von Bismarck«, so lautet Porters pointiertes Urteil, »lassen Politiker eine verbesserte Gesundheitsversorgung stets wie eine Karotte vor den Nasen der Wähler baumeln.«¹² In dieser Wechselbeziehung zwischen einer Politisierung der Medizin und einer Medikalisierung der Politik lässt sich im Grunde die Geschichte des modernen Sozialstaats nachvollziehen, wie noch zu zeigen sein wird (vgl. Abschnitt II.): Spätestens seit dem 19. Jahrhundert war Medizin ein Aktivposten moderner Regierungen aller Orientierungen – von sozialistischen Entwürfen einer »Staatsmedizin« bis hin zur Biopolitik der »faschistischen Rechten«.¹³ Sie ist damit auch eine Geschichte »enormer Ungleichheit«¹⁴, an der die Probleme (post-)moderner Sozialstaaten hervortreten.

Während in der angloamerikanischen Forschung also von disziplinären Grenzen zwischen Medizin und Geschichte wenig zu spüren ist, sind im deutschsprachigen Raum offenbar Vermittlungsversuche notwendig. Schließlich sind Berührungsprobleme zwischen Medizinhistorikern und Historikern keineswegs trivial, sensibilisieren sie doch für unterschiedliche Ansätze, mit denen man in der Medizingeschichte zu tun hat. Diese machen aufmerksam für unterschiedliche Erkenntnisinteressen, Methoden und Schwerpunktsetzungen, mit denen sich Medizingeschichte erforschen lässt. Zugespitzt formuliert wären zwei Zugriffe zu unterscheiden, die sich mit den Schlagworten »Geschichte der Medizin für sich« und »Geschichte der Medizin an sich« zusammenfassen lassen.

Um an dieser Stelle die erkenntnistheoretische Exegese nicht zu weit zu treiben, sollen mit »Geschichte der Medizin für sich« Forschungen gemeint sein, die Medizin als mehr oder minder isoliertes Untersuchungsobjekt begreifen, das seine »eigene« Geschichte hat, zum Beispiel die Geschichte einzelner Personen, Medikamente oder Krankheiten. Verbreitet ist dieser Zugriff in zahllosen Biografien bekannter Mediziner – Medizinerinnen stehen nach wie vor im Schatten ihrer Kollegen –, denen es eher um eine Würdigung der Forscher- und Lebensleistung als um eine gesellschaftliche Kontextualisierung geht, wie Karl-Heinz Leven kritisiert hat. Da das Wirken »großer Männer« in der Medizingeschichte gern zur Mythenbildung verleite, sei es besonders »fragwürdig [...], innovative Gelehrte zu historisieren und als einsame, ihrer Zeit vorauseilende Streiter zu sehen«.¹⁵ Ein aktuelles Beispiel für eine solche »Geschichte der Medizin für sich« wäre die Biografie Barbara Ruschs über Robert Koch, die im Muster einer Heldengeschichte »seinen erstaunlichen Lebensweg vom einfachen Landarzt zum Nobelpreisträger« zusammenfasst.¹⁶ Auch Wolf-

11 Ebd., S. 67.

12 Ebd., S. 209.

13 Ebd., S. 213.

14 Ebd., S. 227.

15 *Karl-Heinz Leven*, *Geschichte der Medizin. Von der Antike bis zur Gegenwart* (C. H. Beck Wissen/Beck'sche Reihe, Bd. 2452), Verlag C. H. Beck, München 2008, 127 S., kart., 8,95 €, S. 84.

16 *Barbara Rusch*, *Robert Koch. Vom Landarzt zum Pionier der modernen Medizin* (Bucher Bildbiografie), Bucher Verlag, München 2010, 140 S., geb., 19,95 €, S. 8. Eine wissenschaftsgeschichtlich ambitioniertere Biografie zu Robert Koch bietet das hervorragende Standardwerk von *Christoph Gradmann*, *Krankheit im Labor. Robert Koch und die medizinische Bakteriologie*, Göttingen 2005.

gang Hachs und Viola Hach-Wunderles »Blickpunkte in die Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts« sind durchzogen von Episoden von der »glücklichen Heilung von Patienten«, den »unzähligen traurigen Schicksalen« oder von den »Sorgen unserer alten Kollegen, die ihnen der Beruf und ihre Berufung aufgebürdet haben«. ¹⁷ Die beiden genannten Bände tragen folglich Erfolgsgeschichten medizinischer Forschungen zusammen, die auf eine Einbettung in den historischen Kontext oder auf geschichtswissenschaftliche Fragestellungen weitgehend verzichten. Ein letztes Beispiel gibt Jan Steinmetzers und Sabine Müllers sehr viel anregenderer Überblick über die Geschichte der Hochbegabungsforschung von 1880 bis heute, der im Kontext eines medizinischen Sammelbandes vorwiegend Konzepte und Forscher in ihrer historischen Entwicklung resümiert. ¹⁸ Um dem Eindruck einer voreiligen Positivismus-Schelte gleich vorzubeugen: Selbstverständlich hat der Zugriff einer »Medizin für sich« nicht nur seine Berechtigung im Medizinstudium und für medizinhistorisch Interessierte. Er legt darüber hinaus auch eine Basis für weiterführende Forschungen.

Der zweite Zugriff einer »Geschichte der Medizin an sich« erweitert demgegenüber den Blickwinkel der Untersuchungsperspektive in mehrere Richtungen. Zum einen bettet er Medizin in gesellschaftliche Kontexte ein, indem nach historischen Rahmenbedingungen, nach soziokulturellen und räumlichen Faktoren sowie nach gesellschaftlichem Wandel gefragt wird. Zum anderen versteht er Medizin weniger als isolierten Untersuchungsgegenstand denn als Katalysator und Kristallisationspunkt politischer und publizistischer Debatten, von Körper-Wissen, Gesellschaftsentwürfen und Welt-Deutungen. Entsprechend weit öffnet sich in dieser Perspektive das Forschungsfeld. Wolfgang Uwe Eckart und Robert Jütte schlüsseln in ihrer einschlägigen und nach wie vor hervorragenden Einführung entsprechende »Methoden und theoretische Ansätze« von der Wissenschafts-, über die Ideen-, Sozial- bis zur Geschlechter- und Körpergeschichte sowie interdisziplinäre Arbeitsfelder und »Grenzgebiete« auf. ¹⁹ Dieses Methodenrepertoire und Theorienspektrum ist auch insofern hervorzuheben, als Einführungen in die Medizingeschichte gemeinhin chronologisch vorgehen. ²⁰ Eckart und Jütte hingegen geht es um einen syste-

17 Wolfgang Hach/Viola Hach-Wunderle, *Blickpunkte in die Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts*, Verlag Schattauer, Stuttgart/New York 2008, X + 132 S., geb., 19,99 €.

18 Jan Steinmetzer/Sabine Müller, *Wunderkinder und Genies in Geschichte und Gegenwart*, in: Dominik Groß/Sabine Müller/Jan Steinmetzer (Hrsg.), *Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin* (Schriftenreihe Humandiskurs – medizinische Herausforderungen in Geschichte und Gegenwart), Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2008, XI + 483 S., kart., 19,95 €, S. 373–391.

19 So die gleichnamigen Kapitel 3 und 4 in Wolfgang Uwe Eckart/Robert Jütte, *Medizingeschichte. Eine Einführung* (UTB, Bd. 2903), Böhlau Verlag, Köln/Weimar etc. 2007, 378 S., kart., 19,90 €, S. 134–242 und 243–311.

20 Einen gelungenen Überblick über die Geschichte der Medizin von der Antike bis heute bieten Walter Bruchhausen/Heinz Schott, *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* (UTB, Bd. 2915), Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2008, 265 S., kart., 21,99 €. Von den Belegen der hier enthaltenen Quellenausschnitte abgesehen, kommen die Autoren dieses Bandes in ihren Aufsätzen leider fast ohne bibliografische Angaben aus. Dafür bieten Bruchhausen und Schott im Anhang eine systematische Bibliografie zu einzelnen Forschungsschwerpunkten und Epochen; vgl. ebd., S. 239–248; einen ebenso konzisen, wenngleich knapperen Überblick bietet die Einführung von Leven, *Geschichte der Medizin*. Vorwiegend an Medizinstudierende richten sich die beiden Einführungen von Wolfgang Uwe Eckart, *Geschichte der Medizin. Fakten, Konzepte, Haltungen* (Springer-Lehrbuch), Springer-Medizin-Verlag, 6., völlig neu bearb. Aufl., Heidelberg 2009, XIII + 368 S., kart., 22,95 €; *ders.*, *Illustrierte Geschichte der Medizin. Von der französischen Revolution bis zur Gegenwart*, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg etc. 2011, IX + 374 S., geb., 49,95 €. Die letztgenannte, aufwendig ausgestattete Einführung lohnt sich nicht zuletzt aufgrund ihrer zahlreichen Illustrationen auch für den wissenschaftlichen Bedarf, trägt

matischen Überblick, der eine hervorragende Orientierung für den Einstieg bietet und bereits Berührungspunkte für Sozial- und Kulturhistoriker aufzeigt. Vertieft werden diese Berührungspunkte in der Einführung von Stefan Schulz, Klaus Steigleder, Heiner Fangerau und Norbert W. Paul. Ihr Sammelband bietet einschlägige Überblicksdarstellungen zu einzelnen medizinischen Handlungsfeldern, zum Verhältnis von Staat, Gesellschaft und Medizin, zur medizinischen Forschung und ärztlichen Praxis.²¹ Den umfassendsten Überblick eröffnet freilich die dreibändige »Enzyklopädie Medizingeschichte« von Werner E. Gerabek, Bernhard D. Haage, Gundolf Keil und Wolfgang Wegner. Dieses Schwergewicht unter den Handbüchern versammelt über 2.700 Beiträge zu Personen, Krankheiten, Fachbegriffen, Epochen sowie zu einzelnen Forschungsfeldern und -methoden von mehr als 200 Autoren. Beeindruckend ist das Lexikon nicht nur wegen der meist hohen Qualität der Beiträge, sondern auch wegen ihrer thematischen, geografischen und chronologischen Bandbreite. Aufsätze zur chinesischen und japanischen Medizin finden hier ebenso Berücksichtigung wie Beiträge von der Altägyptischen und Etruskischen bis zur Nuklearmedizin. Auch hier ist der Zugriff dezidiert ein »wissenschafts- und kulturhistorische[r]«²², wie die Herausgeber in ihrer Einleitung hervorheben. Insofern unterstreicht die Vielfalt der Beiträge also einmal mehr das Potenzial für sozial- und kulturgeschichtliche Forschungen.

Besonders viele Anknüpfungspunkte für die Sozial- und Kulturgeschichte scheinen nach diesem Blick in die Handbuch- und Einführungsliteratur im 19. und 20. Jahrhundert zu liegen. So sind Entwicklungen wie die »Medikalisierung«²³ der Gesellschaften, die »Professionalisierung« der Ärzteschaft²⁴, die Ausbildung der Schulmedizin und Etablierung der alternativen Medizin eng mit jenen »Basisprozessen« wie der Bürokratisierung, Technisierung, Säkularisierung und Individualisierung²⁵ verbunden, mit denen die Moderne

Eckart in diesem Band doch eine Fülle an Quellen zur Sozial-, Medien-, Wissenschafts- und Konsumgeschichte der Medizin zusammen. Ein besonderes bibliografisches Hilfsmittel präsentiert Marcel H. Bickel in seiner Darstellung von Lehrbüchern zur Medizingeschichte. Bickel bietet zwar nur sehr knappe vergleichende und synthetisierende Überlegungen zur Schwerpunktsetzung der Autoren und zur Rezeption, allerdings eine beeindruckende Auflistung von 287 Lehrbüchern zur Medizingeschichte, vor allem aus dem europäischen Kontext, die sowohl als Einstieg in die medizingeschichtliche Forschung wie als Grundlage für eine Wissensgeschichte der Medizin (vgl. Abschnitt I.) geeignet ist. *Marcel H. Bickel, Die Lehrbücher und Gesamtdarstellungen der Geschichte der Medizin 1696–2000. Ein Beitrag zur medizinischen Historiographie*, Schwabe Verlag, Basel 2007, 303 S., geb., 47,50 €.

- 21 *Stefan Schulz/Klaus Steigleder/Heiner Fangerau* u. a. (Hrsg.), *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung* (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, Bd. 1791), Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 2006, 511 S., kart., 20,00 €.
- 22 *Werner E. Gerabek/Bernhard D. Haage/Gundolf Keil* u. a., Vorwort, in: *dies.* (Hrsg.), *Enzyklopädie Medizingeschichte*, 3 Bde., De Gruyter Verlag, Berlin/New York 2004, XIX + 1544 S., geb., 148,00 €, hier: Bd. 1, S. V.
- 23 Vgl. als Pionierstudie *Francisca Loetz*, *Vom Kranken zum Patienten. »Medikalisierung« und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850*, Stuttgart 1993.
- 24 *Christoph Schweickardt*, *Zur Geschichte des Gesundheitswesens im 19. und 20. Jahrhundert*, in: *Schulz/Steigleder/Fangerau* u. a., *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*, S. 155–164. Zur »Professionalisierung« vgl. außerdem nach wie vor die Pionierstudien von *Claudia Huerkamp*, *Ärzte und Professionalisierung in Deutschland. Überlegungen zum Wandel des Arztberufs im 19. Jahrhundert*, in: *GG* 6, 1980, S. 349–382; *dies.*, *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten*, Göttingen 1985.
- 25 Zu »Basisprozessen der Moderne« vgl. als Einstieg *Christof Dipper*, *Moderne, Version: 1.0*, in: *Docupedia-Zeitgeschichte*, 25.8.2010, URL: <<http://docupedia.de/zg/Moderne?oldid=75702>> [13.4.2013].

beziehungsweise »Hochmoderne« Konturen erhält.²⁶ Die »Verwissenschaftlichung des Sozialen«²⁷ seit dem 19. oder das »social engineering«²⁸ im 20. Jahrhundert sind schwer denkbar ohne Medizin. Eine statistische Erfassung der Bevölkerungsentwicklung und der Gesundheitsverhältnisse, die seit dem 19. Jahrhundert in voller Blüte stand²⁹, eröffnete neue Möglichkeiten der Planbarkeit von Gesellschaften. Urbanisierung und Industrialisierung wiederum waren verbunden mit zeitgenössischen Hygiene-Konzepten, mit gesundheitspolitischen Vorsorge- und Schutzmaßnahmen und einem Ausbau medizinischer Infrastrukturen. So ist die Vorstellung von der »ungesunden Stadt« zwar ein Topos³⁰, der im Grunde bis heute Wirkungsmacht entfaltet. Die Bilder von engen Mietskasernen, elenden Straßenzügen und schmutzigen Vierteln sind fester Bestandteil des kulturellen Gedächtnisses geworden, zumal sie heute mit entsprechenden Bildern aus dem aufsteigenden Asienraum aktualisiert werden. Empirische Studien zum Verhältnis von Stadt und Gesundheit können allerdings nachweisen, dass seit Ende des 19. Jahrhunderts in europäischen Städten neue medizin- und sozialpolitische Konzepte durchaus zur Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse und letztlich zur Ausbildung neuer Lebens- und Arbeitsformen führten.³¹ Zusammengefasst lassen sich Medizin und Moderne also als zwei Seiten einer Medaille verstehen, an der Sozial- und Kulturhistoriker Voraussetzungen, Formen und Folgen des sozialen Wandels im 19. und 20. Jahrhundert genauer studieren können.

Schwerpunkte und Vorgehen des Beitrags

Mit diesen Vorbemerkungen sind die Topografie des Forschungsfelds und seine Anknüpfungspunkte für die Sozial- und Kulturgeschichte allenfalls angerissen. Deutlich wird aber bereits an dieser Stelle, dass Medizin ein gesellschaftliches Konvergenzfeld eröffnet, auf dem verschiedene historische Entwicklungen, gesellschaftliche Bereiche sowie Forschungsperspektiven zusammenfinden. Umso erstaunlicher ist es, dass dieses Konvergenzfeld bislang von »klassischen« Historikern nur zögerlich erschlossen wird. Insofern versteht sich dieser Beitrag auch als Vermittlungsversuch. Er möchte Anregungen bieten, bestehende Berührungspunkte zwischen Medizin-, Sozial- und Kulturgeschichte zu vertiefen und die Chancen dieses interdisziplinären Arbeitsfelds zu ergreifen.

In den folgenden Kapiteln gewinnt diese Anregung konkrete Formen, indem neuere Forschungen in sieben Themenfeldern präsentiert werden. Angesichts dieser thematischen Bandbreite wird ein großer Schwerpunkt auf Forschungen zu Deutschland liegen, allerdings werden auch Befunde zu anderen europäischen Ländern Berücksichtigung finden. Am Beginn stehen Überlegungen zu einer Medizin- als Wissensgeschichte (Abschnitt I.). Kurz gesagt geht es in diesem Kapitel um die Frage, wie moderne Gesellschaften ihr Wissen über Gesundheit und Krankheit aushandeln und was dieses Wissen über die Wahrneh-

26 Vgl. Lutz Raphael, Ordnungsmuster der »Hochmoderne«? Die Theorie der Moderne und die Geschichte der europäischen Gesellschaften im 20. Jahrhundert, in: Ute Schneider/Lutz Raphael (Hrsg.), Dimensionen der Moderne. Festschrift für Christof Dipper, Frankfurt am Main 2008, S. 73–91.

27 Lutz Raphael, Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts, in: GG 22, 1996, S. 165–193.

28 Thomas Etzemüller, Social engineering als Verhaltenslehre des kühlen Kopfes. Eine einleitende Skizze, in: ders. (Hrsg.), Die Ordnung der Moderne. Social Engineering im 20. Jahrhundert, Bielefeld 2009, S. 11–39.

29 Vgl. Jörg Vögele, Zur Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse im 19. und 20. Jahrhundert, in: Schulz/Steigleder/Fangerau u. a., Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, S. 165–182.

30 Ebd., S. 174.

31 Vgl. unter anderem die Beiträge in Jörg Vögele/Wolfgang Woelk (Hrsg.), Stadt, Krankheit und Tod. Geschichte der städtischen Gesundheitsverhältnisse während der epidemiologischen Transition, Berlin 2000.

mung von Gesellschaften aussagt. Einen Schwerpunkt bilden daher wissens- und institutionengeschichtliche Studien, die den Akteuren und Netzwerken der Wissensaushandlung nachspüren. Das zweite Kapitel lenkt den Blick vom Wissen auf das Tun im weitesten Sinne (Abschnitt II.). Im Fokus stehen sowohl das konkrete Verhalten von Individuen, wie es die Patientengeschichte untersucht, als auch die Aneignung und Veränderung von Gesundheitsverhältnissen, die wiederum medizinisches Verhalten bedingen. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf den Fragen, inwiefern Gesundheitsverhalten geschlechtsspezifisch ist oder wie Gesundheitsverhalten durch Pharmakonzerne gesteuert wurde. Abgeschlossen wird das Kapitel von Forschungen zur Geschichte der Vorsorge und des präventiven Verhaltens, das im 20. Jahrhundert im »präventiven Selbst« sein Leitbild finden sollte. In der Schnittmenge von medizinischem Wissen, Gesundheitsverhältnissen und -verhalten liegt die Psychiatriegeschichte (Abschnitt III.). Schließlich legen neuere Forschungen ein besonderes Augenmerk auf das Wechselverhältnis zwischen psychiatrischen Konzepten, gesellschaftlichen Ordnungsvorstellungen und psychiatrischer Praxis, in der die sozialen Folgen medizinischen Wissens besonders krass hervortreten. Da dieses Forschungsfeld besonders viele Studien hervorgebracht hat und weiterhin hervorbringt, werden diese trotz ihrer Überschneidungen zu den vorherigen Kapiteln in einem gesonderten Abschnitt präsentiert.

Während die ersten drei Kapitel Längsschnitte durch die gesamte Moderne ziehen und allgemeine Entwicklungen der Medizingeschichte in den Blick nehmen, widmen sich die anschließenden vier Kapitel spezielleren Forschungsfeldern oder einzelnen Phasen der Medizingeschichte. Die Seuchengeschichte, die viertens im Mittelpunkt steht, stellt eine Problemgeschichte der Globalisierung in den Fokus, mit der sich Verflechtungen von Städten, Regionen und Nationen betrachten lassen (Abschnitt IV.). Die beiden Weltkriege eröffneten der Medizin nicht nur ein großes Experimentierfeld und mobilisierten ungeahnte Ressourcen (Abschnitt V.). Sie verfestigten zudem die zentrale gesellschaftliche Rolle der Ärzteschaft, deren Mitglieder nicht mehr nur als unangefochtene Experten für medizinische Fragen galten, sondern zu »Volksbelehrern« (Susanne Michl) avancierten. Davon abgesehen waren Kriege ein Mobilisierungs- und Transformationsfaktor, der das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsverhältnisse von Gesellschaften tief greifend veränderte. Im Deutschen Reich drückte sich das im Ersten und Zweiten Weltkrieg etwa in einer Zuspitzung sozialer Ungleichheit aus, beispielsweise beim Zugang zu medizinischen Ressourcen und Maßnahmen. Das betraf aber auch die Gesellschaftsordnung an sich, die sich im Laufe der Kriege sukzessive am Primat der Leistungsfähigkeit orientierte. Für die NS-Medizin galt das in besonderem Maße (Abschnitt VI.). Hier geriet »Leistungsfähigkeit« zu der gesundheitspolitischen Prämisse, die sowohl die »Wehrkraft« steigern als auch die »Volksgemeinschaft« sichern sollte. Gesundheit und Krankheit mutierten daher zu einem Hebel für soziale Inklusions- und Exklusions-Prozesse. Dieser Zusammenhang zwischen Gesundheit, sozialer Ungleichheit und Ausgrenzung ließe sich zwar ebenso für andere Nationen für den gesamten Untersuchungszeitraum, ja bis in unsere Gegenwart konstatieren. Im »Dritten Reich« jedoch hatten gesundheitspolitische Inklusion und Exklusion besonders existenzielle Folgen. Von der Ausgrenzung zur Ermordung war es oft nur ein kleiner Schritt, wie zahlreiche Veröffentlichungen zur Eugenik und »Euthanasie« seit den 1980er Jahren belegt haben. Umso wichtiger sind daher neue Forschungen, die medizinische Maßnahmen und Verbrechen der NS-Zeit in weitere zeitliche und soziale Kontexte einordnen und anhand von biografischen und institutionellen Fallstudien konkrete Handlungsspielräume von Akteuren und ihre Netzwerke erkunden. Die Nachwirkungen dieser NS-Verbrechen sind bis heute spürbar. Denn nach wie vor erhalten medizinische Debatten ihre moralische Sprengkraft durch Bezüge zur NS-Zeit, wie sich etwa an aktuellen Diskussionen zur Präimplantationsdiagnostik, zur Sterbehilfe

oder zur Reproduktionsmedizin beobachten lässt. Man könnte sogar noch einen Schritt weiter gehen: Selbst der Stellenwert der Medizingeschichte und Medizinethik in der Wissenschaft und in der öffentlichen Wahrnehmung speist sich nicht zuletzt aus den Erfahrungen und Erinnerungen an die NS-Medizin. Diese Feststellung gilt selbst im globalen Maßstab. Denn nach 1945 waren die Verbrechen im Zweiten Weltkrieg und im ›Dritten Reich‹ wichtige Fixpunkte bei der Institutionalisierung internationaler Organisationen und für die Globalisierung medizinethischer Konventionen (Abschnitt VII.). Obgleich die Erforschung dieser Internationalisierung noch am Anfang steht, soll in einem letzten Kapitel nach den Voraussetzungen, Formen und Folgen transnationaler Akteure und Netzwerke wie des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) oder der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gefragt werden, die eine Globalisierung der Medikalisierung förderten.

Mit diesem Vorgehen sind nicht nur die Schwerpunkte dieses Beitrags benannt, sondern auch seine Lücken. So spielen technikgeschichtliche oder biografische Forschungen im Folgenden kaum eine Rolle. Auch das innovative Feld der Körpergeschichte wird in diesem Aufsatz nicht gesondert behandelt, sondern in mehreren Kapiteln aufgegriffen (vgl. vor allem die Abschnitte I. und II.). Und selbst bei einzelnen Forschungsthemen konnten nicht alle neueren Beiträge berücksichtigt werden; so sind beispielsweise während der Niederschrift dieses Aufsatzes mehrere Studien erschienen, die im Kapitel zur NS-Medizin hätten aufgenommen werden können.³² Insofern erhebt der Aufsatz keinen Vollständigkeitsanspruch. Zudem wäre es vermessen, den Stand der Medizingeschichte in Gänze reflektieren zu wollen. Vielmehr soll es darum gehen, Schneisen zu schlagen und Einblicke zu gewähren in ein vielfältiges und produktives Forschungsfeld, das für sozial- und kulturgeschichtliche Fragen eine Fülle wichtiger Anknüpfungspunkte und Anregungen bietet. Diese Anknüpfungspunkte und Anregungen verleihen einer »Medizingeschichte in der Erweiterung« klare Konturen, mit der sich neue Blicke in die Geschichte der Moderne werfen lassen.

Nun ist die Moderne ein ebenso schillernder wie schwieriger Begriff. Seit den 1990er Jahren streitet die Forschung um »Modernität« und »Modernisierung« oder um die Probleme der »Moderne« und »Hochmoderne« als Epoche.³³ Obwohl diese Debatte nach wie vor nicht abgeschlossen ist, ist mittlerweile deutlich geworden, dass der Begriff der Moderne mehr Fragen aufwirft, als er erklärt. Das gilt etwa für seine zeitliche Eingrenzung und für die Frage, inwiefern Prozesse des 18. Jahrhunderts oder gar der Frühen Neuzeit als Wurzeln der Moderne zu verstehen sind. Unbestritten ist auch, dass »Moderne« als Formel individueller und kollektiver Selbstbeschreibungen diene (und dient) und bereits unter Zeitgenossen als Kampfbegriff fungierte.³⁴ Fragen wirft aber auch die Bewertung spezifischer Entwicklungen dieses Zeitraums auf, die als moderne Phänomene oder »Basisprozesse« (vgl. Abschnitt I.) verstanden werden, bei genauerem Hinblick aber kaum auf das 19. und 20. Jahrhundert reduziert³⁵, geschweige denn als lineare Entwicklungen verstanden werden können. Für Prozesse der »Medikalisierung« gilt das in besonderem

32 Vgl. etwa die jüngste Veröffentlichung von *Götz Aly*, *Die Belasteten. »Euthanasie« 1939–1945 – eine Gesellschaftsgeschichte*, Frankfurt am Main 2013.

33 Vgl. als Einstieg die Beiträge unter anderem in *Schneider/Raphael*, *Dimensionen der Moderne; Dieter Langewiesche*, »Postmoderne« als Ende der Moderne? Überlegungen eines Historikers in einem interdisziplinären Gespräch, in: *Wolfram Pyta/Ludwig Richter* (Hrsg.), *Gestaltungskraft des Politischen. Festschrift für Eberhard Kolb*, Berlin 1998, S. 331–347; *Ulrich Herbert*, *Europe in High Modernity. Reflections on a Theory of the 20th Century*, in: *Journal of Modern European History* 5, 2007, S. 5–20; *Etzemüller*, *Die Ordnung der Moderne*.

34 Vgl. ebd.

35 Vgl. dazu den Überblick zur Sozialgeschichte der Medizin in der Frühen Neuzeit bei *Mary Lindemann*, *Medicine and Society in Early Modern Europe*, Cambridge University Press, Cambridge/New York etc. 2010, 311 S., kart., 34,99 \$.

Maße, wie zu zeigen sein wird. Der vorliegende Aufsatz nimmt die Schwierigkeiten des Begriffs daher zum Ausgangspunkt seiner Spurensuche. »Moderne« wird im Folgenden somit als Suchbegriff für eine Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin verstanden, die nach Voraussetzungen, Formen und Folgen des Wandels von Gesundheit und Krankheit im 19. und 20. Jahrhundert fragen möchte.

I. WAS IST DER MENSCH? MEDIZIN ALS WISSENS- UND MENTALITÄTS- GESCHICHTE

»Wissenschaft«, so stellen Philipp Sarasin, Silvia Berger, Marianne Hänseler und Myriam Spörri fest, ist ein »Teil jener Anstrengungen, mit denen moderne Gesellschaften ihr Wissen über die Welt erzeugen.« Umso wichtiger sei es daher, Wissenschaft und Wissensproduktion nicht als exklusive, quasi »wundersame Entfaltung einer zeitlosen Rationalität« zu verstehen, sondern diese zu historisieren und einzubetten in soziale »Austauschverhältnisse«. ³⁶ Für medizinisches Wissen in der Moderne kann die Bedeutung dieser Forderung kaum überschätzt werden, gewann nun eine »Medikalisierung« europäischer Gesellschaften an Fahrt. Seit dem Ende des 18. Jahrhunderts ließ sich daher nicht nur eine »Einbeziehung tendenziell aller Menschen in ein immer dichteres, von akademischen Experten kontrolliertes Netz medizinischer Versorgung« beobachten. »Die Medikalisierung der Gesellschaft fand vielmehr auch auf der Ebene von Normen und Deutungsmustern statt, die die Mentalität sozialer Schichten und Klassen prägten und ihr alltägliches Verhalten strukturierten.« ³⁷ In dieser Definition Ute Freverts wird nicht nur eine gesamtgesellschaftliche Tragweite der Medikalisierung unterstrichen. Frevert macht zugleich deutlich, dass Wissenschafts- und Wissensgeschichte in der Medizin untrennbar miteinander verwoben sind und dass eine Wissensgeschichte nicht nur Erkenntnisse verspricht über Konzepte von Gesundheit und Krankheit, sondern über den zeitgenössischen Blick auf den Menschen und die Welt. ³⁸

Deutlich machen das zwei neuere Veröffentlichungen von Silvia Berger und Christina Brandt zu den beiden großen medizinischen Paradigmen der Moderne: zur Bakteriologie und Virologie. Berger nimmt die Wissensgeschichte der medizinischen Bakteriologie im Deutschen Reich als Etablierung, Erweiterung und Erosion eines wissenschaftlichen »Denkstils« in den Blick. Ihr expliziter Bezug auf Ludwik Fleck ist nicht nur methodisch sinnvoll, sondern auch sehr zeitgemäß – und zwar im eigentlichen Wortsinn. Schließlich schaltete sich der Serologe mehrfach in die Debatte um die Bakteriologie ein. ³⁹ Methodisch sinnvoll ist dieses Vorgehen insofern, als Berger so ideen- und institutionengeschichtliche Ansätze miteinander verbindet und Wechselwirkungen zwischen Wissenschaft und gesellschaftlichen Ordnungsmustern aufspürt. ⁴⁰ Insbesondere in den semantischen Verbindungen zwischen Bakteriologie und »politisch-militärische[r] Kultur« erkennt

36 Philipp Sarasin/Silvia Berger/Marianne Hänseler u. a., Eine Einleitung, in: *dies.* (Hrsg.), *Bakteriologie und Moderne. Studien zur Biopolitik des Unsichtbaren 1870–1920*, Frankfurt am Main 2007, S. 8–43, hier: S. 14.

37 Ute Frevert, *Akademische Medizin und soziale Unterschichten im 19. Jahrhundert. Professionsinteressen – Zivilisationsmission – Sozialpolitik*, in: *Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung* 4, 1985, S. 41–59, hier: S. 42.

38 Zum Vorgehen und Erkenntnisgewinn einer Wissensgeschichte vgl. als Einstieg Philipp Sarasin, *Was ist Wissensgeschichte?*, in: *Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur* 36, 2011, S. 159–172.

39 Vgl. jetzt auch die Neuauflage von *Ludwik Fleck, Denkstile und Tatsachen. Gesammelte Schriften und Zeugnisse*, Berlin 2011.

40 Vgl. dazu auch *Gradmann, Krankheit im Labor*.

sie Grundlagen für eine »Metaphernzirkulation«:⁴¹ Sie habe die Inflation von »Feind-, Invasions-/Migrations- und Kampf-/Kriegsmetaphern«⁴² befördert, die bereits Paul Weindling in der Verbindung »zwischen Rasse und Bakteriologie«⁴³ nachweisen konnte. Berger geht allerdings einen Schritt über bisherige Forschungen hinaus, da sie in der »Ausgestaltung eines bakteriologischen Abwehrdispositivs«⁴⁴ der »Rolle von Metaphern bei der Stabilisierung oder Destabilisierung bakteriologischer Wahrheiten«⁴⁵ nachgeht. Der Erste Weltkrieg habe demnach »als politisch-militärisch-kulturelle[s] Setting für die Positionierung und Erprobung der bakteriologischen Deutungs- und Ordnungsmacht«⁴⁶ fungiert, das den Wissenschaftlern neue Ressourcen und Betätigungsfelder erschlossen habe. Es war also auch die »eliminatorische« Rede Robert Kochs und seiner Schüler vom »Vernichtungskrieg« und der »Invasion« von Bakterien als »Todfeinde des Menschengeschlechts«⁴⁷, dank der die Bakteriologie sowohl zu einem wissenschaftlichen Denkstil als auch zu einem sozialen Deutungsmuster, ja zu einem »neue[n] Evangelium«⁴⁸ der Gesellschaft avancierte, wie Bynum konstatiert. Dämonisierungen von Bakterien und Krankheiten, wie sie etwa Robert Koch in seiner bekannten Umschreibung der »Kriegsseuchen« unters Volk brachte, knüpften demnach an zeitgenössische Degenerations-Ängste und Bilder von »Würgeengeln«, »Feinden« oder »Gespenstern« an: »Schon im Frieden«, so schrieb Koch 1888, »schleichen sie umher und zehren am Mark der Armee, aber wenn die Kriegsfackel lodert, dann kriechen sie hervor aus ihren Schlupfwinkeln, erheben das Haupt zu gewaltiger Höhe und vernichten alles, was ihnen im Wege steht.«⁴⁹ Es war diese Wechselbeziehung zwischen der Popularisierung medizinischen Wissens und der Popularität der Mediziner, die zur Vergesellschaftung des bakteriologischen Denkstils beitrug, wie Christoph Gradmann und Philipp Sarasin hervorgehoben haben:

»Der Aufstieg der Bakteriologie zum Leitstern der naturwissenschaftlich orientierten Medizin noch vor der Wende zum 20. Jahrhundert ist ohne einen Blick auf ihren beispiellosen öffentlichen Erfolg denn auch kaum adäquat zu fassen. Bakteriologen, insbesondere Pasteur und Koch, waren keine stillen, einsamen Forscher, abgeschieden von der Welt. Sie waren in der öffentlichen Wahrnehmung gefeierte Helden«⁵⁰,

die als »Kreuzritter« und »Mikrobenjäger«⁵¹, ja als »neuer St. Georg«⁵² von sich reden machten.

41 *Silvia Berger*, *Bakterien in Krieg und Frieden. Eine Geschichte der medizinischen Bakteriologie in Deutschland 1890–1933* (Wissenschaftsgeschichte), Wallstein Verlag, Göttingen 2009, 476 S., kart., 46,90 €, S. 246. Unter dem Begriff der »Metaphernzirkulation« untersucht Berger unter anderem die sukzessive Stigmatisierung jüdischer Arbeiter aus Osteuropa als »Unreine« und »Parasiten«, die so ab 1918 mit hermetischen Abriegelungen der Ostgrenze vom deutschen »Ordnungssystem« im eigentlichen Wortsinne ausgegrenzt wurden. Berger knüpft in ihrem Band an diese Befunde in einem kurzen Ausblick an, der die Entwicklungen seit 1933 in den Blick nimmt. Vgl. ebd., S. 391–412.

42 Ebd., S. 65.

43 *Paul Weindling*, *Ansteckungsherde. Die deutsche Bakteriologie als wissenschaftlicher Rassismus 1890–1920*, in: *Sarasin/Berger/Hänseler* u. a., *Bakteriologie und Moderne*, S. 354–374, hier: S. 374.

44 *Berger*, *Bakterien in Krieg und Frieden*, S. 73.

45 Ebd., S. 17.

46 Ebd., S. 16.

47 Vgl. dazu auch bereits *Christoph Gradmann*, »Auf Kollegen zum fröhlichen Krieg«. Popularisierte Bakteriologie im Wilhelminischen Zeitalter, in: *MedGG* 13, 1993, S. 35–40.

48 *Bynum*, *Geschichte der Medizin*, S. 138.

49 Zit. nach: *Berger*, *Bakterien in Krieg und Frieden*, S. 72.

50 *Sarasin/Berger/Hänseler* u. a., *Eine Einleitung*, S. 33.

51 *Christoph Gradmann*, *Unsichtbare Feinde. Bakteriologie und politische Sprache im deutschen Kaiserreich*, in: *Sarasin/Berger/Hänseler* u. a., *Bakteriologie und Moderne*, S. 327–353.

52 *Gradmann*, *Krankheit im Labor*, S. 189.

Für diese Überlegungen zur Wissens-Popularisierung kann Berger auch auf Christina Brandts Monografie aufbauen, die mit der deutschen Virusforschung von den 1930er bis in die 1960er Jahre ein daran anschließendes Kapitel der Wissensgeschichte in den Blick nimmt. Brandt geht es sowohl um die Popularisierung medizinischen Wissens durch Sprachbilder und Metaphern als auch um die Rückwirkungen dieser Wissenspopularisierung auf die Mediziner selbst. Die Geschichte der Molekularbiologie und Virusforschung lässt sich demnach »als [...] Einzug populärwissenschaftlicher Darstellungen in das Labor« beschreiben.⁵³ Neue Deutungsmuster und Begriffe sind demnach eine »Form der Modellierung«, mit der Mediziner neue Perspektiven gewannen und ihre Experimente strukturierten. Brandt geht es damit um das Verhältnis zwischen Metaphern und der konkreten »materiellen, experimentellen Praxis«⁵⁴ im Labor, deren methodisches Vorgehen und Versuchs-Anordnung sich an Zentralmetaphern wie »Code«, »Information« und »Schrift« orientierten. Anfang der 1940er Jahre waren es vor allem Metaphern aus der Prägetechnik, mit denen die »Matrizentheorie« feste Formen gewann, sodass die Reproduktion von Viren als eine Art Abdruckprozess verstanden wurde.⁵⁵ Brandt betont in ihren Fallbeispielen, dass sich die Wechselwirkung von Metapher und Experiment keineswegs in einer einseitigen Übernahme metaphorischer Bilder erschöpfte. Metaphern waren nicht nur »Vor-Bilder« im eigentlichen Wortsinn beziehungsweise »Vor-Theorien«⁵⁶ für die Wissenschaftler, wie Brandt sie nennt. Anhand der Forschungen des Tübinger Genetikers Gerhard Schramm zur Nukleinsäure als Träger genetischer Informationen zeigt Brandt darüber hinaus eine Wechselbeziehung zwischen Metapher und Experiment auf. So habe das Labor selbst neue Bilder und Begriffe popularisiert:

»Durch die technischen Möglichkeiten der Aminosäure wurden die Vorstellungen von einem molekularen Alphabet verstärkt, wie umgekehrt auch die durch Schriftmetaphorik vermittelte Suggestion einer prinzipiellen Lesbarkeit dazu beitrug, die experimentellen Bemühungen zu motivieren. [...] Die Texte Schramms verdeutlichen, dass die Metaphorik von einer ›molekularen Schrift‹ kein rhetorisches Beiwerk war, sondern eine treibende Ressource für die Entwicklung molekularbiologischen Wissens.«⁵⁷

Kürzer gesagt: In der medizinischen Forschung zeigt sich ein »vielschichtiger Prozess« der Wissensproduktion und -popularisierung, »bei dem sprachliche und experimentelle Praktiken wechselseitig intervenierten«.⁵⁸

Während Berger ihren Untersuchungsgegenstand sehr weit fasst und militärische, soziale, wirtschaftliche sowie kulturelle Kontexte in den Blick nimmt, um der medizinischen Wissenspopularisierung nachzuspüren, konzentriert sich Brandt stärker auf die Wechselwirkungen zwischen Sprache und experimenteller Praxis, um einen Wandel von Denkstilen der Mediziner zu erklären. Aus diesem Grund wählt Brandt gegenüber Berger einen engeren Metaphernbegriff, der die »Literalität der Metapher«⁵⁹ ernst nimmt, während Berger die Kriegsmetaphorik als »Sprachbilder«, »Konzepte« und »Modelle« untersucht. Gleichwohl zeigen beide Ansätze gleichermaßen, dass eine Wissensgeschichte der Medizin grundlegende Erkenntnisse zur Wahrnehmung der Moderne beitragen kann. Die Konstruktion eines bakteriologischen beziehungsweise virologischen Zeitalters wird hier nicht mehr als Expertengeschichte im Muster eines Top-down-Modells beschrieben. Vielmehr hat die

53 Christina Brandt, *Metapher und Experiment. Von der Virusforschung zum genetischen Code* (Wissenschaftsgeschichte), Wallstein Verlag, Göttingen 2004, 304 S., kart., 39,00 €, S. 26.

54 Ebd., S. 22.

55 Ebd., S. 87–89.

56 Ebd., S. 188.

57 Ebd., S. 211.

58 Ebd., S. 259.

59 Ebd., S. 52.

Entstehung und Verbreitung medizinischen Wissens mehr denn je eine gesellschaftliche und politische Dimension⁶⁰ als wechselseitiger Aushandlungsprozess unterschiedlicher Akteure. »Wissenschaftspopularisierung entspricht [...] einem komplexen, interaktiven und dynamischen Vorgang, bei dem das Publikum, wissenschaftliche Experten und die Gruppe der Vermittler des Wissens in einem Prozess wechselseitiger Beeinflussung und Rückwirkung stehen.«⁶¹ Dass solche Prozesse keine Besonderheit der klassischen Moderne, sondern bis heute wirksam sind, hat Philipp Sarasin in seinem Essay zum 11. September nachgewiesen. Die massenmediale und politische Verknüpfung zweier unterschiedlicher Ereignisse – die Anschläge von New York und Washington auf der einen Seite und die Briefanschläge mit Anthrax-Sporen auf der anderen – führt Sarasin auf die große Bedeutung und lange Tradition infektiöser Bedrohungsimaginationen in westlichen Gesellschaften zurück: »Die Utopie der Säuberung, das Phantasma der Reinheit und die Angst vor der Vergiftung des Gesellschaftskörpers begleiteten alle politischen Ideologien des 20. Jahrhunderts.«⁶² In diesem Sinne lassen sich also lange Linien ziehen: von der Wissensgeschichte der Bakteriologie und Virologie bis zum Afghanistan-Einsatz am Beginn des 21. Jahrhunderts.

Darüber hinaus machen Studien zur Bakteriologie und Virologie deutlich, dass eine Wissensgeschichte immer auch die Geschichte der Institutionalisierung im Allgemeinen beziehungsweise einzelner Institutionen im Besonderen ist. Bis in die 1980er und 1990er Jahre konzentrierte sich eine Institutionengeschichte der Medizin oft auf die »Hospital- und Krankenhausgeschichte« und hier wiederum auf die Bau- und Architekturgeschichte einzelner Einrichtungen.⁶³ Dass die Geschichte medizinischer Einrichtungen eine größere Tragweite besitzt, unterstreichen neuere Forschungen, in denen medizinische Institute, Ämter und Behörden soziale Schaltstellen zwischen Medizin, Politik, Wirtschaft, zwischen medizinischen Forschungen und Verwaltungen, Bildungseinrichtungen, Polizei und Presse bilden. Anders gesagt verstehen sie Institutionen als Agenturen medizinischen Wissens für unterschiedliche Akteure und ihre Netzwerke. Insofern ist es geradezu konsequent, dass eine wegweisende Arbeit in diesem Feld, die Dissertation von Axel C. Hüntelmann, »[d]ie Institutionengeschichte« des [Kaiserlichen beziehungsweise Reichs-] Gesundheitsamtes [...] als die Geschichte eines »Netzwerkes«⁶⁴ in den Blick nimmt. Mit Bruno Latour versteht Hüntelmann Netzwerke als »Hybrid« und das Gesundheitsamt folglich als »eine Mischung aus Wissenschaft, Verwaltung, Politik, Ökonomie, Gesellschaft, Kultur, Technik und in der Fremd- und Selbstzuschreibung von Festschriften, Zeitschriften und Akten auch [als] eine Fiktion«.⁶⁵ Hüntelmann unterscheidet drei Handlungsebenen. Demnach war das Gesundheitsamt eingebunden in ein »filigranes vertikales (Reich, Kommunen, Länder), horizontales (Vereine, Institutionen, Militär, Industrie) und personelles Netzwerk«.⁶⁶ Wie stark hier Interessen sowohl unterschiedlicher Vertreter des Amtes selbst als auch der Akteure von außerhalb aufeinanderstießen, kann Hüntelmann anhand einzelner biografischer Fallstudien zu den Präsidenten des Amtes nachweisen. So zeigen seine Untersuchungen zur »Ära« Struck, Köhler, Bumm und Hamel, wie sehr die Etablierung und Ausstattung dieser Reichsbehörde vom »Knüpfen und Verwalten« individueller Netzwerke

60 Volker Roelcke, Auf der Suche nach der Politik in der Wissensproduktion. Plädoyer für eine historisch-politische Epistemologie, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 33, 2010, S. 176–192.

61 Berger, Bakterien in Krieg und Frieden, S. 77.

62 Philipp Sarasin, »Anthrax«. Bioterror als Phantasma, Frankfurt am Main 2004, S. 158.

63 Eckart/Jütte, Medizingeschichte, S. 12.

64 Axel C. Hüntelmann, Hygiene im Namen des Staates. Das Reichsgesundheitsamt 1876–1933, Wallstein Verlag, Göttingen 2008, 488 S., geb., 64,90 €, S. 12.

65 Ebd., S. 407.

66 Ebd., S. 333.

abhängig war. Die finanzielle und personelle Expansion des Gesundheitsamts in der »Ära Köhler« (1885–1905) wäre demnach kaum denkbar gewesen ohne die persönlichen Verbindungen des Präsidenten in das Reichsinnenministerium und zum Staatssekretär des Innern. Hüntelmann hütet sich dennoch davor, Akteure und Netzwerke als einzigen Erklärungsansatz überzubewerten. Selbstverständlich war die Entwicklung des Gesundheitsamts ebenso abhängig vom gesellschaftlichen Umfeld, seine Expansion und Etablierung nur nachvollziehbar im Kontext »der tiefgreifenden gesellschaftlichen Veränderungen und Modernisierungsprozesse im Deutschen Kaiserreich«. ⁶⁷ Die institutionelle Entwicklung stand in Verbindung mit der »demographischen Explosion« ⁶⁸ in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, mit den Degenerationsängsten seit der Jahrhundertwende und den Sorgen über die nationale »Wehrhaftigkeit« oder mit der Wirtschaftskrise in Weimar, die den Legitimationsdruck auf das Amt erhöhte. In seinem Resümee verbietet sich Hüntelmann daher jegliche Trennung von Politik und Wissenschaft oder auch nur die Vorstellung von zwei Polen, zwischen denen fließende Übergänge bestünden, wie sie etwa Mitchell G. Ash behauptet hat. Nach Hüntelmann sei dagegen »zu konstatieren, dass Wissenschaft und Politik in der Moderne einander bedingen und eine untrennbare Einheit bilden«. ⁶⁹ Obgleich dieses pointierte Urteil zur Diskussion anregt, ist es diese »Einheit von Wissenschaft, Politik, Kultur und Gesellschaft«, die aus dem Buch eine grundlegende Studie über die Netzwerke und Akteure medizinischen Wissens und ihre sozialen Kontexte macht.

Einen Blick auf einzelne Akteure und langfristige Entwicklungen bieten auch die Aufsätze zur Gießener Institutionengeschichte, die Ulrike Enke in einem Sammelband herausgegeben hat. In Fallstudien zu einzelnen Medizinerinnen und Abteilungen, Kliniken und Instituten wird hier die Medizinische Fakultät der Universität Gießen für einen Zeitraum von mehr als 300 Jahren erschlossen. Das Potenzial dieser Fallstudien zeigt sich vor allem in jenen Aufsätzen, die sich von einzelnen Personen und Einrichtungen lösen und allgemeinere Fragestellungen und Entwicklungen in den Blick nehmen. So untersucht Volker Roelcke an zwei Gießener Medizinerinnen (Robert Sommer und Emil Gotschlich) Voraussetzungen und Folgen der Verwandlung sozialreformerischer in eugenisch-rassenhygienische Präventionskonzepte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Vor dem Hintergrund der Weltwirtschaftskrise und angesichts des Aufstiegs der Genetik zur anerkannten Wissenschaftsdisziplin habe in der Weimarer Republik eine Plausibilisierung eugenischer Präventionskonzepte eingesetzt, an die die nationalsozialistische Regierung »nahtlos anschließen« ⁷⁰ konnte. Weiterführend sind auch Daniela Siebes Überlegungen zur Internationalisierung der Universitäten im 19. Jahrhundert und zur Migrationsgeschichte, die sie in ihrem Beitrag zu ausländischen Medizinstudierenden in Gießen im Zeitraum von 1870 bis 1933 entwickelt. ⁷¹ Langfristige Entwicklungen untersucht ebenso Irmtraut Sahmlands Beitrag zum Gießener »Universitäts-Entbindungshaus«. Sie zeichnet an der Reform des Hebammenwesens und an der Einbindung von Medizinstudierenden in die ärztliche Praxis seit dem 18. und 19. Jahrhundert zum einen die Instrumentalisierung der Einrichtung für »be-

67 Ebd., S. 110.

68 Ebd., S. 110.

69 Ebd., S. 409.

70 Volker Roelcke, »Prävention« in Hygiene und Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Krankheit, Gesellschaft, Vererbung und Eugenik bei Robert Sommer und Emil Gotschlich, in: Ulrike Enke (Hrsg.), Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen. Institutionen, Akteure und Ereignisse von der Gründung 1607 bis ins 20. Jahrhundert (Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen 1607 bis 2007, Bd. 1), Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2007, 450 S., geb., 72,00 €, S. 395–416, hier: S. 416.

71 Daniela Siebe, »[...] spricht die Medizinische Fakultät ihre Ansicht dahin aus, dass bei ihr Ausländer nicht zu immatriculieren sind.« Ausländische Medizinstudierende an der Universität Gießen 1870–1932/33, in: Enke, Die Medizinische Fakultät, S. 327–349.

völkerungspolitische Interessen«⁷² nach. Zum anderen untersucht sie die ambivalenten Wahrnehmungen der Patientinnen, meist ledige schwangere Frauen, durch die Mediziner. Für sie waren »Frauen auch Studienobjekte«, an denen sich Erkenntnisse zur Physiologie und zu Geburtsmechanismen gewinnen ließen. Andererseits waren sie Menschen mit persönlichen Problemen, die aus der Universität durchaus »medizinischen Beistand« erfuhren. Aus diesem ambivalenten Umgang leitet Sahmland »unterschiedliche Verhaltensweisen der Frauen« ab⁷³, auch wenn diese angesichts der schwierigen Quellenlage im Aufsatz allenfalls angedeutet werden können.

Ein gelungenes Beispiel für das Potenzial institutionengeschichtlicher Längsschnitte ist der Aufsatz von Helen Bömelburg zum Wandel von »Patientenporträts« in der Psychiatrie vom Ende des 19. Jahrhunderts bis 1930. Bömelburg versteht Patientenporträts als fotografische Zuschreibungen, auf »die Ärzte enormen gestalterischen Einfluss« nahmen, um sowohl eindeutige Diagnosekategorien zu konstruieren als auch die Psychiatrie im Allgemeinen mit der »Überzeugungskraft zwingender, naturwissenschaftlicher Belege« zu versehen.⁷⁴ Die fotografischen Porträts leisteten daher eine Legitimation psychiatrischen Wissens qua Entindividualisierung, der »psychisch erkrankte Mensch [wurde] zur Verfügungsmasse wissenschaftlichen Vergleichens und Kategorisierens«.⁷⁵ Anhand dieser Ergebnisse kann Bömelburg letztlich eine spezifische Bildsprache entschlüsseln, die vor dem Hintergrund »bürgerlicher« Werte wie »Schönheit, Arbeitsfähigkeit, Sittsamkeit« eine Normierung psychisch kranken Verhaltens betrieb und beschrieb (vgl. Abschnitt III).⁷⁶

Es ist diese Verknüpfung aus Wissenschafts-, Sozial- und Kulturgeschichte, mit der neue Institutionengeschichten Anstöße für eine Wissensgeschichte des 19. und 20. Jahrhunderts geben. Sie zeigen die Produktion von »Wissen« gleichsam – und manchmal auch im eigentlichen Wortsinn – unter Laborbedingungen auf, wobei »Wissen« eben nicht auf eine Vermittlung medizinischer Expertise reduziert, sondern als gesellschaftlicher Aushandlungsprozess untersucht wird. An diesem Aushandlungsprozess wird die Entstehung und Entwicklung von Denkstilen wie jenem der Bakteriologie (Berger) oder dem »Denkstil Hygiene«⁷⁷ in Ego-Dokumenten, Verwaltungsakten, Festschriften und Presseerzeugnissen in ihrem soziokulturellen Kontext greifbar. In diesem Sinne sind neuere Institutionengeschichten tatsächlich »exemplarisch« für die Krisen und Konjunkturen der »Klassischen Moderne«, wie Hüntelmann betont hat.⁷⁸ Damit gewinnt eine Wissensgeschichte der Medizin grundsätzliche Erkenntnisse zur Entstehung und zum Wandel moderner »Wissensgesellschaften«⁷⁹ überhaupt. Allerdings wäre die Reich- und Tragweite medizinischen Wissens noch in verflechtungsgeschichtlicher Perspektive zu überprüfen. Nach wie vor ist ein Großteil der Forschung auf Europa und Nordamerika fixiert und operiert zudem meist im nationalen Rahmen. Dieser Fokus ist angesichts umfassender soziokultureller Kontextualisierungen und historischer Längsschnitte zwar nachvollziehbar. Für eine Wis-

72 *Irmtraut Sahmland*, Das »Universitäts-Entbindungshaus« in Gießen, in: *Enke*, Die Medizinische Fakultät, S. 99–139, hier: S. 137.

73 Alle Zitate ebd., S. 138f.

74 *Helen Bömelburg*, »[...] um das subjektive Moment in der menschlichen Beobachtung auszu-schalten.« Patientenporträts aus der Psychiatrischen Klinik Gießen, 1896–1930, in: *Enke*, Die Medizinische Fakultät, S. 287–304, hier: S. 294 und 304.

75 Ebd., S. 291.

76 Ebd., S. 300.

77 *Hüntelmann*, Hygiene im Namen des Staates, S. 343 und 349.

78 Ebd., S. 411.

79 Vgl. dazu die grundlegenden Überlegungen mit Schwerpunkt auf das 20. Jahrhundert bei *Margit Szöllösi-Janze*, Wissensgesellschaft in Deutschland. Überlegungen zur Neubestimmung der deutschen Zeitgeschichte über Verwissenschaftlichungsprozesse, in: GG 30, 2004, S. 277–313, insb. S. 279–281.

sensgeschichte der Medizin wäre aber nicht nur nach wechselseitigen Aushandlungen innerhalb einer Gesellschaft, sondern ebenso nach transnationalen Austauschprozessen zu fragen, wie sie beispielsweise Andreas Renner zwischen Russland und der »europäischen Medizin« in seiner Habilitationsschrift in den Blick nimmt.⁸⁰ Renner weist nach, dass in transnationalen Wissenstransfers nicht nur medizinisches Fachwissen ausgetauscht wurde, sondern ebenso »säkulare Natur- und Körpervorstellungen sowie rationale Verfahren zur Herstellung beziehungsweise Kriterien zur Beurteilung von Wissen«.⁸¹ Auf dieser Grundlage gelingt es Renner, Grundannahmen der Medizingeschichte zu differenzieren. Dass sich eine Medikalisation der Verwaltung und die Professionalisierung des Arztberufs in Russland anders gestaltete als beim »westeuropäisch-angelsächsische[n] Vorbild«⁸², wäre für solche Differenzierungen nur ein Hinweis. Im transnationalen Kommunikationsprozess kam es demnach zu spezifischen Aneignungen von Wissen und eben »nicht einfach um die Verfrachtung eines eindeutig umgrenzten Wissens von West nach Ost, sondern um Übertragung im Sinn von Übersetzung«. Kürzer gesagt: »Dieser kommunikative Austausch war unvermeidlich ein mehrfacher Selektions- und Veränderungsprozess.«⁸³

Renner macht also deutlich, was Hartmut Kaelble als Prämisse transfergeschichtlichen Arbeitens formuliert hat:

»Die Geschichte von Transfers kann nicht einfach als eine Geschichte von kontinuierlichen Zuwächsen, von immer stärkeren Verflechtungen, einer immer stärkeren Annäherung an ein globales Dorf geschrieben werden, in dem die Distanzen bedeutungslos werden und jeder von jedem weiß und mit ihm kommuniziert. Auch in der Geschichte der jüngsten Globalisierung wurden Transfers abgelehnt, unterbrochen, verboten.«⁸⁴

Solche transnationalen Aneignungs- und Unterbrechungsprozesse medizinischen Wissens sind bislang vor allem für die Kolonialgeschichte erforscht worden⁸⁵; vergleichende Ansätze der »Ethnomedizin«⁸⁶ könnten weitere Hinweise für eine transnationale Wissensgeschichte der Medizin im 19. und 20. Jahrhundert geben.

Mit diesen Potenzialen sind Perspektiven zukünftiger Forschung benannt, die am Ende dieses Kapitels kurz skizziert werden sollen. Impulse für eine Geschichte medizinischen

80 *Andreas Renner*, Russische Autokratie und europäische Medizin. Organisierter Wissenstransfer im 18. Jahrhundert (Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 34), Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2010, 373 S., kart., 52,00 €. Renner differenziert den titelgebenden Begriff der europäischen Medizin selbst und betont, dass »nicht ›die europäische Medizin‹ [...], sondern einzelne Elemente« im Zarenreich aufgegriffen wurden. Ebd., S. 39.

81 Ebd., S. 15.

82 Ebd., S. 31.

83 Ebd., S. 329f.

84 *Hartmut Kaelble*, Herausforderungen an die Transfergeschichte, in: *Comparativ* 16, 2006, S. 7–12, hier: S. 10.

85 Neue Beiträge zum Wissenstransfer in Bezug auf medizinische Maßnahmen und Forschungen in der britischen Kolonie Indien versammelt der Band von *Biswamoy Pati/Mark Harrison* (Hrsg.), *The Social History of Health and Medicine in Colonial India* (Routledge Studies in South Asian History), Routledge, London/New York 2011, 256 S., geb., 100,00 £. Grundlegende Anregungen bietet nach wie vor *Wolfgang U. Eckart*, *Deutsche Ärzte in China 1897–1914. Medizin als Kulturmission im Zweiten Deutschen Kaiserreich*, Stuttgart 1989; *ders.*, *Medizin und Kolonialimperialismus – Deutschland 1884–1945*, Paderborn 1997, sowie zuletzt *Nicole Schweig*, *Weltliche Krankenpflege in den deutschen Kolonien Afrikas 1884–1918*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2012, 236 S., geb., 34,90 €. Einen Einblick in individuelle Prozesse der Wissensaneignung und -vermittlung bietet Schweig mit ihrem umfangreichen Quellenanhang, dem Bericht der Krankenschwester Grete Kühnhold »In Friedens- und Kriegszeiten in Kamerun« von 1917.

86 Vgl. dazu den Überblick bei *Eckart/Jütte*, *Medizingeschichte*, S. 260–265.

Wissens gehen etwa von der Körpergeschichte aus, die in den letzten Jahren eine Vielfalt neuer Forschungen angeregt hat.⁸⁷ In diesem Zusammenhang wäre auch die Emotionsgeschichte zu nennen, die sich mit der Medizin ein weites Forschungsfeld erschließen könnte.⁸⁸ So ist die Frage nach dem Umgang mit Tod und Sterblichkeit ein Thema, das in der medizingeschichtlichen Forschung seit Langem einigen Widerhall findet. Michael Stolbergs »Geschichte der Palliativmedizin« beispielsweise spürt dem medizinischen und gesellschaftlichen Umgang mit Sterbenden sowie der alltäglichen Praxis aus Patientensicht in der gesamten Neuzeit nach.⁸⁹ Anhand dreier zentraler Begriffe, der »Medikalisierung«, »Tabuisierung« und »Stigmatisierung« differenziert Stolberg verschiedene Phasen im Umgang mit Sterbenden und kommt dabei zu neuen Befunden.⁹⁰ Demnach geht die verbreitete Vorstellung von einer »wachsenden Tabuisierung des Todes« im 20. Jahrhundert »fast völlig an den historischen Gegebenheiten vorbei«.⁹¹ Eine Stigmatisierung des Todes wiederum interpretiert Stolberg als Quelle für kollektive zeitgenössische Ängste seit dem 19. Jahrhundert, vor allem vor Krebs oder ansteckenden Krankheiten bis hin zu AIDS, wenngleich in letzter Zeit ein allmählicher Rückgang der Stigmatisierung tödlich Erkrankter festzustellen sei.⁹² Eine Verbindung von Wissens- und Emotionsgeschichte liegt in der Medizin also besonders nahe, geht es hierbei doch stets um existenzielle Themen und Gefühle. Damit gibt eine Wissensgeschichte der Medizin der Emotionsgeschichte Chancen, scheinbare Dichotomien zwischen Kognition und Emotion aufzulösen und das Verhältnis zwischen »Verstand und Gefühl«⁹³ neu auszuloten.

II. GESUNDHEITSVERHÄLTNISSE UND GESUNDHEITSVERHALTEN

Vom Wissen ist es nur ein kleiner Schritt zum Verhalten und zu den Handlungsmustern. Diese stehen bei der Patientengeschichte im Fokus, in der kulturwissenschaftliche Ansätze und Methoden der Historischen Anthropologie eine große Rolle spielen. Als Patientengeschichte werden vor allem individuelle Aneignungen von Konzepten und Deutungen untersucht, geht es um alltägliche individuelle Folgen und Erfahrungen von Krankheit und Gesundheit. Dass dieser Ansatz mit dem Boom der Alltagsgeschichte an Attraktivität gewann, dürfte daher kaum überraschen. Das programmatische Plädoyer des britischen Historikers Roy Porter für ein »Doing Medical History from Below«⁹⁴ und für einen Blick

87 Vgl. als Einstieg unter anderem *Maren Lorenz*, *Leibhaftige Vergangenheit*. Einführung in die Körpergeschichte, Tübingen 2000.

88 Vgl. *Bettina Hitzer*, *Angst, Panik?! Eine vergleichende Gefühlsgeschichte von Grippe und Krebs in der Bundesrepublik*, in: *Malte Thießen* (Hrsg.), *Infiziertes Europa. Seuchen in der Sozial- und Kulturgeschichte des langen 20. Jahrhunderts* (in Vorb.); als allgemeinen Einstieg in die Emotionsgeschichte vgl. *dies.*, *Emotionsgeschichte – ein Anfang mit Folgen*, in: *H-Soz-u-Kult*, 23.11.2011, URL: <<http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/forum/2011-11-001>> [31.3.2013].

89 *Michael Stolberg*, *Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2011, 303 S., kart., 29,90 €.

90 Stolberg bezieht sich dabei vor allem auf *Philippe Ariès*, *Geschichte des Todes*, München 1989; *dies.*, *Studien zur Geschichte des Todes im Abendland*, München 1976.

91 *Stolberg*, *Die Geschichte der Palliativmedizin*, S. 263.

92 *Ebd.*, S. 266–276. Grundlegende Beiträge zum Umgang mit Tod und Sterblichkeit sowie zur ethischen Dimension selbstbestimmter Sterblichkeit bietet der Sammelband von *Annette Hilt/Isabella Jordan/Andreas Frewer* (Hrsg.), *Endlichkeit. Medizin und Unsterblichkeit. Geschichte – Theorie – Ethik* (Ars moriendi nova, Bd. 1), Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2010, 329 S., kart., 48,00 €.

93 Vgl. *Ute Frevert*, *Was haben Gefühle in der Geschichte zu suchen?*, in: *GG* 35, 2009, S. 183–208, insb. S. 189f.

94 *Roy Porter*, *The Patient's View. Doing Medical History from Below*, in: *Theory and Society* 14, 1985, S. 175–198.

aus der Patientenperspektive entspricht ja *expressis verbis* den bekannten zeitgenössischen Forderungen nach einer Alltagsgeschichte ›von unten‹.⁹⁵ Ähnlich wie die Alltags- und Frauengeschichte zehrten auch frühe Studien zur Patientengeschichte vom Zeitgeist. Die aufkeimende Kritik an einem »als inhuman empfundenen, weitgehend naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin-Betrieb«⁹⁶ in den 1970er Jahren war der Humus, auf dem der kritische Blick ›von unten‹ gedieh. Das wachsende Interesse an einer Analyse von »Arzt-Patienten-Beziehungen« ist eine weitere Folge dieses Zugriffs, der Vorstellungen vom Patienten differenziert. So sind neuere Forschungen nicht mehr auf den Patienten als »immer nur Abhängige und passiv Leidende« fixiert, sondern sie analysieren diese als »entscheidungsfreudige, starke und selbstbewusste« Akteure, die das »gegenseitige Verhältnis«⁹⁷ zwischen Arzt und Patient mitgestalten und an der Ausdeutung von Gesundheit und Krankheit mitwirken, wie Thorsten Noack und Heiner Fangerau bemerken. Mit Michel Foucault und Alf Lüdtkke gesprochen eröffnet die Patientengeschichte also Einblicke in die »Eigenmacht«⁹⁸ und in den »Eigensinn« der Akteure und damit in die »Formen, in denen Menschen sich ›ihre‹ Welt ›angeeignet‹ – und dabei stets auch verändert haben«.⁹⁹

Einen solchen Einblick in individuelle Aneignungen eröffnet ein Sammelband von Philipp Osten zu den »Selbstzeugnissen« von Patienten.¹⁰⁰ Die methodische Bandbreite und der Untersuchungszeitraum des Bandes sind gewaltig: Von Bittbriefen aus dem 16. Jahrhundert, mit denen Patienten die Aufnahme in das Dresdner Jakobshospital erwirken wollten, bis zu den »Aids-Autobiographien« aus den 1990er Jahren reicht das Untersuchungsspektrum der einzelnen Aufsätze. Trotz dieser gewaltigen Bandbreite ist dieser Band stringent komponiert, setzen sich doch alle Autoren mit gemeinsamen Perspektiven und Problemen auseinander, die ein patientengeschichtlicher Zugriff mit sich bringt, wie ihn Philipp Osten in seiner Einleitung konzise auf den Punkt bringt. Naheliegend ist etwa das Quellenproblem einer Patientengeschichte. Nicht nur, dass Quellen, in denen Menschen über Gesundheit und Krankheit reflektieren, außerordentlich schwer systematisch zu erfassen sind. In ihnen spiegelt sich zudem ein komplexes Wechselverhältnis von ›unten‹ und ›oben‹ wider. Daher scheint in vielen Quellen »die Abhängigkeit von einer Institution« wie dem Krankenhaus, dem Arzt oder der Behandlungsmethode »alle persönlichen Ansichten zu überlagern«. Für den Historiker wächst daher die Gefahr, »aus Selbstzeugnissen von Patienten allein jene Diskurse herauszuarbeiten, mit denen selbstdisziplinierende Dispositive ihre Macht im Individuum entfalten«.¹⁰¹ Das zeigt sich besonders deutlich in der Einschreibung von Patienten in Diagnose- und Heilungskonzepte von Ärzten und Geistlichen in

95 Vgl. den Rück- und Überblick bei Alf Lüdtkke, *Alltagsgeschichte: Aneignung und Akteure. Oder – es hat noch kaum begonnen!*, in: *WerkstattGeschichte* 17, 1997, S. 83–92. Zur Patientengeschichte vgl. den Forschungsüberblick bei Eberhard Wolff, *Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung*, in: Norbert Paul/Thomas Schlich (Hrsg.), *Medizingeschichte. Aufgaben, Probleme, Perspektiven*, Frankfurt am Main 1998, S. 311–330; Eckart/Jütte, *Medizingeschichte*, S. 181–190.

96 Ebd., S. 181.

97 Thorsten Noack/Heiner Fangerau, *Zur Geschichte des Verhältnisses von Arzt und Patient in Deutschland*, in: Schulz/Steigleder/Fangerau u. a., *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*, S. 77–93, hier: S. 78. Zur Arzt-Patienten-Beziehung vgl. auch Tanja Krones/Gerd Richter, *Die Arzt-Patient-Beziehung*, in: ebd., S. 94–116.

98 Michel Foucault, *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*, Frankfurt am Main 1976, insb. S. 259f.

99 Alf Lüdtkke, *Einleitung. Was ist und wer treibt Alltagsgeschichte?*, in: ders. (Hrsg.), *Alltagsgeschichte. Zur Rekonstruktion historischer Erfahrungen und Lebensweisen*, Frankfurt am Main 1989, S. 9–47, hier: S. 12.

100 Philipp Osten (Hrsg.), *Patientendokumente. Krankheit in Selbstzeugnissen (Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 35)*, Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2010, 253 S., kart., 40,00 €.

101 Ders., *Patientendokumente. Krankheit in Selbstzeugnissen*, in: ebd., S. 7–19, hier: S. 8.

»Irenanstalten« im 19. Jahrhundert. Schließlich war hier das Schreiben beziehungsweise Berichten der eigenen Lebensgeschichte und die »Anerkennung der [psychischen] Störung« Voraussetzung für das »Heilsgeschehen«¹⁰² (vgl. Abschnitt III.).

Und doch sind Patientendokumente nicht nur ein Abglanz von Dispositiven und Machtbeziehungen. Darüber hinaus künden sie eben auch vom »Eigensinn« (Alf Lüdtkke) der Akteure, mitunter gar von »widerständigen Handlungen der Patientinnen und Patienten«¹⁰³ sowie von spezifischen Anrufungs- und Aneignungsformen von Gesundheit und Krankheit. Selbst wenn vielen Patienten »unter widrigen Umständen keine Deutungsmacht über die eigene Biographie und über ihre Krankheit zugestanden wurde« produziert die Patientengeschichte dennoch »eindringliche Zeugnisse, die subjektive Einblicke in die Lebenswelt historischer Patienten liefern«.¹⁰⁴ Augenfällig – und zwar im wortwörtlichen Sinne – wird diese Eigensinnigkeit in Selbstbildnissen von Künstlern, die Maïke Rotzoll in ihrem Beitrag zum Sammelband untersucht. Sie zeigt den Umgang mit psychischen Krankheiten als Strategie künstlerischer »Selbstinszenierung«, sei es mit antibürgerlichem Impetus, sei es als Mittel der Selbststilisierung zum scharfen Beobachter im »Zeitalter der Nervosität«.¹⁰⁵ Am individuellen Umgang mit Aids kann Beate Schappach ebenfalls individuelle »wirkungsästhetische« und »Sinnggebungsstrategien« nachweisen, in denen sich ein untrennbares Wechselverhältnis von Subjekt und Gesellschaft niederschlägt. Selbstzeugnisse von Patienten sind demnach immer beides: individuelle Sinnggebungsversuche und Ausdruck sozialer Sagbarkeitsregeln. Sie bedienen sich »aus dem gesellschaftlichen Fundus an Stilen, Sinnggebungs-, Coping-, Passing- oder Provokationsverfahren, werden durch diese aber auch determiniert«.¹⁰⁶ Es ist dieses Wechselverhältnis von Subjekt und Gesellschaft, von Anrufung und Aneignung, von individuellem Eigensinn und sozialen Erwartungen, mit dem die Patientengeschichte eine Erfahrungs- und Alltagsgeschichte erkundet, die differenzierter als einfache Top-down- oder Bottom-up-Modelle subjektive »Selbst-Bildungen« als sozialen Aushandlungsprozess greifbar macht.¹⁰⁷

Auf eine besondere Quellenart solcher Selbstbildungen konzentrieren sich die Beiträge im Band von Martin Dinges und Vincent Barras zu »Krankheit in Briefen«.¹⁰⁸ Dass diese Quellen in der Medizingeschichte auf eine lange Forschungstradition zurückblicken können, hängt vor allem mit der »brieflichen Fernkonsultation« zusammen, die bis ins 19. Jahrhundert hinein eine gängige und verbreitete ärztliche Praxis war.¹⁰⁹ Interessant ist

102 *Salina Braun*, »Gegenwärtig spricht sie sich in recht klarer und verständlicher Weise über ihre ganze Vergangenheit und namentlich ihre 2malige Geistesstörung aus.« Die »Anerkennung« der Biographie als Kriterium der Heilung in der deutschen Anstaltspsychiatrie (1825–1878), in: *Osten*, Patientendokumente, S. 41–60, hier: S. 57.

103 *Viola Balz*, »Nervöse sind heilbar.« Die ersten Chlorpromazinversuche an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg im Jahr 1953 im Spiegel der Krankenakten und der Sicht von Arzt, Pflegepersonal und Patient, in: *Osten*, Patientendokumente, S. 195–219, hier: S. 201.

104 *Osten*, Patientendokumente, S. 13.

105 *Maïke Rotzoll*, »Ich muss zeichnen bis zur Raserei, nur zeichnen.« Genie und Wahnsinn in autopathographischen Ego-Dokumenten von Künstlern aus dem frühen 20. Jahrhundert, in: *Osten*, Patientendokumente, S. 177–193.

106 *Beate Schappach*, »Es war, als hätte das Virus mich geschwängert.« Vertextungsformen in Aids-Autobiographien, in: *Osten*, Patientendokumente, S. 143–157, hier: S. 156f.

107 Vgl. dazu *Thomas Alkemeyer/Gunilla Budde/Dagmar Freist* (Hrsg.), *Selbst-Bildungen. Soziale und kulturelle Praktiken der Subjektivierung*, Bielefeld 2013.

108 *Martin Dinges/Vincent Barras* (Hrsg.), *Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum. 17.–21. Jahrhundert* (Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 29), Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2007, 267 S., kart., 37,00 €.

109 Für einen Forschungsüberblick vgl. neben der Einleitung von Vincent Barras und Martin Dinges im oben genannten Sammelband unter anderem den Beitrag von *Michael Stolberg*, »Mein

diese Quellenart aber auch, weil sich in Briefen die Einschreibungen in zeitgenössische Diskurse im wörtlichen Sinne nachvollziehen lassen. Der Einfluss des »Säfte-Paradigmas« oder des »Nerven-Paradigmas« auf die Selbstdeutungen der Briefschreiber, die Vincent Barras und Martin Dinges beschreiben, wäre dafür ein erstes Beispiel.¹¹⁰ Ein zweites geben die Briefe von Männern aus dem 19. und 20. Jahrhundert, die Susanne Frank untersucht. Sie konstatiert einen engen Zusammenhang zwischen individuellem Gesundheitsverhalten und »Männlichkeitsvorstellungen in den jeweiligen Epochen«.¹¹¹ Auch die Briefe an den Homöopathen Samuel Hahnemann machen deutlich, wie Patienten persönliche Strategien mit Erwartungshaltungen und Sagbarkeitsregeln des Arztes in Einklang brachten und so »neue Auffassungen von Krankheit und Individualität«¹¹² gleichermaßen ausbildeten. Sehr aktuelle Entwicklungen nimmt Sylvelyn Hähner-Rombach in Zuschriften an die Fördergemeinschaft »Natur und Medizin« während der 1990er Jahre in den Blick. In diesen Briefen sind Bezüge auf die alternative Medizin oder die Kritik an der Schulmedizin insofern ein Medium der Selbstbildung, als sie zur Formulierung spezifischer Menschen- und Gesellschaftsbilder dienen. Die häufige Kritik an der »Pharma-Lobby« oder am Missbrauch von Patienten als »Versuchskaninchen« spricht für dieses Verhalten eine deutliche Sprache und macht zugleich darauf aufmerksam, die Akteure genauer in ihren Milieus zu verorten.¹¹³

Dass die Alltags- als Geschlechtergeschichte ein ergiebiges Untersuchungsfeld eröffnet, belegt die Fülle an Forschungen seit den 1980er Jahren. Ähnlich wie in der allgemeinen Geschichtswissenschaft lag auch in der Medizingeschichte der geschlechtergeschichtliche Fokus lange Zeit auf den Frauen, was nicht zuletzt dem Nachholbedarf in der männlich geprägten Disziplin geschuldet sein dürfte. Perspektivenerweiterungen von einer Frauen- zu einer Geschlechtergeschichte sind insbesondere in den 1990er Jahren vorangetrieben worden¹¹⁴ und vor allem mit Martin Dinges Plädoyer für eine »Geschlechtergeschichte – mit Männern!« verbunden.¹¹⁵ Ein schärferer Blick auf eine »Geschichte der Männlichkeiten«¹¹⁶ liegt beim Thema Gesundheitsverhalten besonders nahe, spielen hier doch Vorstellungen und Erfahrungen mit Körperlichkeit eine zentrale Rolle. Das gilt nicht nur für Extremfälle wie für Soldaten, die mit existenziellen körperlichen Erfahrungen konfrontiert werden (vgl. Abschnitt V.), oder für die Psychiatrie, in der die Konstruktion von Geschlecht besonders markante Formen annahm (vgl. Abschnitt III.), sondern ebenso für alltäglichere Aspekte.

äskulapisches Orakel!« Patientenbriefe als Quelle einer Kulturgeschichte der Krankheitserfahrung im 18. Jahrhundert, in: ÖZG 7, 1996, S. 385–404.

110 Vincent Barras/Martin Dinges, Krankheit in Briefen: Einleitung, in: *dies.*, Krankheit in Briefen, S. 7–22, hier: S. 9.

111 Susanne Frank, Gesundheitsverhalten von Männern. Gesundheit und Krankheit in Briefen, 1800–1950, in: *Dinges/Barras*, Krankheit in Briefen, S. 223–234, hier: S. 232.

112 Olivier Faure, Behandlungsverläufe. Die französischen Patienten von Samuel und Mélanie Hahnemann (1834–1868), in: *Dinges/Barras*, Krankheit in Briefen, S. 197–210, hier: S. 209.

113 Sylvelyn Hähner-Rombach, »Ich habe öfter mit den Ärzten darüber sprechen wollen, doch die winken ab...« Briefe an »Natur und Medizin« zwischen 1992 und 1996, in: *Dinges/Barras*, Krankheit in Briefen, S. 235–248, hier: S. 245.

114 Vgl. den Überblick Klaus Hurrelmann/Petra Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, Bern 2002.

115 Martin Dinges, *Geschlechtergeschichte – mit Männern!*, in: *ders.* (Hrsg.), *Hausväter, Priester, Kastraten. Zur Konstruktion von Männlichkeit in Spätmittelalter und Früher Neuzeit*, Göttingen 1998, S. 7–28.

116 Jürgen Martschukat/Olaf Stieglitz, »Es ist ein Junge!« Einführung in die Geschichte der Männlichkeiten, Tübingen 2005.

Interessanterweise scheint die medizinische Konzeptualisierung von Männlichkeit sehr viel stärkeren Veränderungen unterlegen zu sein als die von Weiblichkeit. Womöglich boten »Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Menopause [...] stabilere Ansatzpunkte für eine dauerhafte Medikalisierung von Lebensphasen«¹¹⁷, sodass Frauen einen stabileren »Gesundheitshabitus«¹¹⁸ ausbildeten. Trotz dieses Befundes warnt Dinges vor dem Kurzschluss, die gängigen Vorstellungen von einem unstabilen, mithin ungesunden Gesundheitsverhalten von Männern als quasi »anthropologische Konstante« festzuschreiben. Vielmehr zeigten Analysen von Berichten und Briefen, dass Männer ein sehr viel besseres Gesundheitsbewusstsein entwickelten, als man ihnen gemeinhin unterstellt. Selbstverständlich gab es scheinbar typisch männliches Gesundheitsverhalten, wenn sich Männer etwa bei der »Bewertung von Krankheit und Genesung in erster Linie an den beruflichen Anforderungen und Einschränkungen«¹¹⁹ ausrichteten. Nicole Schweig findet in ihrer Analyse von Briefen aus dem 19. und 20. Jahrhundert folglich »typisch« männliche Vorstellungen vom »gestählten Körper, der keine Hilfe von außen benötigt, um zu gesunden«.¹²⁰ In erster Linie, so hält Martin Dinges auf Grundlage statistischer Erhebungen von Arztbesuchen in vier Jahrhunderten fest, sind geschlechtsspezifische Unterschiede aber mit der »medizinisch fundierten Zuschreibung bestimmter Qualitäten und zugehöriger Verhaltensweisen auf die beiden Geschlechter: Weichheit auf Frauen, Härte auf Männer«¹²¹ seit Mitte des 19. Jahrhunderts zu erklären. Denn diese gesellschaftlichen Zuschreibungen legitimierten oder delegitimierten geschlechtsspezifisches Verhalten wie den Gang zum Arzt oder das Ertragen von Krankheiten. Sonja Levsen kann in diesem Zusammenhang zeigen, dass nach dem Ersten Weltkrieg eine Zunahme der Gesundheits- und Sportbewegung unter Männern auch der Zuschreibung männlicher Ideale geschuldet war. Vorstellungen von »Selbstbeherrschung«, »Disziplin« und »Wehrkraft« standen nicht zuletzt im Kontext der Jugendbewegung und völkischer Ordnungsvorstellungen hoch im Kurs, was einen »Durchbruch ›moderner‹ Körper- und Gesundheitsideale«¹²² unter Männern bewirkte. Ein weiterer Faktor für »männliches« Gesundheitsverhalten war ein wachsendes Interesse an Frauen als Patienten unter den Ärzten und die »sinkenden Tabuschwellen zwischen Frauen und Ärzten im Lauf des 19. Jahrhunderts«.¹²³ Geschlechtsspezifische Zuschreibungen und Anrufungen bildeten somit den Hintergrund für eine Entwicklung, die seit 1860 relativ konstant verlief: Seither finden sich in den Arztpraxen im Durchschnitt circa 60 % Frauen und 40 % Männer. Dennoch reicht der Blick in die Praxen allein nicht aus; um geschlechtsspezifisches Gesundheitsverhalten zu erklären, müssen weitere Faktoren erkundet werden. So stellte Erwerbsarbeit sowohl ein »Risiko« dar als auch »Ressourcen« für Gesundheit bereit, von denen bis tief ins 20. Jahrhundert hinein vor allem Männer profitierten, »was in dem gegenwärtigen, oft polare Geschlechterstereo-

117 *Martin Dinges*, Für eine historische Dimension in der Männergesundheitsdebatte!, in: *ders.* (Hrsg.), *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000* (Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 27), Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2007, 398 S., kart., 54,00 €, S. 9–22, hier: S. 18.

118 *Ebd.*, S. 21.

119 *Nicole Schweig*, Familienstand und gesundheitsförderliches Verhalten von Männern in Briefen (1840–1950), in: *Dinges*, *Männlichkeit und Gesundheit*, S. 211–226, hier: S. 222.

120 *Ebd.*, S. 223.

121 *Martin Dinges*, Immer schon 60 % Frauen in den Arztpraxen? Zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes (1600–2000), in: *ders.*, *Männlichkeit und Gesundheit*, S. 295–322, hier: S. 308.

122 *Sonja Levsen*, Männliche Bierbäuche oder männliche Muskeln? Studenten, Männlichkeit und Gesundheit zwischen 1900 und 1930, in: *Dinges*, *Männlichkeit und Gesundheit*, S. 175–190, hier: S. 189.

123 *Dinges*, Immer schon, S. 310.

type fortschreibenden Defizitdiskurs der Männergesundheitsforschung oft übersehen wird«.¹²⁴

Systematisch wurde männliches Gesundheitsverhalten zuletzt von Nicole Schweig in ihrer Dissertation ebenfalls anhand von Briefen untersucht. Der beeindruckende Untersuchungszeitraum von 150 Jahren erschwert zwar gelegentlich die thematische Gliederung des Bandes und eine historische Kontextualisierung einzelner Fallbeispiele. Dennoch kommt Schweig zu überzeugenden Ergebnissen, wenn sie die Entstehung und Entwicklung eines männlichen Gesundheitshabitus vom 19. zum 20. Jahrhundert im Bürgertum und im Adel nachzeichnet. Dieser Habitus war nicht nur von »sich ändernden sozialen oder ökonomischen Bedingungen«¹²⁵ und vom jeweiligen Milieu abhängig – so spielten beispielsweise »seelische und nervliche Zustände im 19. Jahrhundert«¹²⁶ oder »Erkältungskrankheiten«¹²⁷ in unteren Schichten keine Rolle. Darüber hinaus prägte der zeitliche Kontext schichtübergreifende Verhaltensmuster. Schweig arbeitet in ihrer Studie nämlich Verhaltens- und Deutungsmuster von Gesundheit und Krankheit heraus, die allgemeinere Züge einer männlichen Wahrnehmung tragen. Verbreitet war demnach der geschlechtsspezifische Umgang mit Erkrankungen als »technische[m] Vorgang« und mit Heilung als »Reparatur«. Das gilt sowohl für das 19. als auch für das 20. Jahrhundert, in dem beispielsweise ein Wehrmachtssoldat seiner Frau den als Beruhigung gedachten Brief schrieb, dass seine Verletzung an der Ostfront »halb so schlimm und der Schaden [...] bald behoben«¹²⁸ wäre. Solche Mechanisierungen des Körpers entsprachen offensichtlich den zeitgenössischen Deutungen der »reizbaren Maschinen« und einer »Verwissenschaftlichung des Körpers«, wie sie Sarasin und andere aufgezeigt haben (vgl. Abschnitt I.), sie waren aber offenbar meist männlichen Ursprungs. Auch das Betonen der »Leidensfähigkeit«¹²⁹ findet sich in Briefen von Männern unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher sozialer Herkunft. Diese Ergebnisse führt Schweig darauf zurück, dass »Vorstellungen von Männlichkeit [...] bis in das 20. Jahrhundert im gesellschaftlichen Diskurs eng mit dem Bild des wehrhaften, kräftigen Soldatenkörpers verbunden«¹³⁰ waren. Der Bewertungsmaßstab »Arbeitsfähigkeit« hingegen setzte sich erst in dieser Zeit als universales Kriterium männlichen Gesundheitsverhaltens durch. Maßen im 19. Jahrhundert allein Männer aus den Unterschichten »die Ernsthaftigkeit ihres Unwohlseins an der Dauer des Verdienstaustausfalls«, geriet im Laufe der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die »Ausübung der Berufstätigkeit«¹³¹ zu einer Universalkategorie für die Bewertung männlichen Gesundheitsverhaltens.

Auch Susanne Hoffmanns Studie zum geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhalten fußt auf einem weiten Untersuchungszeitraum und breiten Quellenkorpus. Sie erforscht anhand von 155 »populären Autobiographien«, also nicht publizierten Lebensgeschichten von »Hobby-, Laien- oder Gelegenheitsautoren«¹³², ein möglichst breites Sample in Bezug

124 *Susanne Hoffmann*, Erwerbsarbeit – Risiko und Ressource für die Gesundheit von Männern. Sechs Autobiographien aus dem 20. Jahrhundert, in: *Dinges*, Männlichkeit und Gesundheit, S. 243–258, hier: S. 255.

125 *Nicole Schweig*, Gesundheitsverhalten von Männern. Gesundheit und Krankheit in Briefen, 1800–1950 (Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 33), Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2009, 288 S., kart., 42,00 €, S. 117.

126 Ebd., S. 187.

127 Ebd., S. 211.

128 Ebd., S. 221.

129 Ebd., S. 189.

130 Ebd., S. 251.

131 Ebd., S. 253.

132 *Susanne Hoffmann*, Gesunder Alltag im 20. Jahrhundert? Geschlechterspezifische Diskurse und gesundheitsrelevante Verhaltensstile in deutschsprachigen Ländern (Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 36), Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2010, 538 S., kart., 76,00 €, S. 39.

auf Schicht, Alter, regionale Herkunft – mit Blick auf die drei Länder Deutschland, Österreich und die Schweiz und den Wohnort (Stadt oder Land) – sowie Geschlecht.¹³³ Daher kann Hoffmann in ihrer Dissertation geschlechtsspezifisches Gesundheitsverhalten bei Frauen und Männern in den Blick nehmen sowie den Einfluss weiterer Faktoren in ihre Analyse miteinbeziehen. Dieses Vorgehen mündet in dem bemerkenswerten Ergebnis, dass »gender im 20. Jahrhundert für den Umgang mit Gesundheitsressourcen nicht als entscheidende Kategorie«¹³⁴ angesehen werden kann. Auch die soziale Herkunft verlor in dieser Zeit »zunehmend ihre distinktive Kraft«¹³⁵, standen Gesundheitsressourcen im Zuge der Ausdehnung von Kranken- und Sozialversicherung und der Popularisierung hygienischer Konzepte in den Schulen und Betrieben immer größeren Anteilen in der Gesellschaft zur Verfügung. Unterschiede im Gesundheitsverhalten nimmt Hoffmann vielmehr in verschiedenen Alterskohorten wahr. Insbesondere die »jugendbewegte Sportgeneration« mit ihrem holistischen und die »nationalsozialistische Sportgeneration« mit ihrem leistungsorientierten Ansatz hätten bei Frauen und Männern das Gesundheitsverhalten maßgeblich geprägt.¹³⁶ Insofern könne man nach Hoffmann auch keineswegs von Männern als risikofreudigen »Gesundheitsidioten« sprechen, wie sie »von Teilen der Arbeitspsychologie und Männergesundheitsforschung«¹³⁷ gelegentlich bezeichnet werden. »Geschlecht alleine«, so fasst Hoffmann dieses Ergebnis selbst zusammen, »vermag den ›gesunden Alltag‹ im 20. Jahrhundert [...] nicht differenziert genug [zu] erklären, weil das Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen oft mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede aufwies.«¹³⁸ Für eine Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin haben Hoffmanns Befunde zwei grundsätzliche Konsequenzen: Erstens raten sie zur Vorsicht gegenüber Alleinerklärungsansprüchen einzelner Zugriffe, ist ›Gender‹ eine wichtige, aber keine Universal-kategorie zur Erklärung menschlichen Verhaltens. Zweitens verbindet Susanne Hoffmann in ihrem Ansatz die Medizingeschichte mit der neuen Generationenforschung, wie sie etwa im Göttinger Graduiertenkolleg »Generationengeschichte« vorangetrieben wird.

Zwar ist ›Generation‹ ebenso wenig als exklusive Analysekategorie geeignet, müssen doch auch andere Kategorien wie Schicht, Region und eben auch Geschlecht berücksichtigt werden. Sehr geeignet ist ›Generation‹ allerdings als Analysekategorie für die Selbstbeschreibung und Selbstverortung von Subjekten und Gruppen. Hier liegen weitere Berührungspunkte zwischen kultur- und medizingeschichtlichen Ansätzen: in der Erkenntnis, dass sowohl ›Generation‹ wie ›Gesundheit‹ als »Argument« und »Erzählung« für Selbst- und Identitätsbildungen sowie als Konstruktionsmittel sozialer Kohäsion und Distinktion fungieren können.¹³⁹ Für solche Forschungen eröffnet die Dissertation von Eva-Maria Silies neue Wege.¹⁴⁰ Wegweisend ist ihre Studie auch, weil sie generationen-, geschlechts-, erfahrungs- und medizingeschichtliche Zugriffe kombiniert. Die Analyse verschiedener Quellen wie der Unterlagen aus dem Archiv der Schering AG, von Presseartikeln oder Zeitzeugen-Interviews spricht für diese methodische Bandbreite Bände. Dank dieses multi-

133 Zur Korpusbildung vgl. ebd., S. 42–52.

134 Ebd., S. 197.

135 Ebd., S. 197.

136 Ebd., S. 199.

137 Ebd., S. 327.

138 Ebd., S. 400.

139 Vgl. dazu etwa die Beiträge in *Björn Bohnenkamp/Till Manning/Eva-Maria Silies* (Hrsg.), *Generation als Erzählung. Neue Perspektiven auf ein kulturelles Deutungsmuster*, Göttingen 2009.

140 *Eva-Maria Silies*, *Liebe, Lust und Last. Die Pille als weibliche Generationserfahrung in der Bundesrepublik (1960–1980)* (Göttinger Studien zur Generationsforschung – Veröffentlichungen des DFG-Graduiertenkollegs »Generationsgeschichte«, Bd. 4), Wallstein Verlag, Göttingen 2010, 484 S., geb., 39,90 €.

perspektivischen Zugriffs analysiert Silies sowohl eine Erfahrungsgeschichte der Pille als auch eine Beziehungsgeschichte zwischen Geschlechtern und Generationen. So war die anfängliche »Euphorie«¹⁴¹ über die Möglichkeiten der Pille mitunter schnell verflogen, weil in den 1960er Jahren die Sensibilität für Nebenwirkungen – nicht zuletzt vor dem Hintergrund des Contergan-Skandals – stieg. Darüber hinaus erkannten viele Frauen in der Pille ein geschlechtsspezifisches Problem, machte diese die Empfängnisverhütung doch für die Männer zu einer »bequemen Geschichte«¹⁴² – so eine Zeitzeugin –, während die Frauen das gesundheitliche Risiko trugen. Davon abgesehen nahm die Pille Einfluss auf das »Mütterlichkeitsbild« der Frauen. Gerade im Verhältnis zu ihren Müttern und Großmüttern eröffneten sich ihnen neue Gelegenheiten der Lebens- und Familienplanung. Insofern lässt sich die Geschichte der Pille auch als ein Fallbeispiel für eine Individualisierung beziehungsweise »Pluralisierung«¹⁴³ medizinischer Praktiken seit den 1960er Jahren lesen, die grundsätzliche Veränderungen nicht nur des Gesundheits- beziehungsweise Sexualverhaltens, sondern von Lebensstilen überhaupt mit sich brachte.

An der Schnittstelle zwischen Alltags-, Patienten- und Geschlechtergeschichte operieren in letzter Zeit mehrere Studien zur Geschichte der Pflege. Obwohl das Thema Pflege in der deutschen Öffentlichkeit seit den 1990er Jahren zu einem politischen Dauerbrenner avanciert ist, an dem die Problematik der »alternden Gesellschaft« diskutiert wird¹⁴⁴, sind die Probleme mit der Pflege keineswegs neu. Das unterstreicht die einschlägige Habilitationsschrift von Christoph Schweikardt. Er lenkt das Augenmerk immer wieder auf das Verhältnis von Staat und Pflege, bezieht dabei aber auch die Pflegerinnen und Pfleger, Geistliche sowie Ärzte in seine Analyse ein. So zeichnet er Handlungsmöglichkeiten unterschiedlicher Akteursgruppen nach, wobei aufseiten der Ärzte das Interesse groß war, die Pflege nicht zu einer Konkurrenz für das eigene Betätigungsfeld werden zu lassen. In diesem Sinne war Pflege auch ein Austragungsort von Professionalisierungskämpfen, in dem Ärzte, Geistliche und Pflegekräfte um die Deutungshoheit von Gesundheit und damit um ihren Anteil an deren Verbesserung rangen. Das hatte auch damit zu tun, dass in der Krankenpflege die »weltanschauliche Komponente« einen hohen Stellenwert einnahm. Christliche Vorstellungen von der »Caritas« und konfessionelle Deutungen standen liberalen Konzeptionen Rudolf Virchows und anderen gegenüber, die ein »säkulares Dienstideal« zum Ausgangspunkt des Pflegeethos erhoben.¹⁴⁵

Während Schweikardt für die deutsche Pflegegeschichte politische und gesellschaftliche Grundlagen aufarbeitet, erweitert Sylvelyn Hähner-Rombach in ihrem Sammelband den Blick für internationale Zusammenhänge und konzentriert sich zugleich auf alltägliches Gesundheitsverhalten der Pflegerinnen und Pfleger. Ihr geht es zudem um eine Unterscheidung von »Milieus der Arbeitsfelder«¹⁴⁶ wie Gemeinde- und Hauspflege oder Pflege in der Psychiatrie und deren Auswirkungen auf das Gesundheits- und Pflegeverhalten. Insbesondere konfessionelle Milieus spielten dabei eine große Rolle. So schlug sich der

141 Ebd., S. 327.

142 Zit. nach: ebd., S. 326.

143 Ebd., S. 426.

144 Vgl. dazu den Debattenteil zur »Geschichte des Alterns«, in: Zeithistorische Forschungen 10, 2013, H. 3.

145 Christoph Schweikardt, Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik, Martin Meidenbauer Verlag, München 2008, 339 S., kart., 52,90 €, S. 282.

146 Sylvelyn Hähner-Rombach, Einführung, in: dies. (Hrsg.), Alltag in der Krankenpflege. Geschichte und Gegenwart/Everyday Nursing Life. Past and Present (Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 32), Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2009, 307 S., kart., 45,00 €, S. 7–14, hier: S. 8f.

von Schweikardt nachgezeichnete hohe Stellenwert christlicher Vorstellungen im Pflegealltag unmittelbar nieder. In Westdeutschland beispielsweise lag die ambulante Pflege noch bis »weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein [...] vor allem in der Hand christlicher Schwestern«. Das weite Feld der »Gemeindepflege«, so unterstreicht Susanne Kreutzer diesen Befund, war daher »dezidiert nicht als medizinischer Hilfsberuf konzipiert«. ¹⁴⁷ Im Vordergrund standen Vorstellungen von Caritas, Liebesdienst und Opferbereitschaft. Sie legten die Normen des beruflichen Alltags fest und umrissen so die Handlungsfelder der Pflegenden. ¹⁴⁸

Die Geschichte der Pflege eröffnet der Forschung zum Gesundheitsverhalten also spezifische Handlungsfelder und Erfahrungsräume. ¹⁴⁹ Von »Nurse Narratives« spricht in diesem Zusammenhang Stephanie Kirby in ihrer Studie zu Krankenschwestern in britischen Tuberkulosekliniken. Diese seien geprägt vom sozialen Raum und spezifischen Hierarchien in den Kliniken sowie von lang währenden, mitunter engen Beziehungen zu den Patienten. Diese Rahmenbedingungen prägten den individuellen Umgang mit dem Tod ebenso wie die Kontrolle von Emotionen dank eines »Coping« mithilfe von Lehrbüchern. ¹⁵⁰ Wichtige Ergänzungen zu Kirbys Befunden bietet Sylvelyn Hähner-Rombachs Aufsatz zum Umgang mit der Tuberkulose beim deutschen Pflegepersonal. Sie macht darauf aufmerksam, dass der individuelle Umgang mit Krankheit und Tod schnell zu einem geradezu »existenzielle[n] Problem« ¹⁵¹ geraten konnte, fiel doch ein Großteil der Krankenschwestern in Tuberkulose-Kliniken der Krankheit selbst zum Opfer. Eine 1899 von dem Mediziner Georg Cornet durchgeführte Untersuchung eines Krankenhauses ergab, dass langfristig gesehen 63 % der Krankenschwestern an der Krankheit »durch den innigen und steten Verkehr mit unreinlichen Phthisikern« ¹⁵², also durch die Pflege der an Tuberkulose Erkrankten, starben.

Ohne an dieser Stelle auf sämtliche Beiträge des Sammelbandes oder den weiteren Forschungsstand näher eingehen zu können, lassen sich abschließend zwei Impulse skizzieren, die von der Geschichte der Pflege für die Medizingeschichte im Speziellen und für die Sozial- und Kulturgeschichte im Allgemeinen ausgehen. Erstens ist die Geschichte der Pflege in weiten Teilen eine Geschichte von Frauen. Die angloamerikanische Bezeichnung dieses Forschungsgebiets als »History of Nursing« ¹⁵³ weist noch expliziter als der deutsche Sammelbegriff darauf hin, dass wir es hier meist mit dem Verhalten weiblicher Akteure zu tun haben, die erst spät zum Untersuchungsgegenstand erhoben wurden. Zweitens ist die Geschichte der Pflege eine Geschichte konfessioneller Milieus. Neben Vertretern des Staats, aus Ärzteschaft, medizinischer Forschung und Pharmaindustrie treten hier Kirchen und Geistliche als Akteure und Agenturen von Gesundheit hervor, sodass

147 Susanne Kreutzer, Freude und Last zugleich. Zur Arbeits- und Lebenswelt evangelischer Gemeindegewestern in Westdeutschland, in: *Hähner-Rombach*, Alltag in der Krankenpflege, S. 81–99, hier: S. 82.

148 Vgl. dazu auch den Beitrag von Ulrike Gaida, »Altjüngferlich im Wesen. Mäßige Begabung. Rührend aufopferungsfähig«. Beurteilungen evangelischer Krankenschwestern zwischen 1918 und 1933, in: *Hähner-Rombach*, Alltag in der Krankenpflege, S. 235–256.

149 Vgl. Kreutzer, Freude und Last, S. 96f.

150 Stephanie Kirby, »You Learned How to Love and Care for People Whose Lives Were at Stake.« Nursing Narratives of Death and Dying in Tuberculosis Hospitals in Britain, 1930–1960, in: *Hähner-Rombach*, Alltag in der Krankenpflege, S. 101–114.

151 Sylvelyn Hähner-Rombach, Kranke Schwestern. Umgang mit Tuberkulose unter dem Pflegepersonal 1890 bis 1930, in: *dies.*, Alltag in der Krankenpflege, S. 201–223, hier: S. 218.

152 Zit. nach: ebd., S. 204f.

153 Vgl. die Forschungsüberblicke bei Celia Davies, *Rewriting Nursing History*, London 1980; Barbara Mortimer/Susan McGann (Hrsg.), *New Directions in the History of Nursing. International Perspectives*, New York 2005.

»nach religiösen Besonderheiten innerhalb des Professionalisierungsprozesses«¹⁵⁴ ebenso zu fragen wäre wie nach dem Einfluss der Säkularisierung im 20. Jahrhundert auf Praktiken der Pflege im Besonderen und auf Gesundheitsverhalten im Allgemeinen.¹⁵⁵

Weitere Erkenntnisse zum Zusammenhang von individuellem Gesundheitsverhalten und gesellschaftlichen Gesundheitsverhältnissen versprechen konsum- und unternehmensgeschichtliche Arbeiten. Schließlich sorgte die Medikalisierung seit dem Ende des 19. Jahrhunderts für die Etablierung und Expansion eines gewaltigen Pharmamarktes. »Arzneistoffe«, so heben Nicholas Eschenbruch, Viola Balz, Ulrike Klöppel und Marion Hulverscheidt in ihrer Einleitung hervor, »waren im 20. Jahrhundert sowohl Produkt als auch Katalysator grundlegender gesellschaftlicher Veränderungen.«¹⁵⁶ Ihr Sammelband geht daher über den engen Zugriff der »klassischen« Pharmaziegeschichte¹⁵⁷ hinaus und fragt nach einer »Kulturgeschichte der Arzneistoffe«, die Akteure als »handelnde Personen« bei der Aushandlung medizinischer Bedürfnisse und der Vermarktung von Gesundheit begreift.¹⁵⁸ Weiterführend sind in diesem Band auch Überlegungen zum Zusammenspiel verschiedener Teilöffentlichkeiten zwischen Unternehmens-, Fach- und Medienöffentlichkeiten wie im Fall des Contergan-Skandals, den Alexander von Schwerin analysiert.¹⁵⁹ In dieser mediengeschichtlich erweiterten Perspektive lenken mehrere Autoren des Bandes ihren Blick auf Unternehmen als Akteure und auf deren Netzwerke. So kann Beat Bächli in seinem Aufsatz zur Firma Hoffmann-La Roche nachweisen, dass die intensive Werbung des Pharmaunternehmens für sein Vitamin C-Präparat erst dank neuer öffentlicher Körperbilder und Krankheitsvorstellungen ihren Resonanzboden fand, auf dem der wirtschaftliche Erfolg des Präparats aufbauen konnte.¹⁶⁰ Für diesen Aufsatz kann Bächli aus umfangreichen Forschungen für seine Dissertation schöpfen. In dieser Studie zur Geschichte der Ascorbinsäure, des künstlichen Vitamin C, zeigen sich die Potenziale der Verbindung aus Unternehmens- und Medizingeschichte besonders deutlich. Bächli weist nach, »wie man Patienten eine neue Krankheit andichtet«¹⁶¹, also einen medizinischen Markt generiert und so auf das gesellschaftliche Gesundheitsverhalten Einfluss nimmt. Schließlich bestand in den 1930er Jahren, als der spätere Nobelpreisträger Tadeus Reichstein Vitamin C für das Pharmaunternehmen Hoffmann-La Roche künstlich herstellte, keine medizinische Notwendigkeit und daher auch »keinerlei medizinische Nachfrage«¹⁶² für das Produkt. Erst die Überzeugungsarbeit von Chemikern, Medizinerinnen und Unternehmern in Verbindung mit Journalisten, Politikern und Ärzten schuf einen Bedarf, der die ökonomische

154 *Eckart/Jütte*, Medizingeschichte, S. 289.

155 Vgl. *Karen Nolte*, Einführung. Pflegegeschichte – Fragestellungen und Perspektiven, in: *Medizinhistorisches Journal* 47, 2012, S. 115–128, sowie die Beiträge des von Karen Nolte herausgegebenen Doppelheftes des *Medizinhistorischen Journals* 47, 2012 (H. 2 und 3).

156 *Nicholas Eschenbruch/Viola Balz/Ulrike Klöppel* u. a., Einleitung, in: *dies.* (Hrsg.), *Arzneimittel des 20. Jahrhunderts. Historische Skizzen von Lebertran bis Contergan*, Transcript Verlag, Bielefeld 2009, 340 S., kart., 19,80 €, S. 7–15, hier: S. 7.

157 Zum Forschungszweig der »Pharmaziegeschichte« vgl. *Eckart/Jütte*, Medizingeschichte, S. 243–251.

158 *Eschenbruch/Balz/Klöppel* u. a., Einleitung, S. 11f.

159 *Alexander von Schwerin*, 1961 – die Contergan-Bombe. Der Arzneimittelskandal und die neue risikoepestemische Ordnung der Massenkonsumgesellschaft, in: *Eschenbruch/Balz/Klöppel* u. a., *Arzneimittel des 20. Jahrhunderts*, S. 255–282.

160 *Beat Bächli*, 1933 – Mikrochemie der Macht. Vitamin C und der Wandel von Körpermetaphern, in: *Eschenbruch/Balz/Klöppel* u. a., *Arzneimittel des 20. Jahrhunderts*, S. 103–121.

161 *Beat Bächli*, Vitamin C für alle! Pharmazeutische Produktion, Vermarktung und Gesundheitspolitik (1933–1953) (Interferenzen. Studien zur Kulturgeschichte der Technik, Bd. 14), Chronos Verlag, Zürich 2009, 275 S., kart., 23,00 €, S. 129.

162 Ebd., S. 9.

mische Erfolgsgeschichte des Vitamin C ab den 1940er Jahren begründete. In der öffentlichen Wahrnehmung versprach Vitamin C nun eine Stärkung der Abwehrkräfte und eine Erhöhung der Leistungsfähigkeit. Mithilfe von Statistiken, Prospekten für Ärzte, Werbung in der Presse, Fachstudien und Gutachten eröffnete Hoffmann-La Roche nicht nur eine »neue Sicht auf Vitamine«¹⁶³ im Speziellen, sondern neue »Definitionen von Gesundheit und Krankheit«¹⁶⁴ im Allgemeinen: Ermüdungserscheinungen und Leistungsabfall wurden fortan als Krankheit verstanden, die eine kontinuierliche Versorgung mit Vitamin C erforderte. Das Ziel war nun nicht mehr »nur« Gesundheit, sondern die »volle Gesundheit«, an der sich das Gesundheitsverhalten der gesamten Gesellschaft orientieren sollte, wie es ein Schweizer Mediziner Mitte der 1930er Jahre auf den Punkt brachte: »Man muss also mehr und mehr Vitamine geben, bis sich die Gesundheit nicht mehr verbessern lässt. Volle Gesundheit ist die Gesundheit, die sich nicht mehr steigern lässt.«¹⁶⁵ Sozialpolitische Durchschlagskraft erhielten diese Neudefinitionen, weil sie als Agenda für die Optimierung ganzer »Völkerschichten« ausgerufen und daher für die Gesundheitspolitik attraktiv wurden. Seit Beginn des Zweiten Weltkriegs war Vitamin C nicht nur für die »Eidgenössische Kommission für Kriegsernährung« eine Lösung zur »Aufrechterhaltung der vollen Leistungsfähigkeit des Volkskörpers«¹⁶⁶, sondern ebenso für das »Dritte Reich«, in dem der »Vitaminhunger«¹⁶⁷ ständig wuchs.

Es sind diese transnationalen Verbindungen, die Netzwerke zwischen Akteuren aus Wirtschaft, Wissenschaft und Politik sowie das »Ensemble von Techniken, Praktiken und Institutionen«¹⁶⁸, die Bächis Band so anregend machen. In diesen vielfältigen Verflechtungen schlägt sich ein multiperspektivischer Zugriff von kultur-, medizin-, unternehmens- und politikgeschichtlichen Ansätzen nieder, in denen sich sowohl gesellschaftliche Vorstellungen von Gesundheitsverhältnissen als auch deren Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten einer Gesellschaft von den 1930er bis in die 1950er Jahre erkunden lassen. »Vitamin C war Mitte der 1950er Jahre über Seefahrer, Säuglinge und müde Sekretärinnen beim Norm-Mann angekommen – der es in Form von Kristallen imaginierte und verinnerlichte.«¹⁶⁹ Bächis verfolgt damit lange Linien von der Zwischenkriegszeit bis in den Kalten Krieg, ohne die gesellschaftliche Sprengkraft des Zweiten Weltkriegs zu übersehen; im Gegenteil: Für den Prozess der Verinnerlichung und Imagination des Vitamin C war der Weltkrieg ein wichtiger Katalysator. Nicht nur die Nachfrage der Wehrmacht, sondern mehr noch der Zeitgeist beförderte die Etablierung des Vitamin C als »Volksdroge«:¹⁷⁰ Im »geistigen Klima des Zweiten Weltkriegs« waren Ängste vor Mangelerscheinungen und Degenerationen besonders groß, was den Masseneinsatz in Schulen und die Popularisierung neuer Krankheitsbilder beförderte.

Um den Zusammenhang von Gesundheitsverhältnissen und ihren gesellschaftlichen Aushandlungen auf der einen Seite und individuellem Gesundheitsverhalten auf der anderen geht es auch im Sammelband von Martin Lengwiler und Jeanette Madarász zum »präventiven Selbst«.¹⁷¹ Die hier versammelten Beiträge erkunden eine »Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik« vom Ende des 19. Jahrhunderts bis in unsere Gegen-

163 Ebd., S. 137.

164 Ebd., S. 10.

165 Zit. nach: ebd., S. 137.

166 Zit. nach: ebd., S. 201.

167 Ebd., S. 196.

168 Ebd., S. 10.

169 Ebd., S. 243f.

170 Ebd., S. 246.

171 *Martin Lengwiler/Jeanette Madarász* (Hrsg.), *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik* (Verkörperungen/MatteRealities. Perspektiven empirischer Wissenschaftsforschung, Bd. 9), Transcript Verlag, Bielefeld 2010, 387 S., kart., 32,80 €.

wart.¹⁷² Der Untertitel des Bandes ist Programm, wird Gesundheitspolitik doch im Sinne einer »Kulturgeschichte des Politischen«¹⁷³ ungemein breit aufgefächert von Prozessen gesellschaftlicher Aushandlung bis hin zu individuellen Praktiken im Alltag. Lengwilers und Madarász' Präventionsbegriff beschränkt sich folglich nicht auf medizinische Maßnahmen im engeren Sinne, sondern wird als »grundlegende Sozial- und Kulturtechnik der Moderne«¹⁷⁴ verstanden, die vielfältige Vorsorge- und Vorbeugungsmaßnahmen wie Sport, Versicherungen und Ernährungsweisen einschließt. Diese Vielfalt fördert in den Aufsätzen eine Vielzahl an Akteuren zutage, die Lengwiler und Madarász in vier »Akteursgruppen« – Staat, Privatwirtschaft, zivilgesellschaftliche Vereinigungen und individuelle Akteure – unterteilen.¹⁷⁵ Neben der konzisen Einleitung sind vor allem jene Beiträge des Bandes anregend, die das Zusammenspiel unterschiedlicher Akteure in den Blick nehmen oder eine vergleichende Perspektive einnehmen, wie der Aufsatz von Ulrike Lindner zur Schwangerenvorsorge in der Bundesrepublik und in Großbritannien. Hier geraten nicht nur Gesundheitspolitiker und Experten aus Ärzteschaft und Verwaltung in den Blick, sondern auch die Reaktionen einzelner Frauen und Organisationen und damit der »Einfluss von Frauen- und Patientengruppen auf die Präventionsmaßnahmen«.¹⁷⁶ Interessant sind in diesem Zusammenhang länderspezifische Entwicklungen, so die Verzögerungen bei der »Bildung zivilgesellschaftlicher Gruppen« in der Bundesrepublik, während in Großbritannien sehr viel früher eine »selbstbewusstere Haltung der Patientinnen« spürbar gewesen sei.¹⁷⁷

Obgleich Lengwiler und Madarász einen »Paradigmenwechsel« und eine »liberale Wende des Präventionsdiskurses« nach 1945 betonen¹⁷⁸, verstehen sie die Entstehung und Etablierung des »präventiven Selbst« nicht als lineare Erfolgsgeschichte. Vielmehr verfolgen sie in ihrer Einleitung sowie in mehreren Aufsätzen des Bandes parallele Entwicklungen und Interdependenzen. Deutlich wird das etwa bei den Prozessen der Internationalisierung und Individualisierung des Gesundheitsverhaltens, die seit den 1950er Jahren eine zentrale Rolle spielten. Seither habe es eine »Angleichung nationalstaatlicher Präventionsdiskurse«¹⁷⁹ gegeben, insbesondere durch die Etablierung internationaler Organisationen wie der WHO nach dem Zweiten Weltkrieg (vgl. Abschnitt VII.), die eine »Internationalisierung der Präventionsdiskurse«¹⁸⁰ beförderten. Die Durchsetzung und Kritik des amerikanischen Risikofaktorenmodells in der Bundesrepublik, die Carsten Timmermann von den 1950er bis in die 1970er Jahre untersucht, wäre hierfür ein treffendes

172 Vgl. dazu etwa die Überlegungen Jörg Niewöhners zur Entstehung einer »Neo-Sozialhygiene« seit dem Ende des 20. Jahrhunderts: Jörg Niewöhner, Über die Spannungen zwischen individueller und kollektiver Intervention. Herzkreislaufprävention zwischen Gouvernamentalität und Hygienisierung, in: Lengwiler/Madarász, Das präventive Selbst, S. 307–324, hier: S. 320.

173 Vgl. als Einstieg unter anderem Achim Landwehr, Diskurs – Macht – Wissen. Perspektiven einer Kulturgeschichte des Politischen, in: AfK 85, 2003, S. 71–117; Barbara Stollberg-Rilinger (Hrsg.), Was heißt Kulturgeschichte des Politischen?, Berlin 2005; Ute Frevert/Heinz-Gerhard Haupt (Hrsg.), Neue Politikgeschichte. Perspektiven einer historischen Politikforschung, Frankfurt am Main 2005.

174 Martin Lengwiler/Jeanette Madarász, Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik, in: dies., Das präventive Selbst, S. 11–28, hier: S. 13.

175 Ebd., S. 15f.

176 Ulrike Lindner, Sicherheits- und Präventionskonzepte im Umbruch. Von der Gruppenvorsorge zur individualisierten medizinischen Risikoprävention für Schwangere, in: Lengwiler/Madarász, Das präventive Selbst, S. 229–249, hier: S. 245.

177 Ebd.

178 Lengwiler/Madarász, Präventionsgeschichte, S. 21f.

179 Ebd., S. 12.

180 Ebd., S. 13.

Beispiel.¹⁸¹ An der Popularisierung des »Joggings« im »Zeitalter der Kalorienangst« wiederum zeigt Tobias Dietrich den Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Gesundheitsverhältnissen, gesundheitspolitischen Normierungsversuchen und individuellen Lebensstilen in den 1970er Jahren auf. »Persönliche Leistungsfähigkeit und Lebensqualität« verdrängten demnach frühere Wettkampf-Prinzipien und gaben so Ausdruck von einer »neuen symbolische[n] Sorge um sich«.¹⁸²

Martin Lengwiler und Jeanette Madarász umreißen mit ihrem Band ein Forschungsfeld, das in letzter Zeit große Aufmerksamkeit unterschiedlicher Disziplinen gefunden hat. Diese Aufmerksamkeit dürfte nicht nur aktuellen politischen Entwicklungen geschuldet sein, wie sie zuletzt etwa im Präventionsgesetz der Bundesregierung zum Ausdruck kommen. Darüber hinaus eröffnet eine »Präventionsgeschichte«, eine Geschichte der »Vorsorge, Voraussicht, Vorhersage«¹⁸³, eine Geschichte der »Prävention im 20. Jahrhundert«¹⁸⁴ oder eine »Zeitgeschichte der Vorsorge«¹⁸⁵ neue Perspektiven auf die Geschichte der Moderne. Obgleich eine Genealogie dieser Kulturtechnik noch genauer erkundet und zeitlich weiter zurückverfolgt werden könnte, gewinnen neue Forschungen zum präventiven Gesundheitsverhalten und zu den Vor-Sorgen von Gesellschaften Erkenntnisse, mit denen sich Voraussetzungen, Formen und Folgen moderner Basisprozesse differenzieren lassen. Studien zu Präventionsmaßnahmen wie der humangenetischen Beratung, dem Impfen, der Krebs- und Herz-Kreislauf-Vorsorge zeichnen nicht nur Veränderungen im Gesundheitsverhalten, sondern ebenso einen Wandel des Sozialstaats nach, der verbreitete Vorstellungen infrage stellt:¹⁸⁶ Die Beharrungskraft staatlicher Zwangsmaßnahmen im Dienste der

181 Carsten Timmermann, Risikofaktoren. Der scheinbar unaufhaltsame Erfolg eines Ansatzes aus der amerikanischen Epidemiologie in der deutschen Nachkriegsmedizin, in: *Lengwiler/Madarász*, Das präventive Selbst, S. 251–277.

182 Tobias Dietrich, Eine neue Sorge um sich? Ausdauersport im »Zeitalter der Kalorienangst«, in: *Lengwiler/Madarász*, Das präventive Selbst, S. 279–304, hier: S. 298 und 300.

183 Vgl. das Konzept des gleichnamigen DFG-Graduiertenkollegs 1919 »Vorsorge, Voraussicht, Vorhersage. Kontingenzbewältigung durch Zukunftshandeln« unter URL: <<http://www.uni-due.de/geschichte/grk.php>> [30.6.2013].

184 Sigrid Stöckel/Ulla Walter (Hrsg.), Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, Weinheim 2002.

185 Vgl. das gleichnamige Themenheft der Zeithistorischen Forschungen 10, 2013, H. 3 sowie die einleitenden Überlegungen bei Malte Thießen, Gesundheit erhalten, Gesellschaft gestalten. Konzepte und Praktiken der Vorsorge im 20. Jahrhundert – eine Einführung, in: ebd.

186 Vgl. unter anderem Martin Lengwiler/Stefan Beck, Historizität, Materialität und Hybridität von Wissensspraxen. Die Entwicklung europäischer Präventionsregime im 20. Jahrhundert, in: GG 33, 2008, S. 489–523; Marie Schenk, Behinderung – Genetik – Vorsorge. Sterilisationspraxis und humangenetische Beratung in der Bundesrepublik, in: Zeithistorische Forschungen 10, 2013, H. 3 (im Druck); Jörg Niewöhner/Martin Döring/Michalis Kontopodis u. a., Cardiovascular Disease and Obesity Prevention in Germany. An Investigation into a Heterogeneous Engineering Project, in: Science, Technology, Human Values 36, 2011, S. 723–751; Jeanette Madarász, Die Pflicht zur Gesundheit. Chronische Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems zwischen Wissenschaft, Populärwissenschaft und Öffentlichkeit, 1918–1945, in: *Lengwiler/Madarász*, Das präventive Selbst, S. 137–167; Maren Möhring, Die Regierung der Körper. »Gouvernementalität« und »Techniken des Selbst«, in: Zeithistorische Forschungen 3, 2006, H. 2, S. 284–290. Das Potenzial stadtgeschichtlicher Forschungen unterstreicht der Essay von Felix Brahm und Tatjana Timoschenko, der die Geschichte des Impfens im 19. und 20. Jahrhundert als lokale Fallstudie untersucht: Felix Brahm/Tatjana Timoschenko, »Weise du schufest die Wehr, die Hamburgs Pockenschutz gründet.« Die Geschichte des Hamburger Impfenzentrums von den Anfängen der Pockenimpfung bis zur Gegenwart (Schriftenreihe des Instituts für Hygiene und Umwelt, Hamburg, Bd. 2), Edition Temmen, Bremen 2005, 90 S., geb., 19,90 €. Zum Impfen als Aushandlung sozialer Ordnung im 20. Jahrhundert vgl. unter anderem Malte Thießen, Vom immunisierten Volkskörper zum »präventiven Selbst«. Impfen als Biopolitik

»Volksgesundheit«, wie sie bei Screening-Verfahren, Sterilisationen von Behinderten oder Pflichtimpfungen bis Ende der 1980er Jahre deutlich wird, wäre ein Hinweis, dass eine »Liberalisierung« europäischer Gesellschaften verschlungene Wege ging.

III. WAHNSINN, NORMALITÄT UND GESELLSCHAFT – PSYCHIATRIEGESCHICHTE

Das Verhältnis zwischen medizinischem Wissen und einer »Medikalisierung« sozialer Normen, Deutungs- und Verhaltensmuster ist auf dem Feld der Psychiatriegeschichte bereits seit den 1980er Jahren erforscht worden. Insbesondere die Wechselwirkungen zwischen medizinischem Wissen und bürgerlichen Milieus haben die Forschung seit den Pionierstudien von Doris Kaufmann, Joachim Radkau und Volker Roelcke immer wieder fasziniert.¹⁸⁷ Psychiatrie war demnach auch ein Medium der Selbstbestimmung bürgerlicher Normen und Normalität. Diese Beobachtung fußte nicht zuletzt auf Foucaults Überlegungen zur Medikalisierung des Wahnsinns im 19. Jahrhundert, konstatierte dieser doch eine enge Beziehung zwischen »Wahnsinn und Gesellschaft«, also zwischen Dispositiven und Machtstrukturen und psychiatrischem Wissen. Dieses Wissen war demnach stets ein Ausdruck von Ab- und Ausgrenzungen, sodass sich Psychiatriegeschichte als eine »Geschichte der Grenzen« beschreiben ließe, »mit denen eine Kultur etwas zurückweist, was für sie außerhalb liegt«.¹⁸⁸

Dass sich diese Grenzziehungen bis weit in die Antike zurückverfolgen lassen, beweist der gelungene Überblick über die Psychiatriegeschichte von Heinz Schott und Rainer Tölle. Ihr erstes Kapitel führt den Leser von der Dämonologie in den frühen Hochkulturen über die naturwissenschaftliche Fundierung der Psychiatrie durch »Hirnforschung und Neurologie«¹⁸⁹ und deren Auswirkungen in der Degenerationslehre, im Sozialdarwinismus und eugenischen Denken bis zu aktuellen Trends der Psychiatrie im 21. Jahrhundert. Schott und Tölle betten ihre Psychiatriegeschichte immer wieder in breitere historische Zusammenhänge ein, denn es geht ihnen mit ihrer Tour d'Horizon um den Zusammenhang von psychiatrischem Denken und Menschenbildern einer Gesellschaft. Deutlich tritt dieser Zusammenhang in der Analyse einzelner Forscher hervor, die im zweiten Hauptteil unter anderem anhand von Emil Kraepelin, Sigmund Freud, Eugen Bleuler, Robert Eugen Gaupp, Ernst Kretschmer und Karl Jaspers geboten wird. Schließlich bedeutete die Diagnose »Geisteskrankheit«, die sich seit Mitte des 19. Jahrhunderts durchsetzte, eine Stigmatisierung und soziale »Etikettierung, die im Hinblick auf die Frage nach der Verantwortlichkeit bzw. Schuldfähigkeit im Zivil und im Strafrecht weitreichende Konsequenzen«¹⁹⁰ nach sich zog. Insofern betonen Schott und Tölle in ihren Abschnitten zur Rezeption und zur Wirkungsgeschichte immer wieder, inwiefern psychiatrisches Wissen den Blick auf den Menschen selbst veränderte. Das gilt nicht zuletzt für »gesellschaftskri-

und soziale Praxis vom Kaiserreich zur Bundesrepublik, in: VfZ 61, 2013, S. 35–64; ders., Vor-sorge als Ordnung des Sozialen. Impfen in der Bundesrepublik und DDR, in: Zeithistorische Forschungen 10, 2013, H. 3 (im Druck).

187 Doris Kaufmann, Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die »Erfindung« der Psychiatrie in Deutschland 1770–1850, Göttingen 1995; Joachim Radkau, Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler, München 1998; Volker Roelcke, Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790–1914), Frankfurt am Main 1999.

188 Oliver Kohns, Verrücktheit des Sinns. Wahnsinn und Zeichen bei Kant, E.T.A. Hoffmann und Thomas Carlyle, Bielefeld 2007, S. 8.

189 Heinz Schott/Rainer Tölle, Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, Verlag C.H. Beck, München 2006, 688 S., geb., 39,90 €, S. 78.

190 Ebd., S. 498.

tische Strömungen«¹⁹¹ der »Antipsychiatrie« beziehungsweise antipsychiatrischen Bewegung, die Ende des 19. Jahrhunderts aufkam. Sie stellte nicht nur einzelne Therapiemethoden infrage, sondern gab Anstoß für grundsätzliche Reformen psychiatrischer Krankenhäuser ab den 1950er und 1960er Jahren und damit für eine Neuverhandlung psychiatrischen Wissens.¹⁹² Bemerkenswert sind diese Befunde, weil sie im dritten und umfangreichsten Kapitel mit Blicken in die psychiatrische Praxis unterfüttert werden. Dass die Krankenversorgung am Ende des 18. Jahrhunderts erstmals einzelne »Befreiung[en] von den Ketten«¹⁹³ vornahm, sehen Schott und Tölle als Beginn eines sehr »langwierigen Vorgangs, der bis in die Gegenwart reicht«¹⁹⁴, da das mechanische Fixieren von Patienten bis weit in das 20. Jahrhundert hinein üblich blieb. Den langsamen Abschied von Zwangsmitteln untermauert auch das letzte, sehr viel kürzere Kapitel zu den Behandlungsmethoden. So war es wohl kein Zufall, dass die »pharmakologische Forschung [...] seit den 1960er Jahren enorm intensiviert wurde«¹⁹⁵, zu einem Zeitpunkt also, als die Psychiatriereform besonders engagiert debattiert wurde und freiere Behandlungsmethoden zur Erprobung standen.

Mit ihrer Psychiatriegeschichte bieten Heinz Schott und Rainer Tölle daher dreierlei: erstens einen Überblick über die Psychiatrie als eine Institution im Wandel, zweitens eine Einbettung dieser Geschichte in den Wandel sozialer Ordnungsvorstellungen »zwischen Individuum und Gesellschaft«¹⁹⁶ sowie drittens einen Fokus auf die Fürsorge und Praxis. Auch deshalb ist ihr Band eine hervorragende Ergänzung zur Habilitationsschrift von Cornelia Brink.¹⁹⁷ Brink vermisst die »Grenzen der Anstalt« zwar ebenfalls ausgesprochen weiträumig. Sowohl ihr Untersuchungszeitraum als auch die Verbindung von kultur- und sozialgeschichtlichen mit rechts-, medien- und medizingeschichtlichen Fragestellungen zeichnen ihre differenzierte Studie aus. Die rechtliche Definition psychischer Erkrankungen und öffentliche Debatten um die Behandlung von Kranken und Forderungen zur Reform der Anstalten bilden hier wesentliche Eckpunkte einer Wissensgeschichte zur Psychiatrie, die damit grundsätzliche Erkenntnisse zum Wandel sozialer Normen in der Moderne gewinnt. In diesem weiten Blickwinkel muss Brink allerdings die Perspektive auf Praktiken in den Anstalten weitgehend ausblenden, wie sie bei Heinz Schott und Rainer Tölle in den Blick geraten.

Eine Kombination von Außen- und Innenperspektive bietet der Sammelband von Heiner Fangerau und Karen Nolte, der sich ganz auf die Moderne konzentriert. Dieser Untersuchungszeitraum, das machen beide in ihrer Einleitung deutlich, ist nicht nur vor dem Hintergrund der Medikalisierung sinnvoll. Darüber hinaus ist die Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert »durch das wechselseitige Verhältnis von Legitimation und Kritik geprägt«.¹⁹⁸ Aus mehreren Gründen bietet dieses Wechselverhältnis einen geeigneten Ausgangspunkt für die Aufsätze des Sammelbandes. Erstens bettet er die Psychiatriegeschichte tief in zeitgenössische Debatten ein. Im Kapitel zu »Psychiatrie und Öffentlichkeit« erkundet beispielsweise Heinz-Peter Schmiedebach an Werken Heinrich Manns, Frederik

191 Ebd., S. 209.

192 Ebd., S. 306–319.

193 Ebd., S. 244.

194 Ebd., S. 246.

195 Ebd., S. 495.

196 Ebd., S. 505.

197 Cornelia Brink, *Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980*, Göttingen 2010.

198 Karen Nolte/Heiner Fangerau, Einleitung. »Moderne« Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik, in: dies. (Hrsg.), »Moderne« Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik (Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 26), Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2006, 416 S., kart., 62,00 €, S. 7–21, hier: S. 7.

van Eedens und Waldemar Müller-Eberhardts »narrative Entwürfe zu Psychiatrie und Irrenanstalt« in der Literatur, die in ihrer Psychiatriekritik »ein Plädoyer für die Entfaltung individueller Besonderheit oder Kreativität«¹⁹⁹ formulierten. Die anschließenden Beiträge von Thorsten Noack und Cornelia Brink erkunden das Verhältnis von Psychiatrie und Öffentlichkeit in der Bundesrepublik. Noack zeigt anhand von Kinofilmen wie »Die Schlangengrube«, an Reportagen und Presseberichterstattungen der 1950er Jahre ein wachsendes öffentliches Interesse an psychiatrischen Anstalten sowie eine allmähliche Popularisierung der Psychiatriekritik. Diese Auseinandersetzung war nicht nur eine »Folge der NS-Politik und des Krieges«. Ebenso ausschlaggebend waren bundesdeutsche »Viktimisierungsbedürfnisse« und der Wunsch nach einer Auseinandersetzung mit der »Geschlechterproblematik«, die in Berichten über den Fall Lena Corten geführt wurde.²⁰⁰ Dass viele Ärzte auf diese Kritik und Auseinandersetzungen mit einer Psychopathologisierung ihrer Kritiker antworteten und dass diese »rigorose Abwehr« aller Reformbemühungen zunächst von Erfolg gekrönt blieb, wäre eine Erklärung, warum sich in der Bundesrepublik erst ab den 1960er Jahren strukturelle Änderungen anbahnten. Diese Entwicklungen nimmt Cornelia Brink genauer in den Blick. Sie untersucht die »medizinische Öffentlichkeitsarbeit« von Experten, die ab den 1960er Jahren »eine kontrollierte Öffnung gegenüber der Öffentlichkeit« versuchten.²⁰¹ In den vorsichtigen Öffnungsversuchen beschreibt sie sowohl zeitgenössische Vorstellungen über das Verhältnis von Öffentlichkeit und Experten im Allgemeinen als auch das Verhältnis unterschiedlicher psychiatrischer Schulen zueinander. Sie zeigt damit auf, dass die von Noack für die 1950er Jahre problematisierten Vorbehalte unter Ärzten von langer Dauer waren. Psychiatriekritische Enthüllungsgeschichten wie das populäre Buch »Irrenhäuser. Kranke klagen an« provozierten unter einigen Medizinerinnen noch 1969 scharfe Kritik am »soziologische[n] Gefasel« von »Stimmen aus dem Untergrund«.²⁰² In der Geschichte der Legitimation und Kritik der Psychiatrie entfalteten sich also gesellschaftliche Debatten, in denen Menschenbilder, Geschlechterverhältnisse, soziale Ordnungen und Normen verhandelt wurden. Wahrscheinlich erklärt erst diese soziale Aufladung jenen giftigen Tonfall der Psychiatriekritiker auf der einen Seite und der Verteidiger des Status quo auf der anderen. Das »Wechselverhältnis von Krankheits- und Gesellschaftsdeutung«, das Brigitta Bernet in dem Sammelband von Fangerau und Nolte erkundet, oder die sozialreformerische Motivation von Psychiatern, die Astrid Ley in ihrem Aufsatz analysiert, zeichnen diese gesellschaftspolitische Aufladung präzise nach.²⁰³

Ein grundsätzliches Problem der Psychiatriegeschichte bleibt die »professionelle« Perspektive vieler Quellen. Meistens bekommen Historiker die »Erfahrung der Betroffenen

199 Heinz-Peter Schmiedebach, »Zerquälte Ergebnisse einer Dichterseele« – Literarische Kritik, Psychiatrie und Öffentlichkeit um 1900, in: Nolte/Fangerau, »Moderne« Anstaltspsychiatrie, S. 259–281, hier: S. 259 und 266.

200 Thorsten Noack, Über Kaninchen und Giftschlangen. Psychiatrie und Öffentlichkeit in der frühen Bundesrepublik, in: Fangerau/Nolte, »Moderne« Anstaltspsychiatrie, S. 311–340, hier: S. 318 und 332.

201 Cornelia Brink, »Keine Angst vor Psychiatern.« Psychiatrie, Psychiatriekritik und Öffentlichkeit in der Bundesrepublik Deutschland (1960–1980), in: Fangerau/Nolte, »Moderne« Anstaltspsychiatrie, S. 341–360, hier: S. 356.

202 Ebd., S. 350f.; Frank Fischer, Irrenhäuser. Kranke klagen an, München/Wien etc. 1969.

203 Vgl. Brigitta Bernet, Assoziationsstörung. Zum Wechselverhältnis von Krankheits- und Gesellschaftsdeutung im Werk Eugen Bleulers (1857–1939), in: Fangerau/Nolte, »Moderne« Anstaltspsychiatrie, S. 169–193; Astrid Ley, Psychiatriekritik durch Psychiater. Sozialreformerische und professionspolitische Ziele des Erlanger Anstaltsdirektors Gustav Kolb (1870–1938), in: Fangerau/Nolte, »Moderne« Anstaltspsychiatrie, S. 195–219.

[...] nur durch die Brille des ›ärztlichen Blicks‹ zu sehen«.²⁰⁴ Deutlich wird das in Patientenfotos, die Helen Bömelburg in ihrer Dissertation in einer überzeugenden Verknüpfung von medizin-, mediengeschichtlichen und kunstwissenschaftlichen Zugriffen untersucht. Dieser Ansatz ist auch insofern hervorzuheben, als viele Arbeiten zur Bild- und Fotografiegeschichte zwar Erkenntnisse zur Bildästhetik von Patientenfotos gewinnen, diese aber selten in den jeweiligen institutionellen und soziokulturellen Kontext einbetten.²⁰⁵ Deshalb geht es Bömelburg in ihrer Arbeit darum, »die Bilder im Kontext ihrer Funktions- und Verwendungsweisen«²⁰⁶ zu untersuchen, die sie in drei psychiatrischen Einrichtungen in Hamburg, Gießen und Göppingen erkundet. Die Fotos, von denen sich in diesem Band eine ganze Reihe als Abbildungen finden, waren mehr als ein Ausdruck der medizinischen Praxis, sondern »eine soziale Handlung« (Foucault) selbst, mit der das »Wesen des Anstaltspatienten«²⁰⁷ erklärt und normiert, ja »visuelle Gewalt«²⁰⁸ ausgeübt werden konnte. Insofern schlugen sich in den inszenierten Fotos »bildungsbürgerliche Wertvorstellungen«²⁰⁹ der Mediziner nieder, die die Porträts als eine Kontrastfolie bürgerlicher Normen inszenierten. Bömelburgs Ergebnisse legen daher nahe, dass die Psychiatrien mit ihren Fotos »bildliche Belege für die Degenerationstheorie«²¹⁰ schufen, um an zeitgemäße Diskurse der Jahrhundertwende anzuschließen.

Da sich die Deutungsmacht der Mediziner nicht nur in Patienten-Fotos, sondern in den meisten Quellen der Psychiatriegeschichte niederschlägt, ist das Arzt-Patienten-Verhältnis von Historikern lange Zeit »als ›Monolog der Ärzte‹ beschrieben«²¹¹ worden. Drei Beiträge des Sammelbandes von Fangerau und Nolte widmen sich daher explizit der Patientengeschichte und dem Wissen der Patienten über die Psychiatrie beziehungsweise die »ärztlichen Reaktionen«²¹² auf Patientenkritik. Anhand von Briefen der Patienten weist Karen Nolte beispielsweise nach, wie sich einige Patientinnen und Patienten »in den zeitgenössischen Diskurs über ›Querulantenwahnsinn‹ einschrieben«. Die »eigensinnige« Übernahme ärztlicher Diagnosen war für sie eine Art Normalisierungsstrategie, mit denen sie sich von den »Anormalen« und »Geisteskranken« abgrenzen wollten.²¹³

204 Joachim Radkau, Die wilhelminische Ära als nervöses Zeitalter, oder: Die Nerven als Netz zwischen Tempo- und Körpergeschichte, in: GG 20, 1994, S. 211–241, hier: S. 226. Eine aufwendig edierte Quelle für diesen ärztlichen Blick bietet das von Gerhart Zeller herausgegebene Tagebuch des Arztes Albert Zeller, des leitenden Arztes der Heilanstalt in Winnenthal, der ersten württembergischen Irrenheilanstalt; Gerhart Zeller (Hrsg.), Albert Zellers medizinisches Tagebuch der psychiatrischen Reise durch Deutschland, England, Frankreich und nach Prag von 1832 bis 1933, 2 Bde., Bd. 1: Reisetagebuch, Bd. 2: Erläuterungen, Verlag Psychiatrie und Geschichte der Münsterklinik, Zwiefalten 2007, 414 S., geb., 27,80 €.

205 Vgl. Susanne Regener, Die pathologische Norm. Visualisierung von Krankheit in der Psychiatrie, in: Gert Theile (Hrsg.), Anthropometrie. Zur Vorgeschichte des Menschen nach Maß, München 2005, S. 179–193.

206 Helen Bömelburg, Der Arzt und sein Modell. Porträtfotografien aus der deutschen Psychiatrie 1880 bis 1933 (Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 30), Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2007, 238 S., kart., 38,00 €, S. 29f.

207 Ebd., S. 157.

208 Susanne Regener, Visuelle Gewalt. Menschenbilder aus der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts, Bielefeld 2010.

209 Ebd., S. 158.

210 Ebd., S. 203.

211 Cornelia Brink, »Nicht mehr normal und noch nicht geisteskrank...« Über psychopathologische Grenzfälle im Kaiserreich, in: WerkstattGeschichte 33, 2002, S. 22–44, hier: S. 22.

212 Heiner Fangerau, »Geräucherte Säule, mit Schwarten durchsetzt, teilweise kaum genießbar...« – Patientenkritik und ärztliche Reaktion in der Volksnervenheilstätte 1903–1932, in: Fangerau/Nolte, »Moderne« Anstaltspsychiatrie, S. 371–393.

213 Karen Nolte, Querulantenwahnsinn – »Eigensinn« oder »Irrsinn«, in: Fangerau/Nolte, »Moderne« Anstaltspsychiatrie, S. 395–410, hier: S. 408.

Psychiatriegeschichtliche Forschungen bewegen sich oft im Rahmen einzelner Anstalten, wie der Sammelband von Ansgar Weißer zur psychiatrischen Klinik Eickelborn im 19. und 20. Jahrhundert. Dieser institutionelle Fokus hat insofern etwas für sich, als sich »[a]nhand der Entwicklungen in Fürsorge, Pflege und Medizin die gesellschaftlichen Veränderungen und die Anforderungen der Sozialsysteme ablesen«²¹⁴ lassen. Im Kleinen wird nachvollziehbar, welche konkreten sozialen Voraussetzungen und Folgen die Grenzziehungen zwischen Normalität und Wahnsinn für Betroffene und für das soziale Umfeld hatten. Der Band von Weißer eröffnet der Psychiatriegeschichte daher unterschiedliche Ebenen bis hin zum monotonen »Alltag der Patienten« und Einblick in alltägliche Behandlungsmethoden. Trotz spezifischer struktureller Probleme in Eickelborn – hier war das Zahlenverhältnis von Ärzten und Pflegekräften zu Patienten meist schlechter als in vergleichbaren Einrichtungen – lassen sich an dieser Anstalt allgemeine Prozesse der deutschen Psychiatriegeschichte nachzeichnen. So scheint Eickelborn auch beim »Hungersterben« im Ersten und Zweiten Weltkrieg ein relativ typischer Fall gewesen zu sein. Mit Sterberaten um 19 % aller Verpflegten lag die Anstalt ab 1914 nur wenig über dem westfälischen Durchschnitt. »Insgesamt«, so konstatiert Weißer, »starben in der Eickelborner Einrichtung zwischen April 1914 und April 1919 mehr als 980 Patienten – der größte Teil von ihnen aufgrund der katastrophalen Versorgung.«²¹⁵ Im Zweiten Weltkrieg fand dieses Phänomen als »indirekte Tötungsstrategie im Rahmen der ›Euthanasie‹-Politik«²¹⁶ ihre schreckliche Fortsetzung, wie sie auch für viele andere Anstalten belegt worden ist. Dass das Hungersterben nach 1945 keineswegs endete, sondern sich in den »Hungerjahren« der Nachkriegszeit noch fortsetzte, spricht einmal mehr für »katastrophale Kontinuitäten« der Psychiatrie, die Franz-Werner Kersting in diesem Band auch an personalen »braunen« Erblasten nachweist.²¹⁷

Der Blickwinkel auf einzelne Psychiatrien erlaubt also einerseits Studien »in a nutshell«, von denen bekannte Entwicklungen der Psychiatriegeschichte differenziert werden. Andererseits haben institutionen- und regionalgeschichtliche Studien darüber hinaus einen Mehrwert, weil sie spezifische Perspektiven eröffnen, die auf nationaler oder internationaler Ebene aus dem Blick geraten. Schließlich waren es Experten »vor Ort«, in den kommunalen Sozial- beziehungsweise Medizinalverwaltungen und Polizeibehörden, die psychiatrische Anstalten zunächst zum Schutz der »öffentliche[n] Sicherheit«, im Laufe der Zeit dann aber auch als Einrichtungen mit »Anspruch auf Heilung und Besserung«²¹⁸ einrichteten. Diese Zielsetzung war auch dem Ausbau der kommunalen Fürsorge am Ende des 19. Jahrhunderts geschuldet, die die »Provinzialverbände in Preußen verpflichtete«²¹⁹, eine stationäre Versorgung der Patienten zu sichern, nicht zuletzt, um die Krankenhäuser von den »völlig abgestumpften Kranken«²²⁰ zu befreien, wie es für Eickelborn

214 Helga Schuhmann-Wessolek, Grußwort, in: Ansgar Weißer (Hrsg.), *Psychiatrie – Geschichte – Gesellschaft. Das Beispiel Eickelborn im 20. Jahrhundert*, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2009, 160 S., kart., 24,95 €, S. 5–6, hier: S. 5. Der Titel des Bandes ist ein wenig irreführend, nehmen doch zwei der insgesamt sechs Aufsätze auch Entwicklungen im 19. Jahrhundert in den Blick.

215 Ansgar Weißer, Verlegt nach Eickelborn – Die Sonderstellung des Psychiatristenstandortes Eickelborn 1883 bis 1930, in: *ders.*, *Psychiatrie*, S. 13–86, hier: S. 69. Zum »Hungersterben« im Ersten Weltkrieg vgl. Heinz Faulstich, *Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie*, Freiburg im Breisgau 1998.

216 Franz-Werner Kersting, NS-Krankenmord, »Nachkrieg« und Reformaufbruch. Die westdeutsche Anstaltspsychiatrie 1940 bis 1970, in: Weißer, *Psychiatrie*, S. 105–124, hier: S. 110.

217 Ebd., S. 111f.

218 Weißer, *Verlegt nach Eickelborn*, S. 15. Weißers Aufsatz umfasst die Hälfte des gesamten Bandes und stellt daher die wichtigsten Linien bis zur NS-Zeit dar.

219 Ebd., S. 16.

220 Zit. nach: ebd., S. 20.

etwa der Provinzialständische Verwaltungsausschuss 1882 forderte. Vor Ort werden also lokale Macht- und Sicherheitsdispositive ebenso greifbar wie die sozialen Schubkräfte, die einen langsamen Wandel der Psychiatrien voranbrachten. Dass in Eickelborn eine »Reform vor der Reform«, also vor der bundesdeutschen Psychiatriereform einsetzte und im Umgang mit Patienten bereits ab den 1950er Jahren ein »allmählicher Paradigmenwechsel« hin zu »einer Art ›Behandlungspartnerschaft« festzustellen ist, unterstreicht damit die Bedeutung lokaler Eigensinnigkeiten und den Stellenwert lokaler Kontexte für die Psychiatriegeschichte.²²¹

Gerade hier bleibt für zukünftige Studien mehr zu tun: eine Erkundung des sozialen Nahbereichs psychiatrischer Anstalten, in denen die konkreten gesellschaftlichen Kontexte einer »Vergesellschaftung der Psychiatrie«²²² ebenso in den Blick geraten wie die Räume einer »Pathologisierung« beziehungsweise »Therapeutisierung«²²³ sozialen Verhaltens. Wenn die Psychiatriegeschichte als Untersuchungsgegenstand also Auskunft gibt über Sicherheits- und Machtdispositive, über die Aushandlung sozialer Normen²²⁴, müssen folglich der soziale Nahbereich und Machtstrukturen vor Ort genauer untersucht werden. Institutionen- und regionalgeschichtliche Studien bieten daher eine Chance, der Biomacht beziehungsweise der »Macht der Psychiatrie« in den Kommunen und Gemeinden nachzuspüren.

IV. INFIZIERTE GESELLSCHAFTEN: SEUCHEN UND SOZIALE ORDNUNGEN

Am Anfang der Medizingeschichtsschreibung standen Seuchen. Schon Thukydides berichtete aus der Zeit des Peloponnesischen Kriegs, wie »zum ersten Mal in Athen die Seuche« ausbrach. Voller Entsetzen notierte er, dass dieses Phänomen etwas Neues, »etwas anderes als die herkömmlichen Krankheiten« gewesen sei. Bei ihrer Bekämpfung blieben Ärzte hilflos, »ja sie selbst starben am meisten, da sie am meisten mit ihr in Berührung kamen«.²²⁵ Mit dieser Beobachtung fand die Idee der Kontagiosität in die Welt, das Wissen um die Übertragung von Seuchen durch Ansteckung und damit die Angst vor einer Verbreitung des Todes durch die Gesellschaft.²²⁶ Seither sind Seuchen ein soziales Problem par excellence, ist es doch das Zusammenleben von Menschen, das Siedeln in Dorf- und städtischen Gemeinschaften, das den Ausbruch und eine Verbreitung von Seuchen fördert. Angesichts dieser sozialen Sprengkraft ist es kaum erstaunlich, dass man für die Seuchengeschichte auf eine Fülle an sozialgeschichtlichen Studien zurückgreifen kann. Von der Geschichte antiker oder mittelalterlicher Lepra- und Pestzüge bis zu den Pocken-, Tuberkulose- und Choleraausbrüchen des 19. und dem Ausbreiten von AIDS, SARS und Ebola am Ende des 20. Jahrhunderts reicht das Spektrum bisheriger Forschungen.

Karl-Heinz Leven unterscheidet drei Untersuchungsdimensionen von Seuchen, nämlich »medizinische, ökonomische und weltanschauliche Aspekte«, mit denen im Übrigen ein grundsätzlicher »Umschwung« im medizinischen Fortschrittsparadigma am Ende des 20. Jahrhunderts festzustellen ist. Schließlich erscheine »im Angesicht der AIDS-Pandemie und anderer Seuchen wie Ebola, BSE oder SARS [...] eine Ausrottung der Infektions-

221 Kersting, NS-Krankenmord, S. 116f.

222 Vgl. ebd., S. 120.

223 Sabine Maasen/Jens Elberfeld/Pascal Eitler u. a. (Hrsg.), Das beratene Selbst. Zur Genealogie der Therapeutisierung in den »langen« Siebzigern, Bielefeld 2011.

224 Michel Foucault, Die Macht der Psychiatrie, Frankfurt am Main 2005.

225 Thukydides, Der Peloponnesische Krieg. Auswahl, Stuttgart 2005, S. 31–35. Für den Hinweis danke ich Lena Schönborn.

226 Stefan Winkle, Geißeln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen, 3., erw. Aufl., Düsseldorf 2005, S. IX–XI.

krankheiten als illusorisch«.²²⁷ Mit diesen drei Aspekten lassen sich unterschiedliche Untersuchungsfelder der Seuchengeschichte differenzieren. Leven skizziert als ersten Aspekt Probleme medizinischen Wissens, die mit der zunehmenden Komplexität von Mikroben und ihrer Mutationsfähigkeit zusammenhängen. Gerade bei Seuchen ist medizinisches Wissen also ein wechselseitiger Prozess des Mit- beziehungsweise Hinterher-Lernens, wie auch die Geschichte der Bakteriologie und Virologie belegt (vgl. Abschnitt I.). Mindestens ebenso bedeutsam sind zwei weitere Dimensionen, die »ökonomische« und die »weltanschauliche«. So fordert die Malaria zwar nach wie vor eine erschreckend hohe Anzahl an Opfern. Ihre Verbreitung in überwiegend armen Ländern bringt indes mangelndes ökonomisches Interesse und damit »Defizite in der Forschung« mit sich.²²⁸ Das Missverhältnis zwischen der westlichen Medienberichterstattung im Falle einzelner HIV-Erkrankungen gegenüber dem Massensterben an Malaria spricht hierfür eine deutliche Sprache.

Mit dem Wechselverhältnis zwischen Medienöffentlichkeiten und Seuchenwahrnehmung wird auch die weltanschauliche Dimension nachvollziehbar. Nach Leven ist die Wahrnehmung neuer Infektionskrankheiten seit den 1990er Jahren neuen Ängsten wie jenen vor einem Raubbau der Natur geschuldet, mit dem eine »Rache« der Natur zur einfachen Erklärung für das medizinisch schwer Erklärbare wird. In Anlehnung an Alfons Labisch lassen sich Seuchen folglich als »skandalisierte Krankheiten« und damit als analytische Kategorie verstehen, mit denen Sehgewohnheiten und Sagbarkeitsregeln, Erwartungen und Befürchtungen von Gesellschaften erforschbar werden. Eine »skandalisierte Krankheit« ist demnach »eine Krankheit, deren tatsächliche Bedeutung aus epidemiologischer Sicht in einem »merkwürdigen« und damit erklärungsbedürftigen Missverhältnis zu ihrer Wahrnehmung und zu den Reaktionen im öffentlichen Raum steht«.²²⁹ Das Bedrohungsgefühl einer Gesellschaft resultiert also keineswegs aus dem tatsächlichen Bedrohungspotenzial von Krankheiten. Wichtiger sind zeitgenössische »Aufmerksamkeitsschwellen« und Erfahrungen, für die das Ausbrechen von Krankheiten eine Projektionsfläche bildet. Die Verwandlung der Tuberkulose von der Künstler- zur Proletarier-Krankheit wäre dafür ein bekanntes Beispiel, die Skandalisierung der Cholera als Appell für soziale Reformen in den industrialisierten Städten ein zweites. »Die Cholera«, so bringt Labisch diesen Zusammenhang treffend auf den Punkt, war daher »auch ein politischer Schlachtruf.«²³⁰

Den umfassendsten Überblick über die Seuchengeschichte bietet nach wie vor das in jeglichem Wortsinne gewichtige, über 1.500 Seiten umfassende Werk Stefan Winkles.²³¹ Winkle durchschreitet die Seuchengeschichte sowohl chronologisch als auch thematisch in ihrer ganzen Breite: Von der Antike bis heute spürt er dem Wandel im Umgang mit Seuchen nach, er fragt nach sozialen Kontexten und sozialen Folgen der Seuchenbekämpfung, nach der Entwicklung medizinischer Forschung und Maßnahmen. In diesem Sinne verfolgt seine Studie bereits Ansätze einer »Kulturgeschichte der Seuchen«, wie sie der Untertitel verspricht, obgleich neuere kulturgeschichtliche Forschungen der 1990er Jahre kaum Berücksichtigung finden.²³² Der enzyklopädische Anspruch seines Werks zielt ohnehin weniger auf grundsätzliche Überlegungen zu einer Gesellschafts- und Kulturge-

227 Leven, *Geschichte der Medizin*, S. 73.

228 Ebd., S. 74.

229 Alfons Labisch, »Skandalisierte Krankheiten« und »echte Killer« – zur Wahrnehmung von Krankheiten in Presse und Öffentlichkeit, in: Michael Andel/Detlef Brandes/Alfons Labisch u. a. (Hrsg.), *Propaganda, (Selbst-)Zensur, Sensation. Grenzen von Presse- und Wirtschaftsfreiheit in Deutschland und Tschechien seit 1871*, Essen 2005, S. 273–289, hier: S. 274.

230 Labisch, *Skandalisierte Krankheiten*, S. 282.

231 Winkle, *Geißeln der Menschheit*.

232 Die Erstauflage erschien 1997.

schichte von Seuchen, sondern auf ihre umfassende soziale Einbettung. Deutlich wird diese Zielsetzung bereits am Aufbau des Bandes. Systematisch getrennt nach bedeutenden und weniger bedeutenden Infektionskrankheiten von der Pest bis zur Papageienkrankheit, von der Tuberkulose bis zur Tanzwut, behandelt Winkle jede Seuche für sich in chronologischer Abfolge. Dieses Vorgehen macht das Buch zu einem unverzichtbaren Nachschlagewerk, lässt aber übergreifende Fragestellungen und methodische Überlegungen zur Seuchengeschichte vermissen. Diese Leerstellen füllt der Sammelband von Martin Dinges und Thomas Schlich, in dem Seuchen als »soziale Konstruktion« anhand eines »handlungstheoretischen Modells« untersucht werden.²³³ Dinges macht deutlich, dass der Umgang mit Seuchen das Ergebnis eines vielschichtigen Kommunikationsprozesses unterschiedlicher Akteure und Gruppen (»Kranke«, »Heiler«, »Obrigkeit«, »an Seuchen Interessierte«) ist, die im Umgang mit Seuchen zugleich ihre Machtbeziehungen aushandeln.

Sehr viel populärwissenschaftlicher kommt demgegenüber Manfred Vasolds Studie zur »Geschichte der Seuchen in Europa«²³⁴ daher. Trotz zuweilen recht scharfer Zuspitzungen und eines sparsamen Anmerkungsapparats bietet Vasold aus drei Gründen einen soliden Einstieg. Erstens blickt sein Buch keineswegs nur auf Europa, wie der Untertitel suggeriert. Vielmehr nimmt er Ereignisse in Afrika und Asien sowie globale Verflechtungen in den Blick. Zweitens zieht die Studie immer wieder eine Vergleichsebene ein, werden Städte, Regionen und Länder und ihr unterschiedlicher Umgang mit Seuchen gegenübergestellt.²³⁵ Und drittens arbeitet Vasold mit einer großen Bandbreite an Quellen, zieht er Statistiken, Fach- und Pressebeiträge, Bekanntmachungen, Verwaltungs- und Prozessakten, Grabsteininschriften, Anzeigen, Tagebücher, Briefe und Erinnerungen heran, an der sich unterschiedliche Perspektiven auf den Untersuchungsgegenstand zeigen. Umso bedauerlicher ist es daher, dass Vasold diese Multiperspektivität kaum zum Thema macht – etwa um unterschiedliche Deutungen von Seuchen und ihre soziokulturellen Kontexte zu analysieren –, sondern bisweilen sehr faktologisch argumentiert, sich gelegentlich sogar zur retrospektiven Diagnostik hinreißen lässt²³⁶, obgleich Vasold das Problem rückblickender Bewertungen selbst durchaus reflektiert.²³⁷

Um Seuchen als soziale Konstruktionen und um Aushandlungsprozesse von Ängsten geht es hingegen im Sammelband von Carl Christian Wahrmann, Martin Buchsteiner und Antje Strahl. Sie zielen auf eine Erkundung der »Wechselwirkungen zwischen menschlicher Gesellschaft und empfundener sowie realer Bedrohung«.²³⁸ Die Beiträge decken einen

233 *Martin Dinges*, *Neue Wege in der Seuchengeschichte?*, in: *ders./Thomas Schlich* (Hrsg.), *Neue Wege in der Seuchengeschichte*, Stuttgart 1995, S. 7–24, hier: S. 8f.

234 *Manfred Vasold*, *Grippe, Pest und Cholera. Eine Geschichte der Seuchen in Europa*, Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2008, 310 S., geb., 24,90 €.

235 Vgl. zum Beispiel die Abschnitte zur Cholera in München, Hamburg, Venedig oder zum Umgang mit Schutzimpfungen gegen Pocken in Hamburg, Duisburg und Nürnberg in ebd., S. 126–130 und 165–169.

236 Vgl. dazu auch bereits die Bemerkungen bei *Sylvelyn Hähner-Rombach*, Rezension zu: Vasold, Manfred: *Grippe, Pest und Cholera. Eine Geschichte der Seuchen in Europa*. Stuttgart 2008, in: *H-Soz-u-Kult*, 29.10.2009, URL: <<http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/rezensionen/2009-4-090>> [31.3.2013].

237 Vgl. *Vasold*, *Grippe, Pest und Cholera*, S. 13. Zur Problematik retrospektiver Diagnosen vgl. *Karl-Heinz Leven*, *Krankheiten – historische Deutung versus retrospektive Diagnose*, in: *Norbert Paul/Thomas Schlich* (Hrsg.), *Medizingeschichte. Aufgaben, Probleme, Perspektiven*, Frankfurt am Main 1998, S. 153–185.

238 *Carl Christian Wahrmann/Martin Buchsteiner/Antje Strahl*, Vorwort, in: *dies.* (Hrsg.), *Seuche und Mensch. Herausforderung in den Jahrhunderten. Ergebnisse der internationalen Tagung vom 29.–31. Oktober 2010 in Rostock (Historische Forschungen, Bd. 95)*, Duncker & Humblot Verlag, Berlin 2012, 445 S., kart., 98,00 €, S. 5–6, hier: S. 5.

sehr weiten Untersuchungszeitraum ab, von den Folgen der Pest im Skandinavien des 14. Jahrhunderts und in Ostpreußen²³⁹ bis zum Auftreten von AIDS am Ende des 20. Jahrhunderts. Allein sieben Aufsätze des Bandes widmen sich den »Seuchen im 19. und 20. Jahrhundert«. Sie unterstreichen noch einmal die Bandbreite an methodischen Zugriffen und Fragestellungen, mit denen sich die Seuchengeschichte bearbeiten lässt. Weiterführend sind diesbezüglich etwa die Überlegungen Daniel Ristaus zum »Seuchenbewusstsein« einer Familie während der Choleraepidemien im 19. Jahrhundert, mit denen er den individuellen und familiären »Bewältigungs- und Abwehrstrategien«²⁴⁰ in Briefen nachspürt. In der privaten Auseinandersetzung mit der Cholera eröffnete sich demnach Gelegenheit zur Sinnstiftung, in diesem Fall etwa zur Konstruktion eines »bürgerlichen Selbstbildes« und »beruflichen Profilierung«. Auch Stefan Wiese sieht in der Cholera mehr als eine Krankheit, ihre Bekämpfung sei zugleich eine Projektionsfläche zur Aushandlung sozialer Ordnungen gewesen: Im Umgang mit der Seuche konstituierte sich daher »das komplexe Beziehungsgeflecht zwischen Unterschichten, Intelligenz und Staat im späten Zarenreich«²⁴¹ des 19. Jahrhunderts. Wiese unterstreicht damit auch den oben genannten Befund von Martin Dingens, dass im Seuchenfalle komplexe Machtbeziehungen hervortreten, wie sie Lars Bluma im selben Band durch »Akteur-Netzwerk-Analysen« in der »Ruhrgebietsmedizin« oder Martin Buchsteiner als »Kommunikationsnetzwerk« in der mecklenburgischen Medizinalverwaltung analysieren.²⁴² Ganz andere Netzwerke, nämlich die Verflechtungen zwischen bundes- und ostdeutschen Ärzten, nimmt Henning Tümmers in seinem Aufsatz zu AIDS in den Blick. Hervorzuheben ist dieser Aufsatz auch wegen seiner Vorschläge zur »Parzellierung« des Untersuchungsgegenstandes Seuchen mithilfe der kulturwissenschaftlichen Katastrophenforschung, um die »Wahrnehmung der betroffenen Gesellschaften sowie deren Vorstellungen von Gefahren«²⁴³ zu untersuchen. Wichtig ist außerdem Tümmers Plädoyer für eine engere Verknüpfung von Medizin- und Zeitgeschichte, erschließt sie der Seuchengeschichtsforschung doch die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts. Und drittens sind diese konzeptuellen Überlegungen eine notwendige Ergänzung des Sammelbandes insgesamt, weil dieser – von einem einseitigen Vorwort abgesehen – ohne Einleitung und Fazit auskommt. Das ist insofern bedauerlich, als der weite Untersuchungszeitraum und die thematische Bandbreite der Beiträge eine Synthese durchaus vertragen hätte. Darüber hinaus wäre eine Einführung mit methodischen und theoretischen Überlegungen Gelegenheit für eine Bestandsaufnahme der neueren Seuchengeschichtsforschung gewesen.

239 *Juliane Gatowski*, Der lange Schatten des Schwarzen Todes – Die Folgen der Pest von 1347 bis 1353 für Bauernschaft, Adel und Klerus in Europa unter besonderer Berücksichtigung Skandinaviens, in: *Wahrmann/Buchsteiner/Strahl*, Seuche und Mensch, S. 37–50; *Anna Mergner*, »Eyn sere grosse sterbunge der pestilencye«. Die Pest im Deutschordensstaat von 1349 bis 1550, in: *Wahrmann/Buchsteiner/Strahl*, Seuche und Mensch, S. 51–75; *Henning Tümmers*, »Synthesekern« Aids. Forschungsperspektiven und Plädoyer für eine Zusammenführung von Zeit und Medizingeschichte, in: *Wahrmann/Buchsteiner/Strahl*, Seuche und Mensch, S. 429–445.

240 *Daniel Ristau*, »Ich glaube fest, sie wird mich verschonen.« Seuchenbewusstsein in Briefen von Mitgliedern der jüdischen Familie Bondi während der Choleraepidemie von 1831, in: *Wahrmann/Buchsteiner/Strahl*, Seuche und Mensch, S. 305–323, hier: S. 305f.

241 *Stefan Wiese*, Gewalt in den Zeiten der Cholera. Begegnungen zwischen Autokratie, Intelligenz und Unterschichten im Russischen Reich während des Cholerajahres 1892, in: *Wahrmann/Buchsteiner/Strahl*, Seuche und Mensch, S. 325–346, hier: S. 346.

242 *Lars Bluma*, Die Hygienisierung des Ruhrgebiets. Das Gelsenkirchener Hygiene-Institut im Kaiserreich, in: *Wahrmann/Buchsteiner/Strahl*, Seuche und Mensch, S. 347–367, hier: S. 367; *Martin Buchsteiner*, Zur Entwicklung der Medizinalverwaltung in Mecklenburg-Schwerin bis 1926, in: *Wahrmann/Buchsteiner/Strahl*, Seuche und Mensch, S. 369–390, hier: S. 373.

243 *Tümmers*, »Synthesekern« Aids, S. 441.

In den letzten Jahren hat die »Mutter aller Pandemien« in der Öffentlichkeit große Aufmerksamkeit erregt: die Spanische Grippe von 1918/19. Befeuert wurde das Interesse nicht zuletzt von der Gegenwart, sorgte die Angst vor SARS, Schweine- und Vogelgrippe seit der Jahrtausendwende doch für einen schnell wachsenden Markt an populärwissenschaftlichen Veröffentlichungen.²⁴⁴ Dieses Interesse ist aber auch angesichts der globalen und gravierenden Ausmaße der Spanischen Grippe nachvollziehbar. Schließlich forderte die Grippewelle weltweit bis zu 50 Millionen Tote, allein im Deutschen Reich fielen ihr circa 300.000 Menschen zum Opfer. Umso schwerer ist daher nachzuvollziehen, dass sich die »Historiographie [...] bis in die siebziger Jahre hinein nicht mit dieser Seuche beschäftigt«²⁴⁵ hat, wie Eckard Michels vor Kurzem festgestellt hat. Eine Erklärung für diese Leerstelle der Forschung dürfte in dem »Erklärungsnotstand« liegen, den Wilfried Witte schon als Leitmotiv der zeitgenössischen Auseinandersetzung mit der Grippe treffend benannt hat.²⁴⁶ Wissenschaftler, Ärzte, Politiker und Journalisten blieben beim Auftreten der Krankheit meist ratlos, gab es im Zeitalter der Bakteriologie eben keine Erklärung für den Grippevirus, sodass sie unter Bakteriologen gar als »ephemere Erscheinung abgetan«²⁴⁷ wurde. Witte weist außerdem darauf hin, dass insbesondere in Deutschland aus Sorge vor der »schlechten Stimmung im Volk«²⁴⁸ die Berichterstattung der Presse zurückhaltend geblieben sei, was fatale Folgen für den Historiker habe: »Eine Seuche, die offiziell für nicht der Rede wert erachtet wurde, begünstigt nicht die Überlieferung von Quellen-Überresten«²⁴⁹ – und erst recht nicht die Überlieferung von Traditions-Quellen, wie man hinzufügen könnte.

Witte relativiert diesen Befund im Verlauf seiner Untersuchung selbst, weil er in seiner ebenso gründlichen wie gelungenen Fallstudie die öffentliche Auseinandersetzung mit der Grippe nachverfolgt, die für große Aufmerksamkeit – auch in der Presse – sorgte.²⁵⁰ So blickt Witte sowohl auf die nationale und internationale Presseberichterstattung als auch auf die Reaktionen nationaler Institutionen wie des »Reichsgesundheitsrat[es]« und des Reichsgesundheitsamtes (RGA), von denen die Beschwichtigungspolitik nicht nur mitgetragen, sondern mitunter sogar initiiert wurde.²⁵¹ Dass diese Beschwichtigungspolitik vor Ort zu einem Problem geriet, zeigt Witte anhand der lokalen Krisenbewältigung in Baden. Hier gerieten die Ortsgesundheitsräte und der Landesgesundheitsrat, die Bezirks- und Amtsärzte, die mit den Folgen unmittelbar konfrontiert wurden, häufig in Widerspruch zur offiziellen Leitlinie, schließlich konnte man »auf kommunaler Ebene [...] die Seuche

244 Vgl. etwa *Kirsty Duncan*, *Hunting the 1918 Flu. One Scientist's Search for a Killer Virus*, University of Toronto Press, Toronto/Buffalo etc. 2003, 304 S., geb., 45,95 \$.

245 *Eckard Michels*, Die Spanische Grippe 1918/19. Verlauf, Folgen und Deutungen in Deutschland im Kontext des Ersten Weltkriegs, in: *VfZ* 58, 2010, S. 1–33, hier: S. 2. Einen guten Forschungsüberblick über die internationale Literatur bieten *Howard Philipps*, *The Re-Appearing Shadow of 1918. Trends in Historiography of 1918–19 Influenza Pandemic*, in: *Canadian Bulletin of Medical History* 21, 2004, S. 121–134; *Guy Beiner*, *Out in the Cold and Back. New Found Interest in the Great Flu*, in: *Cultural and Social History* 3, 2006, S. 496–505.

246 *Wilfried Witte*, *Erklärungsnotstand. Die Grippe-Epidemie 1918–1920 in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung Badens*, Centaurus Verlag, Herbolzheim 2006, 452 S., kart., 28,50 €. Einen ebenso knappen wie konzisen Überblick über die Geschichte der Spanischen Grippe im Allgemeinen bietet der Essay *ders.*, *Tollkirschen und Quarantäne. Die Geschichte der Spanischen Grippe*, Klaus Wagenbach Verlag, Berlin 2008, 124 S., geb., 16,90 €.

247 *Berger*, *Bakterien in Krieg und Frieden*, S. 296.

248 *Witte*, *Erklärungsnotstand*, S. 370.

249 *Ebd.*, S. 371.

250 Zur nationalen und internationalen Presseberichterstattung vgl. *ebd.*, S. 96–107.

251 Vgl. etwa die entsprechenden Hinweise zum Umgang mit der Spanischen Grippe im RGA in *ebd.*, S. 112.

nicht völlig ignorieren«.²⁵² Ende Oktober wurde in Baden vor größeren Menschenansammlungen ebenso gewarnt wie vor der Nutzung von Eisen- und Straßenbahn.²⁵³ Interessant sind auch die Belege Wittes, wie die Grippe in den Fokus kommerzieller Interessen geriet. Dass die AEG ihren Wasserkocher im November 1918 »als Hilfsmittel gegen die Grippe«²⁵⁴ empfahl, ist nur eines der Beispiele für diese Aneignungen der Seuche vonseiten der Wirtschaft.

In neueren Forschungen zur Spanischen Grippe werden also wie unter einem Brennglas die wechselseitigen Verflechtungen von Wissenschaft, Politik, Presse, lokaler, regionaler und nationaler Verwaltung, Wirtschaftsunternehmen und Militär erkennbar. Im Umgang mit der Spanischen Grippe zeigt sich daher die Auseinandersetzung verschiedener Akteure um soziale Ressourcen und Zuständigkeiten vor Ort und am Ende des Ersten Weltkriegs – einer Übergangszeit, die in mehreren Staaten eine grundsätzliche Aushandlung sozialer Ordnungen erforderte. Dass die Auswirkungen der Spanischen Grippe vor Ort besonders gut zu erforschen sind, gilt nicht nur für Deutschland, wie Marc Hieronimus in seiner Dissertation belegt. Hieronimus blickt in vergleichender Perspektive auf den »Umgang mit der Spanischen Grippe in Frankreich, England und dem Deutschen Reich«²⁵⁵, vor allem in Marseille, Manchester und Köln. Neben einer Gegenüberstellung der Presseberichterstattung liegt ein großer Schwerpunkt seiner Studie auf der städtischen Krisenbewältigung, an der er zugleich strukturelle Schwierigkeiten der unterschiedlichen Gesundheitssysteme in den Blick nimmt: »Stark verkürzt ließe sich sagen, Frankreich fehlten Ärzte und Medikamente, im Reich verhinderten Hunger und Revolution eine großangelegte Aktion gegen die Grippe. Und in England? ›Carry on‹ war hier die Devise.«²⁵⁶ Obgleich die Dissertation dank des Länder- und Städtevergleichs zu plausiblen übergreifenden Ergebnissen kommt, bleiben einige Fragen offen, die den Ertrag des Buchs etwas schmälern. Erstens fällt der Städte- und Ländervergleich stellenweise knapp aus, fungiert Frankreich beziehungsweise Marseille als »Referenzbeispiel«²⁵⁷, an dem dann auf wenigen Seiten die Gemeinsamkeiten oder Unterschiede in England und Deutschland demonstriert werden.²⁵⁸ Zweitens ist die zusammengetragene Materialfülle Segen und Fluch zugleich; zwar werden viele Quellen ausführlich wiedergegeben, jedoch nicht immer ebenso ausführlich analysiert, sodass einige Abschnitte den Charakter einer – wenn auch sehr nützlichen – Quellenedition bekommen. Verwundert ist man auch angesichts des Vorhabens von Hieronimus, eine Geschichte der »Emotionen« der Grippe zu schreiben, wie sein fünftes Kapitel überschrieben ist, um die Frage »Wie haben die Menschen emotional reagiert?«²⁵⁹ zu beantworten. Hier verzichtet Hieronimus nämlich explizit auf Ego-Dokumente wie Briefe, Tagebucheinträge und Memoiren, da diese zu »apologetisch« und »subjektiv« seien.

Wichtige Vorarbeiten für Wittes und Hieronimus Forschungen zur Spanischen Grippe in stadtgeschichtlicher Perspektive leistete bereits 1992 ein Sammelband von Fred R. Hartesveldt. Hartesveldt ging von den Vorzügen eines »intensive ›case-study‹ approach« aus,

252 Ebd., S. 373.

253 Ebd., S. 138f.

254 Zit. nach: Ebd., S. 203.

255 *Marc Hieronimus*, Krankheit und Tod 1918. Zum Umgang mit der Spanischen Grippe in Frankreich, England und dem Deutschen Reich, Lit-Verlag, Berlin 2006, 220 S., kart., 29,90 €.

256 Ebd., S. 111.

257 Ebd., S. 18.

258 Dieses Vorgehen lässt sich allerdings mit Blick auf die Forschung erklären, liegen für Städte wie Manchester doch bereits erste Studien vor. Vgl. unter anderem *Fred R. Hartesveldt*, Manchester, in: *ders.* (Hrsg.), *The 1918–1919 Pandemic of Influenza. The Urban Impact in the Western World*, Lewiston 1992, S. 91–103.

259 *Hieronimus*, Krankheit und Tod 1918, S. 112.

um »the catastrophe in the local socio-economic context« einzubetten.²⁶⁰ Das Gesamtergebnis des Sammelbandes bleibt zwar sehr allgemein. So stellt Hartesveldt in seiner Einleitung fest, dass sich die Gesundheitspolitik im Städtevergleich oft unterschied oder dass in Städten wie Rio und Chicago ein Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und den Folgen der Grippe bestanden habe, wie er in anderen Städten nicht festzustellen sei, ohne allerdings diese Unterschiede zu erklären.²⁶¹ Umso wichtiger sind daher die einzelnen Fallstudien des Sammelbandes, die der Medizingeschichte das Untersuchungsfeld der Stadtgeschichte erschließen, so wie der gelungene Beitrag von Stephen G. Fritz zu Frankfurt am Main, der die Instrumentalisierung der Spanischen Grippe als lokalpolitisches Argument untersucht und Reaktionen in der Bevölkerung bis hin zu Unruhen in den Blick nehmen kann.²⁶²

Diese Perspektive verfolgt auch Eysyllt W. Jones in ihrer Fallstudie zum kanadischen Winnipeg. Ihre Interpretation der Spanischen Grippe in arbeits-, alltags- und geschlechtergeschichtlichem Blickwinkel schaut nicht nur »von unten« auf soziale Auseinandersetzungen, die mit der Grippe einhergingen, sondern auch auf die langfristigen Auswirkungen in den Familien. Für diese Alltagsgeschichte der Spanischen Grippe erschließt Jones ganz neue Quellenbestände. Individuellen Erfahrungen von Witwen und Waisen spürt sie beispielsweise in den Beständen von Wohlfahrtseinrichtungen nach. Auf dieser Quellengrundlage zeigt Jones anhand von Fallbeispielen auf, »how deeply inscribed by illness and disease were the lives of these families«.²⁶³ Familiäre Folgen beschreibt Jones sowohl in materieller Hinsicht, brachte der Grippetod doch mitunter ganze Familien um ihr Einkommen, als auch in emotionaler Hinsicht. Die bedrückenden Briefwechsel zwischen den Eltern erkrankter Kinder und den Krankenhäusern sind daher eine hervorragende Quelle für eine Gefühlsgeschichte der Spanischen Grippe, wie sie Hieronimus in seiner Dissertation verspricht. Bei Jones werden tatsächlich individuelle Strategien und Gefühle im Umgang mit dem Grippetod deutlich, von Versuchen der Krankenhäuser und Waisenhäuser, die Grippe als schmerzlosen und schnellen Tod zu beschreiben, um Eltern zu beruhigen und eventuellen Schuldvorwürfen vorzubeugen, über Apathie bis hin zur Bestürzung, den der Grippetod bei den Eltern verstorbener Kinder auslöste: »You cannot know«, schrieb beispielsweise eine Mutter an das »Children's Home« im November 1918 zum Tod ihres Sohnes, »what a shock it was for me, for the [boy] seemed to be the only bright spot to look forward when I could have him with me.«²⁶⁴ Neben diesen privaten Folgen geht es Jones mit ihrer Studie noch um eine zweite Perspektive, »that categories of social difference play a defining role in shifting experiences of epidemic disease«.²⁶⁵ Auch für diesen Zusammenhang zwischen Seuchen und sozialer Ungleichheit bietet Winnipeg mit seinen zahlreichen Communitys mit unterschiedlichem Migrationshintergrund ein fruchtbares Untersuchungsfeld. Jones blickt deshalb nicht nur in die Lokalpresse, sondern ebenso in jiddische, isländische, deutsche und ukrainische Presseorgane von Immigranten. Und drittens spürt Jones dem Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und städtischer Gesundheitspolitik nach. So habe die Stadtverwaltung nicht nur eine Einbindung und Zusammenarbeit mit Immigranten und Arbeiterorganisationen gescheut, sondern diese gar ganz bewusst aus Entscheidungsprozessen ausgegrenzt, wie Jones in ihrem Fazit her-

260 Fred R. Hartesveldt, Introduction, in: *ders.*, *The 1918–1919 Pandemic of Influenza*, S. 1–12, hier: S. 2 und 8.

261 Ebd., S. 10.

262 Stephen G. Fritz, Frankfurt, in: *Hartesveldt*, *The 1918–1919 Pandemic of Influenza*, S. 13–32.

263 Eysyllt W. Jones, *Influenza 1918. Disease, Death, and Struggle in Winnipeg*, University of Toronto Press, Toronto/Buffalo etc. 2007, 240 S., kart., 31,95 €, S. 152.

264 Ebd., S. 160.

265 Ebd., S. 165.

vorhebt: »The state took an expert-driven, top-down approach to disease control, rather than one based upon community action and grassroots participation.«²⁶⁶ Dieses Ergebnis bringt Vor- und Nachteile der Studie gut auf den Punkt. Die vielen Stärken der Studie liegen in dem Blick ›von unten‹ auf den gesellschaftlichen Umgang mit der Grippe, der einen breiten Querschnitt durch die Gesellschaft zieht und zugleich auf persönliche Folgen aufmerksam macht. In dieser Hinsicht gibt Jones der allgemeinen Seuchengeschichtsforschung wichtige Impulse. Problematisch bleibt indes die Tendenz einiger Abschnitte, aus historischen Befunden zur sozialen Ungleichheit gegenwärtige Lehren abzuleiten. Dass Partizipation und Integration in Winnipeg im Jahr 1918 keine Leitlinien öffentlicher Seuchenbekämpfung waren, scheint zumindest mit Blick auf den generellen Umgang mit Seuchen im 20. Jahrhundert wenig überraschend.

Noch stärkere und sehr viel problematischere Bezüge zur Gegenwart setzt der Band von Niall Johnson zur Spanischen Grippe in Großbritannien. Johnson spekuliert in seinem Band mehrfach über fatale Folgen neuer Grippeepidemien und unterstreicht damit sein Ansinnen, dass die Geschichte als Lehrmeisterin der Gegenwart diene. Noch heute bestehe »every reason to continue to fear influenza«. Heutige Grippeepidemien »will still wreak havoc, claiming a terrible toll, especially if preparations have not been made (and maintained) for such a possibility«.²⁶⁷ Weiterführender als solche Aktualisierungen ist Johnsons multiperspektivischer Zugriff auf die Seuche: Zu fragen sei demnach, wie »environmental, geographical, political, cultural, biological and medical aspects inextricably bind together to constitute an epidemic«.²⁶⁸ Insbesondere sein Kapitel über »Pandemic geographies« ist für diese Perspektivenerweiterung ein Beleg, zumal Johnson hier seine Kompetenzen als Historiker und Geograf verbinden kann. So spürt er den »human transport networks«²⁶⁹ nach und verfolgt globale Verbreitungswege der Grippe entlang von Eisenbahn- und Schiffslinien sowie das Einsickern der Grippe auf nationaler Ebene über große Städte und Verkehrsknotenpunkte bis in die Landgebiete:

»In Britain the disease seems to have been brought into the country via a number of ports, then moved to the larger urban centers before percolating down the urban hierarchy, being dispersed across the country by the transport networks to cities, towns and villages where contagious diffusion, the person-to-person transmission, spread it at the local level.«²⁷⁰

In diesem Sinne ist die Spanische Grippe ein Kind der Moderne par excellence, profitierte sie doch von der infrastrukturellen Vernetzung europäischer Gesellschaften, wie bereits Philipp Howard und David Killingray hervorgehoben haben: »A modern system of global communications, of steamships and railways, along with the constant and large-scale movement of men and materials for the war, provided the conditions for the easy and speedy spread of the virus.«²⁷¹ In anderen Bereichen wird Johnson seiner Multiperspektivität indes nicht immer ganz gerecht. So fällt auf, dass als soziokultureller Kontext bevorzugt die britische Hauptstadt und Bestände aus den »National Archives« in den Blick genommen werden. Zwar vermutet Johnson durchaus Unterschiede zwischen

266 Ebd., S. 169.

267 Niall Johnson, *Britain and the 1918–19 Influenza Pandemic. A Dark Epilogue* (Routledge Studies in the Social History of Medicine, Bd. 23), Routledge, London/New York 2006, XIV + 271 S., geb., 100,00 £, S. 29 und 34.

268 Ebd., S. XI.

269 Ebd., S. 49–51.

270 Niall P. A. S. Johnson, *The Overshadowed Killer. Influenza in Britain 1918–19*, in: Howard Phillips/David Killingray (Hrsg.), *The Spanish Influenza Pandemic of 1918–19. New Perspectives*, London/New York 2003, S. 132–155.

271 Howard Phillips/David Killingray, *Introduction*, in: *dies.*, *The Spanish Influenza*, S. 1–25, hier: S. 6.

»urban-rural«²⁷² im Umgang mit der Grippe. Konkrete Belege und Fallstudien aus anderen Städten, kleineren Gemeinden oder ländlichen Regionen bleiben indes Ausnahmen. Diese Leerstelle dürfte auch damit zusammenhängen, dass Johnson sich keineswegs auf Großbritannien beschränkt, wie der Titel suggeriert. Vielmehr stellt er seine Befunde zur britischen Insel seine Ergebnisse zum Umgang mit der Grippe in Australien und Südafrika gegenüber, die auf umfangreichen Archivrecherchen basieren. Johnsons Studie hinterlässt damit einen gemischten Eindruck, da sie angesichts großer, geradezu globaler Fragestellungen das methodische Potenzial ihres eigenen Ansatzes nicht immer ganz ausschöpft.

Anhand neuer Beiträge zur Geschichte der Spanischen Grippe lassen sich Probleme und Potenziale der Seuchengeschichte des 19. und 20. Jahrhunderts abschließend auf den Punkt bringen. Als Erstes fällt ins Auge, dass der ländliche Raum nach wie vor wenig Berücksichtigung findet. Umso mehr sind regionale Fallstudien wie die von Wilfried Witte oder Antje Strahl hervorzuheben. Strahl nimmt in ihrer Studie zur Spanischen Grippe explizit soziale Milieus »auf dem platten Land«²⁷³ in den Blick. Sie konzentriert sich dabei allerdings vor allem auf den Nachweis von »Zahlen zur Sterblichkeit« in Mecklenburg, um die verbreitete Vorstellung, dass »Ballungsgebiete eher betroffen waren als schwach besiedelte Landstriche«, zu überprüfen.²⁷⁴ Mit dieser Zielsetzung ergänzt sie entsprechende Befunde bisheriger regionalgeschichtlicher Studien zur Spanischen Grippe²⁷⁵, bleibt aber hinter den Möglichkeiten eines regionalgeschichtlichen Zugriffs zurück. Weiterführender als der Nachweis der Sterblichkeit wären etwa Überlegungen zu spezifischen Praktiken, Wahrnehmungsmustern und medikalen Kulturen auf dem Land gewesen, mit denen sich der Umgang mit Gesundheit und Krankheit in städtischen und ländlichen Regionen vergleichen ließe. Dass eine Medikalisierung und Medialisierung Europas in ländlichen Regionen mitunter langsamer voranschritt und hier die Aufmerksamkeitsfenster womöglich weniger weit geöffnet waren für die Wahrnehmung von Pandemien, wäre in diesem Zusammenhang ein Hinweis, Seuchen als »Problem der Provinz«²⁷⁶ genauer in den Blick zu nehmen.

Ertragreich wären außerdem Studien zur Seuchengeschichte, die den Wechselwirkungen zwischen Militär und Zivil systematischer nachgehen. Zwar hat die Forschung zur Spanischen Grippe von Beginn an die Frage aufgeworfen, inwiefern diese den Ersten Weltkrieg beeinflusst, vielleicht sogar ein früheres Kriegsende herbeigeführt habe, wie John Keegan und andere nahelegen.²⁷⁷ In diese Kerbe schlägt auch ein Essayband von Manfred Vasold, der den Wechselwirkungen zwischen Grippe und Erstem Weltkrieg nachgeht. »Noch zur Jahresmitte, vor der Grippe, am Ende des vierten Kriegsjahres«, so lautet sein

272 Vgl. das gleichnamige, leider sehr knappe Kapitel in *Johnson*, Britain, S. 62–63.

273 *Antje Strahl*, Epidemie im ländlichen Raum – Die Spanische Grippe des Jahres 1918 in Mecklenburg, in: *Wahrmann/Buchsteiner/Strahl*, Seuche und Mensch, S. 391–408, hier: S. 395.

274 Ebd., S. 406.

275 Vgl. neben den oben genannten Befunden bei Witte die ersten Fallstudien zu ländlichen Regionen bei *Kristin Olm*, Die spanische Grippe in Sachsen in den Jahren 1918 und 1919, Diss., Leipzig 2001; *Dieter Simon*, Die »Spanische Grippe«-Pandemie von 1918/19 im nördlichen Emsland, in: *Emsländische Geschichte* 13, 2006, S. 106–145; *Utz Thimm*, Die vergessene Seuche – die »Spanische Grippe« von 1918/19, in: *Mitteilungen des Oberhessischen Geschichtsvereins Gießen* 92, 2007, S. 117–136; *Manfred Vasold*, Die »Spanische Grippe« 1918/19 in Bayern, in: *Zeitschrift für bayerische Landesgeschichte* 73, 2010, S. 91–117.

276 *Malte Thießen*, Pandemics as a Problem of the Province. Urban and Rural Perceptions of the »Spanish Influenza« (1918–19), in: *Jörg Vögele/Stefanie Knöll/Thorsten Noack* (Hrsg.), *Pandemien und Epidemien in historischer Perspektive/Pandemics and Epidemics in Historical Perspective*, Herbolzheim 2013 (im Erscheinen).

277 *John Keegan*, *Der Erste Weltkrieg. Eine europäische Tragödie*, Reinbek 2000, S. 566.

Befund, »dachte kaum jemand im feindlichen [= alliierten] Lager, dass der Krieg noch im Jahr 1918 enden würde. Die politischen Unruhen in Deutschland und die Meuterei in Marine und Armee schwollen mit der Seuche an. Erst jetzt war das Deutsche Reich zu einem Waffenstillstand bereit.«²⁷⁸ Gewinnbringender als solche Spekulationen zur kriegsentscheidenden Bedeutung der Grippe dürften Studien zum Militär als Katalysator und Infrastruktur für Krankheiten sein. Johnsons »Pandemic geography« bietet hierfür Hinweise zum Zusammenhang von Truppenbewegungen und der Ausbreitung der Seuche, die bereits Howard und Killingray hervorgehoben haben: »If the major industrial states of the world had not been at war when the flu struck, then the infrastructures of total conflict which so easily encouraged the transmission of the virus would not have been in place.«²⁷⁹ Wilfried Witte geht hier noch einen Schritt weiter und forscht in seiner Dissertation über Konflikte zwischen Militär und Zivil, die bei der Bekämpfung der Grippe an der »Heimatfront« aufbrachen. Zu heftigen Widersprüchen kam es beispielsweise bei der Häufung der Grippe in Kasernen und Lazaretten, machte man sich doch zunehmend Gedanken, welche Maßnahmen »zum Schutze [in Erwartung] des Übergreifens der Krankheit auf die Zivilbevölkerung erforderlich sind«²⁸⁰, wie der Chef eines badischen Bezirksamts besorgt warnte.

Seuchengeschichte eröffnet der Sozial- und Kulturgeschichte also Beziehungs- und Verflechtungsgeschichten auf unterschiedlichen Ebenen, im globalen Maßstab ebenso wie »vor Ort«, in den Städten und Regionen. Im 19. und 20. Jahrhundert ist die Geschichte von Seuchen daher kaum zu trennen von der Wirtschafts-, Verkehrs- und Tourismusgeschichte, sind die Mobilität der Moderne und immer dichtere Vernetzung von Waren- und Menschenströmen doch eine Voraussetzung für die rasend schnelle Verbreitung von Infektionskrankheiten. Besonders brisant sind diese Verflechtungen in Zeiten des Kalten Kriegs, denn Seuchen machten keineswegs halt vor dem Eisernen Vorhang. Ulrike Lindner hat nachgewiesen, wie die Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Systemgegensatz zu einem Kampf um nationales Prestige und um den Ruf »fortschrittlicher Industrienationen« geriet.²⁸¹ Vor diesem Hintergrund lässt sich Lindners Verwunderung, dass sich die Zeitgeschichte noch kaum der Seuchen angenommen hat, nur unterstreichen: Auch auf diesem Feld wäre noch einiges zu tun für eine Problemgeschichte der Globalisierung.

V. MOBILISIERUNG UND MEDIKALISIERUNG VON KRIEGSGESELLSCHAFTEN

Seit den 1980er Jahren sind Kriege für die Medizingeschichte ein zentrales Thema. Das ist wahrscheinlich kein Zufall, erhöhte doch der »friedensbewegte« Kontext jener Jahre das Bedürfnis auch unter Wissenschaftlern, mit ihrem Blick zurück eine eindringliche Warnung vor einer militärischen Instrumentalisierung der Medizin auszusprechen, wie sie etwa der Sammelband von Johanna Bleker und Heinz-Peter Schmiedebach bietet: »Ob die Medizin friedlichen oder kriegerischen Zwecken dient, hängt nicht von innermedizinischen Normen und subjektiven Zwecken ab, sondern wird lange vorher im histo-

278 *Manfred Vasold*, Die Spanische Grippe. Die Seuche und der Erste Weltkrieg, Darmstadt 2009, S. 134. Während Vasolds oben genannte »Geschichte der Seuchen« insgesamt einen soliden Einstieg bietet, ist dieser Band wegen seiner unklaren Struktur, suggestiven Argumentationen und nicht zuletzt wegen seiner problematischen Belegstruktur – einige Zitate werden belegt, andere nicht – weniger zu empfehlen. Eine differenziertere Auseinandersetzung mit der Bedeutung der Grippe für den Kriegsverlauf bietet *Michels*, Die Spanische Grippe.

279 *Howard/Killingray*, Introduction, S. 12.

280 *Witte*, Erklärungsnotstand, S. 159.

281 *Ulrike Lindner*, Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, München 2004, S. 280.

risch-politischen Raum entschieden werden müssen.«²⁸² Blekers und Schmiedebachs Band eröffnete der Forschung ein wichtiges Untersuchungsfeld. Schließlich setzten der Erste und Zweite Weltkrieg zuvor unvorstellbare soziale Dynamiken frei, bewirkten sie doch eine gesellschaftliche Mobilisierung, von der die Medizin in besonderem Maße betroffen war beziehungsweise profitierte. Denn auch der Ärzteschaft gaben beide Weltkriege einen gewaltigen Professionalisierungsschub; sie wurde zu einem zentralen Akteur der Kriegsgesellschaften, wie Berger feststellt: »Die viel zitierte ›Totalität‹ des Ersten Weltkriegs lässt sich auch an der umfassenden Integration der Ärzteschaft ablesen.«²⁸³

Wie umfassend diese Integration war, legt beispielsweise eine Untersuchung von Gine Elsner und Gerhard Stuby zur Rolle von Militärärzten der Wehrmacht und Gerichtsmedizinern in Kriegsgerichtsprozessen um »Selbstverstümmelung« und »Fahnenflucht« nahe.²⁸⁴ Demnach war es wohl mehr als vorseilender Gehorsam, dass viele Ärzte ihre »ärztlichen Fähigkeiten kriegspolitischen Zielen unterordneten«.²⁸⁵ Sie sorgten nicht nur für die Gesundheit beziehungsweise »Waffentauglichkeit« der Soldaten, sondern ebenso für die ›Heimatfront‹ – mit weitreichenden Konsequenzen. So war die Frage zum Umgang mit »Kriegsseuchen«, die von Soldaten auf Heimaturlaub eingeschleppt wurden, kein rein medizinisches Problem. Es ging dabei ebenso um die Aufklärung über Ansteckungsrisiken und damit um grundsätzliche Fragen über Sexualmoral, Geschlechtervorstellungen, Rollen- und Familienbilder.²⁸⁶ Anders gesagt: Die Professionalisierung der Ärzte stabilisierte nicht nur ihre führende Stellung in der Gesundheitspolitik. Sie schrieb ihnen zugleich einen Expertenstatus für gesellschaftliche Fragen zu.

Dass der Erste Weltkrieg von Medizinern als »Experimentierfeld« und »Laboratorium« im eigentlichen Wortsinne verstanden werden konnte und ihnen ein breites Betätigungsfeld sowie neue Ressourcen erschloss, haben bereits in den 1990er Jahren Wolfgang U. Eckart und Christoph Gradmann in ihrem einschlägigen Sammelband nachweisen können.²⁸⁷ Susanne Michl geht in ihrer Dissertation sogar noch einen Schritt weiter. Sie erkundet die institutionellen Voraussetzungen, professionellen Formen und gesellschaftlichen Folgen ärztlichen Denkens und Deutens während des Ersten Weltkriegs im deutsch-französischen Vergleich. Eine Erweiterung bisheriger Forschung ist diese Erkundung auch, weil sie sowohl das ärztliche Wirken an der Front als auch an der ›Heimatfront‹ in den Blick nimmt. Das ist nicht nur folgerichtig, weil im Ersten Weltkrieg eine Trennung zwischen Front und Heimat schwerer als zuvor aufrechtzuerhalten war. Die systematische Massenmobilisierung betraf beide Seiten gleichermaßen und führte zu gesundheitlichen Folgen in allen Schichten und Bereichen beider Gesellschaften. Für die Ausbreitung von

282 *Johanna Bleker/Heinz-Peter Schmiedebach*, Vorwort, in: *dies.* (Hrsg.), *Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985*, Frankfurt am Main 1987, S. 7–9, hier: S. 9.

283 *Berger*, *Bakterien in Krieg und Frieden*, S. 171.

284 *Gine Elsner/Gerhard Stuby*, *Wehrmachtsmedizin und Militärjustiz. Sachverständige im Zweiten Weltkrieg: Beratende Ärzte und Gutachter für die Kriegsgerichte der Wehrmacht*, VSA-Verlag, Hamburg 2012, 199 S., geb., 16,80 €.

285 *Ebd.*, S. 183. Dieses Ergebnis deckt sich mit Alexander Neumanns Befund, dass Ärzte im Umgang mit Selbstverstümmelung oder Verlängerung der Behandlungsdauer teilweise schärfere Maßstäbe angelegt hätten als die Gerichte selbst. Vgl. *Alexander Neumann*, »Arztum ist immer Kämpfertum.« Die Heeresanitätsinspektion und das Amt »Chef des Wehrmachtssanitätswesens« im Zweiten Weltkrieg (1939–1945), Düsseldorf 2005, S. 191f. und 210–213.

286 Vgl. *Lutz Sauerteig*, *Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert*, Stuttgart 1999.

287 Vgl. unter anderem *Wolfgang U. Eckart*, »Der größte Versuch, den die Einbildungskraft ersinnen kann.« Der Krieg als hygienisch-bakteriologisches Laboratorium und Erfahrungsfeld, in: *dies./Christoph Gradmann* (Hrsg.), *Die Medizin und der Erste Weltkrieg*, Pfaffenweiler 1996, S. 299–319.

Geschlechtskrankheiten galt das in besonderem Maße. Schließlich wurde ihre Ansteckung als »Pflichtverletzung« gegenüber der Nation verstanden, »ob es sich nun um ranghöhere Offiziere«²⁸⁸ oder Mannschaften handelte. In Deutschland kümmerten sich Ärzte zudem intensiv um die Konstitution des ›Volkskörpers‹. Da die Deutschen von Blockaden und Lebensmittelknappheit zunehmend geschwächt wurden²⁸⁹, nahmen Ärzte bald eine »wichtige Rolle in der Rationalisierung der Nahrungsverteilung« ein und traten im Laufe des Kriegs »weniger als Heilpersonen denn als Volksbelehrer«²⁹⁰ auf. Mit besonderem Engagement richteten sie ihr Wirken auf die Gesunderhaltung der »reproduktionsfähigen und zukunftssträchtigen Teile der Bevölkerung«.²⁹¹ Ärzte verstanden sich unter den Bedingungen des Weltkriegs folglich mehr denn je als »Produzenten ärztlicher Ordnungsvorstellungen«.²⁹² Zu einem Problem wurden diese Ordnungsvorstellungen bei den Frauen. Denn hier standen die Ärzte in einem Zielkonflikt zwischen der Aufrechterhaltung der Gebärfähigkeit und der Gesunderhaltung von Frauen im Einsatz für die Kriegswirtschaft. Dass Letzterer in Frankreich offener diskutiert wurde als in Deutschland, ist nur ein Ergebnis der Studie, die die Fruchtbarkeit des Ländervergleichs unterstreicht: Medizin war nicht nur eine Ordnung des Sozialen, sondern immer auch ein Spiegel sozialer Ordnungen, in dem sich nationale Vorstellungen von Geschlecht und Gesellschaft niederschlugen. Dass gesellschaftliche Normen auch eine Rolle beim Umgang mit psychischen Folgen spielten, wird kaum verwundern. Michls Blick auf die »Schockwirkungen« des Kriegs ist aber insofern erhellend, als er das Untersuchungsfeld für emotionsgeschichtliche Fragen und für länderspezifische Konzeptionen von Ängsten an Front und ›Heimatfront‹ eröffnet. Während in Frankreich die »émotions de la guerre« als Phänomen sui generis verstanden und behandelt wurden, herrschte in Deutschland eher eine »pathogene Vorstellungswelt« vor. Hier erkannten Mediziner häufiger in der »inneren Veranlagung« der Kriegsneurotiker eine Ursache für psychische Erkrankungen, was ebenso häufig eine Geringschätzung oder gar Stigmatisierung der »Kriegsneurotiker« zur Folge hatte.²⁹³

Gab bereits der Erste Weltkrieg einen kräftigen Professionalisierungs- und Medikalisierungsschub, boten sich ab 1939 ganz neue Möglichkeiten. »Nicht selten«, so erklärte das zeitgenössische »Merkblatt für beratende Ärzte« der Wehrmacht treffend, »ergeben sich im Kriege einmalige Gelegenheiten für die medizinische Forschung. Sie dürfen nicht ungenutzt vorübergehen.«²⁹⁴ Diesen Gelegenheitsstrukturen spüren Wolfgang U. Eckart und Alexander Neumann in ihrem Sammelband zum Zweiten Weltkrieg nach, eröffnete dieser der deutschen Seite doch eine »neue, bisher unbekannte Dimension im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Menschen und Material, die oftmals die bis dahin geltenden ethischen und moralischen Grenzen überschritt«.²⁹⁵ Da zum Sanitätswesen im Zweiten

288 *Michl*, Im Dienste des »Volkskörpers«, S. 179.

289 Vgl. zuletzt aus medizinhistorischer Perspektive *Wolfgang U. Eckart*, »Schweinemord« und »Kohlrübenwinter« – Hungererfahrungen und Lebensmitteldiktatur, 1914–1918, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 31, 2013, S. 9–31; *Wolfgang Hofer*, Ernährungskrise, Krankheit, Hungertod. Wien (und Österreich-Ungarn) im Ersten Weltkrieg, in: ebd., S. 33–66.

290 *Michl*, Im Dienste des »Volkskörpers«, S. 87.

291 Ebd., S. 90.

292 Ebd., S. 14.

293 Ebd., S. 268.

294 Zit. nach: *Wolfgang U. Eckart/Alexander Neumann*, Einleitung, in: *dies.* (Hrsg.), *Medizin im Zweiten Weltkrieg. Militärmedizinische Praxis und medizinische Wissenschaft im »Totalen Krieg«* (Krieg in der Geschichte, Bd. 30), Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn/München etc. 2006, 238 S., geb., 34,90 €, S. 9–15, hier: S. 9.

295 Ebd., S. 9.

Weltkrieg bereits Forschungen vorliegen²⁹⁶, konzentrieren sich die Beiträge in dem Band auf die Rolle des Militärs bei Humanversuchen sowie auf den Umgang mit Krankheit und Verwundung von Soldaten. Dass der Krieg eine ärztliche Ethik mitunter auf den Kopf stellt, ist schon für frühere Konflikte nachgewiesen worden. Im ›Totalen Krieg‹ indes gewann eine Entindividualisierung und Funktionalisierung der Medizin erschreckende Ausmaße, wie Eckart am Beispiel Stalingrads zeigt. Unter den Bedingungen der Einkesselung stand das Dilemma der Triage allen Ärzten und Verwundeten unmittelbar vor Augen: Schwere Fälle, wie Bauchverletzungen, wurden »daher zugunsten anderer Eingriffe mit größeren Heilungschancen bald nicht mehr vorgenommen«²⁹⁷, um Medikamenten-Ressourcen und Ärzte für einfachere Behandlungen frei zu halten und die Kampfkraft der Truppe zumindest notdürftig zu erhalten.

Dass entsprechende Selektions-Kriterien auch für das Ausfliegen von Verwundeten aus dem Kessel galten²⁹⁸, macht die Transformation vom Schlacht- zum Experimentierfeld erschreckend nachvollziehbar. Davon spricht etwa die zynische zeitgenössische Umschreibung der »Gesamtsituation« des Kessels von Stalingrad »als medizinisches ›Hungerexperiment‹ im großen Stil«.²⁹⁹ Ulrike Thomas legt mit ihrem Aufsatz zur Verpflegungssituation der Wehrmacht im selben Sammelband nahe, dass man diesen Befund im Grunde auf den gesamten Zweiten Weltkrieg ausdehnen kann. Seit Ende 1941 verschlechterte sich die Ernährungssituation vor allem an der Ostfront erheblich.³⁰⁰ In dieser Mangelsituation waren Mediziner und Ärzte nicht nur an der Front, sondern ebenso in der Forschung gefragt. Experimente der deutschen Militärmedizin mit Ersatzstoffen, die Alexander Neumann in seinem Aufsatz in den Blick nimmt, gingen von Beginn an einen ebenso pragmatischen wie unmenschlichen Weg. Die Mediziner setzten nicht nur auf Humanexperimente unter sowjetischen Kriegsgefangenen, sondern bald auch auf »pharmakologische Produkte«, die zwar eine erhöhte »Suchtgefahr« für die Soldaten mit sich brachten, aber deren Leistungsfähigkeit erhalten sollten.³⁰¹ Dabei stand vor allem »Pervitin« im Fokus medizinischer Interessen, ein Mittel, das gegen Müdigkeit und Konzentrationsschwäche wirkte und bereits »während des Polen- und Frankreichfeldzuges [...] im Großversuch« getestet wurde.³⁰²

Aus Perspektive des Zeithistorikers werfen solche Befunde zur Medizin im ›Totalen Krieg‹ weiterführende Fragen auf, mit denen sich ein neuer »Einblick in das Innere der Wehrmacht«³⁰³ und in die Kriegsgesellschaft des ›Dritten Reichs‹ gewinnen ließe. Für die Wehrmacht deuten beispielsweise die Ergebnisse des Sammelbandes von Eckart und Neumann darauf hin, dass Medizin ein Faktor zur Aushandlung sozialer Hierarchien und

296 Ekkehart Guth (Hrsg.), *Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg*, Herford/Bonn 1990; Alexander Neumann, »Arztum ist immer Kämpfertum.«

297 Wolfgang U. Eckart, *Krankheit und Verwundung im Kessel von Stalingrad*, in: *ders./Neumann, Medizin im Zweiten Weltkrieg*, S. 69–91, hier: S. 71.

298 Ebd., S. 80–86; vgl. dazu auch Wolfgang U. Eckart, *Von der Agonie einer missbrauchten Armee. Anmerkungen zur Verwundeten- und Krankenversorgung im Kessel von Stalingrad*, in: *Wolfram Wette/Gerd R. Ueberschär* (Hrsg.), *Stalingrad – Mythos und Wirklichkeit einer Schlacht*, Frankfurt am Main 1992, S. 108–130.

299 Eckart, *Krankheit und Verwundung*, S. 69.

300 Ulrike Thomas, »Ernährung ist so wichtig wie Munition.« Die Verpflegung der deutschen Wehrmacht 1933–1945, in: *Eckart/Neumann, Medizin im Zweiten Weltkrieg*, S. 207–229, hier: S. 223.

301 Alexander Neumann, *Ernährungsphysiologische Humanexperimente in der deutschen Militärmedizin 1939–1945*, in: *Eckart/Neumann, Medizin im Zweiten Weltkrieg*, S. 151–170, hier: S. 151.

302 Ebd., S. 163.

303 Felix Römer, *Kameraden. Die Wehrmacht von innen*, München 2012.

Gruppen – sei es zwischen unterschiedlichen Kampfverbänden, sei es zwischen unterschiedlichen »Rassen«³⁰⁴ oder Diensträngen – darstellte. Die Aufrechterhaltung der Kampfkraft war eben nicht nur eine medizinische Frage, sondern zugleich eine soziale, entschied die Wehrfähigkeit und Wehrwürdigkeit doch über das Leben und Sterben an Front und »Heimatfront«. Diese Spannungsfelder zwischen »Wehr-« und »Volksgemeinschaft«³⁰⁵ ließen sich zukünftig genauer erkunden, um die Wechselwirkungen zwischen Medizin, »Totalem Krieg« und Medikalisation der Kriegsgesellschaft im Zweiten Weltkrieg zu untersuchen.

Eine ebenso gründliche wie gelungene Analyse dieser Kriegsgesellschaft bietet die Dissertation von Winfried Süß. Er lenkt den Blick von der Front auf die »Heimatfront« und auf Wechselwirkungen zwischen Kriegsgeschehen und dem Wandel der Kriegsgesellschaft und ihrer Gesundheitsverhältnisse. Darüber hinaus leistet Süß aber noch mehr. Er verknüpft medizin- mit sozialgeschichtlichen Fragestellungen, er erweitert die Perspektive für Zusammenhänge von medizinischer Forschung, gesundheitspolitischen Maßnahmen und sozialgeschichtlichen Folgen. Damit gibt seine Studie auch eine Antwort auf die einleitend aufgeworfene Frage, wie sich Berührungsprobleme zwischen Medizin- und Sozialgeschichte überwinden lassen. Überzeugend ist diese Antwort, weil Süß sowohl interdisziplinär vorgeht als auch auf unterschiedlichen Ebenen der Kriegsgesellschaft operiert und stellenweise sogar »im lokalgeschichtlichen Fokus nach der Implementation und den sozialgeschichtlichen Wirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen«³⁰⁶ forscht. Dieser erweiterte Blick deckt dreierlei auf: Erstens spürt Süß den Folgen einer Medikalisation der Kriegsgesellschaft nach, deren Gesundheitsverhältnisse sich immer stärker unter (kriegs-)funktionalen Gesichtspunkten wandelten. Zweitens gibt die Perspektive vor Ort Auskunft über die Praxis ärztlichen Handelns, in der überraschende Befunde zutage kommen. So dürfte die Feststellung, dass in der ärztlichen Praxis »eher [...] eine niedrige Eindringtiefe nationalsozialistischen Gedankenguts«³⁰⁷ zu beobachten ist, in der Forschung zur NS-Medizin (vgl. Abschnitt VI.) für Erstaunen sorgen. Süß erklärt dieses Ergebnis unter anderem mit Ernst Fraenkels Konzept vom »Doppelstaat« und weist damit auf das Nebeneinander von nationalsozialistischen Lebensbereichen und »Zonen der Normalität« auch und gerade im Gesundheitswesen hin.³⁰⁸ Und drittens ist Süß' Verknüpfung von lokaler, regionaler und nationaler Perspektive sinnvoll, um das »gesundheitspolitische Machtgefüge« mithilfe des Polykratie-Modells zu erkunden, das den Schwerpunkt der ersten Hälfte der Studie bildet. Dass es in diesem Machtgefüge zu massiven Konflikten zwischen den Akteuren kam³⁰⁹, unterstreichen deren unterschiedliche Konzeptionen des »Volkskörpers« sowie der Wandel, den diese Konzepte im Kontext des Kriegsverlaufs erfuhr. Auseinandersetzungen um die »T4-Aktion« oder um das »Gesundheitswerk des Deutschen Volkes« dienen Süß daher als Fallbeispiele, an denen persönliche Interessen

304 Vgl. dazu den Beitrag von *Anne Cottebrune*, Vom Ideal der serologischen Rassendifferenzierung zum Humanexperiment im Zweiten Weltkrieg, in: *Eckart/Neumann*, Medizin im Zweiten Weltkrieg, S. 43–67.

305 Vgl. *Christoph Rass*, »Wehrgemeinschaft« und »Volksgemeinschaft«, in: *Dietmar von Reeken/Malte Thießen* (Hrsg.), »Volksgemeinschaft« als soziale Praxis. Neue Forschungen zur NS-Gesellschaft vor Ort, Paderborn 2013, S. 299–322. Zu diesem Sammelband vgl. auch den Forschungsbericht von Janosch Steuwer im vorliegenden Band.

306 *Winfried Süß*, Der »Volkskörper« im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939–1945 (Studien zur Zeitgeschichte, Bd. 65), Oldenbourg Verlag, München 2003, 513 S., geb., 69,80 €, S. 13.

307 Ebd., S. 376.

308 Ebd., S. 377.

309 Winfried Süß bietet im Anhang seiner Arbeit ein umfangreiches biografisches Verzeichnis fast aller Akteure, vgl. ebd., S. 459–480.

und Entscheidungsabläufe gesundheitspolitischer Maßnahmen nachgezeichnet werden können.

Der Krieg als Mobilisierungs- und Transformationsfaktor der Kriegsgesellschaft und ihrer Gesundheitsverhältnisse steht in der zweiten Hälfte der Arbeit im Mittelpunkt. Die Kriegswende 1943 und die Verschärfung des alliierten Bombenkriegs erzwangen eine Optimierung des Gesundheitssystems im Dienste der Kriegführung, was massive Konsequenzen an der ›Heimatfront‹ zur Folge hatte. In diesem Zusammenhang hat Götz Aly bereits in den 1980er Jahren darauf hingewiesen, dass der Luftkrieg als Legitimationsmuster für medizinische Exklusionsprozesse nach Nützlichkeitsabwägungen fungierte.³¹⁰ Betraf die Etablierung einer »scharf differenzierte[n] Wert- bzw. Unwerthierarchie«³¹¹ zunächst ›nur‹ die besetzten Gebiete im Osten im Kampf gegen die ›Kriegsseuche‹ Fleckfieber, avancierte sie im weiteren Kriegsverlauf wegen der ständigen Ressourcenknappheit zur Zentralkategorie, mit der die Gesundheitsverhältnisse im gesamten Reich ›geordnet‹ werden sollten:

»Dort, wo die Hierarchisierung der Kranken nach kriegswirtschaftlicher Verwertbarkeit an Bedeutung gewann, etwa beim Zugang zur knappen Krankenhausversorgung, entwickelte sich geradezu ein Verdrängungswettbewerb, beim dem – idealtypisch gesprochen – Wehrfähige die Zivilkranken, potentiell Produktive die in der Kriegswirtschaft ›Unwertbaren‹, und Sieche und Alterskranke die Psychiatriepatienten beiseite schoben.«³¹²

Letztlich betraf die »nationalsozialistische Ungleichwertigkeitsdoktrin«³¹³ also Kriegsgefangene ebenso wie die »Volksgenossen«, deren Körper den Anforderungen des ›Volkskörpers‹ untergeordnet wurden. Auf dem Feld der Gesundheit gewann die Kriegsgesellschaft also besonders scharfe Konturen einer »Leistungsgemeinschaft«, waren die Teilhabe und der Ausschluss aus dem Gesundheitssystem von existenzieller Bedeutung auch für die »ganz normalen Deutschen«. Insofern erschließt Süß mit seinen Forschungen sogar der anhaltenden Debatte um die ›Volksgemeinschaft‹ ein wichtiges Forschungsfeld³¹⁴, das bislang kaum berücksichtigt worden ist, für Prozesse der Inklusion und Exklusion aber neue Erkenntnisse verspricht.³¹⁵ Darüber hinaus könnte dieses »Standardwerk zur nationalsozialistischen Gesundheitspolitik während des Zweiten Weltkriegs«³¹⁶ der NS-Forschung im Allgemeinen Impulse geben, Medizin als gesellschaftliches Konvergenzfeld stärker in den Blick zu nehmen.

In den Weltkriegen nahmen Ärzte eine Rolle als »Wächter der Hygiene« ein. Die Schlachtfelder eröffneten den Medizinern nicht nur gewaltige Experimentierfelder. Im Krieg ergaben sich ebenso gewaltige Gelegenheiten für eine »möglichst ganzheitliche Er-

310 Götz Aly, *Medizin gegen Unbrauchbare*, in: *Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik* 1, 1985, S. 9–74.

311 Süß, *Der »Volkskörper« im Krieg*, S. 230.

312 Ebd., S. 409f.

313 Ebd., S. 410.

314 Den neuesten Forschungsüberblick zur ›Volksgemeinschaft‹ bietet der oben genannte Beitrag von Steuwer in diesem Band. Zur Debatte um die ›Volksgemeinschaft‹ vgl. außerdem den Überblick mit weiterführenden Perspektiven bei *Michael Wildt*, »Volksgemeinschaft« – eine Zwischenbilanz, in: *von Reeken/Thießen*, »Volksgemeinschaft« als soziale Praxis, S. 355–369.

315 Vgl. dazu die Überlegungen zum Zusammenhang von Impfungen und ›Volksgemeinschaft‹ bei *Thießen*, *Vom immunisierten Volkskörper*, S. 46–55.

316 So Rüdiger Hachtmann in seiner Rezension von Winfried Süß: *Der »Volkskörper« im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939–1945*, München 2003, in: *sehpunkte* 4, 2004, Nr. 2 [15.2.2004], URL: <<http://www.sehpunkte.de/2004/02/4132.html>> [31.3.2013].

fassung der Gesellschaft«.³¹⁷ Der Umgang mit psychisch Kranken im Ersten Weltkrieg oder die ›Euthanasie‹ im Zweiten sind für solche Auswüchse einer Professionalisierung und Medikalisierung besonders berüchtigte Beispiele.³¹⁸ Eine kriegsbedingte Medikalisierung betraf gleichwohl nicht nur einzelne Opfergruppen, sondern hatte Auswirkungen auf die ganze Kriegsgesellschaft. Die moralische Erhöhung der individuellen Gesundheitspflege zur nationalen Pflicht und zum Dienst am ›Volkskörper‹ zog jeden Einzelnen zur Verantwortung. Hygiene, medizinische Versorgung und Vorsorge avancierten zum Ausdruck politischer Zuverlässigkeit, während medizinische Nachlässigkeiten massive Sanktionen mit sich bringen konnten – und zwar nicht nur in der ›Volksgemeinschaft‹, wo diese Konsequenzen freilich besonders gut zu beobachten sind.

VI. ›VOLKSGEMEINSCHAFT‹ UND ›VOLKSGESUNDHEIT‹: GESCHICHTE UND NACHGESCHICHTE DER NS-MEDIZIN

Die Behauptung, dass der Nationalsozialismus mittlerweile doch ausgeforscht sei, ist unter Zeithistorikern immer wieder zu hören.³¹⁹ Auch für die NS-Medizin scheint dieser Befund angebracht, wenn man auf die kaum zu überschauende Zahl an Forschungen blickt. »[M]an kann sogar sagen«, stellen Robert Jütte, Wolfgang Eckart, Robert Schmuhl und Winfried Süß im Vorwort ihres Handbuchs »Medizin und Nationalsozialismus« fest, »dass es kein Thema in der Medizingeschichte gibt, das in den letzten 30 Jahren so intensiv erforscht worden ist wie die Rolle der Medizin im Nationalsozialismus.«³²⁰ Tatsächlich hat die Forschung seit den 1980er Jahren eine Flut an Publikationen hervorgebracht, von denen die NS-Medizin als Wissens- und Wissenschaftsgeschichte, als Geschichte der Gesundheitspolitik und medizinischer Verbrechen, als Sozialgeschichte der Ärzte, Pflege und Patienten erkundet wird.³²¹ Umso hilfreicher ist daher das Handbuch von Jütte, Eckart,

317 *Michl*, Im Dienste des »Volkskörpers«, S. 276.

318 Der Zusammenhang zwischen »Euthanasie« und »Vernichtungskrieg« wird in der Forschung nach wie vor kontrovers diskutiert. Vgl. dazu den Überblick bei *Hans-Walther Schmuhl*, »Euthanasie« und Krankenmord, in: *Robert Jütte* (in Verbindung mit *Wolfgang U. Eckart/Hans-Walter Schmuhl/Winfried Süß*) (Hrsg.), *Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung*, Wallstein Verlag, Göttingen 2011, 323 S., geb., 24,90 €, S. 214–255.

319 Vgl. etwa die Beobachtung von *Michael Wildt*, *Volksgemeinschaft. Eine Antwort auf Ian Kershaw*, in: *Zeithistorische Forschungen* 8, 2011, H. 1, S. 102–109.

320 *Jütte*, *Medizin und Nationalsozialismus*, S. 7.

321 Einen Einstieg in den aktuellen Forschungsstand bieten *Eckart*, *Geschichte der Medizin*, S. 211–240; *Volker Roelcke*, *Medizin im Nationalsozialismus. Historische Kenntnisse und einige Implikationen*, in: *Sigfried Oehler-Klein* (Hrsg.), *Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Personen und Institutionen, Umbrüche und Kontinuitäten (Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen 1607 bis 2007, Bd. 2)*, Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2007, 632 S., geb., 72,00 €, S. 13–32; *Ralf Forsbach*, *Medizin im Nationalsozialismus. Voraussetzungen, Verbrechen, Folgen*, in: *Bruchhausen/Schott*, *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*, S. 131–149, sowie in vergleichender Perspektive *Winfried Süß*, *Gesundheitspolitik*, in: *Hans Günter Hockerts* (Hrsg.), *Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich*, München 1998, S. 55–100; zur Ärzteschaft im Nationalsozialismus vgl. vor allem *Martin Rüther*, *Ärztliches Standeswesen im Nationalsozialismus 1933–1945*, in: *Robert Jütte* (Hrsg.), *Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert*, Köln 1997, S. 143–193. Empfehlenswert für einen schnellen Einstieg in die Forschung zu medizinischen Verbrechen ist auch der Katalog zur Ausstellung »Tödliche Medizin: Rassenwahn im Nationalsozialismus«, die vom 13. März bis 19. Juli 2009 im Jüdischen Museum Berlin zu sehen war. Neben konzisen Einführungsaufsätzen einschlägiger Autoren zur »Euthanasie«

Schmuhl und Süß, das eine umfassende Bilanz der bisherigen Forschung liefert und zugleich darauf hinweist, dass selbst auf diesem so gut erkundeten Feld noch einiges zu tun ist.

Desiderate sehen die Autoren vor allem in der medizinischen Praxis. Während die Wurzeln der »Eugenik«, »Rassenhygiene« und »Rassenanthropologie« bis tief in das 19. Jahrhundert hinein erkundet worden sind³²² und für die Gesundheitspolitik und das Gesundheitswesen im Nationalsozialismus zahlreiche einschlägige Forschungen vorliegen³²³, ist die Sozial- und Alltagsgeschichte der NS-Medizin für viele Bereiche ungleich schlechter erforscht. So wissen wir seit dem Erscheinen des Standardwerks von Michael H. Kater und mehrerer Anschlussstudien zwar vieles über die Sozialstruktur und sozialen Verhältnisse der Ärzte im »Dritten Reich«. ³²⁴ Gleichwohl liegt der Fokus bei der Analyse von Lebens- und Karriereverläufen immer noch auf besonders herausragenden beziehungsweise abschreckenden NS-Medizinerinnen, während zu den Biografien »ganz normaler Ärzte« ungleich weniger gearbeitet wurde.³²⁵ Wie produktiv dieser Zugriff auf »normale« Ärzte sein kann, beweist etwa Franz-Werner Kerstings Studie zum Verhalten von Anstaltsärzten in Westfalen und ihrem Mitwirken an Krankenmorden. Kerstings individual- und gruppenbiografischer Zugriff bringt nicht nur unterschiedliche Verhaltensprofile zutage, sondern kann wegen des langen Untersuchungszeitraums vom Kaiserreich bis in die Bundesrepublik zugleich den langfristigen Wandlungen eines Berufsfelds nachspüren.³²⁶ Insgesamt gesehen unterstreicht Kerstings Studie zu den Anstaltsärzten indes noch den Befund einer Forschungslücke: Zum ärztlichen Alltag in den Praxen des »Dritten Reichs« liegen bislang allenfalls erste Sondierungen vor, nicht zuletzt jene von Winfried Süß zu »Normen und Praxis ärztlichen Handelns«³²⁷. Weitere Forschungen erscheinen umso dringender, da sich mit ihnen auch das Arzt-Patienten-Verhältnis im »Dritten Reich« genauer vermessen ließe. Schließlich scheint im Nationalsozialismus selbst unter den »eingeschränkten Bedingungen des Krieges« die »Mehrheit der Arzt-Patienten-Kontakte« von »Normalität« geprägt gewesen zu sein, wie Süß vermutet hat.³²⁸

Süß hebt in diesem Zusammenhang zugleich hervor, dass dieser Befund selbstverständlich nicht für sämtliche Ärzte³²⁹ und erst recht nicht für jene Patienten galt, die aus der »Volksgemeinschaft« ausgeschlossen werden sollten. Hans-Walter Schmuhl zeichnet diesen Ausschluss und seine Konsequenzen in seinen beiden Beiträgen zur »Zwangssteri-

(Hans-Walter Schmuhl), »Zwangssterilisation« (Susanne Doetz), »Aktion T 4« (Gerhard Baader), »Kindereuthanasie« (Thomas Beddies) sowie zum »dezentralen Krankenmord« (Wolfgang Rose) versammelt der Band zahlreiche Quellen zu den Opfern und Tätern der NS-Medizin: Jüdisches Museum Berlin (Hrsg.), Tödliche Medizin. Rassenwahn im Nationalsozialismus, Wallstein Verlag, Göttingen 2009, 135 S., kart., 16,90 €.

322 Eine der ersten systematischen, nach wie vor einschlägigen Darstellungen bieten *Peter Weingart/Jürgen Kroll/Kurt Bayertz*, Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland, Frankfurt am Main 1992.

323 Vgl. die Kapitel »Eugenik und Rassenanthropologie« und »Gesundheitswesen« in *Jütte*, Medizin und Nationalsozialismus, S. 24–38 und 39–105. Einen hervorragenden Überblick über Einführungen, Überblicksdarstellungen, Quellensammlungen und Bibliografien zum Thema bietet Winfried Süß im selben Band auf den S. 11–23.

324 *Michael H. Kater*, Doctors under Hitler, Chapel Hill, NC 1989.

325 *Jütte*, Medizin und Nationalsozialismus, S. 180.

326 *Franz-Werner Kersting*, Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. Das Beispiel Westfalen, Paderborn 1997.

327 Süß, Der »Volkskörper« im Krieg, S. 370–380.

328 Ebd., S. 373 und 376. So auch Süß' Befund in *Jütte*, Medizin und Nationalsozialismus, S. 183.

329 Einen Forschungsüberblick bietet *Robert Jütte*, Die Vertreibung jüdischer und »staatsfeindlicher« Ärztinnen und Ärzte, in: *ders.*, Medizin und Nationalsozialismus, S. 83–93.

lisation« und »Euthanasie« und Krankenmord« in dem Handbuch präzise nach. Bemerkenswert sind beide Forschungsüberblicke übrigens auch, weil Schmuhl als Nestor dieses Forschungsfelds durchaus selbstkritisch mit eigenen Ansätzen umgeht. Das gilt etwa für seinen Befund, dass die »Euthanasie« in »der Geschichte des ›Dritten Reiches« [...] den Umschlagspunkt von der Verfolgung zur Vernichtung« markierte, sodass der »Euthanasie« die Rolle eines Katalysators³³⁰ für den Holocaust zugekommen sei. Obgleich Schmuhl an diesem Befund grundsätzlich festhält, weist er doch auf verschiedene Formen und Phasen der »Euthanasie« – vom Krankenmord in Polen 1939 über die »Kinder-Euthanasie« und »Aktion T4« bis hin zu »regionalen Euthanasien« im Zuge der »Aktion Brandt«³³¹ – hin, die auf Veränderungen in der Praxis der »Euthanasie« mit der Verschärfung des Kriegs hindeuten. Doch nicht nur mit Blick auf den Weltkrieg, auch im Rückblick, auf die Zeit vor 1933, und über die Grenzen Deutschlands hinweg betrachtet die Forschung »Eugenik« und »Euthanasie« mittlerweile in neuem Licht. So wird eine früher konstatierte bruchlose Beziehung zwischen der NS-»Euthanasie« und den Eugenik-Konzepten des 19. Jahrhunderts mittlerweile vielschichtiger gesehen. Bereits in den 1990er Jahren haben Michael Schwartz und andere darauf aufmerksam gemacht, dass die Eugenik keineswegs nur im völkischen Milieu verbreitet war, sondern ebenso in Teilen der Sozialdemokratie und noch in der Weimarer Republik auf Resonanz stieß. Darüber hinaus stand Deutschland beim Thema Eugenik bis in die 1930er Jahre eher in der zweiten Reihe, während die USA oder Skandinavien lange Zeit eine Vorreiterrolle einnahmen.³³²

Insgesamt machen die Forschungsüberblicke im Handbuch also deutlich, dass selbst auf dem Forschungsfeld der NS-Medizin noch weiße Flecken bestehen. Der Einsatz von Zwangsarbeitern beispielsweise ist eine solche Leerstelle, der sich zuletzt Flora Graefe und Volker Roelcke in ihrer Studie zur Medizinischen Fakultät Gießen³³³ sowie die Beiträge des Sammelbandes von Andreas Frewer, Bernhard Bremberger und Günther Siedbürger angenommen haben.³³⁴ Nachdem der Einsatz von Zwangsarbeitern vor allem in der Industrie des ›Dritten Reichs‹ bereits gründlich erforscht worden ist, nehmen diese Fallstudien nun das Gesundheitswesen in den Blick und fragen nach deren Einsatz in Krankenhäusern und Kliniken sowie nach der medizinischen Versorgung von Fremd-

330 Schmuhl, »Euthanasie« und Krankenmord, S. 214.

331 Ebd., S. 219–233.

332 Vgl. unter anderem Michael Schwartz, »Euthanasie«-Debatten in Deutschland (1895–1945), in: VfZ 46, 1998, S. 617–665; Michael Schwartz, Eugenik und »Euthanasie«. Die internationale Debatte und Praxis bis 1933/45, in: Klaus-Dietmar Henke (Hrsg.), Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord (Schriften des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, Bd. 7), Köln/Weimar etc. 2008, 342 S., kart., 27,90 €, S. 65–83, als Überblick zudem Heiner Fangerau/Thorsten Noack, Rassenhygiene in Deutschland und Medizin im Nationalsozialismus, in: Schulz/Steigleder/Fangerau u. a., Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, S. 224–246, und insbesondere die umfassende Einbettung bei Wolfgang Uwe Eckart, Medizin in der NS-Diktatur. Ideologie, Praxis, Folgen, Köln 2012, S. 21–99.

333 Flora Graefe/Volker Roelcke, Zwangsarbeiter in der Medizin – Zivile »Fremdarbeiter« als Arbeitskräfte und Patienten am Universitätsklinikum Gießen im Zweiten Weltkrieg, in: Oehler-Klein, Die Medizinische Fakultät, S. 377–392. Vgl. auch Flora Graefe, Arbeitskraft, Patient, Objekt. Zwangsarbeiter in der Gießener Universitätsmedizin zwischen 1939 und 1945, Frankfurt am Main/New York 2011.

334 Andreas Frewer/Bernhard Bremberger/Günther Siedbürger (Hrsg.), Der »Ausländereinsatz« im Gesundheitswesen (1939–1945). Historische und ethische Probleme der NS-Medizin (Geschichte und Philosophie der Medizin, Bd. 8), Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2009, 284 S., kart., 49,00 €. Erste Fallstudien zu Zwangsarbeitern und NS-Medizin bietet der Sammelband von Andreas Frewer/Günther Siedbürger (Hrsg.), Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus. Einsatz und Behandlung von »Ausländern« im Gesundheitswesen, Frankfurt am Main 2004.

und Zwangsarbeitern. Die medizinische Versorgung geriet bereits im Zuge der Aufrüstung und spätestens mit der Verschärfung des Kriegs zu einem Problem. Einerseits waren Zwangsarbeiter aufgrund der harten Arbeitsbedingungen besonders anfällig für Krankheiten, sodass sie medizinische Ressourcen in Anspruch nahmen, was sich »zum Schaden der erkrankten Volksgenossen auswirken«³³⁵ musste, wie der leitende Arzt eines niedersächsischen Krankenhauses warnte. Andererseits war eine Aufrechterhaltung der Arbeitskraft im Dienste der Kriegsrüstung erwünscht, sodass Fremd- und Zwangsarbeiter lange Zeit medizinisch durchaus korrekt versorgt wurden, wie Thorsten Neubert-Preine zeigt³³⁶, mitunter sogar »Ausländerkrankenhäuser«³³⁷ entstanden. Es versteht sich von selbst, dass diese Versorgung »nicht unter der Perspektive des individuellen Patientenwohls relevant war, sondern vielmehr unter der Fragestellung, ob die Patienten nach einer eventuellen Entlassung ihrer Funktion als Arbeitskräfte wieder voll oder zumindest eingeschränkt würden nachgehen können«.³³⁸ Diese Behandlung änderte sich allerdings mit dem zunehmenden Masseneinsatz von »Ostarbeitern«, die in der von Winfried Süß konstatierten »(Un-)Werthierarchie« ganz unten standen. Bedrückend nachvollziehbar werden diese Konsequenzen in den Berichten ehemaliger Zwangsarbeiter, die am Ende des Sammelbandes von Frewer, Bremberger und Siedbürger aufgenommen wurden. Obgleich Quellenanhänge wie diese nur zu beifügen sind, ist in diesem Fall bemerkenswert, dass kaum Kontextualisierungen der Berichte geboten werden, wie ihn etwa der erste Aufsatz des Bandes von Günther Siedbürger am Beispiel des italienischen Zwangsarbeiters Giuseppe Chiampo bietet.³³⁹ Bemerkenswerter als diese Petitesse bleibt indes das Ansinnen des Bandes, Zwangsarbeit im ›Dritten Reich‹ im Alltag und aus Sicht der Betroffenen nachzuspüren.

Einblick in den Alltag und in die Praxis von Medizinern in der NS-Zeit gewinnen auch neuere Studien zu einzelnen Instituten wie der Berliner Charité, die zuletzt im Rahmen des DFG-Projekts »Die Charité im Wechsel staatlicher Systeme« große Aufmerksamkeit gewonnen hat, oder zur Gießener Fakultät, die im Zuge der 400-Jahr-Feier von mehreren Forschungsprojekten untersucht wurde.³⁴⁰ Für diese Studien gilt dasselbe, was bereits oben über die Potenziale und Probleme einer institutionengeschichtlichen Perspektive gezeigt worden ist (vgl. Abschnitt II.). Erstens bietet der Blick auf Institute und Fakultäten Gelegenheit, die NS-Zeit in langfristige Entwicklungen der Gesundheits-, Wissenschafts- und Sozialpolitik einzubetten und scheinbare Zäsuren zu differenzieren. So weist Volker Roelcke in seinen Beiträgen zur Medizinischen Fakultät in Gießen³⁴¹ und zur Charité

335 Zit. nach: Thorsten Neubert-Preine, Fremd- und Zwangsarbeit in Norddeutschland. Einsatz und Versorgung ausländischer Arbeitskräfte am Beispiel der Industrie in Bomlitz/Landkreis Fallingb. in: Frewer/Bremberger/Siedbürger, Der »Ausländereinsatz« im Gesundheitswesen, S. 33–50, hier: S. 39.

336 Ebd., S. 39–40.

337 Bernhard Bremberger/Frank Hummeltenberg/Manfred Stürzbecher, Das »Ausländerkrankenhause der Reichshauptstadt Berlin« in Mahlow, in: Frewer/Bremberger/Siedbürger, Der »Ausländereinsatz« im Gesundheitswesen, S. 219–270.

338 Graefe/Roelcke, Zwangsarbeiter in der Medizin, S. 391–392.

339 Giuseppe Chiampo/Günther Siedbürger, Zwangsarbeiter, Militärinternierte und ihre Gesundheitsversorgung. Opfer und Zeitzeugen aus Niedersachsen im Bericht von G. Chiampo, in: Frewer/Bremberger/Siedbürger, Der »Ausländereinsatz« im Gesundheitswesen, S. 17–32.

340 Zur Geschichte der Charité von 1710 bis in die 1960er Jahre vgl. Johanna Bleker/Volker Hess (Hrsg.), Die Charité. Geschichte(n) eines Krankenhauses, München 2010; zum Systemwechsel im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit vgl. Sabine Schleiermacher/Udo Schagen (Hrsg.), Wissenschaft macht Politik. Hochschule in den politischen Systembrüchen 1933 und 1945, Stuttgart 2009.

341 Vgl. Roelcke, Medizin im Nationalsozialismus, insb. S. 19–22.

nach, das selbst »massenhafte Zwangssterilisationen und Krankentötungen« nicht »auf die Zeit des Nationalsozialismus [...] beschränkt waren«, sondern nur angesichts »intellektuelle[r] und personelle[r] Kontinuitäten, die weit in die Zeit vor 1933 zurückreichen«, zu verstehen seien.³⁴² Auch Sabine Schleiermacher und Udo Schagen betonen in der Einführung zu ihrem Sammelband, dass Programmatik und Praxis an der Charité in eine »seit Anfang des 20. Jahrhunderts einsetzende Entwicklung der Medizin« einzubetten seien, dank der Sozialdarwinismus und »robuster Fortschrittsoptimismus«³⁴³ eine unheilvolle Verbindung eingingen.

Zweitens sind Institutionen ein geeigneter Untersuchungsgegenstand, um Netzwerke und Konflikte zwischen Akteuren und damit die Handlungsspielräume einzelner Mediziner zu erkunden. Dass in Gießen eine »Selbstgleichschaltung« in der Personalpolitik einsetzte, bevor »vereinzelte Eingriffe des Reichserziehungsministeriums« notwendig waren³⁴⁴, legt nahe, dass Mediziner wie andere Berufsgruppen auch nicht nur auf die neuen Machtverhältnisse reagierten. Vielmehr erschlossen sie sich eigenständig neue Handlungsspielräume, Tätigkeitsfelder und Ressourcen. Auch für die Charité weist Sabine Schleiermacher am Beispiel der beiden Hygieniker Fritz Lenz und Heinz Zeiss nach, wie Universitätsmediziner ihre Expertise in den Dienst der Deportations- und Vernichtungspolitik stellten, um sich Ressourcen für die Forschung zu erschließen:

»Ihre wissenschaftliche Legitimation generierten sie, indem sie eine »natürliche« Verbindung von »Volk«, »Raum« und Krankheit konstruierten. Durch ihre wissenschaftliche Produktion wie Politikberatung trugen sie zur Verschiebung ethischer Wertsetzungen und zur Akzeptanz nationalsozialistischer Vernichtungspolitik bei.«³⁴⁵

Hans-Walter Schmuhls Untersuchung der Forschungspolitik von Charité, Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft und Deutscher Forschungsgemeinschaft belegt die Konsequenzen dieses wissenschaftlichen Engagements. So hätten genetische Forschungsbeiträge zwar »Details der nationalsozialistischen Erbgesundheits- und Rassenpolitik« kritisiert, was letztlich aber »die nationalsozialistische Biopolitik auf den neuesten Stand der humangenetischen Forschung«³⁴⁶ gebracht habe. Der Sammelband zur Charité präsentiert indes noch andere Verhaltensmuster. So zeigt Udo Schagen, wie der Pharmakologe Wolfgang Heubner seine Verbindungen zum NS-Regime nutzte, um dem inhaftierten und zum Tode verurteilten Robert Havemann durch Forschungsaufträge das Leben zu retten.³⁴⁷ In der institutionengeschichtlichen Perspektive treten also Handlungsmuster und Netzwerke hervor, die das

342 Volker Roelcke, Politische Zwänge und individuelle Handlungsspielräume. Karl Bonhoeffer und Maximilian de Crinis im Kontext der Psychiatrie im Nationalsozialismus, in: Sabine Schleiermacher/Udo Schagen (Hrsg.), Die Charité im Dritten Reich. Zur Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus, Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn/München etc. 2008, 272 S., kart., 19,90 €, S. 67–84, hier: S. 83.

343 Sabine Schleiermacher/Udo Schagen, Enthumanisierung der Medizin und die Charité im »Dritten Reich«, in: dies., Die Charité im Dritten Reich, S. 9–22, hier: S. 15.

344 Sigrid Oehler-Klein, Die Medizinische Fakultät Gießen im Nationalsozialismus – ein Überblick, in: dies., Die Medizinische Fakultät, S. 33–44, hier: S. 34.

345 Sabine Schleiermacher, Grenzüberschreitungen der Medizin. Vererbungswissenschaft, Rassenhygiene und Geomedizin an der Charité im Nationalsozialismus, in: dies./Schagen, Die Charité im Dritten Reich, S. 169–188, hier: S. 186.

346 Hans-Walter Schmuhl, Die Charité und die Forschungspolitik der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft und der Deutschen Forschungsgemeinschaft in der Zeit des Nationalsozialismus, in: Schleiermacher/Schagen, Die Charité im Dritten Reich, S. 229–246, hier: S. 244.

347 Udo Schagen, Von der Freiheit – und den Spielräumen – der Wissenschaft(ler) im Nationalsozialismus. Wolfgang Heubner und die Pharmakologen der Charité 1933 bis 1945, in: Schleiermacher/ders., Die Charité im Dritten Reich, S. 207–228.

ebenso gängige wie grobschlächtige Handlungsmodell von Mitmachen oder Widerstand erweitern.

Und drittens eröffnet der institutionengeschichtliche Zugriff Möglichkeiten, die NS-Medizin(er) tiefer in ihr gesellschaftliches Umfeld einzubetten. Dass sich Berlin für die medizinische Wissenschaft als ungemein produktiver Handlungsraum erwies, legen beispielsweise einige Beiträge des Sammelbandes zur Charité nah. In dieser Zeit, so hebt Johannes Vossen hervor, erlebte die Berliner Universitätsmedizin schließlich »eine Blütezeit«, wahrscheinlich nicht zuletzt wegen der engen Verbindungen, ja »Allianz« zwischen Medizinerinnen und der NS-Elite³⁴⁸, die »vor Ort« präsent war. Gerade Berlin bietet für eine engere Verknüpfung von Medizin- und Stadtgeschichte folglich ein hervorragendes Forschungsfeld. Immerhin liegen mittlerweile mehrere Studien vor, die die Sozial- und Kulturgeschichte der Hauptstadt im »Dritten Reich« untersuchen³⁴⁹, die in medizingeschichtlichen Arbeiten bislang noch nicht aufgegriffen worden sind. Dass Andreas Frewer in seiner Untersuchung des wohl bekanntesten Medizinhistorikers der NS-Zeit, Paul Diepgen, auf die Bedeutung der Planungen Hitlers und Speers für ein »Gross-Berlin« hinweist, von denen auch die Charité in Form eines umfangreichen Neubaus profitieren sollte³⁵⁰, wäre nur ein Hinweis und Anreiz, den Verbindungen von Stadt- und Medizingeschichte nachzugehen.

Ebenso wichtig wie das Füllen einzelner Forschungslücken ist nach wie vor eine engere Verbindung zwischen sozial- und kulturgeschichtlichen sowie sozialwissenschaftlichen Forschungen und Untersuchungen der NS-Medizin. Obgleich das »Dritte Reich« besonders oft und besonders gern als Paradebeispiel Foucaultscher »Biopolitik« und »Bio-Macht« präsentiert wird³⁵¹, bleibt die methodische Reflexion des Herrschafts- und Gouvernamentalitätsbegriffs für die Erforschung der NS-Medizin bislang ungenau.³⁵² Das ist insofern erstaunlich, als sich in dieser Perspektive »unterschiedliche »Handlungsformen und Praxisfelder«³⁵³ genauer fassen ließen, wie Wolfgang Eckart zu Recht hervorhebt. In praxeologischer Perspektive wäre zudem nach der Macht und Ohnmacht der NS-Experten zu fragen beziehungsweise nach den Vermittlungs- und Aushandlungsprozessen medizinischer Deutungsmuster und Nützlichkeitsabwägungen, die auch im »Dritten Reich« nicht im Top-down-Prinzip verordnet werden konnten. Auch die Körpergeschichte, die

348 Johannes Vossen, Willfähige Wissenschaft. Die medizinische Fakultät der Berliner Universität und der Nationalsozialismus, in: *Schleiermacher/Schagen*, Die Charité im Dritten Reich, S. 23–36, hier: S. 36.

349 Vgl. zuletzt unter anderem *Michael Wildt/Christoph Kreuzmüller* (Hrsg.), Berlin 1933–1945. Stadt und Gesellschaft im Nationalsozialismus, München 2013; *Rüdiger Hachtmann/Thomas Schaarschmidt/Winfried Süß* (Hrsg.), Berlin im Nationalsozialismus. Politik und Gesellschaft 1933–1945, Göttingen 2012.

350 Vgl. *Andreas Frewer*, Medizingeschichte und »Neue Ethik« in Berlin. Fachpolitik, NS-Disziplin und SS-Moral (1939–1945), in: *Schleiermacher/Schagen*, Die Charité im Dritten Reich, S. 85–104, insb. S. 98f.

351 Vgl. dazu den konzisen Überblick von *Hans-Walter Schmuhl*, Das »Dritte Reich« als biopolitische Entwicklungsdiktatur. Zur inneren Logik der nationalsozialistischen Genozidpolitik, in: Jüdisches Museum Berlin, Tödliche Medizin, S. 7–21.

352 Zur Herrschaft als sozialer Praxis vgl. *Alf Lüdtke*, Einleitung. Herrschaft als soziale Praxis, in: *ders.* (Hrsg.), Herrschaft als soziale Praxis. Historische und sozialanthropologische Studien, Göttingen 1991, S. 9–63, sowie im selben Band *ders.*, Funktionseliten. Täter, Mit-Täter, Opfer? Zu den Bedingungen des deutschen Faschismus, S. 559–590; *Sven Reichardt*, Praxeologie und Faschismus. Gewalt und Gemeinschaft als Elemente eines praxeologischen Faschismusbegriffs, in: *Karl H. Hörning/Julia Reuter* (Hrsg.), Doing Culture. Neue Positionen zum Verhältnis von Kultur und sozialer Praxis, Bielefeld 2004, S. 129–153.

353 *Eckart*, Medizin in der NS-Diktatur, S. 14. Vgl. hier und auf den folgenden Seiten auch die Überlegungen zu »Sicherheitsdispositiven« und »Biomacht« im Nationalsozialismus.

Walter Hofer und Lutz Sauerteig als Schwerpunkt einer Kulturgeschichte der Medizin starkmachen, könnte für die NS-Gesellschaft noch mehr berücksichtigt werden. Dass das ›Dritte Reich‹ und der Zweite Weltkrieg neue »Erfahrungswelten« von Gesundheit und Krankheit schufen, »Technologien des Selbst« bei der Vorsorge³⁵⁴ und Therapie veränderten oder neue hervorbrachten, legen Winfried Süß' Beobachtungen zum ›Volkskörper‹ im Krieg ebenso nahe wie die Bandbreite »biodiktatorischer Praktiken« der NS-Organisationen »Kraft durch Freude«, »Lebensborn«, »Nationalsozialistische Volkswohlfahrt« und der Praktiken der »Leistungsmedizin« zum Beispiel in der Hitlerjugend und der NS-Frauenschaft, die Wolfgang Eckart in den Blick nimmt.³⁵⁵

Zweifellos ist die NS-Medizin ein besonders erschreckendes Kapitel der Zeitgeschichte. Für die Wissenschaft wird dieser Schrecken mitunter zu einem Problem, wenn er sich in Dämonisierungen niederschlägt, wie sie in der allgemeinen NS-Forschung seit Jahrzehnten diskutiert werden.³⁵⁶ Die populäre Benennung Josef Mengeles als »Todesengel von Auschwitz« bietet für derartige Dämonisierungen einzelner NS-Mediziner nur ein besonders bekanntes Beispiel mit den ebenso bekannten Folgen: Denn der Fokus auf einzelne Täter übersieht die Täter und Mitläufer aus der »zweiten Reihe« – was im Übrigen unter vielen Ärzten nach 1945 durchaus erwünscht war; schließlich lenkte »die Jagd« nach dem »Monster Mengele [...] ab von mancher personellen Kontinuität in der Bundesrepublik.«³⁵⁷ Darüber hinaus bringt dieser Fokus aber auch eine Vernachlässigung von mentalen Kontinuitäten und gesellschaftlichen Kontexten der Zeit vor dem ›Dritten Reich‹ mit sich. Umso hilfreicher ist in dieser Hinsicht die Studie von Florian Bruns zur »Medizinethik im Nationalsozialismus«, die sich explizit gegen vorschnelle Moralisierungen wendet: »Aussagen, die den Nationalsozialismus als eine Zeit des Bösen schlechthin, als eine Zeit ohne Ethik darstellen, vermögen höchstens emotional zu befriedigen.«³⁵⁸ Dass das Einsickern nationalsozialistischer Ideen in die Köpfe der Mediziner ein Prozess mit einer langen Vorgeschichte war, ist daher ein Ergebnis der Monografie, welches bisherige Forschungen zur NS-Zeit für die Erforschung der NS-Medizin fruchtbar macht.³⁵⁹ Außerdem differenziert Bruns verbreitete Vorstellungen, nach denen der Nationalsozialismus einen Bruch mit der medizinischen Ethik bewirkt habe und das Verhalten von Ärzten und Forschern allein »situativen Gegebenheiten entsprang«:

»Die Nationalsozialisten schafften die Ethik nicht ab. Im Gegenteil, sie vertraten und vermittelten ihre Vorstellung von Moral recht offensiv, indem sie etwa mit der Ärztlichen Rechts- und Standeskunde erstmals einen obligatorischen Ethikunterricht für Medizinstudierende an allen deutschen Fakultäten einführten.«³⁶⁰

354 Vgl. *Thießen*, Vom immunisierten Volkskörper.

355 *Eckart*, Medizin in der NS-Diktatur, S. 101–214.

356 Vgl. dazu nach wie vor den Überblick bei *Ian Kershaw*, Der NS-Staat. Geschichtsinterpretationen und Kontroversen im Überblick, Reinbek 1994, sowie zuletzt die pointierte Kritik an aktuellen Tendenzen der Dämonisierung von *Hannes Heer*, »Hitler war's.« Die Befreiung der Deutschen von ihrer Vergangenheit, Berlin 2008.

357 *Tobias Freimüller*, Mediziner. Operation Volkskörper, in: *Norbert Frei* (Hrsg.), Karrieren im Zwielficht. Hitlers Eliten nach 1945, Frankfurt am Main/New York 2001, S. 13–69, hier: S. 41.

358 *Florian Bruns*, Medizinethik im Nationalsozialismus. Entwicklungen und Protagonisten in Berlin (1939–1945) (Geschichte und Philosophie der Medizin, Bd. 7), Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2009, 225 S., geb., 46,00 €, S. 15.

359 Vgl. dazu neben den oben genannten Beiträgen von Schmuhl und Fangerau auch die Monografien von *Claudia Koonz*, The Nazi Conscience, Cambridge, MA/London 2003; *Richard Weikart*, From Darwin to Hitler. Evolutionary Ethics, Eugenics, and Racism in Germany, New York 2004.

360 *Bruns*, Medizinethik im Nationalsozialismus, S. 16.

Die Medizinethik im Nationalsozialismus war demnach sowohl ein wichtiges semantisches Feld als auch ein Handlungsfeld und entsprach spezifischen moralischen Vorstellungen, die an frühere völkische Konzepte nahtlos anknüpfen konnten und den ›Volkkörper‹ beziehungsweise das ›Volksganze‹ zum Ziel medizinischen Handelns erhoben. »Kollektivethische Prinzipien galten nicht nur als oberste ärztliche Handlungsmaxime, sondern auch als zutiefst moralisch.«³⁶¹ Bruns spürt dieser Aneignung einer nationalsozialistischen Ethik anhand dreier bekannter Mediziner, Josef Gottlieb, Rudolf Ramm und Joachim Mrugowsky, nach, die als Medizinhistoriker, ärztlicher Standesvertreter und Hygieniker unterschiedliche Legitimations- und Deutungsstrategien im Dienste ihrer medizinischen Ethik verfolgten. Sie leisteten damit in ihrem Bereich quasi eine medizinphilosophische Übersetzung des zeitgemäßen Nützlichkeitsgedankens, standen bei ihnen doch die »kollektivethischen Prinzipien« ganz oben.

Dass solche »Moralkonzepte« vom Primat des ›Volkkörpers‹ und eugenische Vorstellungen nach Kriegsende nicht über Nacht verschwanden, hat zuletzt etwa Henning Tümmers an den zähen und langwierigen »Anerkennungskämpfen« von Zwangssterilisierten nachgewiesen. Bis in die 1980er Jahre hinein seien demnach »volksgemeinschaftliche« Bewertungsmaßstäbe wie »Leistung«, »Stärke« oder soziale Anpasstheit Kriterien für den medizinischen Umgang mit behinderten Menschen gewesen.³⁶² Auch Stefanie Westermanns Studie zum bundesdeutschen »Umgang mit den NS-Zwangssterilisationen« weist nach, dass bei zahlreichen Juristen und Mediziner in Sterilisationsverfahren in der Nachkriegszeit »wenig Zweifel« an ihrer »Akzeptanz eugenischer Zwangseingriffe«³⁶³ aufkamen. Ein breiteres Spektrum dieser medizinischen »Vergangenheitspolitik« nimmt der Sammelband von Sigrid Oehler-Klein und Volker Roelcke anhand der Universitätsmedizin in den Blick. Zunächst einmal bestätigt dieser Band bekannte Befunde bisheriger Forschungen zur »Erinnerungskultur« und »Vergangenheitsbewältigung« beziehungsweise »Geschichts-« und »Vergangenheitspolitik«, nachdem in den späten 1940er und 1950er Jahren Strategien der Schuldabwehr, Selbstviktimisierung oder schlichtweg Schweigen das Gebot der Stunde schienen.³⁶⁴ Schon in dieser Zeit avancierte übrigens eine Dämonisierung einzelner NS-Mediziner zu einer vergangenheitspolitischen Strategie. So kann Sabine Schleiermacher in ihrem Überblicksbeitrag zum Sammelband nachweisen, wie Hochschulmediziner »Einzelpersonen, denen man Unwissenschaftlichkeit vorwarf bzw. eine besondere Nähe zum NS-Staat«, nach 1945 aus dem Universitätsbetrieb ausschlossen, um unter dem Postulat der »unpolitischen Wissenschaft«³⁶⁵ weiterzuarbeiten.

Neue Erkenntnisse zur Vergangenheitspolitik gewinnen die Studien dieses Bandes dank ihrer regionalen Perspektive. So leisten die Fallstudien eine »Lokalisierung« der Vergan-

361 Ebd., S. 175.

362 Vgl. Henning Tümmers, *Anerkennungskämpfe. Die Nachgeschichte der nationalsozialistischen Zwangssterilisationen in der Bundesrepublik*, Göttingen 2011, S. 272.

363 Stefanie Westermann, *Verschwiegenes Leid. Der Umgang mit den NS-Zwangssterilisierten in der Bundesrepublik Deutschland*, Köln 2010, S. 114.

364 Vgl. dazu bereits die Pionierstudien von Peter Reichel, *Politik mit der Erinnerung. Gedächtnisorte im Streit um die nationalsozialistische Vergangenheit*, Wien 1995; Norbert Frei, *Vergangenheitspolitik. Die Anfänge der Bundesrepublik und die NS-Vergangenheit*, München 1999.

365 Sabine Schleiermacher, *Die universitäre Medizin nach dem Zweiten Weltkrieg. Institutionelle und persönliche Strategien im Umgang mit der Vergangenheit*, in: Sigrid Oehler-Klein/Volker Roelcke (Hrsg.), *Vergangenheitspolitik in der universitären Medizin nach 1945. Institutionelle und individuelle Strategien im Umgang mit dem Nationalsozialismus* (Pallas Athene. Beiträge zur Universitäts- und Wissenschaftsgeschichte, Bd. 22), Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2007, 419 S., geb., 69,00 €, S. 21–42, hier: S. 39.

genheitspolitik³⁶⁶, indem einzelne Institute oder Personen in ihr regionales beziehungsweise städtisches Umfeld eingebettet werden, um »lokal spezifische Faktoren«³⁶⁷, zum Beispiel in den vier Besatzungszonen, zu ergründen. Weiterführend sind hierzu auch die übergreifenden Befunde mehrerer Beiträge, etwa zum pragmatischen Einsatz belasteter NS-Mediziner in den Besatzungszonen bei Seuchengefahr³⁶⁸ oder zur Nachkriegskarriere von Spitzenforschern der Kaiser-Wilhelm- und der Max-Planck-Gesellschaft. Carola Sachse weist in diesem Zusammenhang auf das ausgesprochen milde Klima des Kalten Kriegs hin, das ehemaligen NS-Mediziner neue Tätigkeiten im Ausland erschloss. Für die Alliierten waren die Ärzte demnach »weniger als NS-Täter«, sondern »mehr als lebende Reparationsleistung« interessant.³⁶⁹ Dennoch wäre es zu einfach, von einem generellen Entlastungs- und »Schweigekonsens« in der Nachkriegszeit auszugehen. Anregend ist in diesem Zusammenhang die Studie von Sigrid Oehler-Klein zum »Umgang mit den »Altlasten« in Gießen. Sie weist nach, dass über den Umgang mit schwer belasteten NS-Mediziner in erster Linie nach »Kollegialitätsprinzipien«³⁷⁰ entschieden wurde: Es waren also weniger moralische Erwägungen oder Gründe politischer Opportunität als Netzwerke und persönliche Beziehungen, von denen die »Vergangenheitspolitik« bis Ende der 1950er Jahre bestimmt wurde. Auch Hans-Georg Hofer zeichnet für Freiburg im Breisgau ein differenziertes Bild der medizinischen »Vergangenheitspolitik«. Selbstverständlich war auch unter den Freiburger Universitätsmedizinern die Meinung verbreitet, dass »wir [...] alle anständige Kerle« seien. Hier wirkte ebenfalls jene »Standessolidarität«, die die Ärzteschaft nach 1945 insgesamt auszeichnete.³⁷¹ Unter den Bedingungen einer »Reinigungspolitik« (Épuration) der französischen Besatzungsmacht, die bei der Entnazifizierung eine »Beteiligung« der betroffenen Institutionen anstrebte, eröffneten sich indes durchaus Handlungsspielräume für kritische oder gar selbstkritische Initiativen, wie Hofer feststellt.³⁷² Solche differenzierenden Zwischentöne des Bandes unterstreichen einmal mehr den Wert von Fallbeispielen und Regionalstudien und sensibilisieren für eine »Vielschichtigkeit im Umgang mit der nationalsozialistischen Vergangenheit«³⁷³ im Lokalen und Regionalen, den die Herausgeber betonen.

Von diesen Vorzügen profitiert auch ein Band von Boris Böhm und Norbert Haase über Ärztebiografien in und nach der NS-Zeit mit einem Schwerpunkt auf Sachsen. Auch hier zielen die biografischen und lokalen Fallstudien darauf, »den Tätern jenseits dämonisie-

366 Zur »Lokalisierung« der Forschungen zu Vergangenheits- und Geschichtspolitik vgl. die weiterführenden Literaturhinweise bei *Malte Thießen*, Das kollektive als lokales Gedächtnis. Plädoyer für eine Lokalisierung von Geschichtspolitik, in: *Harald Schmid* (Hrsg.), *Geschichtspolitik und kollektives Gedächtnis. Erinnerungskulturen in Theorie und Praxis*, Göttingen 2009, S. 159–180.

367 *Sigrid Oehler-Klein/Volker Roelcke*, Das vergangenheitspolitische Handeln medizinischer Eliten nach 1945, in: *dies.*, *Vergangenheitspolitik*, S. 9–17, hier: S. 12.

368 Vgl. vor allem die Beiträge von Kornelia Grundmann, Andreas Malycha, Udo Schagen und Frank Sparing, alle in: *Oehler-Klein/Roelcke*, *Vergangenheitspolitik*.

369 *Carola Sachse*, Wissenschaftseliten und NS-Verbrechen. Zur Vergangenheitspolitik der Kaiser-Wilhelm/Max-Planck-Gesellschaft, in: *Oehler-Klein/Roelcke*, *Vergangenheitspolitik*, S. 43–64.

370 *Sigrid Oehler-Klein*, Kollegiale Maßstäbe und akademisches Selbstverständnis. Der Umgang mit den »Altlasten«, in: *dies.*, *Die Medizinische Fakultät*, S. 502–538, hier: S. 511.

371 *Hans-Georg Hofer*, Zwischen Reinigung und Reintegration. Die Freiburger Universitätsmedizin nach 1945, in: *Oehler-Klein/Roelcke*, *Vergangenheitspolitik*, S. 249–276, hier: S. 254–255.

372 Zur Freiburger Vergangenheitspolitik vgl. auch *Karl-Heinz Leven*, »Diese gelassene Verleugnung von Schuld« – die Medizin und ihre nationalsozialistische Vergangenheit, in: *Bernd Grün/Hans-Georg Hofer/Karl-Heinz Leven* (Hrsg.), *Medizin und Nationalsozialismus. Die Freiburger Medizinische Fakultät und das Klinikum in der Weimarer Republik und im »Dritten Reich«*, Frankfurt am Main 2002, S. 15–33.

373 *Oehler-Klein/Roelcke*, *Das vergangenheitspolitische Handeln*, S. 17.

render Stereotype wie der ›blonden Bestie‹ Kontur zu verleihen« und zugleich der »mehrschichtigen Vergangenheit« von Täterbiografien nach 1945 gerecht zu werden.³⁷⁴ Mit dieser Zielsetzung kommen die Autoren zu wichtigen Ergebnissen für die DDR, ist es doch auffallend, »dass viele der in den Beiträgen dargestellten Ärzte nach 1945 ihre Karriere nahezu bruchlos fortsetzen konnten, und ihre individuelle Mitverantwortung für Medizinverbrechen nicht Gegenstand standesspezifischer oder juristischer Auseinandersetzungen wurde.«³⁷⁵ Damit macht dieser Band deutlich, dass Kontinuitäten von NS-Karrieren kein Spezifikum des Westens waren, wie man angesichts des antifaschistischen Selbstverständnisses der DDR vermuten könnte. So war der (Ost-)Berliner Anatom Hermann Stieve, den Susanne Zimmermann in ihrem Aufsatz untersucht, der Staatssicherheit sogar als »reaktionär bekannt«, denn es verbreitete »in seinen Vorlesungen die nazistische Ideologie«, wie ein Stasi-Mitarbeiter 1951 in einem Bericht festhielt. Andererseits galt Stieve der Staatssicherheit eben auch als »anerkannte Kapazität«, die »zur Zeit fast unersetzlich [sic!]«³⁷⁶ sei, sodass selbst Anklagen von Verfolgtenverbänden wie der »Vereinigung der Verfolgten des Naziregimes« keine Konsequenzen hatten. Auf vergangenheitspolitische Verflechtungen zwischen West und Ost machen die Beispiele jener Grenzgänger wie Hans Heinze aufmerksam, der in der NS-Zeit Leiter der Klinik Brandenburg-Görden war. Heinze war 1946 zwar von einem sowjetischen Militärtribunal wegen seiner Beteiligung an der »Kindereuthanasie« verurteilt worden, setzte nach seiner Entlassung 1952 allerdings in die Bundesrepublik über, wo er 1954 Leiter des Landeskrankenhauses Wunsdorf wurde.³⁷⁷ Das allerdings war wiederum ein eher typisches Beispiel für all jene Mediziner, denen im westlichen Wiederaufbau »die Anpassung an die neuen Verhältnisse«³⁷⁸ reibungslos gelang.

Versucht man abschließend, einige Forschungstrends zur NS-Medizin auf den Punkt zu bringen, fallen zwei Dinge ins Auge. Zum einen macht sich auch in der Medizingeschichte eine Historisierung der NS-Zeit bemerkbar. Waren viele Studien bis in die 1990er Jahre noch stark von moralischen Vorwürfen durchzogen oder an der Entlarvung einzelner NS-Verbrecher interessiert, hat sich mittlerweile ein nüchterner Zugriff durchgesetzt. Gerade weil die Einmaligkeit und Grausamkeit der Verbrechen der NS-Medizin unbestritten ist, fragen neuere Studien stärker nach der Vor- und Nachgeschichte dieser Verbrechen und betten diese in das »Zeitalter der Extreme« (Eric Hobsbawm) ein, um das Spezifische und Radikale ebenso wie das Allgemeine und ›Normale‹ der NS-Zeit zu betrachten. »Die Medizin im Nationalsozialismus«, so hebt Volker Roelcke in diesem Zusammenhang hervor,

374 Boris Böhm/Norbert Haase/Matthias Pfüller, Täterschaft – Strafverfolgung – Schuldentlastung. Ärztebiografien zwischen nationalsozialistischer Gewaltherrschaft und deutscher Nachkriegsgeschichte – zur Einführung, in: Boris Böhm/Norbert Haase (Hrsg.), Täterschaft – Strafverfolgung – Schuldentlastung. Ärztebiografien zwischen nationalsozialistischer Gewaltherrschaft und deutscher Nachkriegsgeschichte (Zeitfenster. Beiträge der Stiftung Sächsische Gedenkstätten zur Zeitgeschichte, Bd. 1), Leipziger Universitätsverlag, Leipzig 2007, 155 S., kart., 24,00 €, S. 9–28, hier: S. 21 und 23.

375 Ebd., S. 25.

376 Zit. nach: Susanne Zimmermann, »... er lebt weiter in seinen Arbeiten, die als unverrückbare Steine in das Gebäude der Wissenschaft eingefügt sind« – Zum Umgang mit den Arbeiten des Anatomen Hermann Stieve (1886–1952), in: Böhm/Haase, Täterschaft, S. 29–40, hier: S. 31 und 36.

377 Klaus-Dieter Müller, Justizielle Aufarbeitung von »Euthanasie«-Verbrechen nach dem Zweiten Weltkrieg und heute – das Beispiel Hans Heinze (1895–1983), in: Böhm/Haase, Täterschaft, S. 63–92.

378 Freimüller, Mediziner. Operation Volkskörper, S. 47.

»stellt nicht einfach eine abgegrenzte Epoche aus der gesamten Geschichte der Medizin dar, die mit der heutigen Medizin praktisch nichts mehr zu tun hat. Vielmehr sind in der Zeit zwischen 1933 und 1945 problematische Potenziale, die der gesamten modernen Medizin inhärent sind, wie unter einem Vergrößerungsglas besonders deutlich sichtbar geworden.«³⁷⁹

Hinzu kommt eine tiefere und breitere Einbettung der Medizin in die Gesellschaft des ›Dritten Reichs‹, dank der sich sowohl nach dem Gesundheitsverhalten der ›ganz normalen Deutschen‹ wie nach den ›ganz normalen Medizinern‹ und ihrem Anteil an den Verbrechen fragen lässt.

Zweitens ist eine Ausdifferenzierung und Expansion der Forschung zur NS-Medizin wahrnehmbar, die allerdings immer weniger Ergebnisse der allgemeinen NS-Forschung berücksichtigt. Besonders auffällig ist dieser Trend bei Untersuchungen zur Ärzteschaft. Obwohl seit den 1990er Jahren eine Fülle an Studien zu anderen Berufsgruppen des öffentlichen Lebens wie Juristen, Journalisten, Lehrern oder Polizisten vorliegt, findet man in der Medizingeschichte selten Hinweise zu dieser Forschung. Dabei wären solche Bezüge eine Hilfe, das Typische und das Besondere an der Ärzteschaft herauszuarbeiten und nach berufsspezifischen Handlungsmustern und Karriereverläufen zu fragen. Das gilt im Übrigen nicht nur für die Geschichte, sondern ebenso für die »Zweite Geschichte« des Nationalsozialismus³⁸⁰, die Vergangenheitspolitik und Erinnerungskultur: Denn so bestürzend die oben präsentierten Befunde zu den Kontinuitäten der NS-Mediziner nach 1945 auch scheinen, klingen sie im Gesamtüberblick doch erschreckend normal, wie etwa der Sammelband Norbert Freis zu »Hitlers Eliten nach 1945« deutlich macht.³⁸¹

VII. MEDIZINISCHE ETHIK UND GESUNDHEIT ALS TRANSNATIONALES PROBLEM: INTERNATIONALE GESUNDHEITS- UND HILFSORGANISATIONEN

Dass Kriege ein medizinisches und ethisches Problem sind, das internationaler Lösungen bedarf, ist keine neue Erkenntnis. Die beiden Weltkriege allerdings bereiteten der Medizin ganz besondere ethische Probleme (vgl. Abschnitt V.): »Noch am Ende des 19. Jahrhunderts«, so stellen Johanna Bleker und Heinz-Peter Schmiedebach fest,

»konnte die medizinische Hilfe im Krieg, die den verwundeten Soldaten zuteil wurde, primär unter humanitären Gesichtspunkten verstanden werden. Doch während der jahrelang wütenden Weltkriege dieses Jahrhunderts, in denen der Medizin die Aufgabe zufiel, das ›Menschenmaterial‹ immer wieder einsatzfähig zu machen, wurde die medizinische Hilfstätigkeit zu einem Faktor militärischer Strategie.«³⁸²

Die Feststellung eines medizinethischen Paradigmenwechsels im 20. Jahrhundert wird umso plausibler, wenn man die Nachwirkungen des Nationalsozialismus betrachtet. Wahrscheinlich ist es kein Zufall, dass ein Großteil der Schlüsseldokumente medizinischer Ethik der Neuzeit infolge des Zweiten Weltkriegs entstand. Der »Nürnberger Kodex« von 1947, das »Genfer Gelöbnis« oder die »Allgemeine Erklärung der Menschenrechte« von 1948 mit ihrer Festschreibung eines Menschenrechts auf »Gesundheit und Wohl [...], ärztliche Versorgung [...] sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von [...] Krankheit,

379 Roelcke, Politische Zwänge, S. 67.

380 Peter Reichel/Harald Schmid/Peter Steinbach (Hrsg.), Der Nationalsozialismus – die zweite Geschichte. Überwindung – Deutung – Erinnerung, München 2009.

381 Frei, Karrieren im Zwielficht.

382 Johanna Bleker/Heinz-Peter Schmiedebach, Vorwort, in: dies., Medizin und Krieg, S. 7–9, hier: S. 7.

Invalidität«³⁸³ bezogen sich auch auf Erfahrungen aus dem ›Dritten Reich‹ und dem Zweiten Weltkrieg. Sie sollten Konsequenzen ziehen aus der systematischen Verletzung der Menschenrechte in NS-Humanexperimenten oder im Namen der ›Euthanasie‹, deren Aufarbeitung in der »Nachkriegszeit zu einer erhöhten Sensibilisierung der Öffentlichkeit«³⁸⁴ führte – zumindest aus der Perspektive einer *longue durée*: Im deutschen Falle etwa reichte diese Sensibilität zunächst einmal nur für angebliche Einzeltäter unter den Ärzten.³⁸⁵ Außerdem gaben die Ereignisse im ›Dritten Reich‹ und im Zweiten Weltkrieg entscheidende Anstöße für die Gründung internationaler Gesundheitsorganisation wie WHO oder Weltärztebund. »Die Verbrechen der Nazizeit waren für die neuen Vereinigungen präsent, in besonderem Maße für die Medizin«³⁸⁶, sie legten quasi *ex negativo* die Grundlage, auf der das Programm internationaler Gesundheits- und Hilfsorganisationen aufbauen sollte. Obgleich humanitäre Interventionen »part of diplomatic parlance before 1914«³⁸⁷ wurden, gaben die Erfahrungen des ›Dritten Reichs‹ einer zweiten Globalisierung der Medikalisation Anstoß: Das Scheitern eines Eingreifens gegen medizinische Experimente sowie der Vorwurf »that the world did nothing« during the Holocaust«³⁸⁸ setzten die moralischen Bezugspunkte für Initiativen nach 1945 nicht zuletzt im Gesundheitssektor.³⁸⁹

383 Alle drei genannten »Schlüsseldokumente« finden sich, jeweils ergänzt durch einen kurzen bibliografischen Anhang, in *Andreas Frewer/Stephan Kolb/Kerstin Krása* (Hrsg.), *Medizin, Ethik und Menschenrechte. Geschichte – Grundlagen – Praxis* (Medizin und Menschenrechte. Geschichte – Theorie – Ethik, Bd. 1), V&R Unipress, Göttingen 2009, 329 S., geb., 46,90 €, S. 305–318. Zum »Genfer Gelöbnis« vgl. zudem den Beitrag von *Andreas Frewer*, *Medizinethik 1948. Moral und Menschenrechte in historischer Perspektive*, in: ebd., S. 51–71. Einen breiten Überblick über historische Entwicklungen der medizinischen Ethik vor dem Hintergrund sich wandelnder Gesundheitsvorstellungen bietet das erste Kapitel (I. Historische Voraussetzungen) des Sammelbandes von *Daniel Schäfer/Andreas Frewer/Eberhard Schockenhoff* u. a. (Hrsg.), *Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft* (Geschichte und Philosophie der Medizin, Bd. 6), Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2008, 308 S., geb., 49,00 €. Den umfassendsten Überblick über die Entwicklung der medizinischen Ethik von der Antike bis heute bietet die Monografie Klaus Bergdolts. Obwohl die Kapitel zum 19. und 20. Jahrhundert in Bergdolts Studie wegen seiner beeindruckenden *Tour d’Horizon* verhältnismäßig knapp ausfallen, ist diese Studie nicht nur als Gesamtüberblick zu empfehlen. Weiterführend ist auch Bergdolts Ansatz, sowohl die philosophisch-ethische Perspektive als auch jene der Ärzteschaft in seine Überlegungen einzuflechten. *Klaus Bergdolt*, *Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute*, Verlag C.H. Beck, München 2004, 376 S., geb., 29,90 €.

384 *Wolfgang U. Eckart*, *Verletzungen der Menschenrechte. Gefährliche Forschungsversuche vom »Dritten Reich« bis heute*, in: *Frewer/Kolb/Krásá*, *Medizin, Ethik und Menschenrechte*, S. 25–46, hier: S. 40.

385 Vgl. als Einstieg *Freimüller*, *Mediziner. Operation Volkskörper*.

386 *Frewer*, *Medizinethik 1948*, S. 52.

387 *Michael R. Marrus*, *International Bystanders to the Holocaust and Humanitarian Intervention*, in: *Richard Ashby Wilson/Richard D. Brown* (Hrsg.), *Humanitarianism and Suffering. The Mobilization of Empathy*, Cambridge University Press, Cambridge/New York etc. 2008, 330 S., geb., 99,00 \$, S. 156–174, hier: S. 162. Zur Globalisierung von Gesundheits- und Hilfsorganisationen vor dem Ersten Weltkrieg vgl. auch den knappen, aber konzisen Überblick bei *Peter Walker/Daniel Maxwell*, *Shaping the Humanitarian World* (Routledge Global Institutions), Routledge, London/New York 2008, 176 S., kart., 20,99 £, S. 13–45.

388 Ebd., S. 171.

389 Zur Auseinandersetzung mit der Passivität des Internationalen Roten Kreuzes bei der Vernichtung der europäischen Juden vgl. als Überblick *David P. Forsythe/Barbara Ann J. Rieffer-Flanagan*, *The International Committee of the Red Cross. A Neutral Humanitarian Actor* (Routledge Global Institutions), Routledge, London/New York 2007, 144 S., kart., 19,99 £, S. 15–17.

Gleichwohl war es auch im Kalten Krieg eine Mixtur aus »mercy and manipulation«³⁹⁰, die internationale Gesundheitsprogramme begleitete. Für die 1960er und 1970er Jahre lässt sich etwa zeigen, dass die Beteiligung an Gesundheitskampagnen der WHO Anlass für internationale propagandistische Auseinandersetzungen bot.³⁹¹ Vor dem Hintergrund des Ost-West-Gegensatzes avancierte Gesundheit zu einem gewichtigen Argument in der Systemkonfrontation. Gesundheitssysteme sollten Ausdruck geben von der Überlegenheit des besseren Gesellschaftsmodells, wie Melanie Arndt in ihrer Studie für das geteilte Berlin nachgewiesen hat.³⁹² Medizinische »Global Player« wie die WHO oder das Internationale Rote Kreuz eröffneten für solche Auseinandersetzungen eine Bühne und erfüllten eine Art »Botenfunktion«³⁹³ zwischen den Systemgegnern. Historiker stoßen bei diesem Thema folglich auf ein Forschungsfeld, auf dem nicht nur die Geschichte internationaler Organisationen erkundet werden kann, sondern ebenso eine Globalisierung sozialer Normen. Die Kriege des 20. Jahrhunderts beförderten demnach nicht nur eine Institutionalisierung der Internationalisierung. Sie gaben ebenso entscheidende Impulse für eine Universalisierung gesundheitlicher Konzepte und medizinischer Ethik. Der Blick auf internationale Interventionen und die Aushandlung von Gesundheit und Krankheit verbindet die transnationale Geschichte und die Globalgeschichte daher mit Fragen nach der Aushandlung sozialer Ordnungen, Körper-, Menschen- und Geschlechterbilder.

Ein geeignetes Fallbeispiel ist die Geschichte des Roten Kreuzes, wie David P. Forsythe und Barbara Ann J. Rieffer-Flanagan in ihrem knappen »analytical overview«³⁹⁴ deutlich machen.³⁹⁵ Sie ziehen lange Linien von den Ursprüngen der Organisation in der Schlacht von Solferino 1859 bis in unsere Gegenwart und nehmen dabei insbesondere die beiden Weltkriege und den Kalten Krieg in den Blick. Letzterer dürfte insofern für die Geschichtswissenschaft von besonderem Interesse sein, als sich das Rote Kreuz nach 1945 eine Ausweitung des »international humanitarian law« auf die Fahnen schrieb und sowohl zwischen NATO und Warschauer Pakt als auch in den blockfreien Staaten in Afrika und Asien agierte. Forschungen zum Internationalen Roten Kreuz bieten daher Gelegenheit, gesellschaftlichen Wandlungsprozessen und transnationalen Verflechtungsgeschichten im Zuge der Blockkonfrontation und der Dekolonisation³⁹⁶ nachzuspüren, eröffnete die Organisation doch eine Arena, in der Vertreter zahlreicher, auch verfeindeter Länder zusammentrafen.³⁹⁷ Darüber hinaus sind internationale medizinische Organisationen und Hilfsorganisationen ergiebige Untersuchungsgegenstände für eine Geschichte der Menschenrechte, die in letzter Zeit unter anderem von Jan Eckel, Daniel Maul und Dietmar Süß erschlossen wird.³⁹⁸ Das hat auch mit einem grundsätzlichen Dilemma zu tun, von dem die Organisation seit ihrer Gründung begleitet wird: »Schon die Rotkreuz-Gründer«,

390 Walker/Maxwell, *Shaping the Humanitarian World*, S. 46.

391 Vgl. Lindner, *Gesundheitspolitik*, S. 280.

392 Melanie Arndt, *Gesundheitspolitik im geteilten Berlin 1948 bis 1961*, Köln 2009.

393 Thießen, *Vorsorge als Ordnung des Sozialen*.

394 Forsythe/Rieffer-Flanagan, *The International Committee*, S. 5.

395 Einschlägiger ist allerdings nach wie vor die Gesamtdarstellung von Dieter Riesenberger, *Für Humanität und Frieden. Das Internationale Rote Kreuz 1863–1977*, Göttingen 1992.

396 Vgl. dazu die Beiträge zum Rahmenthema »Dekolonisation. Prozesse und Verflechtungen 1945–1990«, in: AfS 48, 2008.

397 Forsythe/Rieffer-Flanagan, *The International Committee*, S. 23–25.

398 Jan Eckel, *Utopie der Moral, Kalkül der Macht. Menschenrechte in der globalen Politik nach 1945*, in: AfS 49, 2009, S. 437–484; Daniel Maul, *Internationale Organisationen und die Globalisierung der Menschenrechte*, in: Stefan-Ludwig Hoffmann (Hrsg.), *Moralpolitik. Geschichte der Menschenrechte im 20. Jahrhundert*, Göttingen 2010, S. 285–311. Vgl. außerdem das Projekt »Humanitarianism in Times of War 1850–2010« von Dietmar Süß und Daniel Maul, aus dem in Kürze ein Sammelband erscheinen wird.

so stellt Robert Dempfer in seiner Geschichte des Roten Kreuzes fest, »haben sich mit dem Argument auseinandersetzen müssen, dass die erste Genfer Konvention von 1864 den Krieg eher attraktiver und damit wahrscheinlicher machen würde, weil sie ihm einen Teil des Leids und des Schreckens nimmt.«³⁹⁹ In diesem Zusammenhang sind Versuche einer Konventionalisierung des Kriegs und einer Normierung seiner gesundheitlichen Folgen im 19. und 20. Jahrhundert eine Verflechtungsgeschichte der besonderen Art, an der sich Aushandlungsprozesse zwischen Militär und Zivilbevölkerung sowie zwischen staatlichen Akteuren und zivilrechtlichen Vereinigungen analysieren lassen.

Sowohl Forsythe und Rieffer-Flanagan als auch Robert Dempfer blicken in ihren Veröffentlichungen auf eines der schwierigsten Kapitel dieser Verflechtungsgeschichte: auf die Verstrickungen des Roten Kreuzes im ›Dritten Reich‹. Tiefere Einblicke bietet dazu die umfangreiche Studie von Birgitt Morgenbrod und Stephanie Merkenich zum Deutschen Roten Kreuz »unter der NS-Diktatur«. Auf den ersten Blick weckt die Studie Skepsis, wurde sie doch vom Präsidium des Deutschen Roten Kreuzes in Auftrag gegeben, obgleich in den 1990er Jahren bereits zwei Monografien erschienen sind, die sich sehr kritisch mit der Rolle des DRK im ›Dritten Reich‹ und seiner Einbindung in das NS-System auseinandersetzen.⁴⁰⁰ Schnell verfliegen ist die Skepsis, wenn man einen zweiten Blick in das Buch wirft. Schon in seiner kurzen Einführung skizziert Hans Mommsen einen faszinierenden Forschungsgegenstand mit Potenzialen auch für die allgemeine NS-Forschung. Schließlich war das DRK »die einzige Großorganisation im Dritten Reich, die auf Grund internationaler Rücksichten sich nicht in direkter Abhängigkeit von der NSDAP befand«. Nach Mommsen ist die Geschichte des Roten Kreuzes »daher exemplarisch für die inneren Machtverhältnisse und Spannungen der NS-Diktatur und wirft ein neues Licht auf die Eskalation der von ihr vorangetriebenen Unterdrückungs- und Gewaltpolitik.«⁴⁰¹ Die Studie zum DRK kann also die NSDAP in einen transnationalen Kontext einordnen und nach den Verflechtungen von Krieg, Medizin und Menschenrechten im Nationalsozialismus fragen. Ausführlich zeichnen die Autorinnen solche Verflechtungen auf personeller Ebene nach. Das gilt etwa für eine »Doppelbindung an NS-Staat und DRK«⁴⁰², wie sie an führenden SS- und DRK-Funktionären nachgewiesen wird. Ins Auge fallen dabei Ernst Grawitz, einerseits Reichsarzt der SS, andererseits geschäftsführender Präsident des DRK, Oswald Pohl, sowohl Chef des SS-Wirtschafts- und Verwaltungshauptamts als auch DRK-Generalhauptführer, oder Karl Gebhardt, DRK-Generalführer und zugleich Leibarzt Heinrich Himmlers. Inwiefern es sich bei solchen Doppelbindungen um »personelle Infiltrationen des DRK-Präsidiums durch die SS«⁴⁰³ handelte oder ob eine prinzipielle Anschlussfähig-

399 Robert Dempfer, *Das Rote Kreuz. Von Helden im Rampenlicht und diskreten Helfern*, Deuticke im Paul Zsolnay Verlag, Wien 2009, 317 S., kart., 19,90 €, S. 66. Robert Dempfer war selbst lange Jahre Mitarbeiter des Roten Kreuzes und verbindet mit seiner Publikation zugleich eine »Anleitung für alle [...], die selbst helfen wollen«, wie der Klappentext erklärt. Mit dieser Zielsetzung erklärt sich auch der Aufbau des Bandes. Dempfer bietet im ersten Teil auf knapp 100 Seiten eine verhältnismäßig kritische Selbstdarstellung über die historische Entwicklung des IRK. Im zweiten Teil finden sich Berichte von Helfern, im dritten praktische Hinweise zur Mitarbeit.

400 Vgl. Horst Seithe/Frauke Hagemann, *Das Deutsche Rote Kreuz im Dritten Reich (1933–1939). Mit einem Abriß seiner Geschichte in der Weimarer Republik*, Frankfurt am Main 1993 (Neuaufgabe 2001); Dieter Riesenberger, *Das Deutsche Rote Kreuz. Eine Geschichte 1864–1990*, Paderborn 2002, zum ›Dritten Reich‹ vor allem S. 269–368.

401 Birgitt Morgenbrod/Stephanie Merkenich, *Das Deutsche Rote Kreuz unter der NS-Diktatur 1933–1945*, mit einem Geleitw. v. Rudolf Seiters und einem Vorw. v. Hans Mommsen, Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn/München etc. 2008, XV + 483 S., geb., 39,90 €, S. XI.

402 Horst Seithe, Rezension zu Morgenbrod/Merkenich, in: *HZ* Bd. 290, 2010, S. 259–260, hier: S. 260.

403 Morgenbrod/Merkenich, *Das Deutsche Rote Kreuz*, S. 152.

keit für die SS-Ideologie, zum Beispiel in Bezug auf den Antibolschewismus⁴⁰⁴, solche Personalunionen begünstigte – inwiefern also weniger vom DRK »unter« als »in« der NS-Diktatur zu sprechen ist – wäre noch eingehender zu untersuchen. Genauer wäre zudem zu fragen nach gesellschaftlichen Voraussetzungen und Folgen jener sehr viel häufigeren »Doppelbindungen« zwischen DRK und Wehrmacht in Form von Hunderttausenden Helferinnen an der Front und ›Heimatfront‹. Schließlich stellte das Erhalten von Gesundheit insbesondere in der zweiten Kriegshälfte eine existenzielle Ressource dar, mit der die Durchhaltefähigkeit und Kampfkraft der ›Wehr-‹ und ›Volksgemeinschaft‹ gesichert werden sollte.

Dass Morgenbrod und Merkenich sich allzu pointierter Urteile enthalten, wie Franziska Augstein in der Süddeutschen Zeitung moniert hat⁴⁰⁵, ist zwar auffällig, doch nicht negativ zu werten. Schließlich geht diese Zurückhaltung nicht auf Kosten klarer Quellenbelege. Die Befunde zur Mitarbeit des DRK im Sanitätsdienst in den Fremd- und Zwangsarbeiterlagern⁴⁰⁶ sprechen dazu eine ebenso deutliche Sprache wie die Tätigkeit in den frühen Konzentrationslagern, mit der sich das DRK zu einem »willfährige[n] Sprachrohr des ›Dritten Reichs‹«⁴⁰⁷ machte, wie beide Autorinnen betonen. Gewünscht hätte man sich eine pointiertere Thesen- und Methodenbildung allenfalls mit Blick auf Anschlussfähigkeit für weitere Forschungen. Weiterführend wäre außerdem eine umfassendere zeitliche Einbettung gewesen, sowohl in die »Vorgeschichte« des ›Dritten Reichs‹ als auch in seine »Zweite Geschichte«. Der Umgang des DRK mit seiner NS-Vergangenheit hätte mit Sicherheit ein ertragreiches Ausblickskapitel ergeben, zumal Morgenbrod und Merkenich auf diese Nachwirkungen der NS-Zeit an unterschiedlichen Stellen selbst hinweisen. Für solche Forschungen legt die Studie zumindest eine gute Grundlage, zumal, wenn man sie auf die Forschungen zum Zweiten Weltkrieg von Wolfgang Eckart, Alexander Neumann und Winfried Süß bezieht (vgl. Abschnitt V.).

Im Gegensatz zum Roten Kreuz ist eine nicht minder bedeutsame internationale Organisation bislang ungleich weniger erforscht worden. Die WHO der Vereinten Nationen ist seit Jahrzehnten der ›Global Player‹, wenn es um internationale Gesundheitspolitik und medizinische Interventionen geht, und spielt daher in vielen geschichtswissenschaftlichen Studien eine maßgebliche Rolle. Umso schmerzhafter ist daher das Fehlen systematischer Gesamtdarstellungen. Erste Grundlagen könnte hierfür die Studie von Iris Borowy zur »Vorgeschichte« der WHO legen. Sie untersucht die Gesundheitsorganisation des Völkerbundes, die »League of Nations Health Organisation« (LNHO) von ihrer Gründung 1920/21 bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs. Anhand der Kooperationen, vor allem zwischen Großbritannien, Frankreich und dem Deutschen Reich, die im Übrigen selbst nach dem deutschen Austritt aus dem Völkerbund beibehalten wurden⁴⁰⁸, sowie der gewaltsamen Konflikte ab 1939 entfaltet Borowy eine Verflechtungsgeschichte der besonderen Art. Medizin war in dieser Geschichte nicht nur ein Mittel der Auslandspropaganda und Herrschaftslegitimation auf beiden Seiten. Auf alliierter Seite legte sie zugleich die Basis für gesundheitliche Konzepte in der Nachkriegszeit und damit für die Schaffung der »Nothilfe- und Wiederaufbauverwaltung der Vereinten Nationen« und letztlich für die WHO, die nach Kriegsende eine Internationalisierung der Gesundheitspolitik voran-

404 Vgl. dazu die Hinweise ebd., S. 451.

405 Franziska Augstein, Die willigen Helfer, in: Süddeutsche Zeitung, 11.5.2010.

406 Morgenbrod/Merkenich, Das Deutsche Rote Kreuz, S. 293f.

407 Ebd., S. 391.

408 Vgl. Iris Borowy, Freundschaft, Feindschaft, Neutralität? Die LNHO des Völkerbundes und das Deutsche Reich während des Zweiten Weltkriegs, in: Eckart/Neumann, Medizin im Zweiten Weltkrieg, S. 17–41, insb. S. 22.

trieb. Es bleibt zu hoffen, dass die Geschichte dieser Internationalisierung bald intensiver erkundet wird und die WHO vermehrt in den Fokus der Forschung gerät.⁴⁰⁹

VIII. POTENZIALE UND PERSPEKTIVEN EINER SOZIAL- UND KULTURGESCHICHTE DER MEDIZIN – FAZIT

Im Gesamtüberblick lassen sich die Potenziale einer Medizingeschichte als Sozial- und Kulturgeschichte in drei Punkten zusammenfassen. Erstens operiert Medizingeschichte an mehreren Schnittstellen moderner Gesellschaften. Obwohl diese Metapher wegen des Sujets dieses Aufsatzes bemüht wirken könnte, benennt sie doch die Vorzüge dieses Forschungsfelds: Medizin, Gesundheit und Krankheit, Ärzte und Patienten, Gesundheitspolitik und Gesundheitskonzepte, Körperwissen und Wissenschaftspraktiken umreißen ein Untersuchungsfeld, auf dem zentrale Entwicklungen des 19. und 20. Jahrhunderts und Prozesse sozialen Wandels zusammentreffen. Eine Medizingeschichte als Sozial- und Kulturgeschichte eröffnet daher ebenso eine Vielzahl methodischer Schnittstellen. Sie erfordert den Einsatz unterschiedlicher Methoden und theoretischer Zugriffe bis hin zu interdisziplinären Kooperationen. Auch deshalb sind Forderungen nach einem engeren Zusammengehen von Medizin-, Sozial- und Kulturgeschichte oder »Plädoyer[s] für eine Zusammenführung von Zeit- und Medizingeschichte«⁴¹⁰ nur zu begrüßen. Diese Plädoyers sollten indes nicht als Einbahnstraße verstanden werden. Es richtet sich eben nicht nur an Medizin-, sondern ebenso an die Zeit-, Sozial- und Kulturhistoriker, sogar an die Geschichtsdidaktik⁴¹¹, für die sich an den Schnittstellen der Medizin neue Erkenntnismöglichkeiten und eine Fülle neuer Forschungsfelder eröffnen – selbst auf scheinbar ausgetretenen Pfaden der NS- und DDR-Forschung.⁴¹²

Medizin wirft zweitens existenzielle Fragen auf: nach Gesundheit und Krankheit, ja nach Leben und Tod überhaupt, mit denen Gesellschaften und Individuen umgehen. Diese Auseinandersetzung schlägt sich in wissenschaftlichen Konzepten und kollektiven Deutungsmustern ebenso nieder wie in konkreten Maßnahmen und individuellem Verhalten. Als Untersuchungsgegenstand ist Medizin daher immer beides zugleich, Narrativität und Materialität, Diskurs und Praxis. Medizingeschichtliche Studien fordern daher dazu auf, »sozialkonstruktivistische Ansätze« mit Zugriffen auf die »Materialität des Körpers« zu verbinden und »materiell-basierte Praktiken« zu untersuchen.⁴¹³ Auch diese Herausforderung sollten nicht nur Medizinhistoriker ergreifen. Vielmehr könnten medizinische Themen einen Ausweg aus jener oft lähmenden Dichotomie weisen, die gelegentlich noch in Debatten um Gegensätze zwischen der Sozial- und Kulturgeschichte aufscheint. In diesem Sinne sensibilisieren aktuelle Forschungen zur Medizingeschichte sowohl für »crossroads« und »Kontaktzonen« zwischen Medizin und Gesellschaft als auch für Kontaktzonen zwischen Sozial- und Kulturgeschichte.

409 An einer Pionierstudie zur »Genese der Weltgesundheitspolitik« der WHO von den 1940er bis in die späten 1960er Jahre arbeitet zurzeit Thomas Zimmer von der Universität Freiburg.

410 *Tümmers*, »Synthesekern« Aids.

411 Vgl. dazu die Überlegungen der Beiträge zum Themenheft »Medizingeschichte« vom Verband der Geschichtslehrer Deutschlands (Hrsg.), *geschichte für heute* 3, 2010, H. 3, Wochenschau Verlag, 144 S., kart., 14,00 €.

412 Für die DDR vgl. zuletzt unter anderem *Francesca Weil*, Zielgruppe Ärzteschaft. Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit (Hannah-Arendt-Institut für Totalitarismusforschung. Berichte und Studien, Bd. 54), V&R unipress, Göttingen 2008, 308 S., kart., 32,90 €.

413 *Thomas Schlich*, Zeitgeschichte der Medizin. Herangehensweise und Probleme, in: *Medizin-historisches Journal* 42, 2007, S. 269–298.

Und drittens ist das Erforschen dieser Kontaktzonen im 19. und 20. Jahrhundert von besonderem Reiz. Grundsätzliche Entwicklungen wie die Bürokratisierung, Globalisierung, Verwissenschaftlichung, Liberalisierung und Individualisierung beziehungsweise Subjektivierung oder Personalisierung lassen sich auf dem Feld der Medizin erfassen und differenzieren. Die Medikalisierung des ›Volkskörpers‹ und die Erforschung des individuellen Körpers, die staatliche Vorsorge kollektiver Gesundheitsgefahren und Optimierung gesellschaftlicher Gesundheitsverhältnisse bewirkten und fußten auf einer Ordnung des Sozialen, in der sich das Verhältnis zwischen Allgemeinwohl und individuellen Freiheitsrechten, mithin die Formierung des Sozialstaats niederschlug. Mehr denn je bedeutete Medizin im 19. und 20. Jahrhundert ein Austarieren zwischen den Bedürfnissen der Nation und denen des Einzelnen, ging es um das Verhältnis zwischen Staat und Staatsbürger, zwischen Frauen und Männern, zwischen Experten, Politikern, Unternehmern und Patienten. In medizinischer Perspektive umschrieb Gesellschaft oft »ein kollektives Ganzes, dem sozusagen analog einem Subjekt häufig ein überindividuelles Wohl, Wille, Ziel zugeschrieben und das auf eine überindividuelle Zukunft orientiert war und wurde«⁴¹⁴, oder kurz: Medizingeschichte macht für das Spannungsfeld zwischen individuellem Körper und ›Volkskörper‹ aufmerksam und ist damit ein Forschungsfeld, auf dem »moderne Staatsbürgerschaft und ihre Grenzen«, ja die Entstehung eines »citizenship« im 20. Jahrhundert hervortreten.⁴¹⁵

Damit bietet eine Medizingeschichte als Sozial- und Kulturgeschichte Chancen, »multiple modernities« in ihrer »Vielfalt« ernst zu nehmen⁴¹⁶ und das Kontingente, Zufällige und Widersprüchliche im Blick zu behalten.⁴¹⁷ Neue Forschungen zu Medizin und Gesundheit sind ein Appell, »universalisierende ›Passepartout‹-Kategorien«⁴¹⁸ der Moderne zu differenzieren oder aufzulösen. Zwar erscheinen Medizin und Gesundheit auf den ersten Blick als besonders naheliegende Untersuchungsgegenstände, um dem Leitmotiv der Moderne, einem »pursuit of perfection«⁴¹⁹ nachzuspüren. Zweifellos eröffnete eine Medikalisierung den Zeitgenossen tatsächlich neue Handlungsräume und Erwartungshorizonte. Allerdings macht ein zweiter Blick deutlich, »dass diese freigesetzten Möglichkeiten in ihrer materiellen Eigenmächtigkeit und in ihren unbeherrschbaren Entfaltungslogiken ihre Schöpfer mit Überraschungen«⁴²⁰ konfrontierten und gelegentlich mehr Probleme aufwarfen, als sie zu lösen versprochen. In diesem Sinne versteht eine »Medizingeschichte in der Erweiterung« die Moderne als Problemgeschichte, deren Nachwirkungen bis heute spürbar sind.

414 *Jürgen Cromm*, Gesellschaft versus Individuum. Bevölkerungswissenschaftliche Standorte und Postulate in der Zeit vor dem Nationalsozialismus, in: *Rainer Mackensen* (Hrsg.), *Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik vor 1933*, Opladen 2002, S. 77–102, hier: S. 98.

415 Vgl. *Andreas Fahrmeir*, Die moderne Staatsbürgerschaft und ihre Grenzen. Anmerkungen zu T. H. Marshalls »citizenship«-Konzept, in: *HZ* Bd. 286, 2008, S. 641–655.

416 *Shmuel N. Eisenstadt*, *Die Vielfalt der Moderne*, Weilerswist 2000; *ders.*, *Multiple Modernities*, New Brunswick 2002.

417 Vgl. *Ute Daniel*, *Hoftheater. Zur Geschichte des Theaters und der Höfe im 18. und 19. Jahrhundert*, Stuttgart 1995, S. 456–458.

418 *Hans Medick*, »Missionare im Ruderboot«? Ethnologische Erkenntnisweisen als Herausforderung an die Sozialgeschichte, in: *GG* 10, 1984, S. 295–319, hier: S. 302.

419 *Jakob Tanner*, *Historische Anthropologie*. Version: 1.0, in: *Docupedia-Zeitgeschichte*, 3.1.2012, URL: <<http://docupedia.de/zg/>> [31.3.2013], S. 12.

420 Ebd.

